

Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon

Kutatási jelentés



EgészségMonitor
Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Budapest, 2009. szeptember

Készült az
Egészségbiztosítási Felügyelet
megbízásából

A kutatás vezetője: **Dr. Vitrai József**

A kutatás résztvevői: **Bakacs Márta**
epidemiológus

Kaposvári Csilla
epidemiológus

Németh Renáta
statisztikus

A Kutatási jelentés elektronikusan elérhető:

www.egeszsegmonitor.hu

www.ebf.hu

A tanulmány szerzői ez úton mondanak köszönetet Dr. Surján Györgynek és az ESKI munkatársainak az elemzésben felhasznált ellátási adatok leválogatásáért és átadásáért.

1 VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

1.1 HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Kutatások sora igazolja, hogy az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és csökkentésében az egészségügy komoly szerepet játszhat. E bizonyítékokra támaszkodva a WHO ajánlásokat fogalmazott meg a tagországok egészségügyi felsővezetői számára az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére. A WHO közgyűlése ez év májusában határozatban szólította fel a tagországok kormányait az ajánlásokban foglaltak végrehajtására. Annak ellenére, hogy a fejlett világ valamennyi országában közös célkitűzés az „egyenlő hozzáférés és egyenlő ellátás egyenlő szükséglet esetén”, a fejlett országokban, így Magyarországon sem csökkentek az ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek az utóbbi évtizedben.

Hazai és nemzetközi vizsgálatok igazolták, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek kialakulásában mind az egyéni tényezők, mind a lakóhelyi környezet szerepet játszik. Az ellátás igénybevételét meghatározó egyéni és környezeti tényezőket a szakirodalom két csoportba osztja: az ellátási szükségletet („demand side”) valamint az ellátás elérhetőségét meghatározó tényezők csoportjába („supply side”). A magyar lakosság ellátási szükségleteinek becsléséhez az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó 2008-as kutatásunk eredményeit használtuk fel.

1.2 CÉLKITŰZÉSEK, MÓDSZERTAN

Jelen kutatás koncepciója szerint az ellátási igénybevétel nyers adatainak ismerete nem elegendő az egészségügyi rendszer erőforrásainak hatékony allokációjához. Akkor használjuk fel ugyanis leghatékonyabban az egészségügy erőforrásait, ha azok elosztása a lakossági szükséglet szerint történik. **Az ellátás igénybevételében kimutatott egyenlőtlenség éppen a nem szükségletnek megfelelő eltéréseket jellemzi.** A szükségletre vetített igénybevétel alapján lehet csak megítélni, hogy az ellátási kapacitások földrajzi elosztása, vagy az ellátások finanszírozása eléggé hatékony-e, és egyben megfelel-e a társadalmi igazságosságnak.

Mivel az egyéni szinten gyűjtött igénybevételi adatok csak korlátozottan tartalmaznak információt az adott személy szükségleteire vonatkozóan, ezért a lakóhelyéhez kapcsolódó, az ellátási szükségletét befolyásoló kistérségi szinten aggregált adatok felhasználása is szükséges. Az adatok ilyen, azaz egyéni és térségi elérhetősége esetén az ún. többszintű statisztikai elemzési módszer alkalmas a kutatási kérdések megválaszolásához.

Két kérdésre kerestünk választ az egyéni ellátási adatokban mutatkozó, a szükségletre vetített egyenlőtlenségek elemzésével:

1. Mekkora az ellátás igénybevételének szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségei?
2. Milyen összefüggések figyelhetők meg az ellátás igénybevétele valamint a szükségletet jelző egyes egyéni valamint térségi társadalmi-gazdasági jellemzők között?

A kutatási kérdések megválaszolásához a többszintű statisztikai modellezés módszerét választottuk. Ennek során a szükséglet becsléséhez az ellátást igénybe vevő személy **egyéni adatait** (nem, életkor, ápolást indokló diagnózis) valamint a **lakóhelyéhez kapcsolható adatokat** elemeztünk egyidejűleg. A lakóhelyi környezetet többféle szempontból jellemeztük: az ott élő lakosság egészségét a halandósággal és az egészség megromlását mutató korlátozottsággal, a társadalmi-gazdasági körülményeket a gazdasági teljesítmény, a foglalkoztatottság, az életkörülmények valamint az egészségügyi ellátás kapacitás mutatóival.

Az első kutatási kérdés a szükségletre korrigált ellátás igénybevételében kimutatható kistérségi egyenlőtlenség mértékére vonatkozik. Ahhoz, hogy annak mértékét meg lehessen ítélni, viszonyítási alapként az elemzés első lépésében az igénybevétel kistérségi eltérését becsültük meg (1. modell). Ezt követően az ellátási igénybevétel szükségletre való korrigálás lépései következtek. Először az egyéni szintű egészség-meghatározó tényezőket, az ellátást igénybe vevő nemére és életkorára vonatkozó mutatókat vontuk be a statisztikai modellbe (2. modell). Majd a lakóhelyi környezethez kapcsolható kistérségi halandósági illetve a megyei korlátozottsági mutatók additív hatását elemeztük (3. modell). Utána az egészségi állapotot meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőkkel bővítettük az egyenlőtlenségeket magyarázó változók körét (4. modell). Végül, a rendelkezésre álló ellátási kapacitásoknak a szükségletre kifejtett hatását elemeztük (5. modell).

Az elemzési lépéseket külön-külön elvégeztük az egynapos ellátásokra valamint a fekvőbeteg-ellátásra. Mindkét ellátási formában az elszámolt súlyszámra, illetve a fekvőbeteg-ellátásnál az ápolási napok számára is, összesen négy betegcsoportra, a daganatos, a keringési és egyéb diagnózissal kezelt betegek valamint az összes betegre végrehajtottuk a modellépítés fentebb leírt öt lépését.

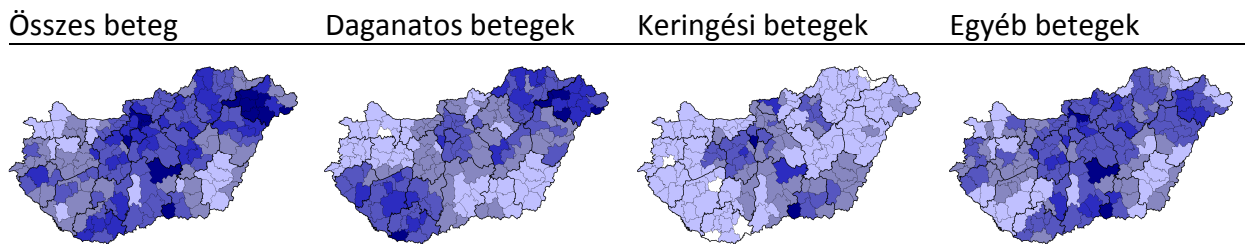
Az ellátás igénybevételére vonatkozó 2007. évi adatokat az ESKI, a 2007-es halandósági és a 2001-es népszámlálási adatokat a KSH szolgáltatatta. A korlátozottsági adatok a 2000-es és a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés összevont adatbázisából származtak.

1.3 EREDMÉNYEK

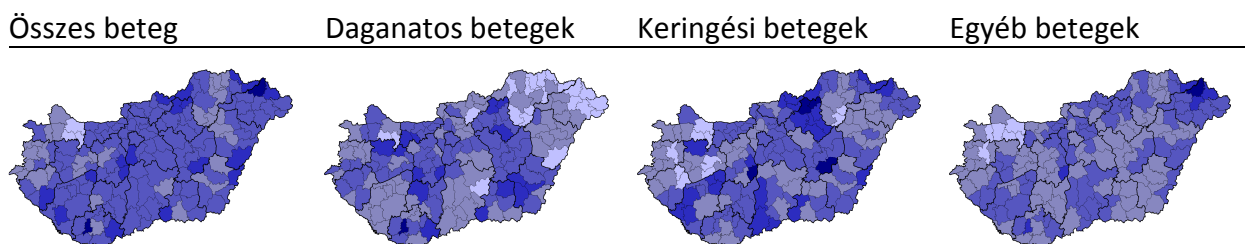
A nyers igénybevételi adatok szerint az egy lakosra számított betegszámok jókora eltérést mutattak a vizsgált betegcsoportok között, valamint a nőket a férfiakkal és az egyes életkori csoportokat egymással összevetve. Az egynapos ellátásoknak az egy lakosra vetített aránya kistérségenként erősen különbözött, de a fekvőbeteg-ellátásban is hasonlóak voltak ezek az arányok. Az előbbi ellátási formában a legnagyobb kistérségi betegarány 26-szorosa volt a legkisebbnek, míg a fekvőbeteg-ellátásban ez az eltérés csupán 5-szörös volt. Mindkét ellátási formában leginkább a keringési, utána a daganatos betegek arányai mutattak nagy kistérségi különbségeket [1. ábra].

1. ábra: Az ellátás igénybevételének kistérségi megoszlása két ellátási formára és négy vizsgált betegcsoportra (világostól a sötét árnyalatig növekvő betegarányok)

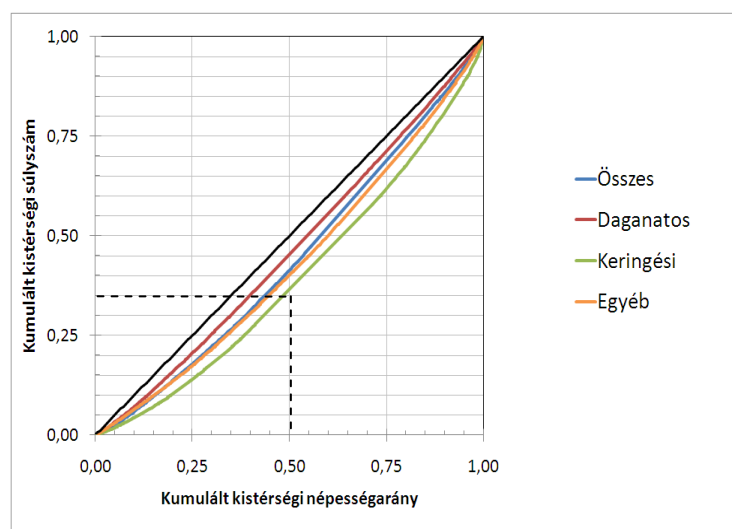
Egynapos ellátások



Aktív fekvőbeteg-ellátás



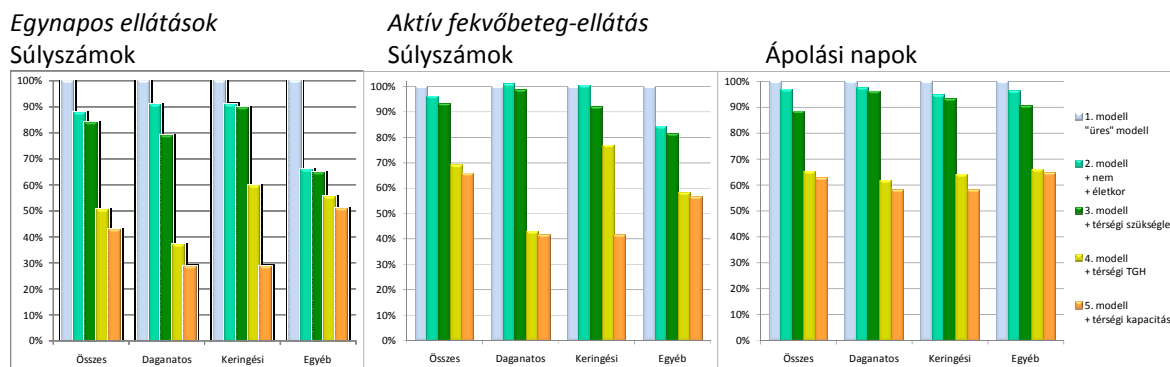
A nyers igénybevételi adatok azt mutatták továbbá, hogy az egy betegre vetített súlyszám (ami az ellátásért az OEP-től kapott díjat meghatározta) számottevően különbözött az egyes életkori- illetve a vizsgált betegcsoportokban. A legnagyobb kistérségi eltérést a keringési betegek egynapos ellátásainak finanszírozása mutatta: itt a teljes lakosság felét képviselő kistérségek betegeire jutott a kifizetett térítés 35%-a [2. ábra]. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban nem volt tapasztalható ilyen eltérés. Az ápolási napok száma jelentősen eltért a betegcsoportok, a nem és az életkor szerint, mint az várható volt, de a kistérségek egymástól ebben a mutatóban nem különböztek lényegesen.



2. ábra: Egynapos ellátások átlagos súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék

A statisztikai elemzések során a szükségletre korrigálás a nyers igénybevételi adatokra kimutatott kistérségi különbségeket lecsökkentette, és a földrajzi megoszlás mintázatát megváltoztatta mindkét ellátási formában, különösen a daganatos és a keringési betegekre vonatkozóan. Az egynapos ellátásokra elszámolt átlagos

súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségeit a szükségletre történő korrekció összességében 30%-ára, a fekvőbeteg-ellátás esetében 40%-ára csökkentette mindkét betegcsoportban egyaránt [3. ábra, utolsó, narancssárga oszlopok]. A fekvőbeteg-ellátás ápolási napjaiban jelentkező kistérségi egyenlőtlenségek csupán a kiindulási érték 60%-ára mérséklődtek. (A kistérségek egyenlőtlenségi rangsorai a 14. mellékletben a 118. oldalon található.)

3. ábra: A kistérségi egyenlőtlenségek csökkenése a szükségletre korrigálás lépéseiben, betegcsoportonként

Mindkét ellátási formára igaz továbbá, hogy a finanszírozás kistérségi eltéréseit a két betegcsoportban különböző befolyásoló tényezők okozták: míg a daganatos betegeknél a **lakóhelyi környezet** társadalmi-gazdasági helyzete, addig a keringési betegeknél a kistérségben rendelkezésre álló **egészségügyi kapacitások** játszották a legnagyobb szerepet. (Lásd az eredmények rövid összefoglalását „Az eredmények összegzése” alfejezet tartalmazza a 82. oldalon.)

1.4 KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatási eredményeink igazolták, hogy az igénybevétel kistérségi egyenlőtlenségeiből megfelelő statisztikai eljárással kiszűrhető az eltérő ellátási szükségletekre visszavezethető hatás. Az eredmények alapján megállapítható, hogy

- nagy kistérségi eltérések mutathatók ki az egynapos ellátások finanszírozásában;
- a fekvőbeteg-ellátásban az eltérések egy nagyságrenddel kisebbek;
- az egyenlőtlenségek nagy része a vizsgált lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági tényezőivel illetve az ellátási kapacitások elérhetőségével hozható összefüggésbe;
- a társadalmi-gazdasági tényezők hatása főképp a daganatos betegek egynapos ellátásainak finanszírozási egyenlőtlenségeiben játszanak döntő szerepet;
- az ellátási kapacitások elérhetősége – mindkét vizsgált ellátási formában – inkább a keringési betegek ellátásának finanszírozásában okoz egyenlőtlenséget.

A kutatás talán legfontosabb tanulsága: a szükségletre történő korrekció után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak a hatékonyság szempontjából hátrányosak, hanem sértik a társadalmi igazságosságot is. A szükségletre korrigálás után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek arra mutatnak rá ugyanis, hogy a finanszírozás kistérségenként eltérő mértékét – az egészségügy működtetésének céljától, és az általános elvárásoktól eltérően – **nem a lakosság ellátási szükségletei határozzák meg**. Könnyen belátható, hogy az egészségügy hatékonysága – mint azt a nemzetközi tapasztalatok igazolják – újabb erőforrások bevonása nélkül is javítható lenne, ha a finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségeit lecsökkentenék a többletköltséget okozó tényezők kiküszöbölésével. Az ehhez szükséges információt olyan célzott vizsgálatok szolgáltatnák, amelyek a lakossági szükséglet figyelembevételével elemeznék a legköltségesebb ellátások igénybevételét, a rendelkezésre álló ellátási kapacitások földrajzi eloszlását és az azokhoz való hozzáférés lehetőségét. Végső soron ez nemcsak a társadalmi igazságosságot, hanem a társadalmi kiadásokkal való takarékoskosságot is szolgálná.

2 TARTALOM

1	Vezetői összefoglaló	3
1.1	Háttér, előzmények.....	3
1.2	Célkitűzések, módszertan	3
1.3	Eredmények.....	4
1.4	Következtetések.....	6
2	Tartalom	7
3	Bevezető	9
3.1	Az egészségügyi rendszer, mint az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározó tényezője	9
3.2	Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében.....	10
3.3	Az ellátás igénybevételét meghatározó tényezők	12
3.4	A kutatás célkitűzései	13
3.5	Olvasói célcsoportok.....	14
4	Módszertan	15
4.1	Modell az ellátás igénybevételének elemzéséhez	15
4.2	Az igénybevétel modelljén alapuló statisztikai elemzési stratégia	18
4.3	Adatforrások, adattisztítás, származtatott változó-képzés.....	19
	Ellátási adatok.....	19
	Kistérségi adatok.....	21
	Irányítószám-kistérségi kód megfeleltetés	21
	Népszámlálási adatok	22
	Halálozási adatok	22
	OLEF adatai	22
	Térségi szükséglet-mutatók képzése	23
4.4	A statisztikai adatbázisok alapjellemezői.....	23
4.5	Leíró statisztikai elemzések	24
	A Gini együttható és a koncentrációs index rövid bemutatása	24
	A Gini együttható és a koncentrációs index alkalmazása a jelentésben.....	25
4.6	Többszintű statisztikai modellek.....	26
	A többszintű elemzés logikája, a statisztikai modellépítés lépései	26
	Kistérségi átlagok becslése	28
	Számítástechnikai megvalósítás	29
5	Eredmények	30
5.1	Leíró elemzések	30
	Népesség leíró elemzése	30
	Halandóság leíró elemzése	30
	Korlátozottság leíró elemzése.....	31
	Kockázati egészségmagatartás leíró elemzése	31
	Egynapos ellátás leíró elemzése	32
	Aktív fekvőbeteg-ellátás leíró elemzése	47
5.2	Többszintű regressziós modellek.....	66
	Egynapos ellátások.....	66
	Aktív fekvőbeteg-ellátás	71

5.3	Az eredmények összegzése.....	82
	Leíró eredmények összegzése	82
	Többszintű regressziós eredmények összegzése	85
6	Megbeszélés	94
6.1	Az eredmények értelmezésének korlátai	94
6.2	Az eredmények értelmezése	95
	Egynapos ellátások és az aktív fekvőbeteg-ellátás összevetése	95
	Betegcsoportok összehasonlítása	95
	A szükségletre történő korrekció hatása	97
6.3	Következtetések.....	98
7	Függelék	99
7.1	Mellékletek	99
8	Irodalmi hivatkozások	134

3 BEVEZETŐ

3.1 AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER, MINT AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐJE

Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy populációs szinten az egészségügyi rendszer¹ jelentős hatással van az egészségre. Különböző országok epidemiológiai és gazdasági összehasonlító vizsgálatai bizonyítják, hogy az egészségügyi rendszer - különösen az alapellátás - javítja a lakosság egészségét, más tényezőktől függetlenül. [Gilson és mtsai., 2007]

Azon túl, hogy az egészségügyi rendszer működése a lakosság egészségére számottevő hatással van, nagyszámú kutatás bizonyítja, hogy az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és csökkentésében is komoly szerepet játszik. E bizonyítékokra támaszkodva állított össze olyan javaslatokat a WHO a tagországok egészségügyi felsővezetői számára, melyek alkalmasak az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére. [Commission on Social Determinants of Health, 2008] Egy az ez év májusában tartott WHO közgyűlésén elfogadott határozat e javaslatok alapján történő intézkedésekre szólított fel a tagországokat.²

A WHO által megbízott, az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak szerepét vizsgáló bizottság (*Commission on the Social Determinants of Health*) javaslatai az 4. ábrán felvázolt modell összefüggésein alapulnak.

A WHO által leginkább hatékonynak tartott, az alapellátást középpontba helyező megközelítés (*primary health care approach*)³, az egészségfejlesztés, az egyenlőtlenségek csökkentését célzó interszektoriális akciók és a civil társadalom megerősítése (*social empowerment*) révén kedvező irányba tudja változtatni a társadalmi rétegződést, csökkentve a hátrányos helyzetűek veszélyeztetettségét és sérülékenységét, ami ezáltal az egészség-egyenlőtlenségek csökkenését okozza. [4. ábra felső része).

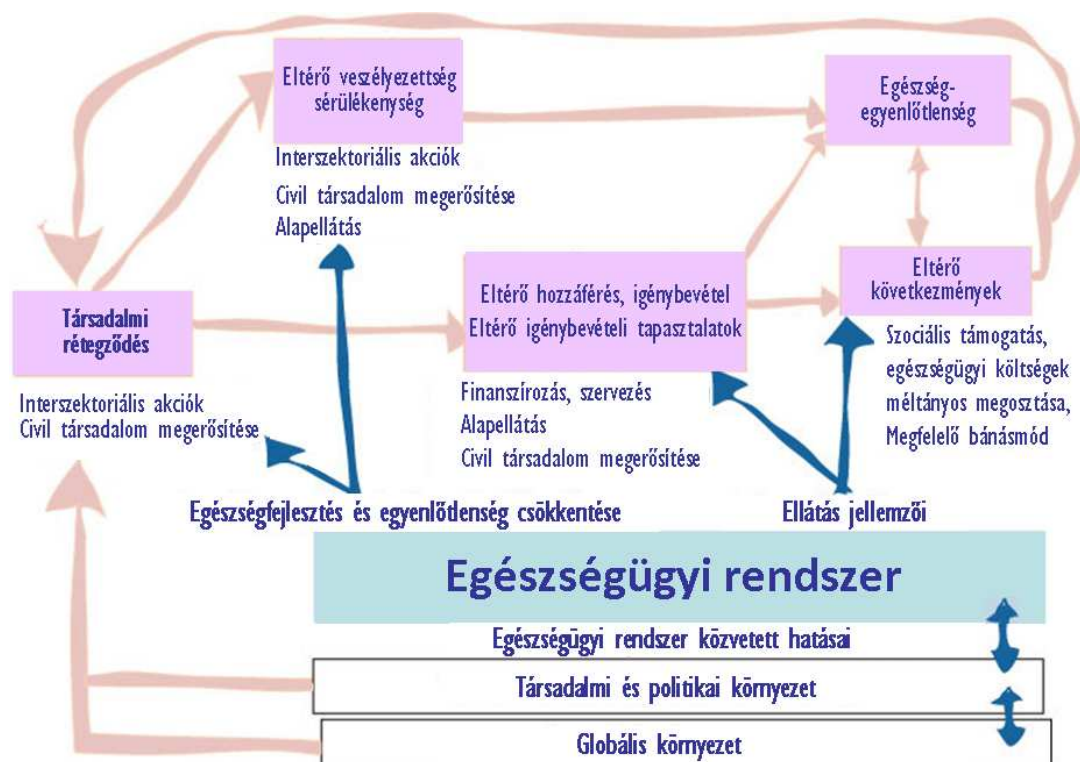
Az ellátáshoz való hozzáférésben és igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségek csökkentése ugyancsak hozzájárul az egészség-egyenlőtlenségek mérséklődéséhez. Ehhez leginkább a finanszírozás és ellátás-szervezés, az alapellátás és a civil társadalom megerősítése lehet a megfelelő eszköz. A „hozzájárulás a képesség, támogatás a szükség szerint” elvének következetes érvényesítése a szociális ellátás és a finanszírozás területén, továbbá a méltányolható elvárásoknak megfelelő bánásmód alkalmazása az ellátás során alkalmas arra, hogy az egészség megromlásának következményeiben jelentkező társadalmi különbségeket mérsékelje. [4. ábra középső része)

¹ Az egészségügyi rendszer a WHO szerint: Emberek, intézmények és erőforrások szakpolitikákkal abból a célból összerendezve, hogy elsődleges tevékenységeik révén javítsák a lakosság egészségét, teljesítsék méltányolható elvárásait, és megóvják őket az egészség megromlásának következményeitől. (a rendszer működtetésének 3 fő célja) (<http://www.emro.who.int/mei/mep/Healthsystemsglossary.htm#Health>) A hagyományosan egészségügyként említett ellátás területe mellett ide tartozó nagy szakterületek még a népegészségügy, az egészségbiztosítás, humán erőforrás, egészség-információs rendszer, egészségpolitika, egészségügyi kutatás-fejlesztés, egészségügyi oktatás-képzés, kapcsolódó egészség-gazdasági területek.

² Reducing health inequities through action on the social determinants of health. 62th World Health Assembly, 22 May 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf

³ Legújabbban: The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. WHO, Genf, 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

4. ábra: Az egészségügyi rendszer lehetséges beavatkozási pontjai az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez. Forrás: Challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. WHO, Genf 2007. Figure A; 30.o.



Könnyen belátható az is, hogy az egyenlőtlenségeket célzó egészségpolitika csakis más szektorokkal együttműködve, a nemzetközi tapasztalatokat felhasználva és a határokon kívülről érkező hatásokat figyelembe véve érhet csak el sikereket. [4. ábra alsó része]

3.2 EGYENLŐTLENSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉBEN

A fejlett világ valamennyi országában közös célkitűzés az „egyenlő hozzáférés és egyenlő ellátás egyenlő szükséglet esetén”. Mégis, kutatások sora bizonyítja, a fejlett országokban nem csökkennek az ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek az utóbbi évtizedben sem. [de Looper és Lafortune, 2009] Az egészségügyi biztosítás még nem fedti le a teljes lakosságot pl. három OECD tagországban (USA, Mexikó, Törökország)⁴, és , főként a rossz szociális helyzetű csoportok maradnak biztosítás nélkül. A fejlett országokban még most is sokan halasztják, vagy esetleg nem is tudják igénybe venni az ellátást a rájuk háruló magas költségek miatt.

A magánkiadásoknak az összes egészségügyi kiadásban mért aránya 2006-ban a legfejlettebb országokban 6%-tól (Hollandia) 38%-ig (Dél-Korea) terjedt. A magyar családok 23%-os kiadása – húsz ország közül – a hatodik legmagasabb volt⁵. (A finanszírozási problémák okozta egészség-egyenlőtlenségekhez lásd még: [Wagstaff és mtsai., 1999; Polonsky és mtsai., 2009; Kristiansson és mtsai., 2009; Axelson és mtsai., 2009]!)

Az EU-SILC⁶ felmérésben résztvevő országokban azok aránya, akik arról számoltak be, hogy szükségét érezték, de valamilyen okból mégsem tudtak igénybe venni egészségügyi ellátást, 0,3%-

⁴ Health at a Glance 2007: OECD Indicators, OECD, Paris.

⁵ OECD.Stat Extracts; <http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?usercontext=sourceoecd>

⁶ EU-SILC: European Union Statistics on Income and Living Conditions, évenkénti felmérés 2004-től minden tagországban

tól (Szlovénia) 24%-ig (Litvánia) változott 2007-ben. [Baert és de Norre, 2009] Ez az arány azonban egy adott országban erősen eltért a jövedelmi helyzet alapján: pl. Magyarországon a legmagasabb jövedelmi ötödben mindössze 1% volt 2006-ban, a legalacsonyabbban viszont 5%.

Az egészségügyi ellátás igénybevételében mutatkozó egyenlőtlenségek elemzése hosszú ideje hagyomány a magyar kutatók között. A KSH 1994-ben készült tanulmánya szerint - a nemzetközi tapasztalatokkal egyezően - hazánkban sem csak az egészségi állapotból fakadó szükségletek befolyásolják az egészségügyi ellátás igénybevételét, hanem az is, hogy valaki milyennek ítéli meg a saját egészségi állapotát. [Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelvétel, 1996] Az egészségügyi ellátás igénybevétele lényegesen eltérő az egyes társadalmi-demográfiai csoportokban. A nők gyakrabban járnak orvoshoz, mint a férfiak, ez a különbség a nemek között akkor is kimutatható, ha a betegeket és az egészségeseket külön vizsgálják. Az idősebbeknél az egészségügyi ellátás igénybevétele az életkor növekedésével emelkedik, mely növekedés azonban a nyugdíjkorhatár körül intenzívebbé válik. Leggyakrabban az alacsony iskolai végzettségűek fordulnak orvoshoz, ez a gyakoriság az iskolai végzettség növekedésével minden életkorban csökken, kivéve a legidősebbeket. A betegek közül az alacsonyabb szociális státuszúak többet járnak orvoshoz.

Az 1996-os Magyar Háztartás Panel vizsgálat megállapítja, hogy az orvoshoz fordulást nem kizárólag a beteg egészségi állapota, hanem az orvos elérhetősége és az egyénnek az orvoshoz fordulással kapcsolatos beállítódása is befolyásolja. A településtípust vizsgálva egyértelműen megállapítható volt, hogy minél kisebb településen lakik valaki, annál ritkábban vette igénybe a szakorvosi ellátást. A rendszeresen gyógyszert szedők inkább az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a szegényebbek közül kerültek ki, a szakorvosi ellátást mégis ők vették ritkábban (átlag alatti gyakorisággal) igénybe. [Magyar Háztartás Panel 1996, 1997]

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 illetve 2003 a fentiekhez hasonló, az ellátási szükségletre korrigálva azonban részletesebb megállapításokra jutott. A 2000-es eredmények alapján a nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 30%-kal nagyobb volt az esélyük az alapellátás igénybevételére. [Széles, 2002] Az iskolázottság növekedésével, valamint a funkcionalitás csökkenésével nőtt az esélye az alapellátás igénybevételének. A fiatal nőknek a férfiakhoz viszonyítva mintegy 50%-kal volt nagyobb esélyük arra, hogy a járóbeteg szakellátást igénybe vegyék. Az idősek között a nők esélye a járóbeteg szakellátás igénybevételére mintegy 15%-kal alacsonyabb volt a férfiakhoz viszonyítva. Az iskolázottság növekedésével lineárisan nőtt az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére. Az esély az anyagi helyzet javulásával is emelkedett. A funkcionalitás csökkenésével egyértelműen emelkedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére. A fiatalok között a nőknek a férfiakhoz viszonyítva több mint 2-szer nagyobb volt az esélye a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére. A férfiaknál az életkor előrehaladtával nőtt a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye, míg a nők esetében csökkent. A funkcionalitás csökkenésével egyértelműen nőtt az esély a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére. A 2003-ban végzett felmérésben a funkcionalitásra való korrigálással megállapítható volt, hogy a nők 32%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe az alapellátást, mint a férfiak. Az OLEF2000 eredményével ellentétben az iskolázottság nem befolyásolta az alapellátás igénybevételének az esélyét, tehát az eltelt időben vélhetően csökkentek az igénybevétel társadalmi egyenlőtlenségei. [Hajdú, 2005] A nők 37%-kal nagyobb eséllyel vettek részt a koleszterinszint-mérésen, és 49%-kal nagyobb eséllyel vércukorszint-mérésen, mint a férfiak. A nőknek a férfiakhoz viszonyítva minden életkorban magasabb volt az esélyük a járóbeteg szakellátás igénybevételére, ez az érték a fiatal női korosztály esetén több mint 3,5-szer, a középkorúaknál közel 2,5-szer, az időskorú nőknél pedig közel 1,5-szer volt nagyobb. Az iskolázottság növekedésével és az anyagi helyzet javulásával emelkedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére, tehát ennél az ellátási formánál az alapellátással szemben inkább jelen van egyfajta társadalmi egyenlőtlenség. A férfiaknál az életkor

előrehaladtával szignifikánsan emelkedett a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye: az időskorúak esetén 2,8-szorosan nagyobb a fiatal korosztály tagjaihoz képest.

Az utóbbi években az OEP adatainak elemzésével az egyes kasszákra vonatkozóan részletes közlemények sora jelent meg főként a földrajzi egyenlőtlenségeket elemezve. Az aktív fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan, a szükségletet a korra és nemre történt standardizálással figyelembe véve kimutatták, hogy bár kistérségenként nagy eltérések vannak a lakosságszámra vetített finanszírozásban, de ez a betegekre vetítve már nem jelentős. [Bonczi és mtsai., 2006b; Bonczi és mtsai., 2006c] A járóbeteg-ellátásra azonban a kutatócsoport eltérő eredményhez jutott: az ellátottakra vetítve is megmaradtak a kistérségi egyenlőtlenségek. [Takács és mtsai., 2006] Az otthoni szakápolás hozzáférést és igénybevételét vizsgálva megállapították, hogy mindkettő határozott földrajzi egyenlőtlenséget mutatott. [Bonczi és mtsai., 2004] Az OEP kasszák felhasználásában tapasztalható egyenlőtlenségek mértékére vonatkozóan Bonczi megállapította, hogy a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz kasszájánál a betegek 25%-a veszi igénybe a kiadások 84%-át. A művese ellátásban a kiadások 46%-a esik a betegek 25%-ára, míg az otthoni szakápolásban és a CT/MRI kassza esetén ez az érték 56%. Az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátásban a kiadások 64%-a, illetve 67%-a jut a betegek negyedére. [Bonczi és mtsai., 2006a]

3.3 AZ ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Mint a kutatások eredményei bizonyították, mind egyéni tényezők, mind pedig a lakóhelyi környezet oka lehet az igénybevételben jelentkező egyenlőtlenségek kialakulásának, hiszen mind egyének között, mind pedig térségek között kimutatható igénybevételi egyenlőtlenség. Az ellátás igénybevételét meghatározó egyéni és környezeti tényezőket a szakirodalom két csoportba osztja: az ellátási szükségletet („*demand side*” vagyis kereslet) valamint a hozzáférést meghatározó tényezők csoportjába („*supply side*” azaz kínálat).

Mivel az ellátórendszer működtetésének célja a szükségletek kielégítése a szükségletekben, azaz az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenség csökkentése minden fejlett egészségüggyel rendelkező országban elsődleges cél a szakpolitika számára. (E témával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatokat, gyakorlatot korábbi tanulmányunkban foglaltuk össze. [Vitrai és mtsai., 2008])

A magyar lakosság ellátási szükségleteiben tapasztalt egyenlőtlenségekre vonatkozóan előző kutatásunkban ki tudtuk mutatni, hogy azok kialakulásában egyéni (életkor, nem, iskolázottság, foglalkoztatottság) és térségi szintű (a lakóhelyül szolgáló kistérség társadalmi-gazdasági valamint egészségügyi jellemzői) tényezők egyaránt szerepet játszanak. [Vitrai és mtsai., 2008] A szükségletet a halandósággal közelítve, a legnagyobb halandósági kistérség legkisebbhez viszonyított, kiinduláskor mért kétszeres többlethalálozás az egyéni és környezeti tényezőkre történő kiegyenlítés után másfélszeresére csökkent. A kistérségek hátrányossága, fejlettsége és roma lakossági aránya alapján képzett csoportjai között ugyanakkor a kiegyenlítési lépések után azonban eltűntek a halandósági egyenlőtlenségek, vagyis e kistérségi csoportok halandósági egyenlőtlenségét a vizsgált tényezőkben mutatkozó különbségek okozták. A keringési betegségek halandósági egyenlőtlenségei az életkori hatás megemelkedett szintjét leszámítva hasonlóan alakultak, a daganatos halálozásban azonban a környezeti tényezőknek jelentősebb szerepét lehetett kimutatni. Az ellátási szükségletet a korlátozottsággal mérve arra következtethetünk, hogy a térségek lakossági összetétele döntően hozzájárult a korlátozottsági kockázataik között megfigyelt különbségekhez. A társadalmi csoportokban mért korlátozottsági egyenlőtlenségekben a környezeti tényezők szerepe ugyanakkor elenyésző volt.

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést három dimenzió mentén szokás tárgyalni (az angol szakkifejezésekből ez a „3 A”, vagyis *Access, Affordability, Acceptability*): (1) az elérhetőség, vagy

fizikai hozzáférés azt jelenti, hogy vajon a szükséges ellátás rendelkezésre áll-e a szükséges helyen és időben; (2) a kifizethetőség, vagy pénzügyi hozzáférés jelentése az, hogy az ellátás költsége mennyire illeszkedik az igénybevevő fizetési lehetőségeihez; (3) az elfogadhatóság, vagy kulturális hozzáférés az egészségügyi rendszer és a használói közötti szociális-kulturális távolságra reflektál. [Gilson és mtsai., 2007] Mindhárom dimenzió, természetesen, több meghatározó tényező függvénye. A WHO által 2003-ban szervezett Világ Egészségfelmérés⁷ 8 fő dimenziót és ezeken belül számos aldimenziót használt az ellátás – nem a gyógyítással szorosan összefüggő – körülményeinek (*health system responsiveness*) vizsgálatához abból a célból, hogy részletesebb információt gyűjtsön az ebben tapasztalható egyenlőtlenségekhez. [Deckovic-Vukres és mtsai., 2007] A magyar adatok 8 fő dimenzióban (bánásmód, döntési szabadság, titoktartás, kommunikáció, az ellátáshoz való jutás ideje, szociális tér, fizikai tér, orvosválasztás) való elemzésének az egyenlőtlenségekre vonatkozóan egyik kiemelkedő tapasztalata volt: „Minden 6. magyar beteg hátrányos megkülönböztetést tapasztalt az ellátás igénybevétele során.” [Vitrai, 2007]

Az ellátáshoz való hozzáférés gyakran „orvoshoz fordulási magatartás” (*health care seeking behavior*) elnevezéssel bukkan fel a szakirodalomban, de ez alatt ugyanazon, előbb említett három dimenzióval jellemzett fogalmat értik. [Shaikh és Hatcher, 2005]. (A hozzáférésről részletesebben lásd a Módszertani fejezetben „Modell az ellátás igénybevételének elemzéséhez” c. alfejezetet!)

3.4 A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSEI

A kutatásnak a 2008-ban lezárult, egyéni és térségi adatok többszintű statisztikai elemzését alkalmazó „Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon” c. tanulmányban becsült egészségügyi szükséglet adja kiindulópontját. [Vitrai és mtsai., 2008] Az egészségügyi ellátási szükséglet becslése egyéni halandósági és korlátozottsági, valamint kistérségi, megyei szinten aggregált, az egészséget befolyásoló környezeti adatok alapján történt.

Jelen kutatás koncepciója szerint az ellátási igénybevétel nyers adatai térségi megoszlásának ismerete nem elegendő az egészségügyi rendszer erőforrásainak hatékony allokációjához. Ehhez ugyanis az ellátási igénybevételnek a szükséglettel való összevetése szükséges. [van Doorslaer és mtsai., 2006] Mivel egyéni szinten gyűjtött igénybevételi adatok csak korlátozottan tartalmaznak információt az adott személy ellátási szükségleteire, ezért az igénybevételt befolyásoló tényezőkre vonatkozó, térségi szinten aggregált adatok felhasználása szükséges. Az adatok ilyen, azaz egyéni és térségi elérhetősége esetén a többszintű statisztikai elemzési módszer alkalmas a kutatási kérdések megválaszolásához.

Két kérdésre kerestünk választ az egyéni ellátási adatokban mutatkozó, az ellátási szükségletekre vetített egyenlőtlenségeinek elemzésével:

1. Mekkora az ellátás igénybevételének szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségei?
2. Milyen összefüggések figyelhetők meg a kistérségek ellátási igénybevétele valamint a szükségletet jelző, az ellátottak egyes egyéni tényezői valamint a lakóhelyi környezetük társadalmi-gazdasági jellemzői között?

A kérdésekre adott válaszok segítséget jelenthetnek az egészségügyi kapacitások hatékony allokációjához, az adott finanszírozási korlátok mellett nagyobb egészségnyereség eléréséhez lakossági szinten.

⁷ <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>

Az egyenlőtlenségek háttérének részletesebb megismerése pedig az egyenlőtlenségek csökkentését célzó, a hazai helyzethez leginkább illeszkedő populációs szintű beavatkozások kiválasztásához nyújthat támpontot.

A kutatás során alkalmazott többszintű regressziós modellekkel nyert módszertani tapasztalatok szakmai körökben való megismertetése továbbá elősegítheti e korszerű statisztikai eszközök hazai elterjedését.

3.5 OLVASÓI CÉLCSOPORTOK

A tanulmány megírásakor négy olvasói célcsoport igényeit próbáltuk meg figyelembe venni.

A döntéshozók számára a Vezetői összefoglaló készült, amely a kutatás legfontosabb jellegzetességeit és az eredmények közül a döntésekhez leginkább felhasználható ismereteket foglalja össze. Elolvasásához nincs szükség előzetes téma specifikus ismeretekre.

Azon szakemberek számára, akiket érdekel az egészség-egyenlőtlenségek témája, de maguk nem ezen a területen kutatnak, a Bevezető fejezetet, a Módszertani fejezetből az Igénybevétel modellezése alfejezetet, az Eredmények fejezetben az Eredmények összegzése alfejezetet valamint a Megbeszélés fejezetet ajánljuk. Az ajánlott részekben olvashatók értelmezése némi egészségtudományi ismeretet feltételez.

A többszintű statisztikai módszerek iránt érdeklődő statisztikai előképzettségűek hasznosnak találhatják a Módszertan fejezet Statisztikai eljárások alfejezetét illetve a Függelékét. Az ezekben megadott információk alapján a statisztikai elemzéseink akár megismételhetők.

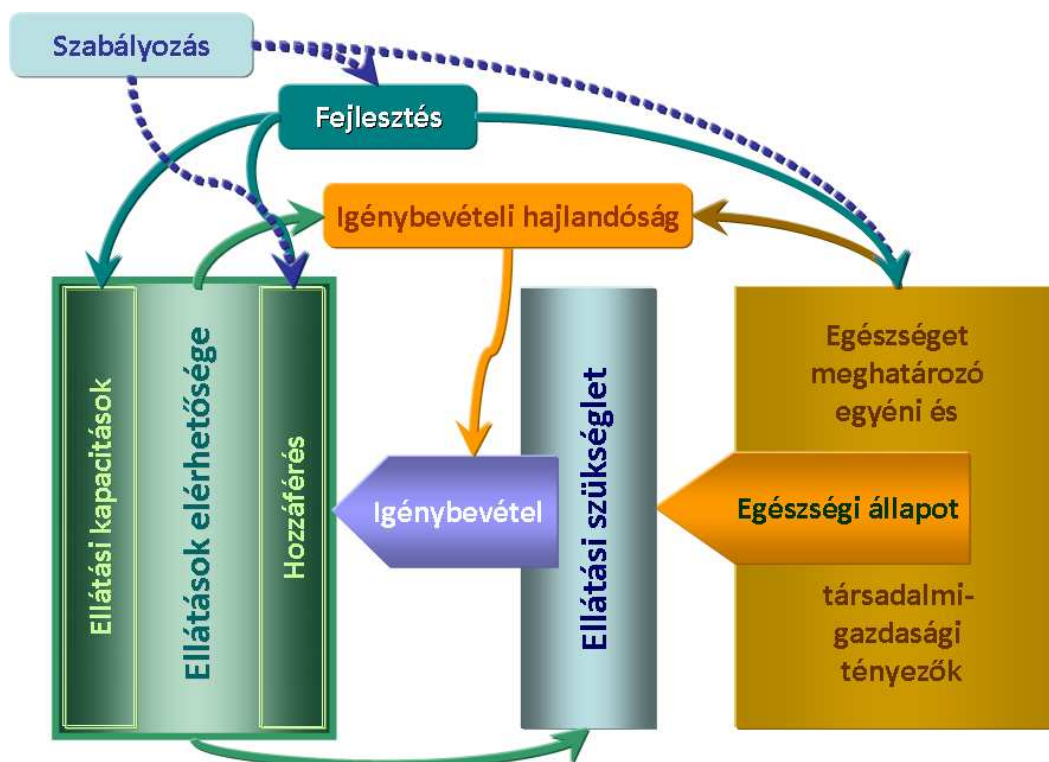
Az egészség-egyenlőtlenségek területén kutató nem statisztikus szakemberek számára – az összegzéseken túl – az Eredmények fejezetben közöljük az elemzések valamennyi eredményét.

4 MÓDSZERTAN

4.1 MODELL AZ ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK ELEMZÉSÉHEZ

Az egészségügyi ellátás igénybevételének statisztikai elemzéséhez és az eredmények értelmezéséhez alapvető fontosságú az igénybevétel és az azt befolyásoló tényezők valamint a köztük fennálló kapcsolatok előzetes meghatározása. Az erre a célra készített, a következőkben ismertetendő modellünk – az előzőekben bemutatott nemzetközi kutatási eredmények valamint elméleti megfontolások alapján kiválasztott – legfontosabb befolyásoló tényező csoportokat és kapcsolataikat tartalmazza, és ezzel a valóságot ugyan leegyszerűsíti, de az elemzéshez még kezelhető mértékű részletezettséget biztosít.

5. ábra: Az ellátási igénybevételt befolyásoló tényezők modellje



Az ellátás igénybevételét elsősorban az ellátási szükséglet határozza meg. [5. ábra]. Ahhoz, hogy az ellátási szükséglet igénybevételt célzó cselekvést (*health seeking behavior*), szokásos kifejezéssel az orvoshoz fordulást⁸ eredményezzen, az adott személynek fel kell tudni ismernie a megjelenő szükségletet, továbbá ki kell alakulnia benne az ellátás igénybevételére irányuló szándéknak (*demand*) is. A modellben igénybevételi hajlandósággént foglaltuk össze ezeket az előfeltételeket, és amelyeket főképpen az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos ismeretek, egészségtudatosság, a korábbi igénybevételi tapasztalatok, az anyagi helyzet, családi és munkahelyi körülmények befolyásolnak. (Az ábrán barna nyíl jelöli ezeket a hatásokat.)

Magát a megjelenő ellátási szükségletet az egészségi állapot kedvezőtlen változása okozza, és e változások legtöbbször számos, egyidejűleg ható egyéni és környezeti tényezőhöz köthetők.

Az eddigiek alapján tehát az igénybevételt a fellépő ellátási szükséglet és az igénybevételi hajlandóság együtt határozza meg. Ez utóbbit pedig – és így az igénybevételt közvetve – az

⁸ Itt természetesen az „orvos” tágabban, egészségügyi szakemberként értelmezzük

egészségi állapot megromlása. Ahhoz azonban, hogy az orvossal való találkozás létrejöhön különböző egyéb feltételeknek is teljesülniük kell, hiszen az igénybevételt számos további tényező elősegítheti vagy gátolhatja.

Először is a szükséglet kielégítéséhez megfelelő minőségű és mennyiségű kapacitásoknak adott helyen és időben rendelkezésre kell állnia. Másodsor az elérhető kapacitásokhoz az illetőnek hozzá kell tudni férnie. A hozzáférést lényegében az ellátás körülményei határozzák meg. Legfontosabbak ezek közül: a fizikai és időbeli megközelíthetőség (mint a közlekedési eszközök és utazási idő, rendelési idő), az igénybevétellel járó költségek (vizitdíj, telefon és utazási költségek), döntési szabadság (orvosválasztás, kezelési alternatívák-, idő és hely választhatósága) az eljárások áttekinthetősége, egyszerűsége (adminisztrációs kötelezettségek, tájékoztatás), az ellátás „emberi környezete”, vagyis a bánásmód (méltóság, intimitás, megkülönböztetés), fizikai környezete (tér, tisztaság, eszközök), társas környezete (látogatási, kommunikációs lehetőségek).

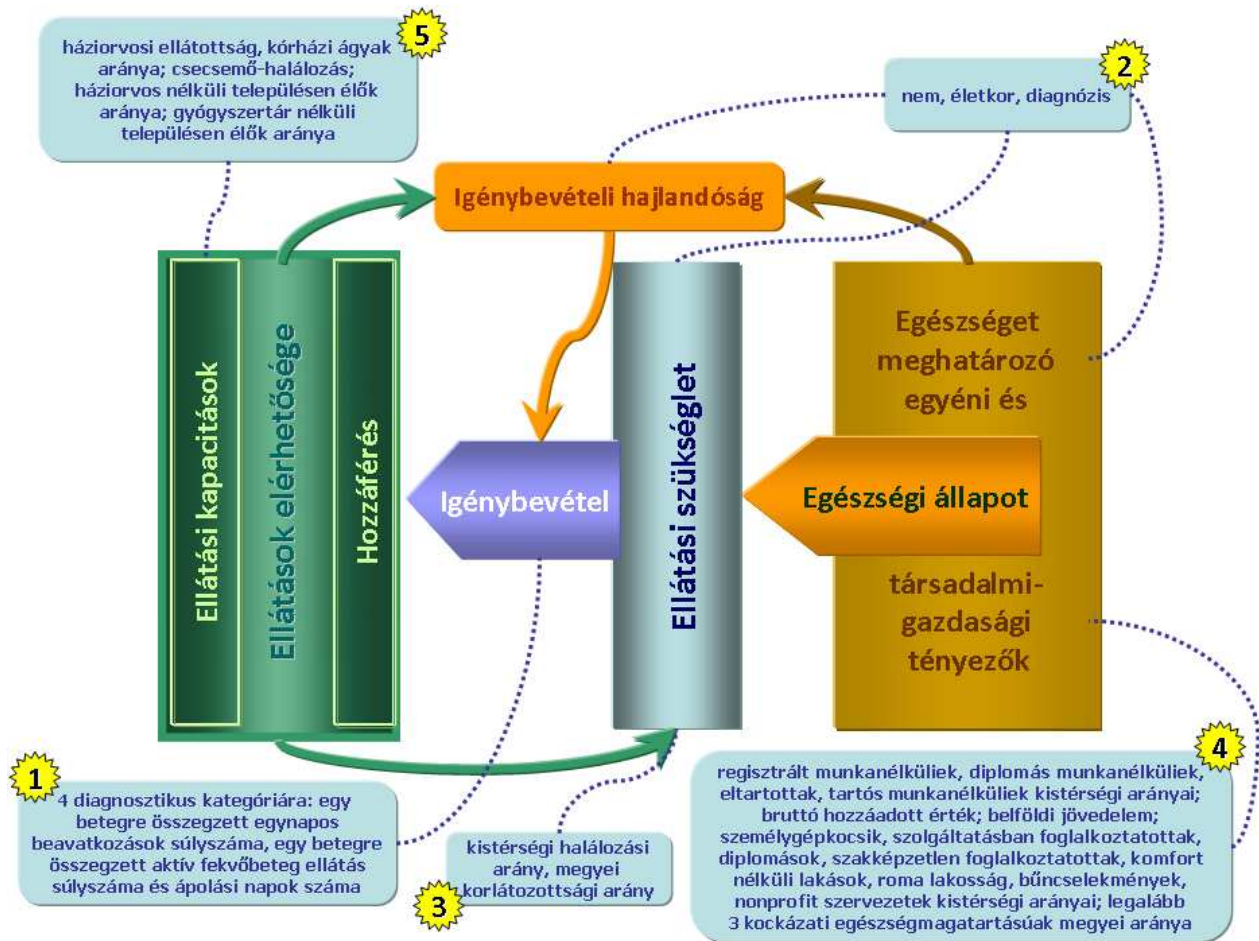
A korábbi igénybevételkor szerzett tapasztalatok természetesen befolyásolják az igénybevételi hajlandóságot, és az ellátás elérhetősége visszahat a szükségletre is (zöld nyilak). Hiszen a kellemes ellátási környezet bátorítólag hat, amikor valaki azt fontolgatja, hogy elmenjen-e az orvoshoz, de ugyanakkor a kellemetlenségek elkerülése, azaz az elmaradt kezelések tovább súlyosbíthatják az egészségi állapotot.

A bemutatott modell alapján jó néhány beavatkozási lehetőség merül fel a szakpolitika számára az igénybevétel – céljainak megfelelő – befolyásolására, hiszen a szabályozás és a fejlesztés eszközeivel megváltoztathatják az ellátási kapacitások minőségét, térbeli és időbeli rendelkezésre állását, továbbá az azokhoz való hozzáférést (kék nyilak). Közvetett módon ugyanakkor, más szakterületekkel együttműködve képes az egészséget meghatározó többi társadalmi-gazdasági tényezőt is módosítani. Ezek a módosítások, azután az egyéni tényezőkön és az igénybevételi hajlandóságon keresztül visszahatnak az igénybevételre.

A statisztikai elemzésbe bevont egyéni és térségi adatokat az igénybevételi modell elemeihez kapcsolva mutatjuk be a 6. ábraán. Mint megfigyelhető, az egyéni szintű mutatók köre erősen korlátozott, mivel az ellátás során a finanszírozási céllal gyűjtött adatok közül betegenként csupán az ellátást indokló diagnózis⁹ valamint az ellátott neme és az életkora használható az elemzés céljára – a lakóhelyének irányítószámán kívül.

⁹ „ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről”: ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség (1. típus) vagy ápolást indokló fődiagnózis (3. típus)

6. ábra: Az igénybevételi modell elemeihez kapcsolt elemzésbe bevont mutatók



Megjegyezzük, hogy kettő kivétellel valamennyi térségi szintű mutató kistérségekre aggregált formában állt rendelkezésre. Az Országos Lakossági Egészségfelmérések adataiból képzett két mutató azonban (a korlátozottak illetve a kockázati egészségmagatartásúak aránya) az alacsonyabb esetszám miatt csupán megyénként került összegzésre.

Fel kell hívni a figyelmet, hogy a kutatásban felhasznált mutatókkal kizárólag azokra vonatkozóan tudtuk az egyenlőtlenséget elemezni, akik egynapos ellátásban¹⁰ vagy akik aktív fekvőbeteg-ellátásban részesültek. Nem vizsgáltuk az ellátás más formáinak igénybevételét, és a szükséges, de megghiúsult igénybevételt sem. Bár a kistérségi betegarányokból következtethetünk egyenlőtlenségre, de kutatásunkban nem elemeztük, hogy vajon az ellátás elérhetősége vagy az igénybevételi hajlandóság ebben mekkora szerepet játszott.

¹⁰ Hivatalos elnevezéssel: „egynapos beavatkozás”; lásd pl. a 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben

4.2 AZ IGÉNYBEVÉTEL MODELLJÉN ALAPULÓ STATISZTIKAI ELEMZÉSI STRATÉGIA

Az 1. kutatási kérdés az ellátás igénybevételének szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségek nagyságára vonatkozik. Ahhoz, hogy annak mértékét meg lehessen ítélni, viszonyítási alapként első lépésben a kistérségi egyenlőtlenség nagyságát becsültük meg. Az 1., gyakran „üres”-nek nevezett többszintű statisztikai modellben még nem szerepelnek a vizsgált meghatározó tényezők mutatói. Segítségével az egyéni és a kistérségi variancia elkülönítve becsülhető. Az utóbbi mértékének megítélésére az összes varianciához, vagy másképpen a teljes egyenlőtlenséghez mért arány szolgál. Ez a mutató az intraklassz korrelációs együttható (*intraclass correlation coefficient, ICC*), vagy a lényegét jobban tükröző, de a magyarban meg ne honosodott nevén az összetartozási együttható. A mi elemzéseinkben tulajdonképpen a kistérségeken belül az egyének hasonlóságát jellemzi. Megjegyezzük még, hogy kistérségi variancia tulajdonképpen a kistérségi egyenlőtlenség mértékének tekinthető.

Az ellátási igénybevétel szükségletre való korrigálását három lépésben végeztük. Először, a 2. statisztikai modellben az egyéni szintű egészség-meghatározó tényezőket, az ellátást igénybe vevő nemére és életkorára vonatkozó mutatót vontuk be a statisztikai modellbe [6. ábra, 2-vel jelölt mutatók]. Jól ismert, hogy ezek az egyéni tényezők erősen meghatározzák az ellátási szükségletet, ugyanakkor az igénybevételi hajlandóságra is hatással vannak (pl. a férfiak – és közülük inkább a fiatalok – ritkábban fordulnak orvoshoz, mint a nők, még ugyanolyan egészségi állapot esetén is; lásd a Bevezető fejezet 12. oldal). Az egyéni tényezők közé tartozó ápolást indokló diagnózist úgy vettük figyelembe, hogy az elemzéseket négy diagnosztikus kategóriára, összes betegre, a daganatos betegekre, a keringési betegekre valamint az egyéb betegekre külön-külön elvégeztük.

Másodszorra, az elemzés 3. statisztikai modelljében térségi szintű, a lakóhelyi környezethez kapcsolható kistérségi halandósági illetve a megyei korlátozottsági mutatók additív hatását elemeztük. (3-mal jelölt mutatók)

A szükségletre korrigálás harmadik lépésben, a 4. statisztikai modellben az egészségi állapot meghatározó, a lakóhelyet jellemző társadalmi-gazdasági tényezőkkel bővítettük a magyarázó változók körét. (4-gyel jelölt mutatók) Amint az az igénybevételi modellben megfigyelhető [6. ábra] a társadalmi-gazdasági tényezők hatása az egészségi állapot és az ellátási szükséglet közvetítésével érvényesül az igénybevételen.

A szükségletre korrigálás három lépését követően a rendelkezésre álló ellátási kapacitások illetve az ellátás minőségének (ez utóbbit a csecsemőhalandóság jelzi) az igénybevételre kifejtett hatását elemeztük. (5-tel jelölt mutatócsoport) Az ellátás minőségét közvetve jellemző csecsemőhalandóság részben az ellátási szükséglet, részben pedig az elérhető ellátási kapacitások közvetett mutatójának tekinthető. Kutatásunkban ezek az ellátás elérhetőségét jelző mutatók a szükségletet befolyásoló hatásukat elemeztük. (6. ábra - alsó zöld nyíl)

A szükségletet jellemző, a statisztikai modellekbe lépésenként bevont mutatócsoportoknak az igénybevételre kifejtett hatásainak elemzése választ adott a 2. kutatási kérdésre is, hiszen információt szolgáltatott az ellátás igénybevételének szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségek és egyes egyéni valamint térségi társadalmi-gazdasági jellemzők közötti összefüggésekre vonatkozóan.

4.3 ADATFORRÁSOK, ADATTISZTÍTÁS, SZÁRMAZTATOTT VÁLTOZÓ-KÉPZÉS

ELLÁTÁSI ADATOK

Az adatszolgáltató az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (továbbiakban: ESKI). A 2007-es évre vonatkozó egynapos ellátási adatokat (174.195 ápolási eset) és aktív ellátási adatokat (2.018.133 ápolási eset) használtuk fel. A statisztikai adatbázis (adattisztítás, származtatott változóképzés) elkészítése során dr. Surján György, az ESKI Informatikai és tájékoztatási iroda főosztályvezetőjének szakértő segítségére támaszkodtunk.

Az adatbázis *ápolási eseteket* (egy ápolási eset=egy kórházi befejezés) tartalmaz, a hozzá tartozó 1-es típusú diagnózis (ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség, röviden alapbetegség) valamint a 3-as típusú diagnózis (ápolást indokló fődiagnózis, röviden ápolást indokló betegség) információkkal. Mindkét diagnózis a következő három nagy csoport valamelyikébe van sorolva: *rosszindulatú daganat* (BNO-10: C00-C98), *keringési* (BNO-10: I00-I99) ill. *egyéb* betegség (az előző két csoporton kívül valamennyi BNO-kód). Az elemzés során minden ápolási esetet egyetlen ellátási csoportba soroltunk be a következők szerint:

- ha akár az alapbetegség, akár az ápolást indokló betegség rosszindulatú daganat diagnózis volt, akkor az adott ápolási esetet daganatos beteg ellátásának tekintettük;
- az így be nem sorolt ápolási eseteknél, ha akár az alapbetegség, akár az ápolást indokló betegség keringési diagnózis volt, akkor az esetet keringési beteg ellátásának tekintettük;
- a fennmaradó ápolási eseteket egyéb betegek ellátásának tekintettük.

A besorolási eljárásban a diagnosztikus kategóriák sorrendjét az ellátási szükségletek sorrendje alapján határoztuk meg. Az elemzési egységként betegeket használó diagnózisonkénti elemzésekben azokat a betegeket (= pszeudo-TAJ-okat) szerepeltetjük, akiknek volt minimum egy, az adott diagnózishoz tartozó ápolási esete.

Az adatbázis tartalmazza még az ápolási esetekhez tartozó súlyszámot, a beteg adatait (nemét, korcsoportját, lakhelyének irányítószámát, és egy ún. pszeudo-TAJ-számot, ami a beteget egyértelműen azonosító szám). A korcsoportok itt és a továbbiakban végig az alábbi beosztást fedik:

18-24 éves [1]; 25-34 éves [2]; 35-44 éves [3]; 45-54 éves [4]; 55-64 éves [5]; 65-74 éves [6]; 75-84 éves [7]; 85 éves és idősebb + ismeretlen [8]

Az adat-tisztítás, származtatott változó képzés a következőképpen zajlott. Kizártuk az elemzésből az ESKI besorolása szerint hiányzó, hibás, vagy nem értelmezhető adatokat (nem létező irányítószám, beteg neve nem 1 vagy 2 stb.)

Ezután a **pszeudo-TAJ**-t vizsgálva kizártuk az elemzésből az üres (hiányzó) értékekkel, ill. a betűket is tartalmazó értékekkel ellátott eseteket, ugyanis az ESKI tájékoztatása szerint előfordul, hogy az ellátó, ha nem ismeri a valódi TAJ-t, személyi igazolvány-számot vagy egyéb azonosítót ad a betegnek. Sőt, mivel a TAJ ismeretének hiányában gyakran valamilyen ad-hoc jelet, pl. csupa 0-t rögzítenek, ezért megnéztük azt is, hogy hány eset tartozik egy-egy pszeudo-TAJ-hoz. Ha túl sok (egynapos ellátásnál >25, aktív ellátásnál >22), akkor a vonatkozó esetet kizártuk az elemzésből (egynapos ellátásnál az esetek 5%-a, aktív ellátásnál az esetek kevesebb, mint 1%-a tartozott ide).

Az **irányítószám**ot vizsgálva kizártuk az irányítószámként nem szereplő számokat (pl. 0000) és a hiányzó irányítószámokat tartalmazó eseteket.

A **súlyszám**ot vizsgálva a 0 súlyszámhoz tartozó eseteket zártuk ki az elemzésből (az ESKI tájékoztatása szerint ez az eset azt jelentheti, hogy az ellátást egynapos sebészetként jelentették ugyan, de járóbetegként számolta el az OEP, vagy azt, hogy az esetet összevonták egy fekvőbeteg ellátási esettel – pl. szövődmény miatt be kellett fektetni – és ott számolták el.) Viszonylag magas volt az ilyen esetek száma: az egynapos ellátásnál kb. 36.000, ez a kiinduló 174.195 eset 4,8%-a. Ugyanez a szám az aktív ellátásánál kb. 22.000 eset, a kiinduló 2.018.133 eset 1%-a.

Az aktív ellátás esetében az **ápolási napt**ot vizsgálva az egynél kisebb és 365-nél nagyobb számokhoz tartozó eseteket zártuk ki, ezek száma elenyésző volt.

Mivel elemzéseinkben a betegek képezik az elemzési egységet, a fenti lépések után szükséges volt az ápolási eseteket, mint rekordokat tartalmazó adatbázisból betegeket, mint rekordokat tartalmazó adatbázist készítenünk oly módon, hogy **pszeudo-TAJ-onként aggregáltuk** azt. Ennek feltétele, hogy az azonos pszeudo-TAJ-hoz tartozó esetek neme, korcsoportja, irányítószáma megegyezzen. Ha a nem vagy a korcsoport nem egyezett meg, az eseteket kizártuk a további elemzésből. Az irányítószám esetében itt elköltözés, több lakcím stb. is szóba jöhet, igaz, kicsi várható aránnyal. Mégis az tapasztalható, hogy az aktív ellátási esetek kb. negyede ilyen problémát mutat. Ennek oka lehet a 2007-ben érvényes korlátozott kórház-választás is (lásd szülés előtt átjelentkezés a választott kórház kerületébe). Ezért az irányítószámokra más tisztítási eljárást alkalmaztunk: az adott beteg ellátási esetei között legtöbbször szereplő irányítószám lett a beteg végső irányítószáma.

Az aggregálás után >365 ápolási nappal szereplő pszeudo-TAJ-okat szintén kizártuk az elemzésből (egyetlen ilyen TAJ volt).

Mindezen lépések után az eredményül kapott, betegeket tartalmazó statisztikai adatbázis rekordjainak száma az egynapos ellátásnál 86.568 beteg, míg az aktív ellátásnál 971.352 beteg.

KISTÉRSÉGI ADATOK

A kistérségek¹¹ szociális, ill. fejlettségi mutatóit tartalmazó adatokat a Széchenyi István Egyetem Regionális Tudományi és Közpolitikai Tanszék szolgáltatta számunkra.

Az elemzés során az elemzésben használt egészségmodellünknek megfelelő gazdasági-szociális, fizikai-, pszicho-szociális és egészségügyi környezeti kategóriákhoz tartozó mutatókat használtunk fel. Törekedtünk az egymástól jól elkülöníthető jelentésű mutatók használatára, ezért a valamely másikkal nagyon magas korrelációt mutató indikátorokat elhagytuk (ennek indoklásáról részletesebben lásd a következő fejezetet). Az indikátorokhoz csatoltuk még a legalább egy kockázati egészségmagatartású felnőttek megyei arányát (az OLEF2000¹² és OLEF2003 összevont adatbázisából számolva, ez a többi mutatóval ellentétben az OLEF mintaelem-számának korlátai miatt nem kistérségi, hanem megyei szintű adat). Végül elemzésünkben a következő mutatókat használtuk fel a kistérségek jellemzésére:

Gazdasági-szociális környezeti mutatók	Definíciók
Regisztrált munkanélküliek aránya	A regisztrált munkanélkülieknek a 18-59 éves korú népességen belüli aránya
Diplomás munkanélküliek aránya	A diplomás munkanélkülieknek a gazdaságilag aktív népességen belüli aránya
Eltartottak aránya	A gyermek (0-14 éves) és az idős népességnek (65-X éves) a 15-64 éves népességhez viszonyított aránya
Tartósan munkanélküliek aránya	Tartósan munkanélküliek aránya a regisztrált munkanélkülieken belül
Bruttó hozzáadott érték	Bruttó hozzáadott érték
Belföldi jövedelem	Összes belföldi jövedelem
Személygépkocsik aránya	Személygépkocsik száma 1000 főre
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya
Diplomások aránya	25 évesnél idősebb korú népességből diplomával rendelkezők aránya
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	A foglalkoztatottakon belüli a szakképzettség nélküli foglalkoztatottak aránya
Fizikai környezeti mutatók	
Komfort nélküli lakások aránya	Alacsony komfortfokozatú és szükséglakásoknak a teljes lakásállományon belüli aránya
Roma lakosság aránya	Roma lakosoknak a teljes népességen belüli aránya
Pszicho-szociális környezeti mutatók	
Bűncselekmények aránya	Elkövetett (ismertté vált) bűncselekményeknek a teljes lakosságra vetített aránya
Nonprofit szervezetek aránya	Működő nonprofit szervezeteknek a teljes lakosságra vetített aránya
Egészségügyi környezeti mutatók	
Háziorvosi ellátottság	Egy háziorvosra jutó lakos
Kórházi ágyak aránya	1000 lakosra jutó kórházi ágyak száma
Csecsemőhalálozás	Az élveszületést követően az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett elhalálozások számának az élveszületettekhez viszonyított aránya 1000 élveszületettre számítva
Háziorvos nélküli településen élők aránya	Háziorvos által nem lakóhelyen ellátottak aránya
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	Gyógyszertárt nem működtető településen élők aránya

IRÁNYÍTÓSZÁM-KISTÉRSÉGI KÓD MEGFELELTETÉS

Mivel az ellátásra vonatkozó adatok irányítószámokként állnak rendelkezésre, az OLEF adatok pedig településenként, szükséges az irányítószámoknak és a települési KSH-kódoknak a

¹¹ Az elemzés 2007-es adatokra irányul, a kistérségi besorolás 2007 őszén változott meg; mi az addig érvényes, 168 kistérséget tartalmazó besorolást használtuk.

¹² Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 és 2003.

kistérségekkel való összekapcsolása. A megfelelő adatokat a Széchenyi István Egyetem Regionális Tudományi és Közpolitikai Tanszék szolgáltatta számunkra.

NÉPSZÁMLÁLÁSI ADATOK

A népszámlálási adatokra az elemzés I. szakaszában a kistérségi lélekszám megállapításához volt szükség. Az adatszolgáltató a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) volt. Az adatbázisban a 2001-es népszámlálási adatok szerepelnek, kistérségi, nemenkénti, kor-, iskolai végzettség-, gazdasági aktivitás szerinti bontásban. A nagyon részletezett bontás miatt egy-egy cellába gyakran csak egy-két eset került. Ezek helyett a KSH egységesen hármast írt és megadta kistérségenként az egyelemű és kételemű cellák számát. (Az üres cellák egyáltalán nem szerepeltek a felsorolásban.) Az adatok feldolgozásának első lépéseként — az ismert eloszlások alapján — a hármásokat kellett kicserélni a kistérségi átlagra, hogy a népességszám ne torzuljon felfelé. Az eredményül kapott statisztikai adatbázis 8.108.760 felnőtt lakost kategorizál.

HALÁLOZÁSI ADATOK

Az adatszolgáltató a KSH volt. Az adatbázisban a 2007-ben elhunytak száma szerepelt, kistérségi, nemenkénti, korcsoportonkénti, iskolai végzettség és halálok (daganatos, keringési, egyéb betegség) szerinti bontásban. A 9999-es kistérségi kódúakat ("Nem település, fiktív területi egység"), ill. az ismeretlen iskolai végzettségűeket mindkét esetben a többi szempont szerint megegyező csoportban osztottuk szét a csoporton belüli kistérségi- illetve iskolai végzettségi arányoknak megfelelően. Ezzel a módszerrel lehetett az együttes eloszlásban meglévő egyenetlenségekből a lehető legtöbbet megőrizni. Viszont a módszer hátránya, hogy a kistérségi és iskolai végzettségi peremeloszlások kissé torzulnak.

OLEF ADATAI

Az OLEF2000 és OLEF2003 adatainak összevont adatbázisát használtuk. Az OLEF-ből származó indikátorok közé tartozott a megyei szintű egészségmagatartási kockázat, ill. a legalább enyhén korlátozottak megyei szintű aránya, melyet az ellátási modellekben szükséglet-mutatóként definiáltunk. Az előbbi több, az OLEF kapcsán felmért egészségmagatartási elemből képzett összetett változó, mely kétértékű (jelen van, nincs jelen). A kockázati egészségmagatartás jelen van, ha az alábbi négy kérdés közül az egyikre „igen” a válasz:

Alkoholfogyasztás (nagyivó: igen/nem)

Dohányzás (rendszeresen dohányzik: igen/nem)

Zöldség-, gyümölcsfogyasztás (soha vagy ritkábban, mint hetente fogyaszt: igen/nem)

Testtömeg-index (BMI>25: igen/nem)

Az OLEF adatbázis elemzésénél az esetleges reprezentativitási problémákat korrigáló súlyozást alkalmaztunk. Technikailag ennek kivitelezésekor a nem * korcsoport * megye kereszt-kategóriák mintabeli arányát korrigáltuk a népszámlálási adatok azonos kategóriáinak arányát követve.

Az eredményül kapott statisztikai adatbázis 10.532 rekordot tartalmaz.

TÉRSÉGI SZÜKSÉGLET-MUTATÓK KÉPZÉSE

A szükséglet-mutatók inputként szolgáltak a többszintű igénybevételi modellek számára. Két mutatót használtunk, a korlátozottságra, ill. a halálózásra épülve.

Részletesen: a korlátozottság esetében az OLEF adatokat használtuk, súlyozva. A mutató a korlátozottak nemre és korra standardizált megyei arányaként áll elő (a legalább enyhe korlátozottságot sorolva a korlátozott kategóriába). Standard populációként a megyei bontás nélküli országos adatokat használtuk.

A halálózási adatok esetében a KSH 2007-es halandósági adatait és a 2001-es népszámlálási adatokat használtuk fel. (A meghaltak számát a KSH halálózási adatok alapján, a meg nem haltak számát a népszámlálási adatok alapján definiálva, azt a közelítést alkalmazva, hogy az utóbbi a 2007-es év évközepi lakosság száma¹³.) Azt a néhány kistérség/nem/kor/iskola cellát, ahova nem esett népszámlálási személy, de halálózás igen (ez az adatfelvételek időbeli elcsúszása miatt lehetséges), kizártuk az elemzésből (29 ilyen személy volt). Azokat a cellákat, ahol a halálózás meghaladta a populációs létszámot (33 személy esett ezekbe a cellákba), a halálózást a populációs létszámra csökkentettük. Itt az elemzési egység a kistérség volt, a standard populációt a kistérségi bontás nélküli országos adatok adták, a standardizáció rétegeit pedig a nem, a korcsoport és az iskolázottság voltak. Ugyanezt a standardizált halálózási rátát halálokönként (daganatos, keringési, egyéb) külön bontva is kiszámoltuk, és a betegcsoportonként (daganatos, keringési, egyéb) bontott ellátási modellekben ezeket használtuk szükséglet-mutatóként.

4.4 A STATISZTIKAI ADATBÁZISOK ALAPJELLEMZŐI

Ebben az elemzés-előkészítő szakaszban minden, a fent felsorolt adatbázis esetében elkészítettük a következő alapvető statisztikákat: megfigyelések száma, változók száma és mérési szintje, ill. célváltozók alap-eloszlásai. Az utóbbi az alábbi célváltozókat tartalmazta:

Ellátás: egynapos ellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás

ellátási esetek száma nemenként, korcsoportonként, diagnózisonként, megyénként

ellátottak száma nem, kor, megyei bontásokban

ellátottak száma diagnózisonként nem, kor, megyei bontásokban

súlyszám (aktívnaponként) átlaga nem, kor, megyei bontásokban

az előző diagnózisonként

Kistérségi mutatók: a kistérségek szociális-fejlettségi mutatóinak korrelációja. A korrelációs számítás célja annak elkerülése, hogy a majdani regressziós modellekbe multikollineáris prediktorok kerüljenek. (Multikollineáris prediktorok esetén ugyanis a prediktorok önálló hatásának becslése (együttható konfidencia intervalluma és p-értéke) rosszul becsülhető. Az elemzésben pedig éppen az önálló hatások kimutatása érdekes. A kollineáris prediktorokat nagyon szoros kapcsolat esetén elhagyjuk, egyébként egyetlen lépésben vonjuk be őket a modellbe, az együttes p-érték kiszámítása, az együttes hatás ugyanis valid mutató ilyen esetben is).

Népszámlálás: lakosság száma főbb csoportok szerint

¹³ A halálózási rátának a KSH honlapján található definíciója: „Ezer (százezer) lakosra jutó halálózás, az elhunyt nemével, életkorával azonos csoportba tartozó évközepi népességre számítva.”

Halálozás: elhunytak száma főbb csoportok szerint

OLEF: a korlátozottság megoszlása.

4.5 LEÍRÓ STATISZTIKAI ELEMZÉSEK

A GINI EGYÜTTHATÓ ÉS A KONCENTRÁCIÓS INDEX RÖVID BEMUTATÁSA

Az egészség-egyenlőtlenségek elemzésének módszertani lehetőségei igen tágak, számos speciális mutató használata terjedt el. [Mackenbach és Kunst, 1997; Kunst, 2008; de Looper és Lafortune, 2009] A módszertani ajánlások alapján mi a kistérségi ellátási egyenlőtlenségek jellemzésére a Gini együtthatót és a koncentrációs indexet (KI) [angolul: HCI, health concentration index] használtuk az elemzés során. [Brown, 1994; Ogwang, 2000; Koolman és van Doorslaer, 2004; Schneider és mtsai., 2005]

A Gini együtthatóként ismert szóródás-mutatót leggyakrabban jövedelmi vagy más típusú egyenlőtlenség mérésére használják, főként közgazdasági területeken (gazdaság-szociológia, egészség-közgazdaságtan, stb.) Az index az eloszlás teljes terjedelmét figyelembe veszi – szemben a percentilis-típusú indexekkel (mint az interkvartilis terjedelem vagy a decilis-hányados). A Gini értékkészlete a [0; 1] intervallum. 0 az értéke, ha a populáció minden tagja azonos jövedelemmel rendelkezik, tehát tökéletes az egyenlőség. Értéke 1, ha minden jövedelem egyetlen személy kezében összpontosul, azaz teljes egyenlőtlenség esetén. A 0,4 körüli Ginit már viszonylag erős egyenlőtlenségként interpretálhatjuk.

A Gini együttható szemléletesen interpretálható a **Lorenz-görbe** segítségével, ugyanakkor a görbe maga is az egyenlőtlenség leírásának – a Gini együtthatónál komplexebb – eszköze. A görbe az alacsonyabb jövedelmek irányából kumulált népesség és az általuk birtokolt jövedelmi hányad kapcsolatát mutatja. A Lorenz-görbe alapján pl. ilyen kijelentések tehetők: a lakosság alacsonyabb jövedelmű 50%-a a populációs összjövedelemnek csupán 30%-át birtokolja. Tökéletes egyenlőség esetén a görbe 45°-os dőlésszögű egyenesként (az „átlóként”) jelenne meg. Minél inkább eltér a görbe az átlótól, annál nagyobb az egyenlőtlenség. Két egymást nem metsző görbe összevetésekor az átlóhoz közelebb húzódó reprezentál mindig kisebb egyenlőtlenséget. Ebből következően a Gini mutató az aktuális görbe és a tökéletes egyenlőség esetén megfigyelhető görbe által bezárt terület nagyságának kétszerese. (A Gini együttható kiszámítása: 1-2*a Lorenz-görbe integrálja). E levezetésből az is belátható, hogy a Gini együttható értékkészlete a 0 és 1 közötti intervallum.

Elemzésünkben, mivel nem az egyén, hanem a kistérség képezi az elemzési egységet, a szokásos Lorenz-görbének és Gini együtthatónak egy **csoportos** megfigyelésekre általánosított változata szerepel (Brown, 1994). Itt a Lorenz-görbe készítésénél a betegarány (vagy a súlyszámmal kapcsolatos elemzésekben a kistérségben számolt egy betegre eső súlyszám, azaz átlagos súlyszám) növekvő sorrendjében vonjuk össze a kistérségeket, és ábrázoljuk a vízszintes tengelyen a már bevont területek lakosságának arányát a teljes lakossághoz képest (súlyszám-elemzésnél a kistérségi lakosság szám helyett kistérségi betegszám szerepel). A függőleges tengelyen, a már bevont területek betegeinek összlétszámának (avagy összsúlyszámának) arányát a teljes betegszámhoz (avagy az adott kistérségre vonatkozó teljes összesített súlyszámhoz) képest ábrázoljuk. A Gini együttható képletszerűen az alábbi G érték abszolút értékeként kapható meg:

$$G = 1 - \sum_{i=0}^{k-1} (Y_{i+1} + Y_i)(X_{i+1} - X_i)$$

ahol k a kistérségek száma, Y_i az i . kistérségig kumulált lakossági arány, és X_i az i . kistérségig kumulált betegarány (avagy súlyszámarány).

A Lorenz-görbe pontonkénti interpretációja a következő lehet pl. „a felnőtteknek a legalacsonyabb betegarányjal jellemezhető kistérségekhez tartozó 50%-a az összes beteg csupán 20%-át foglalja magában” vagy „a betegeknek a legrosszabb átlagos súlyszámmal (=legalacsonyabb egy betegre eső súlyszámmal) jellemezhető kistérségekhez tartozó 50%-a az összes súlyszámnak csupán 20%-át kapta a 2007-es évi kezelésekor” stb.

A koncentrációs görbe és index (itt KI) a Lorenz-görbétől és a Gini együtthatótól abban különbözik, hogy a kistérségek bevonási sorrendje más. A kistérségeket ugyanis a kistérségi szociális-fejlettségi mutatók szerint rendezzük az x -tengelyen. A koncentrációs görbe és az index számítása, interpretációja a fentivel megegyezik, azzal a különbséggel, hogy a görbe az átló alatt és felett is húzódhat, ennek megfelelően, mivel a $KI = 1 - 2 \cdot G$ koncentrációs görbe integrálja, a G -re vonatkozó fenti képlet itt negatív értéket is felvehet: a KI értékkészlete a $[-1;1]$ intervallum.

Röviden a KI interpretációjáról. Az index azt méri, hogy mekkora mértékben koncentrálnak az (egynapos ellátásban részesült) betegek (ha súlyszámot vizsgálunk: a súlyszámok) a rosszabb vagy jobb társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségekre. Ha nincs egyenlőtlenség, az értéke 0. Ha a betegek (a súlyszámok) a rosszabb helyzetű kistérségekre koncentrálnak, akkor negatív az értéke (ilyenkor a görbe az átló felett halad). Ellenkező esetben pozitív az értéke és a görbe az átló alatt halad. Minél nagyobb az abszolút értéke, annál nagyobb fokú egyenlőtlenséget jelez.

A koncentrációs görbe is értelmezhető a Lorenz-görbéhez hasonlóan, pontonként is. Pl. betegarány esetén: „a felnőtteknek a legrosszabb munkanélküliségi helyzettel (azaz legmagasabb munkanélküliségi mutatókkal) jellemezhető kistérségekhez tartozó 50%-a az összes egynapos ellátásban részesült betegnek csupán 30%-át foglalja magában”.

Az elemzés során a Stata 9 programcsomagot használtuk. A Gini és a KI, illetve ezek konfidencia-intervallumának kiszámításához *concindc* elnevezésű Stata-modult alkalmaztuk [Chen, 2007], ennek elméleti háttere megtalálható egy friss Világbank-publikációban. [O'Donnell és mtsai., 2008]

A GINI EGYÜTTHATÓ ÉS A KONCENTRÁCIÓS INDEX ALKALMAZÁSA A JELENTÉSBEN

Az x -tengelyen tehát a legrosszabbtól a legjobb helyzet felé rendezzük a kistérségeket a KI kiszámolásakor. Ez mutatónként mást jelent:

Rendezés a nagy (kedvezőtlen) értéktől a kicsi (kedvező) értékig

- Regisztrált munkanélküliek aránya
- Eltartottak aránya
- Tartósan munkanélküliek aránya
- Diplomás munkanélküliek aránya
- Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya
- Komfort nélküli lakások aránya
- Roma lakosság aránya
- Bűncselekmények aránya
- Háziorvosi ellátottság
- Csecsemőhalálozás
- Háziorvos nélküli településen élők aránya
- Gyógyszertár nélküli településen élők aránya

Rendezés a kicsi (kedvezőtlen) értéktől a nagy (kedvező) értékig

Bruttó hozzáadott érték
 Belföldi jövedelem
 Személygépkocsik aránya
 Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya
 Diplomások aránya
 Nonprofit szervezetek aránya
 Kórházi ágyak aránya (működő aktív és krónikus ágyak
 összesen)

Kistérségi ellátási egyenlőtlenségek

- Mutató: betegarány, tehát az ESKI kistérségi egynapos ellátás betegszám osztva a népszámlálási kistérségi populációnagysággal
- Elemzési egység: kistérség
- Eloszlás-jellemzők: minimum, maximum, átlag, szórás, medián, percentilisek
- Egyenlőtlenségi mérték: Gini-együttható, a hozzá tartozó Lorenz-görbével.
- Ugyanezek más mutatóra: egy betegre eső súlyszám, ill. ápolási nap (Ezek az elemzések csak a 0-nál nagyobb betegarányú kistérségeken értelmezettek!)
- Ugyanezek diagnózisonként bontva

Kistérségi ellátási egyenlőtlenségek a kistérség társadalmi-gazdasági helyzete (TG) szerint

- Mutató: betegarány, tehát az ESKI kistérségi egynapos ellátás betegszám osztva a népszámlálási kistérségi populációnagysággal
- Elemzési egység: kistérség
- TG: az összes kistérségi mutató
- Egyenlőtlenségi mérték: Koncentrációs index (KI), a hozzá tartozó koncentrációs görbével. A KI segítségével közvetlenül összevethetők az adott ellátási forma különböző TG mutató szerinti területi egyenlőtlenségei
- Ugyanezek más mutatóra: egy betegre eső súlyszám, ill. ápolási nap (Ezek az elemzések csak a 0-nál nagyobb betegarányú kistérségeken értelmezettek!)
- Ugyanezek diagnózisonként bontva

4.6 TÖBBSZINTŰ STATISZTIKAI MODELLEK

A TÖBBSZINTŰ ELEMZÉS LOGIKÁJA, A STATISZTIKAI MODELLÉPÍTÉS LÉPÉSEI

A többszintű (más néven hierarchikus lineáris) modellek alkalmazásának statisztikai indoka az, hogy az azonos kistérségben lakók ellátási mutatói nem feltétlenül függetlenek egymástól. A klasszikus regressziós modellek alapfeltevései közé ugyanis a megfigyelések függetlensége is beletartozik. Ha ez utóbbi feltevés sérül, a becslési eredmények torzulhatnak. A többszintű statisztikai modellezés alkalmazásához, az eredmények értelmezéséhez a következő szakirodalmakat használtuk: [Snijders és Bosker, 1999; Merlo és mtsai., 2005a; Merlo és mtsai., 2005b; Merlo és mtsai., 2005c; Rabe-Hesketh és Skrondal, 2008]

A többszintű elemzés tehát összetett variancia-struktúrával rendelkező adatokra használandó, ahol az összetett variancia-struktúrát az okozza, hogy az egyéni megfigyelések csoportokba ágyazottak (*nested*). Egyezményesen az egyéneket nevezzük első szintű (*level-1*), míg a csoportokat második szintű (*level-2*) megfigyelési egységnek¹⁴. Tipikus példák: cégek dolgozóikkal (a dolgozók teljesítménye egyéni képességüktől de a cég sajátosságaitól, pl. a vezetési módszerektől is függ), iskolai osztályok tanulóikkal (az érdemjegyek a tanulók képességétől, de a tanárok értékelési elveitől is függenek), vagy a mi esetünkben: kistérségek lakóikkal (az ellátási mutatók az egyéni szükséglettől, igénybevételi hajlandóságtól, de pl. a térségi ellátórendszer sajátosságaitól is függenek). Az ilyen adatok elemzésekor figyelembe kell venni, hogy a két szint önálló forrása a varianciának: a kistérségek között is, de az egyének között is megfigyelhető variabilitás. A variancia bármelyik szintű forrásának figyelembe nem vétele hibás következtetések levonásához vezethet.

Az elemzésben többszintű lineáris regressziós modelleket használtunk. Az alábbiakban a jelentésben végigvitt modellépítés egyes lépéseit vesszük sorra, így egyrészt statisztikai segítséget nyújtunk azok értelmezéséhez, másrészt a többszintű elemzés logikáját is megkíséreljük egyúttal bemutatni.

Jelölje a kimeneti változót, pl. az egy betegre eső súlyszámot S_{ij} . Az indexelés a j . kistérség i . lakóját rövidíti. A kiinduló modellünk szerint (ez modellépítéseink első modellje):

$$S_{ij} = S + u_j + e_{ij},$$

$$u_j \sim N(0, \sigma_u^2), e_{ij} \sim N(0, \sigma_e^2),$$

vagyis a súlyszám, mint az országos főátlag (S), a kistérségi hatás (u_j , ez a kistérségi reziduálisként is felfogható) és az egyéni hibatag összege áll elő. Az utóbbi mennyiségek nulla várható értékű, független normális eloszlásokból származnak. A súlyszámok teljes varianciája a két különböző szintű variancia összegeként áll elő:

$$\text{Var}(S_{ij}) = \sigma_u^2 + \sigma_e^2.$$

A fenti mennyiségekből számolható ICC együttható (*intraclass correlation coefficient*, összetartozási együttható)

$$ICC = \frac{\sigma_u^2}{\sigma_u^2 + \sigma_e^2}$$

a kistérségi szintű variancia hányadát méri. Mivel belátható, hogy értéke megegyezik két, random kiválasztott, ugyanabba a kistérségbe tartozó egyén súlyszáma közötti korrelációval, valóban interpretálható korrelációként is. Tehát az ICC tulajdonképpen a kistérségen belüli homogenitás mértéke.

Ez a kiinduló modell még nem tartalmaz prediktort, de mint látható, sokat elmond az adatok többszintű struktúrájáról.

A modellépítés következő lépésében egyéni szintű változókat – a korcsoportot (kor_{ij})¹⁵ és a nemet (nem_{ij})¹⁶ vonjuk be prediktorként. A modell a következő:

$$S_{ij} = S + u_j + \beta_1 \text{nem}_{ij} + \beta_2 \text{kor}_{ij} + e_{ij},$$

¹⁴ Az egyszerűség kedvéért itt kétszintű modellről beszélünk, de az elvek akárhány szintre általánosíthatók.

¹⁵ A nominális mérési szintű korcsoport technikailag dummy-kal (0/1 változókkal) kódolva került bevonásra.

¹⁶ A nem dummy-ként került bevonásra, 1 értéket a nőkre véve föl.

ahol a β -k a hagyományos lineáris regressziónál megszokott módon, a prediktor egységnyi megváltozása által okozott várható súlysúly-változásként értelmezhetők. Rögzített nem és korcsoport mellett az u_j és e_{ij} egymástól független és nulla átlagú, mindkettő normális eloszlásból származik, az eloszlások varianciáját itt is σ_u^2 ill. σ_e^2 jelöli. Az u_j a prediktorok által meg nem magyarázott csoporthatásként értelmezhető. Hasonlóan, a σ_u^2 ill. a σ_e^2 a súlysúlyoknak a prediktorok által meg nem magyarázott varianciájának az első ill. a második szinthez köthető partíciójaként értelmezhető. A meg nem magyarázott varianciának ez a partíciója adja a többszintű modellezés lényegét. Mint látni fogjuk, a modellek interpretálásakor erre a variancia-felbontásra, illetve a belőlük számolható ICC-re fogunk koncentrálni. Prediktorok jelenlétében az ICC „nemre, korra korrigált ICC”-ként vagy reziduális ICC-ként (*residual ICC*) értelmezhető.

A modellépítés következő lépésében kistérségi szintű szükséglet-mutatókat – a standardizált kistérségi halálozási rátát (Halálozás)¹⁷ és a standardizált megyei korlátozottsági arányt (Korlátozottság) vonjuk be prediktorként. A modell a következő:

$$S_{ij} = S + u_j + \beta_1 \text{nem}_{ij} + \beta_2 \text{kor}_{ij} + \beta_3 \text{Halálozás}_j + \beta_4 \text{Korlátozottság}_j + e_{ij},$$

ahol az egyes tagokra az előbbi feltételek érvényesek, és a modell paraméterei (a variancia-partíciós tagok, a korrigált ICC) fentihez hasonló módon értelmezhetők.

A modellépítés két utolsó lépésében szintén kistérségi szintű prediktorok kerülnek bevonásra: kistérségi társadalmi-gazdasági mutatók, ill. a kistérségi ellátórendszert jellemző mutatók. Technikai okokból minden modellben centrálva (azaz saját átlagukkal csökkentve) használjuk a folytonos magyarázó változókat.

A modellépítés során az illeszkedés lépésenkénti javulását is teszteltük. Két modell közti illeszkedés-javulás a két modell valószínűség-hányados statisztikájának különbségére épülő khi-négyzet teszttel tesztelhető, melynek szabadságfoka az újonnan bevont paraméterek száma. Ezen kívül minden modell esetén közöljük (és interpretáljuk) a σ_u^2 (meg nem magyarázott kistérségi szintű variancia) ill. σ_e^2 (meg nem magyarázott egyéni szintű variancia) értékét, ezek összegét (teljes meg nem magyarázott variancia), e három mennyiség változásának arányát az előző modellhez képest (*PCV, proportional change in variance*), illetve a reziduális ICC értékét. A σ_u^2 mellett közöljük annak 0-tól való különbségének teszt-eredményét is – ha szignifikánsan különbözik 0-tól, elmondható, hogy érdemes többszintű modellt alkalmazni, hiszen lényeges kistérségek közti különbségek figyelhetők meg.

KISTÉRSÉGI ÁTLAGOK BECSLÉSE

Külön részletezést igényel a kistérségi átlagok többszintű modellezés esetén történő becslése (pontosabban posterior átlagok, másnéven empirikus Bayes becslések, vagy elcsúsztatott becslések – *shrinkage estimates*). Matematikailag ezek itt a fenti modellekből az $S+u_j$ összegeként kapható mennyiség becsléseként definiálhatók – tehát nem a hagyományos értelemben vett átlagos kistérségi súlysúlyok, hanem az egyéni súlysúlyokat kiosztó random mechanizmusnak abból az első szakaszából származnak, amikor még csak az országos átlag (S) és a kistérségi random hatások (u_j) kerülnek kiosztásra, a prediktoroktól lineárisan függő mennyiségek és az egyéni random hiba még nem. Éppen ezért értelmezhetők a prediktorokra korrigált kistérségi hatásként. Ez a megközelítés adja a lényegét annak az elemzésnek, amikor a kistérségi átlagok változását (várható homogenizálódását) vizsgáljuk a modellépítés során, lépésenként újabb prediktorok hatását szűrve ki belőlük. Ezek a kistérségi átlagok különösen epidemiológiai

¹⁷ A konvenciót követve a második szintű prediktorokat nagybetűvel, míg az első szintűeket kisbetűvel jelöljük.

alkalmazásokban, földrajzi különbségek vizsgálatokor érdemelnek figyelmet – jelentésünkben is ezért használtuk őket pl. a kistérségi becslések térképes megjelenítéskor.

A kistérségi átlagok u_j tagjai ún. elcsúsztatott reziduálisként (*shrunken residual*) becsülhetők; a becslés statisztikai tulajdonságairól lásd pl. Snijders, Bosker-t (1999). Az elcsúsztatás kifejezés onnét származik, hogy a becslési formulában az egyes kistérségekre számolt nyers reziduálisok az országos főátlag felé vannak tolvá, mégpedig annál inkább, minél nagyobb a kistérségen belüli becsült variancia és minél kisebb a kistérségbe eső mintaelem-szám. Vagyis, szemléletesen, annál inkább az országos átlagra támaszkodunk a kistérségi átlag becslésében, minél kevésbé megbízható a kistérségre vonatkozó információink.

Definíció szerint a kistérségi átlag becslése a prediktorok 0 értéke mellett adódik. Ez azonban interpretációs problémákat okozhat, ennek elkerülése érdekében érdemes a folytonos prediktorokat centrálva megadni. Becsléseinkben a modellek összes prediktora, így a nem és korcsoport dummy-k is centrálva kerültek bevonásra¹⁸, ily módon a kistérségi átlagok becslése ténylegesen az összes prediktorra korrigálva adódott.

SZÁMÍTÁSTECHNIKAI MEGVALÓSÍTÁS

A Stata 9.1 programcsomagban több lehetőség is rendelkezésre áll többszintű modellek kivitelezésére. Mi az *xtreg* parancs használata mellett döntöttünk, mivel ez hatékony (futásidőben kedvező) algoritmust használ, míg outputja bővebb és könnyebben értelmezhető, mint az alternatíváké. A parancsot *mle* (a random hatások maximum likelihood becslése) beállítással használtuk.

A kistérségi átlagok becslését az előbb részletezett módon, empirikus Bayes becsléssel számoltuk. A becsléshez a Stata *xtmixed* post-estimation parancsát, a *predict*-et használtuk, a *reffects* beállítással.

A kistérségi becslések térinformatikai megjelenítését az EpiInfo 2000 statisztikai programcsomag EpiMap moduljával végeztük.

¹⁸ Ezt a megoldást ajánlja pl.: Bryk, A.S. & Raudenbush, S.W. (1992): Hierarchical Linear Models. Sage Publications. pp 34.

5 EREDMÉNYEK

5.1 LEÍRÓ ELEMZÉSEK

NÉPESSÉG LEÍRÓ ELEMZÉSE

A 2001-es népszámlálási adatok alapján a 18 éves és idősebb népesség 47%-a volt férfi [1. táblázat]. A népesség 67%-a 55 évesnél fiatalabb volt [2. táblázat]. A 45-54 éves korosztályba tartozók magasabb aránya a Ratkó-generáció első, a 25-34 éves korosztály a második hullámát jelzi.

1. táblázat: 18 éves és idősebb magyar népesség nemek szerint

NEM	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Férfi	3 782 604	46,65	46,65
Nő	4 326 156	53,35	100,00
Összesen	8 108 760	100,00	

2. táblázat: 18 éves és idősebb magyar népesség korcsoportok szerint

KORCSOPORT	GYAKORISÁG	%	KUM.%
18-24 éves	1 085 565	13,39	13,39
25-34 éves	1 487 580	18,35	31,73
35-44 éves	1 317 046	16,24	47,98
45-54 éves	152 227	18,86	66,83
55-64 éves	1 144 201	14,11	80,94
65-74 éves	927 198	11,43	92,38
75-84 éves	492 738	6,08	98,46
85+ éves	125 205	1,54	100,00
Összesen	8 108 760	100,00	

HALANDÓSÁG LEÍRÓ ELEMZÉSE

2007-ben a több mint 130 ezer haláleset 51%-a a férfiakat sújtotta [3. táblázat], az életkor előrehaladtával növekvő arányban]. Az esetek felében a halál oka a keringési rendszer betegségei voltak, a halálozások negyedét rosszindulatú daganatos betegségek okozták.

3. táblázat: Halálesetek nemek szerint

NEM	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Férfi	67 410	51,26	51,26
Nő	64 104	48,74	100,00
Összesen	131 514	100,00	

4. táblázat: Halálesetek korcsoportok szerint

KORCSOPORT	GYAKORISÁG	%	KUM.%
18-24 éves	443	0,34	0,34
25-34 éves	1 240	0,94	1,28
35-44 éves	3 404	2,59	3,87
45-54 éves	12 344	9,39	13,25
55-64 éves	20 054	15,25	28,50
65-74 éves	27 670	21,04	49,54
75-84 éves	42 082	32,00	81,54
85+ éves	24 277	18,46	100,00

Összesen	131 514	100,00
-----------------	----------------	---------------

5. táblázat: Halálesetek diagnózisok szerint

HALÁLOK	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Daganatos betegség	32 632	24,81	75,26
Keringési betegség	66 339	50,44	50,44
Egyéb betegség	32 543	24,74	100,00
Összesen	131 514	100,00	

KORLÁTOZOTTSÁG LEÍRÓ ELEMZÉSE

Az OLEF eredményei szerint a 18 év feletti lakosság 48%-a mindennapi tevékenységében korlátozott volt, a férfiak 43%-a, míg a nők között valamivel nagyobb arányú – 53%-os – volt a korlátozottság [6. táblázat]. Az életkorral folyamatosan nő a mindennapi tevékenységükben korlátozottak aránya, de már a 24 évnél fiatalabbaknak is közel negyede él enyhébb vagy súlyosabb korlátozottsággal.

6. táblázat: Korlátozottak aránya nemenként

NEM	%	95%-OS KONF.INT.
Férfi	43,24	[41,78 - 44,71]
Nő	52,57	[51,26 - 53,89]
Összesen	48,23	[47,24 - 49,21]

7. táblázat: Korlátozottság aránya korcsoportonként

KORCSOPORT	%	95%-OS KONF.INT.
18-24 éves	24,35	[22,04 - 26,81]
25-34 éves	26,29	[24,25 - 28,43]
35-44 éves	31,56	[29,40 - 33,80]
45-54 éves	54,87	[52,66 - 57,06]
55-64 éves	65,60	[63,15 - 67,97]
65-74 éves	77,30	[74,82 - 79,60]
75-84 éves	84,80	[81,46 - 87,64]
85+ éves	95,56	[88,96 - 98,29]
Összesen	48,23	[47,24 - 49,21]

KOCKÁZATI EGÉSZSÉGMAGATARTÁS LEÍRÓ ELEMZÉSE

A felnőtt lakosság kockázati egészségmagatartásának megyei gyakoriságát mutatja a 8. táblázat. Az Országos Lakossági Egészségfelmérések összesített adatai szerint a Tolna megyében élők 78%-ának, míg a budapestiek 69%-ának volt legalább egy kockázati egészségmagatartása: nagyívó volt, vagy rendszeresen dohányzott, vagy soha ill. ritkábban, mint hetente fogyasztott zöldséget-gyümölcsöt vagy túlsúlyos volt.

8. táblázat: A kockázati egészségmagatartásuk megyei aránya

MEGYE	%
Budapest	68,9
Baranya	73,7
Bács-K	73,2
Békés	74,3
Borsod-A-Z	70,1
Csongrád	71,0
Fejér	73,2
Győr-M-S	69,6
Hajdú-B	74,3
Heves	72,6
Komárom-E	75,7
Nógrád	75,8
Pest	73,0
Somogy	76,7
Szabolcs-Sz-B	72,3
Jász-N-Sz	76,1
Tolna	78,2
Vas	70,0
Veszprém	71,8
Zala	73,3
Összesen	73,2

EGYNAPOS ELLÁTÁS LEÍRÓ ELEMZÉSE

Ellátási esetek

2007-ben több mint 125 ezer egynapos ellátásra került sor, amelyek közel háromnegyedét nők vették igénybe [9. táblázat].

9. táblázat: Egynapos ellátások esetei nemenként

NEM	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Férfi	35 065	27,21	27,21
Nő	93 825	72,79	100,00
Összesen	128 890	100,00	

Az ellátási esetek ötödét a 45-54 évesek, a szomszédos korcsoportokkal együtt az ellátási esetek több mint felét vették igénybe [10. táblázat]. Az egynapos ellátás esetek egyharmada a daganatos betegségekhez köthető, míg keringési betegség diagnózisa az esetek alig több mint 5%-ában fordult elő [11. táblázat]. Az egynapos ellátások földrajzi megoszlása egyenetlen volt: az esetek egyharmada Budapestről és Pest megyéből került ki [12. táblázat].

10. táblázat: Egynapos ellátások esetei korcsoportonként

KORCSPORT	GYAKORISÁG	%	KUM.%
18-24 éves	8 438	6,55	6,55
25-34 éves	22 055	17,11	23,66
35-44 éves	20 681	16,05	39,70
45-54 éves	26 623	20,66	60,36
55-64 éves	23 680	18,37	78,73
65-74 éves	17 347	13,46	92,19
75-84 éves	8 594	6,67	98,86
85+ éves	1 472	1,14	100,00
Összesen	128 890	100,00	

11. táblázat: Egynapos ellátások esetei diagnózisonként

HALÁLOK	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Daganatos betegek	41 611	32,28	32,28
Keringési betegek	6 689	5,19	37,47
Egyéb betegek	80 590	62,53	100,00
Összesen	128 890	100,00	

12. táblázat: Egynapos ellátások esetei megyénként

MEGYE	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Budapest	26 751	20,75	20,75
Baranya	5 724	4,44	25,20
Bács-K	7 720	5,99	31,19
Békés	2 105	1,63	32,82
Borsod-A-Z	9 916	7,69	40,51
Csongrád	4 810	3,73	44,24
Fejér	5 593	4,34	48,58
Győr-M-S	2 706	2,10	50,68
Hajdú-B	6 773	5,25	55,94
Heves	4 473	3,47	59,41
Komárom-E	3 291	2,55	61,96
Nógrád	2 806	2,18	64,14
Pest	16 912	13,12	77,26
Somogy	3 057	2,37	79,63
Szabolcs-Sz-B	9 641	7,48	87,11
Jász-N-Sz	5 001	3,88	90,99
Tolna	3 034	2,35	93,35
Vas	2 291	1,78	95,12
Veszprém	2 800	2,17	97,30
Zala	3 486	2,70	100,00
Összesen	128 890	100,00	

Ellátott betegek

A 125 ezer egynapos ellátást 86 ezer beteg vette igénybe. A betegek 11%-a daganatos, 7%-a keringési és 83%-a egyéb betegség vagy egészségi állapot (pl. szülés) miatt kapta ezt az ellátási formát.

Az egynapos ellátást igénybevevő betegek több mint háromnegyede nő volt [13. táblázat]. A daganatos betegeknél a nők aránya kisebb, 60%-os volt, a keringési betegségek diagnózisával kezelt nők és férfiak aránya közel azonos volt. Az egyéb diagnózissal kezelt betegek között a nők aránya a 80%-ot meghaladta.

13. táblázat: Egynapos ellátások betegarányai nemenként és diagnózisonként

NEM	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
Férfi	19 930	23,0	23,0	3 562	39,0	39,0	3 085	50,8	50,8	13 387	18,6	18,6
Nő	66 638	77,0	100,0	5 567	61,0	100,0	2 983	49,2	100,0	58 436	81,4	100,0
Összesen	86 568	100,0		9 129	100,0		6 068	100,0		71 823	100,0	

A betegek négyötöde 64 év alatti volt [14. táblázat]. A daganatos betegek négyötöde a 45-74 éves korcsoportba esett. A keringési betegek ugyanebben az életkori sávban kisebb gyakorisággal szerepeltek: a 45-74 éves korosztály a betegek közel kétharmadát tette csak ki. Az egyéb diagnózissal kezelt betegek nagyobb hányada a fiatalabb korosztályokat érintette: a 18-54 éves korosztály adta a betegek kétharmadát.

14. táblázat: Egynapos ellátások betegarányai korcsoportonként és diagnózisonként

KORCSOPORT	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
18-24 éves	7 296	8,4	8,4	84	0,9	0,9	68	1,1	1,1	7 146	10,0	10,0
25-34 éves	18 721	21,6	30,1	380	4,2	5,1	344	5,7	6,8	18 018	25,1	35,0
35-44 éves	16 557	19,1	49,2	719	7,9	13,0	480	7,9	14,7	15 411	21,5	56,5
45-54 éves	16 993	19,6	68,8	2 143	23,5	36,4	1 110	18,3	33,0	13 852	19,3	75,8
55-64 éves	11 206	12,9	81,8	3 020	33,1	69,5	1 340	22,1	55,1	6 965	9,7	85,5
65-74 éves	8 822	10,2	92,0	2 096	23,0	92,5	1 368	22,5	77,6	5 448	7,6	93,1
75-84 éves	5 769	6,7	98,6	642	7,0	99,5	1 107	18,2	95,9	4 070	5,7	98,7
85+ ...éves	1 204	1,4	100,0	45	0,5	100,0	251	4,1	100,0	913	1,3	100,0
Összesen	86 568	100,0		9 129	100,0		6 068	100,0		71 823	100,0	

A földrajzi megoszlás az ellátási esetekéhez hasonlóan alakult: az egynapos ellátásban részesült betegek Budapestről és Pest megyéből együttesen a betegek egyharmadát tették ki, a többi megyéhez viszonyítva komoly túlsúllyal [15. táblázat]. A daganatos betegek 45%-át három megye betegei adták: legmagasabb arányban Budapestről, Pest megyéből és Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből részesültek egynapos ellátásban a daganatos betegek. A keringési betegek megyei arányaira is Budapest és Pest megye túlsúlya jellemző, e két megye adja az összes keringési beteg 46%-át. Az egyéb diagnózissal kezelt betegeknél Budapest és Pest megye ellátásbeli részesedése közel egyharmados volt.

15. táblázat: Egynapos ellátások betegarányai megyénként és diagnózisonként

MEGYE	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
Budapest	17 137	19,8	19,8	2 100	23,0	23,0	1 847	30,4	30,4	13 310	18,5	18,5
Baranya	3 343	3,9	23,7	468	5,1	28,1	62	1,0	31,5	2 827	3,9	22,5
Bács-K	6 227	7,2	30,9	287	3,1	31,3	479	7,9	39,4	5 493	7,7	30,1
Békés	1 738	2,0	32,9	66	0,7	32,0	293	4,8	44,2	1 386	1,9	32,1
Borsod-A-Z	5 806	6,7	39,6	991	10,9	42,9	51	0,8	45,0	4 791	6,7	38,7
Csongrád	3 845	4,4	44,0	185	2,0	44,9	489	8,1	53,1	3 190	4,4	43,2
Fejér	4 131	4,8	48,8	301	3,3	48,2	382	6,3	59,4	3 476	4,8	48,0
Győr-M-S	2 301	2,7	51,4	51	0,6	48,7	54	0,9	60,3	2 197	3,1	51,1
Hajdú-B	4 287	5,0	56,4	506	5,5	54,3	199	3,3	63,6	3 594	5,0	56,1
Heves	3 175	3,7	60,1	210	2,3	56,6	201	3,3	66,9	2 776	3,9	59,9
Komárom-E	2 573	3,0	63,0	175	1,9	58,5	97	1,6	68,5	2 307	3,2	63,1
Nógrád	2 178	2,5	65,6	131	1,4	59,9	134	2,2	70,7	1 922	2,7	65,8
Pest	11 500	13,3	78,8	1 149	12,6	72,5	1 023	16,9	87,5	9 398	13,1	78,9
Somogy	1 431	1,7	80,5	447	4,9	77,4	48	0,8	88,3	946	1,3	80,2
Szabolcs-Sz-B	5 891	6,8	87,3	857	9,4	86,8	168	2,8	91,1	4 896	6,8	87,0
Jász-NSz	3 026	3,5	90,8	429	4,7	91,5	92	1,5	92,6	2 528	3,5	90,6
Tolna	2 011	2,3	93,1	249	2,7	94,2	106	1,8	94,4	1 667	2,3	92,9
Vas	1 788	2,1	95,2	55	0,6	94,8	52	0,9	95,2	1 684	2,3	95,2
Veszprém	2 251	2,6	97,8	132	1,5	96,3	232	3,8	99,0	1 894	2,6	97,9
Zala	1 929	2,2	100,0	340	3,7	100,0	59	1,0	100,0	1 541	2,2	100,0
Összesen	86 568	100,0		9 129	100,0		6 068	100,0		71 823	100,0	

Kistérségi betegarányok

A kistérségi betegarányok eloszlása közel szimmetrikus, a normálisnál keskenyebb volt, a legnagyobb érték a legkisebb 10-szerese, a budapesti érték az átlagnál kissé nagyobb volt [16-17. táblázat].

16. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi betegarányainak eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ BETEGSZÁM			
Percentiles	Smallest		
1%	,0038397	,0026841	
5%	,0059383	,0038397	
10%	,0074689	,0038666	Obs 168
25%	,0096587	,0041444	Sum of Wgt. 168
50%	,0152047		Mean ,0144335
		Largest	Std. Dev. ,0053882
75%	,0179601	,0257258	
90%	,0210982	,026695	Variance ,000029
95%	,0243186	,0269773	Skewness ,1285687
99%	,0269773	,027394	Kurtosis 2,478487

17. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ BETEGSZÁM
Maximum érték	Mórahalmi	,027394
Minimum érték	Sopron-Fertőrákosi	,0026841
	Budapesti	,0178876
Különbség (a minimum %-ában)		,0247099 (9,2%)
Hányados a minimum %-ában		1021%

A rosszindulatú daganat diagnózissal kezelték kistérségi betegarányainak eloszlása közel szimmetrikus, a normálisnál keskenyebb volt. Volt egy olyan kistérség (Téti), ahol 2007-ben nem láttak el ilyen diagnózissal beteget egynapos ellátás keretében; a legnagyobb érték az átlag kétszerese, a budapesti érték az átlagnál kissé nagyobb volt, a legmagasabb érték felét érte el [18-19. táblázat].

18. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi daganatos betegarányainak eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ DAGANATOS BETEGSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,0001342	0		
5%	,000299	,0001342		
10%	,0007008	,0001416	Obs	168
25%	,0021756	,0001524	Sum of Wgt,	168
<hr/>				
50%	,0043613		Mean	,004606
		Largest	Std, Dev,	,0029152
75%	,006844	,0107669		
90%	,0084555	,010816	Variance	8,50e-06
95%	,0096054	,0114336	Skewness	,2983962
99%	,0114336	,0127714	Kurtosis	2,292201

19. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi daganatos betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ DAGANATOS BETEGSZÁM
Maximum érték	Csengeri	,0127714
Minimum érték	Téti	0
	Budapesti	,006359
Különbség (a legkisebb érték %-ában)		,0127714 (-)
Hányados		-

A keringési betegségek diagnózissal kezelt kistérségi betegarányainak eloszlása enyhén ferde, a normálnál jóval keskenyebb volt. Ennek oka az, hogy volt 7 olyan kistérség, ahol 2007-ben nem láttak el ilyen diagnózissal beteget egynapos ellátás keretében. A legnagyobb érték az átlag ötszöröse, a budapesti érték az átlag kétszerese, a legmagasabb érték közel fele volt [20-21. táblázat].

20. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi keringési betegarányainak eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ KERINGÉSI BETEGSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	0	0		
5%	,0000482	0		
10%	,0000915	0	Obs	168
25%	,0002287	0	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	,0004062		Mean	,0006346
		Largest	Std. Dev.	,0005658
75%	,0009989	,0022352		
90%	,0013611	,002406	Variance	3,20e-07
95%	,0017393	,0028505	Skewness	1,504381
99%	,0028505	,0030621	Kurtosis	5,69061

21. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi keringési betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ KERINGÉSI BETEGSZÁM
Maximum érték	Budaörsi	,0030621
Minimum érték	Sellyei	0
	Sátoraljaújhelyi	0
	Bodrogközi	0
	Tabi	0
	Vasvári	0
	Budapesti	,0013447
Különbség (a minimum %-ában)		,0030621(-)
Hányados		-

Az egyéb diagnózissal kezelt kistérségi betegarányainak eloszlása enyhén ferde, a normálnál keskenyebb volt. A legnagyobb érték az átlag kétszerese volt, a budapesti érték megegyezett az átlaggal [22-23. táblázat].

22. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi egyéb betegarányainak eloszlási jellemzői

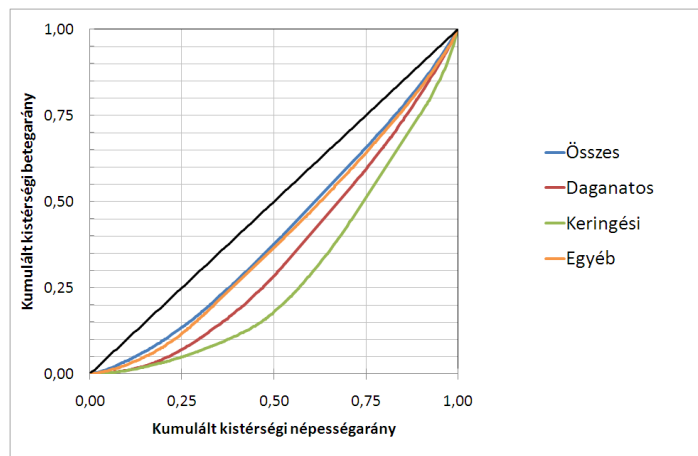
1 LAKOSRA JUTÓ EGYÉB BETEGSZÁM			
	Percentiles	Smallest	
1%	,0012756	,0008174	
5%	,0024047	,0012756	
10%	,0031749	,0015412	Obs 168
25%	,0058256	,0015603	Sum of Wgt. 168
50%	,0099371		Mean ,0091929
		Largest	Std. Dev. ,0040953
75%	,0118487	,0158203	
90%	,0140735	,0177972	Variance ,0000168
95%	,0154231	,0207266	Skewness ,0156764
99%	,0207266	,0217682	Kurtosis 2,702778

23. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos egyéb betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ EGYÉB BETEGSZÁM
Maximum érték	Kecskeméti	,0217682
Minimum érték	Csurgói	,0008174
	Budapesti	,0101838
Különbség (a minimum %-ában)		,0209508 (25,6)
Hányados		2663%

Betegarányok kistérségi egyenlőtlenségei

Az egynapos ellátásban részesült betegek kistérségi arányai a GINI együtthatók alapján 2007-ben számottevő egyenlőtlenségeket mutattak diagnózisok szerint [24. táblázat]. Legnagyobb egyenlőtlenségek a keringési és a daganatos betegség miatt kezelt kistérségi betegarányaiban voltak tapasztalhatóak. Amint az a Lorenz-görbén is megfigyelhető, a 18 év feletti lakosság 50%-a a betegek csupán 18%-át adja. A daganatos betegek vonatkozásán ez az érték 28%, míg az egyéb diagnózis miatt kezelt betegek esetében 39% volt [7. ábra].

7. ábra: Egynapos ellátások betegarányainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék**24. táblázat: Egynapos ellátások betegarányainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Gini együtthatók**

DIAGNÓZIS	GINI	SH
Összes beteg	0,18	0,00006
Daganatos betegek	0,30	0,00009
Keringési betegek	0,41	0,00010
Egyéb betegek	0,21	0,00008

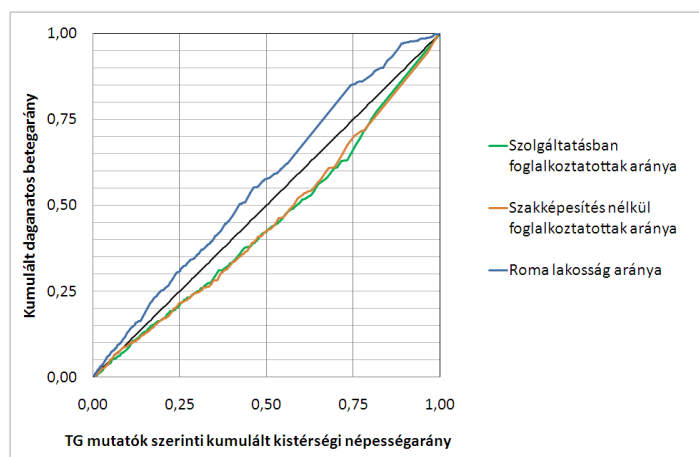
Betegarányok kistérségi egyenlőtlenségei társadalmi-gazdasági jellemzők szerint

A kistérségek egyes társadalmi-gazdasági jellemzői mentén az összbeteg-arányokban megfigyelhető egyenlőtlenségek nem voltak jelentősek, a koncentrációs indexek (KI) értékei nem érték el a 0,1-et [25. táblázat]. A daganatos betegek esetében mutatkozott nagyobb egyenlőtlenség: a szolgáltatási szektorban kisebb arányban foglalkoztató és a szakképzettség nélkülieket magasabb arányban foglalkoztató kistérségek népességének 50%-ából az egynapos ellátásban részesült betegeknek csak 43%-a kerül ki [8. ábra], míg a magasabb roma lakossági arányú kistérségekben élőkre jut az egynapos daganatos betegek 57%-a. [26. táblázat].

25. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

KISTÉRSÉGI TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	ÖSSZES BETEG	
	KI	SH
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,07	0,00006
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,07	0,00006
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,06	0,00005
Diplomások aránya	0,05	0,00004
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,05	0,00006
Személygépkocsik aránya	0,05	0,00006
Belföldi jövedelem	0,04	0,00006
Eltartottak aránya	0,04	0,00007
Kórházi ágyak aránya	0,03	0,00005
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,03	0,00006
Komfort nélküli lakások aránya	0,03	0,00006
Bruttó hozzáadott érték	0,03	0,00006
Nonprofit szervezetek aránya	0,01	0,00006
Csecsemőhalálozás	-0,01	0,00007
Roma lakosság aránya	-0,02	0,00008
Háziorvosi ellátottság	-0,02	0,00007
Bűncselekmények aránya	-0,03	0,00006
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,03	0,00007
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,04	0,00007

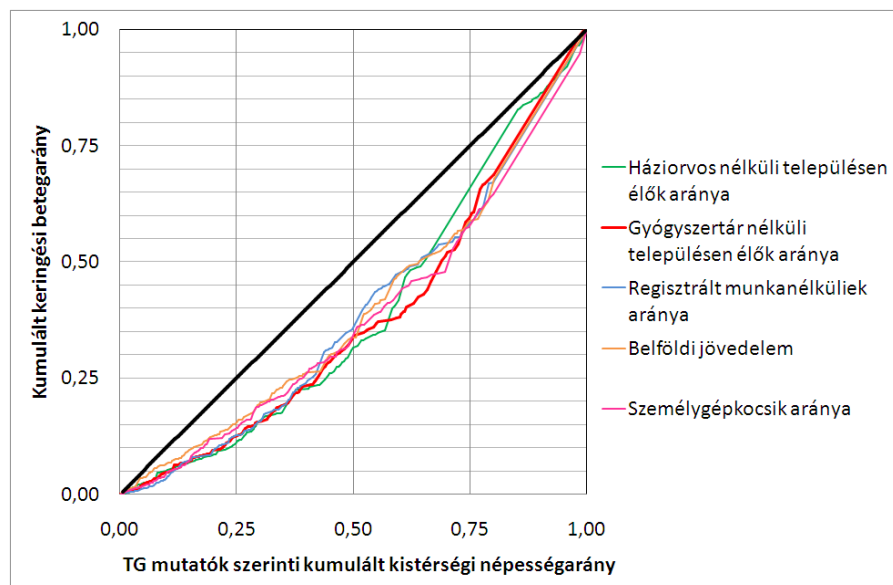
8. ábra: Egynapos ellátások kistérségi daganatos betegarányainak a TG mutatók szerinti egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék



26. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi daganatos betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	DAGANATOS BETEGEK	
	KI	SH
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,10	0,00010
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,10	0,00010
Kórházi ágyak aránya	0,06	0,00008
Diplomások aránya	0,06	0,00007
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,05	0,00010
Nonprofit szervezetek aránya	0,04	0,00010
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,02	0,00009
Személygépkocsik aránya	0,02	0,00010
Belföldi jövedelem	0,02	0,00010
Komfort nélküli lakások aránya	0,01	0,00010
Háziorvosi ellátottság	0,01	0,00010
Bruttó hozzáadott érték	0,01	0,00011
Eltartottak aránya	0,00	0,00012
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,01	0,00010
Csecsemőhalálozás	-0,03	0,00011
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,05	0,00011
Bűncselekmények aránya	-0,08	0,00010
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,08	0,00011
Roma lakosság aránya	-0,12	0,00011

A keringési betegségek diagnózissal kezelteknél a kistérségi betegarányokban nagymértékű, a daganatos betegekénél mutatkozó értékeket jóval meghaladó egyenlőtlenség volt megfigyelhető a kistérségi társadalmi-gazdasági jellemzők többségénél [27. táblázat]. Mivel azonos irányú összefüggés volt tapasztalható az egyenlőtlenség valamint a jobb és a rosszabb életkörülményeket jelző mutatókban egyaránt, feltételezhető, hogy az egyenlőtlenségek nem ezek a társadalmi-gazdasági jellemzőkkel, hanem az egynapos ellátási kapacitás földrajzi eloszlásával függnek össze [9. ábra].

9. ábra: Egynapos ellátások kistérségi keringési betegarányainak az egyes TG mutatók szerinti egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék

27. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi keringési betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	KERINGÉSI BETEGEK	
	KI	SH
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,24	0,000118
Személygépkocsik aránya	0,24	0,000132
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,22	0,000114
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,22	0,000127
Belföldi jövedelem	0,20	0,000128
Roma lakosság aránya	0,19	0,000152
Diplomások aránya	0,19	0,00010
Bruttó hozzáadott érték	0,16	0,000154
Eltartottak aránya	0,15	0,000156
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,14	0,000135
Komfort nélküli lakások aránya	0,14	0,000138
Bűncselekmények aránya	0,12	0,000167
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,11	0,000146
Tartósan munkanélküliek aránya	0,08	0,000165
Nonprofit szervezetek aránya	0,08	0,000147
Csecsemőhalálozás	0,08	0,000145
Kórházi ágyak aránya	0,07	0,000114
Háziorvosi ellátottság	0,02	0,000174
Diplomás munkanélküliek aránya	0,00	0,000152

Az egyéb diagnózissal kezelt egynapos ellátásban részesült betegek kistérségi arányaiban nem volt számottevő egyenlőtlenség kimutatható [28. táblázat].

28. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi egyéb betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	EGYÉB BETEGEK	
	KI	SH
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,07	0,00007
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,06	0,00007
Eltartottak aránya	0,05	0,00008
Személygépkocsik aránya	0,05	0,00007
Belföldi jövedelem	0,05	0,00007
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,04	0,00007
Diplomások aránya	0,04	0,00005
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,04	0,00007
Bruttó hozzáadott érték	0,03	0,00007
Komfort nélküli lakások aránya	0,03	0,00007
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,02	0,00007
Roma lakosság aránya	0,02	0,00009
Kórházi ágyak aránya	0,01	0,00005
Csecsemőhalálozás	0,00	0,00008
Nonprofit szervezetek aránya	-0,01	0,00006
Bűncselekmények aránya	-0,02	0,00007
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,03	0,00008
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,03	0,00008
Háziorvosi ellátottság	-0,04	0,00007

Átlagos súlyszámok

Az egynapos ellátásban az összes és a keringési betegek ellátására elszámolt súlyszámok közel azonos értéket képviseltek. A daganatos betegekre hatszor több súlyszámot, az egyéb betegekre csaknem 60%-kal kevesebb súlyszámot számoltak el, mint a keringési betegek esetében.

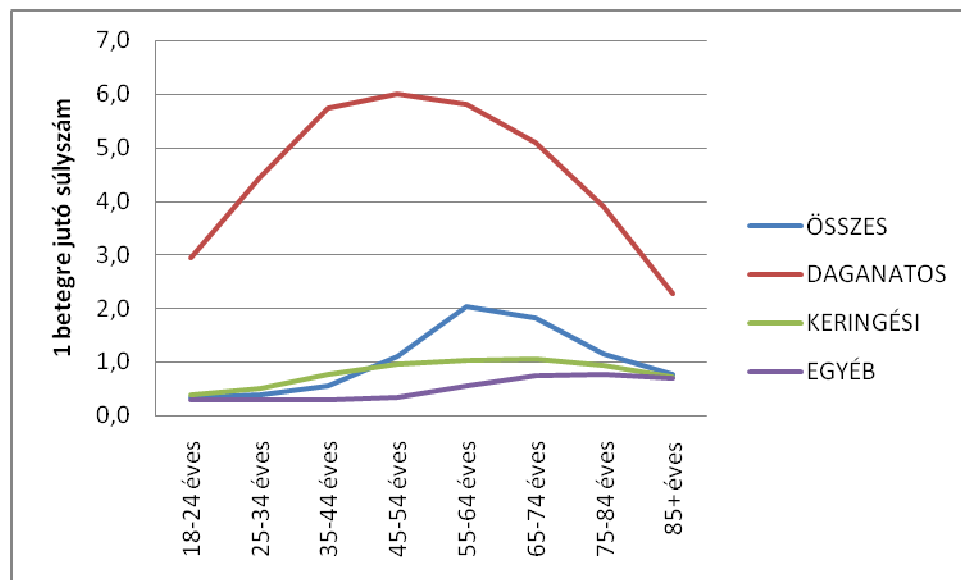
Az egynapos ellátáshoz kapcsolódó súlyszámok nemi megoszlása alapján megállapítható, hogy a férfiak egynapos ellátására – a daganatos betegségek kivételével – átlagosan több súlyszámot számoltak el [29. táblázat]. A keringési betegségben szenvedő férfiakra 30%-kal, egyéb betegségek esetében több mint kétszer több súlyszám jutott a férfiakra, mint a nőkre. A daganatos

betegségeknel egy nőre jutó átlagos súlyszám 30%-kal magasabb, mint amelyet a férfiakra számoltak el.

Az életkor előre haladtával az összes betegre vonatkozóan az 55-64 éves korcsoportig egyre több súlyszám jutott átlagosan egy betegre, majd az ennél idősebb korcsoportokban egyre kevesebb [30. táblázat]. A keringési betegekre jutó átlagos súlyszámok a 35-74 éveseknél csaknem azonos szinten vannak, az egyéb betegségben szenvedőknél az életkorral növekszik az 1 betegre jutó átlagos súlyszám. A daganatos betegekre jutó súlyszámok átlagosan csaknem hatszor magasabbak, mint a keringési betegekre elszámolt súlyszámok. Az életkorral meredeken emelkedik az egy daganatos betegre jutó súlyszám, ami a 35-44 éves korcsoportban éri el maximumát. Az ennél idősebb korosztályok átlagosan már egyre kevesebb súlyszámú ellátást vettek igénybe [10. ábra].

Az átlagos súlyszám földrajzi eloszlása egyenetlen volt, legmagasabb érték a nyugati megyékben és Borsodban, míg alacsony érték Csongrád és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt megfigyelhető [31. táblázat]. A daganatos betegek egynapos ellátásaira átlagosan a legmagasabb súlyszámot Borsod-Abaúj-Zemplén megyében számoltak el, míg Vas megyében egy betegre átlagosan ennek harmada jutott. Ezzel szemben Vas megyében volt a legmagasabb az egyéb betegségekre eső átlagos súlyszám.

10. ábra: Egynapos ellátások átlagos súlyszámai korcsoportonként és diganózisonként



29. táblázat: Egynapos ellátások átlagos súlyszámai nemenként és diganózisonként

NEM	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Férfi	1,417	4,297	1,066	0,720
Nő	0,838	6,195	0,797	0,325
Összesen	0,971	5,455	0,934	0,398

30. táblázat: Egynapos ellátások átlagos súlyszámai korcsoportonként és díganózisonként

KORCSOPORT	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
18-24 éves	0,335	2,955	0,389	0,303
25-34 éves	0,383	4,447	0,518	0,295
35-44 éves	0,549	5,746	0,774	0,298
45-54 éves	1,104	6,003	0,957	0,349
55-64 éves	2,043	5,823	1,024	0,564
65-74 éves	1,827	5,086	1,051	0,738
75-84 éves	1,156	3,916	0,937	0,767
85+ éves	0,763	2,284	0,724	0,695
Összesen	0,971	5,455	0,934	0,398

31. táblázat: Egynapos ellátások átlagos súlyszámai megyénként és diagnózisonként

MEGYE	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Budapest	1,131	5,520	0,922	0,457
Baranya	1,311	6,855	0,694	0,400
Bács-K	0,559	3,971	0,746	0,361
Békés	0,636	2,779	1,384	0,372
Borsod-A-Z	1,346	6,067	1,374	0,362
Csongrád	0,680	5,841	1,367	0,271
Fejér	0,701	4,790	0,694	0,342
Győr-M-S	0,654	3,786	0,894	0,575
Hajdú-B	1,023	5,426	0,691	0,418
Heves	0,705	5,259	0,810	0,350
Komárom-E	0,706	5,020	1,009	0,364
Nógrád	0,625	4,098	1,235	0,342
Pest	0,954	5,428	0,911	0,404
Somogy	1,841	5,050	0,953	0,351
Szabolcs-Sz-B	1,109	5,878	0,484	0,288
Jász-N-Sz	1,120	5,021	1,048	0,450
Tolna	1,059	5,856	0,494	0,371
Vas	0,786	2,640	1,200	0,711
Veszprém	0,574	4,242	0,629	0,309
Zala	1,426	5,386	2,160	0,514
Összesen	0,971	5,455	0,934	0,398

A kistérségi átlagos súlyszámok eloszlása közel szimmetrikus, a normálnál jóval keskenyebb volt, a legnagyobb érték a legkisebb négyszerese, a budapesti érték az átlagnál kissé nagyobb volt [32-33. táblázat].

32. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
Percentiles	Smallest		
1%	,3127196	,3074740	
5%	,3627787	,3127196	
10%	,4293559	,3252359	Obs 168
25%	,5096529	,3300921	Sum of Wgt. 168
50%	,5970864		Mean ,6404602
		Largest	Std. Dev. ,1944147
75%	,7441305	1,196677	
90%	,9248104	1,209228	Variance ,0377971
95%	,9944345	1,245908	Skewness ,9116569
99%	1,245908	1,281605	Kurtosis 3,856148

33. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Nagyatádi	1,281605
Minimum érték	Várpalotai	,307474
	Budapesti	,724261
Különbség (a minimum %-ában)		,974131 (3,2)
Hányados		417%

A daganatos betegek ellátásához kapcsolódó átlagos súlyszám eloszlás a normálshoz viszonyítva enyhén aszimmetrikus, kissé keskenyebb volt, a legnagyobb érték a legkisebb négyszerese, a budapesti érték az átlagnál nagyobb volt [34-35. táblázat].

34. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi daganatos átlagos súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,48009	,36728		
5%	,5984757	,48009		
10%	,7088333	,48641	Obs	167
25%	,890512	,5165071	Sum of Wgt.	167
50%	1,106081		Mean	1,082259
		Largest	Std. Dev.	,2772275
75%	1,268891	1,703256		
90%	1,398689	1,711423	Variance	,0768551
95%	1,549262	1,792833	Skewness	,0004604
99%	1,792833	1,88934	Kurtosis	2,97698

35. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi daganatos átlagos súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Csepregi	1,88934
Minimum érték	Sárvári	,36728
	Budapesti	1,21893
Különbség (a minimum %-ában)		1,52206 (4,1)
Hányados		514%

A keringési betegek ellátásához kapcsolódó átlagos súlyszám eloszlás a normálshoz viszonyítva erősen eltérő volt: erősen aszimmetrikus és igen jelentősen keskenyebb. A legnagyobb érték a legkisebb 120-szorosa, a budapesti érték az átlag alatt volt [36-37. táblázat].

36. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi keringési átlagos súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,1853375	,07772		
5%	,2799641	,1853375		
10%	,3605165	,1954057	Obs	163
25%	,51683	,19761	Sum of Wgt.	163
50%	,7789083		Mean	1,006799
		Largest	Std. Dev.	,9625749
75%	1,149625	3,474065		
90%	1,760656	3,619	Variance	,9265505
95%	2,42101	4,116663	Skewness	4,964855
99%	4,116663	9,51875	Kurtosis	39,98553

37. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi keringési átlagos súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Abaúj-hegyközi	9,51875
Minimum érték	Fonyódi	,07772
	Budapesti	,8472285
Különbség (a minimum %-ában)		9,44103 (121,5)
Hányados		12247%

Az egyéb diagnózissal kezeltellátásához kapcsolódó átlagos súlyszám eloszlás a normálishoz viszonyítva enyhén aszimmetrikus, jelentősen keskenyebb volt, a legnagyobb érték a legkisebb négyszerese, a budapesti érték az átlag körül volt [38-39. táblázat].

38. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi egyéb betegségek átlagos súlyszámainak eloszlási jellemzői

1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,2135976	,2049036		
5%	,2342953	,2135976		
10%	,2471733	,2161692	Obs	168
25%	,2736497	,2167007	Sum of Wgt.	168
50%	,3371143		Mean	,3692344
			Std. Dev.	,1301909
75%	,426162	,7868494		
90%	,5632778	,7968884	Variance	,0169497
95%	,6246058	,8532773	Skewness	1,533273
99%	,8532773	,8710749	Kurtosis	5,467972

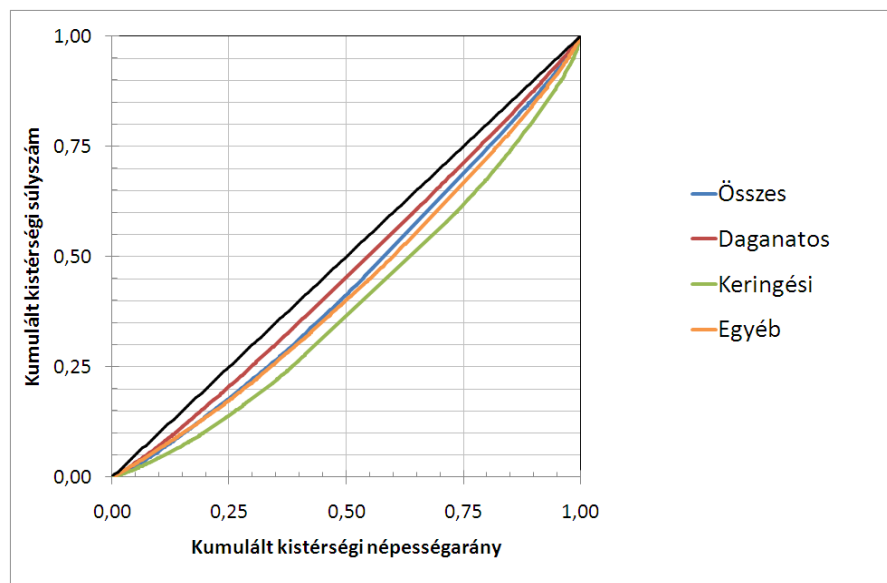
39. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi egyéb betegségek átlagos súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Szentgotthárdi	,8710749
Minimum érték	Mórahalmi	,2049036
	Budapesti	,3991399
Különbség (a minimum %-ában)		,6661713 (3,3)
Hányados		425%

Átlagos súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségei

Az egynapos ellátásra elszámolt kistérségi átlagos súlyszámok 2007-ben nem túl jelentős egyenlőtlenségeket mutattak a diagnózisok szerint [11. ábra]. Legnagyobb egyenlőtlenség a keringési betegség miatti ellátás kistérségi átlagos súlyszámaiban volt tapasztalható [40. táblázat]. Amint az a Lorenz-görbén megfigyelhető, a népesség felére jutott az átlagos kistérségi keringési súlyszámok 35%-a. Lényegesen kisebbek voltak az egyenlőtlenségek a daganatos betegekre jutón súlyszámok vonatkozásában: itt ez az érték 45%, míg az egyéb diagnózis miatt kezelt betegek esetében 40% volt.

11. ábra: Egynapos ellátások átlagos súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék



40. táblázat: Egynapos ellátások átlagos súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Gini együtthatók

DIAGNÓZIS	GINI	SH
Összes beteg	0,12	0,00691
Daganatos betegek	0,07	0,01629
Keringési betegek	0,21	0,01086
Egyéb betegek	0,14	0,00314

Átlagos súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségei társadalmi-gazdasági jellemzők szerint

A kistérségek egyes társadalmi-gazdasági jellemzői mentén az egynapos ellátások átlagos súlyszámaiban megfigyelhető egyenlőtlenségek egyáltalán nem voltak jelentősek valamennyi betegre vonatkozóan és diagnózis szerinti bontásban sem [41-44. táblázat].

41. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	ÖSSZES BETEG	
	KI	SH
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,04	0,0072
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,04	0,0075
Nonprofit szervezetek aránya	0,03	0,0074
Háziorvosi ellátottság	0,03	0,0076
Diplomások aránya	0,03	0,0074
Kórházi ágyak aránya	0,03	0,0073
Komfort nélküli lakások aránya	0,02	0,0074
Belföldi jövedelem	0,02	0,0074
Bruttó hozzáadott érték	0,02	0,0077
Személygépkocsik aránya	0,01	0,0078
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,01	0,0079
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,01	0,0077
Tartósan munkanélküliek aránya	0,00	0,0072
Eltartottak aránya	0,00	0,0075
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,01	0,0077
Csecsemőhalálozás	-0,01	0,0075
Bűncselekmények aránya	-0,01	0,0073
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,01	0,0073
Roma lakosság aránya	-0,02	0,0072

42. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos daganatos súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	DAGANATOS BETEGEK	
	KI	SH
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,02	0,0167
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,02	0,0170
Diplomások aránya	0,01	0,0170
Komfort nélküli lakások aránya	0,01	0,0172
Bruttó hozzáadott érték	0,01	0,0171
Belföldi jövedelem	0,01	0,0171
Eltartottak aránya	0,01	0,0176
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,01	0,0171
Kórházi ágyak aránya	0,01	0,0170
Személygépkocsik aránya	0,00	0,0170
Nonprofit szervezetek aránya	0,00	0,0170
Háziorvosi ellátottság	0,00	0,0174
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,00	0,0171
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,00	0,0169
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,01	0,0172
Roma lakosság aránya	-0,01	0,0171
Bűncselekmények aránya	-0,01	0,0173
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,01	0,0164
Csecsemőhalálozás	-0,01	0,0174

43. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos keringési súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	KERINGÉSI BETEGEK	
	KI	SH
Bűncselekmények aránya	0,05	0,0113
Háziorvosi ellátottság	0,04	0,0115
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,02	0,0112
Nonprofit szervezetek aránya	0,00	0,0106
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,00	0,0111
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,00	0,0113
Diplomás munkanélküliek aránya	0,00	0,0117
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,01	0,0118
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya (%)	-0,01	0,0116
Diplomások aránya	-0,01	0,0113
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,01	0,0121
Komfort nélküli lakások aránya	-0,01	0,0118
Roma lakosság aránya	-0,02	0,0117
Kórházi ágyak aránya	-0,02	0,0107
Belföldi jövedelem	-0,02	0,0116
Bruttó hozzáadott érték	-0,02	0,0109
Személygépkocsik aránya	-0,03	0,0113
Eltartottak aránya	-0,04	0,0117
Csecsemőhalálozás	-0,04	0,0119

44. táblázat: Egynapos ellátások kistérségi átlagos egyéb súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	EGYÉB BETEGEK	
	KI	SH
Tartósan munkanélküliek aránya	0,06	0,0033
Bruttó hozzáadott érték	0,05	0,0032
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,05	0,0033
Belföldi jövedelem	0,05	0,0034
Komfort nélküli lakások aránya	0,05	0,0033
Személygépkocsik aránya	0,04	0,0035
Roma lakosság aránya	0,04	0,0035
Nonprofit szervezetek aránya	0,04	0,0032
Diplomások aránya	0,04	0,0033
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,03	0,0033
Eltartottak aránya	0,03	0,0035
Kórházi ágyak aránya	0,03	0,0034
Háziorvosi ellátottság	0,03	0,0033
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya (%)	0,03	0,0032
Csecsemőhalálozás	0,02	0,0034
Bűncselekmények aránya	0,02	0,0037
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,01	0,0034
Diplomás munkanélküliek aránya	0,00	0,0035
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,00	0,0034

AKTÍV FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS LEÍRÓ ELEMZÉSE

Ellátási esetek

2007-ben aktív fekvőbeteg-ellátást közel 2 millió esetben nyújtott az ellátórendszer, melynek több mint felét a nők vették igénybe [45. táblázat].

45. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás esetei nemenként

NEM	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Férfi	797 838	41,2	41,2
Nő	1 137 770	58,8	100,0
Összesen	1 935 608	100,0	

Az ellátási esetek negyedét a 18-44 éves korosztály, míg a fennmaradó 75%-ot a többi korcsoportba tartozók kapták, közel azonos arányban [

46. táblázat]. Az aktív ellátás 30%-át a Budapesten és Pest megyében élők kapták, a többi megye lakosai hasonló arányban részesedtek ebben az ellátási formában [47. táblázat]. Az esetek 16%-ára daganatos, 24%-ára keringési és 60%-ára egyéb betegség vagy egészségi állapot miatt került sor [48. táblázat].

46. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás esetei korcsoportonként

KORCSOPORT	GYAKORISÁG	%	KUM.%
18-24 éves	86 806	4,5	4,5
25-34 éves	229 649	11,9	16,4
35-44 éves	176 129	9,1	25,5
45-54 éves	316 830	16,4	41,8
55-64 éves	373 568	19,3	61,1
65-74 éves	381 884	19,7	80,9
75-84 éves	298 223	15,4	96,3
85+ éves	72 519	3,8	100,0
Összesen	1 935 608	100,0	

47. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás esetei megyénként

MEGYE	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Budapest	359 198	18,6	18,6
Baranya	78 182	4,0	22,6
Bács-K	107 725	5,6	28,2
Békés	72 813	3,8	31,9
Borsod-A-Z	134 395	6,9	38,9
Csongrád	78 576	4,1	42,9
Fejér	83 754	4,3	47,3
Győr-M-S	63 663	3,3	50,5
Hajdú-B	100 206	5,2	55,7
Heves	68 457	3,5	59,3
Komárom-E	62 067	3,2	62,5
Nógrád	44 435	2,3	64,8
Pest	210 072	10,9	75,6
Somogy	66 053	3,4	79,0
Szabolcs-Sz-B	115 615	6,0	85,0
Jász-N-Sz	78 580	4,1	89,1
Tolna	43 979	2,3	91,3
Vas	43 807	2,3	93,6
Veszprém	67 411	3,5	97,1
Zala	56 620	2,9	100,0
Összesen	1 935 608	100,0	

48. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás esetei diagnózisonként

DIAGNÓZIS	GYAKORISÁG	%	KUM.%
Daganatos esetek	309 533	16,0	16,0
Keringési esetek	470 816	24,3	40,3
Egyéb esetek	1 155 259	59,7	100,0
Összes eset	1 935 608	100,0	

Ellátott betegek

A közel 2 millió ellátási esetet 981 160 beteg vette igénybe 2007-ben. A betegek több mint 60%-a nő volt. A 85 355 daganatos beteg között azonosak voltak a nemi arányok, míg a keringési és az egyéb betegek arányaira a nők kissé magasabb gyakorisága volt jellemző [49. táblázat]. Az összes beteg 75%-a az egyéb kategóriába tartozott, a betegek 29%-a keringési, 9%-a daganatos betegség miatt részesült ellátásban. (Mivel egy adott beteget több diagnózissal is kezelhették, ezért a három diagnózis betegszámainak összege nagyobb, mint az összes betegszám.)

49. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányai nemenként és diagnózisonként

NEM	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
Férfi	382 574	39,0	39,0	42 570	49,9	49,9	126 045	45,2	45,2	269 227	36,3	36,3
Nő	598 586	61,0	100,0	42 785	50,1	100,0	153 067	54,8	100,0	472 405	63,7	100,0
Összesen	981 160	100,0		85 355	100,0		279 112	100,0		741 632	100,0	

Az összes beteg tekintetében a korcsoportos megoszlás egyenletesnek mondható. A daganatos betegek nagyobb arányban a 45-54 éves korban jelennek meg, és az 55-74 éves korcsoport fedi le a betegek csaknem felét. A keringési betegek 93%-a 45 évesnél idősebb volt. Az egyéb diagnózis kategóriában a 25-34 évesek csoportjának 20%-os részaránya kiemelkedő, mely a nők szüléssel kapcsolatos ellátásával magyarázható [50. táblázat].

50. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányai korcsoportonként és diagnózisonként

KORCSOPORT	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
18-24 éves	59 332	6,1	6,1	478	0,6	0,6	1918	0,7	0,7	57 502	7,8	7,8
25-34 éves	150 061	15,3	21,3	1756	2,1	2,6	6239	2,2	2,9	144 514	19,5	27,2
35-44 éves	108 251	11,0	32,4	3698	4,3	7,0	12697	4,6	7,5	96 718	13,0	40,3
45-54 éves	160 218	16,3	48,7	14 147	16,6	23,5	41 274	14,8	22,3	123 244	16,6	56,9
55-64 éves	167 471	17,1	65,8	22 982	26,9	50,5	58 429	20,9	43,2	112 940	15,2	72,1
65-74 éves	163 060	16,6	82,4	23 107	27,1	77,5	71 029	25,5	68,6	103 063	13,9	86,0
75-84 éves	135 179	13,8	96,2	15980	18,7	96,2	67 788	24,3	92,9	82 097	11,1	97,1
85+ éves	37 588	3,8	100,0	3207	3,8	100,0	19738	7,1	100,0	21554	2,9	100,0
Összesen	981 160	100,0		85 355	100,0		279 112	100,0		741 632	100,0	

Az összes beteg 28%-a – a populáció földrajzi megoszlásnak megfelelően – Budapestről és Pest megyéből került ki. Harmadikként Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből kerültek ki legnagyobb arányban a betegek. Hasonló arányokkal találkozhatunk [51. táblázat] a betegek földrajzi megoszlásában a diagnózisok szerinti bontásban is.

51. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányai megyénként és diagnózisonként

MEGYE	ÖSSZES BETEG			DAGANATOS BETEGEK			KERINGÉSI BETEGEK			EGYÉB BETEGEK		
	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%,	GYAK.	%	KUM.%	GYAK.	%	KUM.%
Budapest	172 742	17,6	17,6	17 013	19,9	19,9	50 247	18,0	18,0	129 794	17,5	17,5
Baranya	40 496	4,1	21,7	3946	4,6	24,6	11198	4,0	22,0	30 392	4,1	21,6
Bács-K	56 861	5,8	27,5	4212	4,9	29,5	17468	6,3	28,3	42 398	5,7	27,3
Békés	36 946	3,8	31,3	3269	3,8	33,3	11148	4,0	32,3	27 090	3,7	31,0
Borsod-A-Z	70 692	7,2	38,5	5744	6,7	40,1	20441	7,3	39,6	53 898	7,3	38,2
Csongrád	39 681	4,0	42,5	3758	4,4	44,5	10715	3,8	43,4	29 847	4,0	42,3
Fejér	42 261	4,3	46,9	3537	4,1	48,6	11726	4,2	47,6	32 290	4,4	46,6
Győr-M-S	34 670	3,5	50,4	3084	3,6	52,2	9140	3,3	50,9	25 786	3,5	50,1
Hajdú-B	51 118	5,2	55,6	4524	5,3	57,5	14393	5,2	56,1	38 975	5,3	55,4
Heves	33 795	3,4	59,0	2962	3,5	61,0	11499	4,1	60,2	24 405	3,3	58,6
Komárom-E	30 901	3,2	62,2	2641	3,1	64,1	9302	3,3	63,5	23 116	3,1	61,8
Nógrád	23 112	2,4	64,5	1599	1,9	66,0	7666	2,8	66,3	16 909	2,3	64,0
Pest	106 107	10,8	75,4	9 021	10,6	76,5	28 182	10,1	76,4	81 973	11,1	75,1
Somogy	34 143	3,5	78,8	2862	3,4	79,9	9976	3,6	79,9	25572	3,5	78,5
Szabolcs-Sz-B	60 189	6,1	85,0	3984	4,7	84,5	15901	5,7	85,6	47 811	6,5	85,0
Jász-N-Sz	39 488	4,0	89,0	3783	4,4	89,0	11551	4,1	89,8	29 097	3,9	88,9
Tolna	22 765	2,3	91,3	1998	2,3	91,3	6982	2,5	92,3	16 621	2,2	91,2
Vas	22 449	2,3	93,6	2109	2,5	93,8	5839	2,1	94,4	16 949	2,3	93,4
Veszprém	34 165	3,5	97,1	2908	3,4	97,2	8572	3,1	97,4	26 366	3,6	97,0
Zala	28 579	2,9	100,0	2401	2,8	100,0	7166	2,6	100,0	22 343	3,0	100,0
Összesen	981 160	100,0		85 355	100,0		279 112	100,0		741 632	100,0	

Kistérségi betegarányok

Az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi betegarányainak eloszlása a normál eloszlást követi, de az eloszlás csúcsosabb, módusza jobban kiemelkedik az eloszlás többi részéből. A legkisebb és a legnagyobb betegarányú kistérség közötti eltérés több mint 3-szoros [52. táblázat]. A legmagasabb betegarányú kistérség volt a Kisvárdai, a legalacsonyabb a Pannonhalmi, míg Budapest átlagos betegarányal képviseltette magát [53. táblázat].

52. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi betegarányainak az eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ BETEGSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,1279995	,1155898		
5%	,1943837	,1279995		
10%	,2015998	,1538522	Obs	168
25%	,2229695	,1780179	Sum of Wgt.	168
50%	,2390741		Mean	,2394206
		Largest	Std. Dev.	,0317823
75%	,2566759	,3077592		
90%	,2740316	,3155742	Variance	,0010101
95%	,2850612	,3287524	Skewness	,0117864
99%	,3287524	,3760136	Kurtosis	6,311757

53. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ BETEGSZÁM
Maximum érték	Kisvárdai	,3760136
Minimum érték	Pannonhalmi	,1155898
	Budapesti	,2401764
Különbség (a minimum %-ában)		,2604238 (2,3)
Hányados		325%

A kistérségek átlagos daganatos betegaránya normál eloszlást követ, erősen csúcsos. A legkisebb kistérségi átlag harmada a legnagyobbknak [54. táblázat]. A legmagasabb betegarány a Szentlőrinci, a legalacsonyabb a Mezőcsáti kistérségben volt 2007-ben, Budapesten az átlag feletti daganatos betegarányt találtunk [55. táblázat].

54. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi daganatos betegarányainak az eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ DAGANATOS BETEGSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,0224242	,0223273		
5%	,0274878	,0224242		
10%	,0287001	,0232399	Obs	168
25%	,0327252	,0232786	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	,0375744		Mean	,0371669
			Std. Dev.	,0063786
75%	,0410011	,0497729		
90%	,0445038	,0501532	Variance	,0000407
95%	,0475072	,055416	Skewness	,1976370
99%	,055416	,0613461	Kurtosis	3,6769340

55. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi daganatos betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ DAGANATOS BETEGSZÁM
Maximum érték	Szentlőrinci	,0613461
Minimum érték	Mezőcsáti	,0223273
	Budapesti	,0417557
Különbség (a minimum %-ában)		,0390188 (1,7)
Hányados		275%

A keringési betegségek kistérségi gyakorisága is a normál eloszlást követi, a normálnál csúcsosabb. A legnagyobb betegarányú kistérségben több mint négyszerese a keringési betegarány, mint a legalacsonyabb betegarányú kistérségben [56. táblázat]. A Budapesten élők körében a keringési betegek aránya a kistérségi átlag felett volt [57. táblázat].

56. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi keringési betegarányainak az eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ KERINGÉSI BETEGSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,0280386	,0266687		
5%	,040431	,0280386		
10%	,0441429	,030959	Obs	168
25%	,0509573	,0357565	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	,0576553		Mean	,058611
			Std. Dev.	,012191
75%	,0653999	,0865768		
90%	,0745659	,0871426	Variance	,0001486
95%	,0774026	,0956382	Skewness	,2963829
99%	,0956382	,0960853	Kurtosis	3,390121

57. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi keringési betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ KERINGÉSI BETEGSZÁM
Maximum érték	Mezőtúri	,0960853
Minimum érték	Pannonhalma	,0266687
	Budapesti	,0605219
Különbség (a minimum %-ában)		,0694166 (2,6)
Hányados		360%

Az egyéb betegségek kistérségi átlagainak eloszlás normál, erős csúcsossággal. A legalacsonyabb és a legmagasabb betegarányú kistérségek közötti eltérés közel négyszeres [58. táblázat]. A budapesti egyéb betegarány az átlagnál valamivel kisebb értékű volt [59. táblázat].

58. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi egyéb betegarányainak eloszlási jellemzői

1 LAKOSRA JUTÓ EGYÉB BETEGSZÁM				
Percentiles	Smallest			
1%	,0766823	,0656812		
5%	,114292	,0766823		
10%	,1211542	,0898703	Obs	168
25%	,1332875	,1027645	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	,1428007		Mean	,1436428
		Largest	Std. Dev.	,021958
75%	,1546792	,1871249		
90%	,1667847	,203742	Variance	,0004822
95%	,1780264	,2101431	Skewness	,729962
99%	,2101431	,2618978	Kurtosis	8,600697

59. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi egyéb betegarányainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

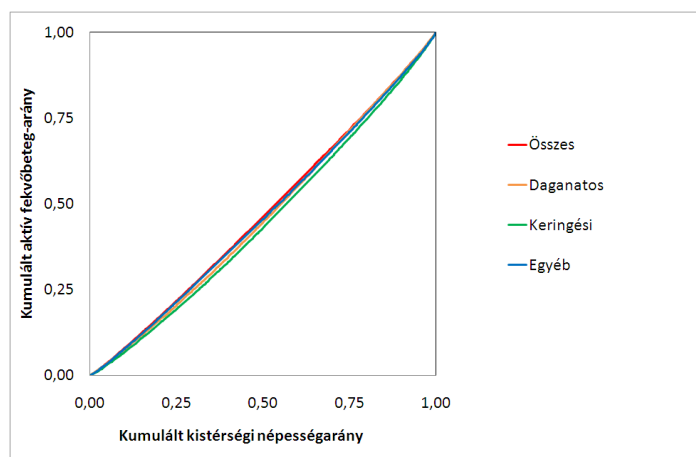
	KISTÉRSÉG	1 LAKOSRA JUTÓ EGYÉB BETEGSZÁM
Maximum érték	Kisvárdai	,2618978
Minimum érték	Pannonhalmi	,0656812
	Budapesti	,1378989
Különbség (a minimum %-ában)		0,1962166 (3,0)
Hányados		399%

Betegarányok kistérségi egyenlőtlenségei

Az aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi betegarányai egyenlőtlenséget nem mutattak [60. táblázat], ami azt jelenti, hogy a kistérségek népességének arányának megfelelően alakultak a betegarányok is [12. ábra].

60. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Gini együtthatók

DIAGNÓZIS	1 LAKOSRA JUTÓ BETEGSZÁM	
	GINI	SH
Összes beteg	0,06	0,00002
Daganatos betegek	0,07	0,00002
Keringési betegek	0,10	0,00003
Egyéb betegek	0,07	0,00003

12. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék**Betegarányok kistérségi egyenlőtlenségei társadalmi-gazdasági jellemzők szerint**

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban a kistérségre jellemző társadalmi-gazdasági mutatók szerint számottevő egyenlőtlenség nem volt kimutatható egyik diagnózis szerinti bontásban sem. [61. táblázat-

64. táblázat]

61. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	ÖSSZES BETEG	
	KI	SH
Diplomás munkanélküliek aránya	0,010	0,00002
Csecsemőhalálozás	0,007	0,00002
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,000	0,00002
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,001	0,00002
Kórházi ágyak aránya	-0,002	0,00001
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,003	0,00002
Háziorvosi ellátottság	-0,006	0,00002
Bűncselekmények aránya	-0,007	0,00002
Személygépkocsik aránya	-0,009	0,00002
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,009	0,00002
Diplomások aránya	-0,010	0,00001
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,012	0,00002
Nonprofit szervezetek aránya	-0,013	0,00002
Belföldi jövedelem	-0,014	0,00002
Komfort nélküli lakások aránya	-0,014	0,00002
Eltartottak aránya	-0,014	0,00003
Bruttó hozzáadott érték	-0,015	0,00003
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,022	0,00003
Roma lakosság aránya	-0,025	0,00003

62. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi daganatos betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	DAGANATOS BETEGEK	
	KI	SH
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,032	0,00003
Belföldi jövedelem	0,030	0,00003
Tartósan munkanélküliek aránya	0,030	0,00003
Személygépkocsik aránya	0,029	0,00003
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,027	0,00003
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,026	0,00003
Komfort nélküli lakások aránya	0,026	0,00003
Roma lakosság aránya	0,024	0,00003
Bruttó hozzáadott érték	0,024	0,00003
Diplomások aránya	0,022	0,00002
Bűncselekmények aránya	0,022	0,00003
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,016	0,00003
Nonprofit szervezetek aránya	0,015	0,00003
Háziorvosi ellátottság	0,015	0,00003
Eltartottak aránya	0,014	0,00003
Csecsemőhalálozás	0,014	0,00003
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,012	0,00003
Kórházi ágyak aránya	0,008	0,00002
Diplomás munkanélküliek aránya	0,002	0,00003

63. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi keringési betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	KERINGÉSI BETEGEK	
	KI	SH
Diplomás munkanélküliek aránya	0,017	0,00004
Csecsemőhalálozás	0,010	0,00004
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,004	0,00003
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,004	0,00004
Háziorvosi ellátottság	0,002	0,00004
Kórházi ágyak aránya	-0,001	0,00002
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,005	0,00004
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,012	0,00003
Nonprofit szervezetek aránya	-0,012	0,00003
Diplomások aránya	-0,016	0,00003
Bruttó hozzáadott érték	-0,016	0,00004
Személygépkocsik aránya	-0,016	0,00003
Bűncselekmények aránya	-0,017	0,00004
Komfort nélküli lakások aránya	-0,020	0,00004
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,021	0,00003
Belföldi jövedelem	-0,021	0,00004
Eltartottak aránya	-0,033	0,00004
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,033	0,00004
Roma lakosság aránya	-0,035	0,00004

64. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi egyéb betegarányainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	EGYÉB BETEGEK	
	KI	SH
Diplomás munkanélküliek aránya	0,010	0,00003
Csecsemőhalálozás	0,004	0,00003
Kórházi ágyak aránya	-0,006	0,00001
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,008	0,00003
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,008	0,00002
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,010	0,00003
Bűncselekmények aránya	-0,010	0,00003
Eltartottak aránya	-0,014	0,00003
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,014	0,00002
Háziorvosi ellátottság	-0,015	0,00003
Személygépkocsik aránya	-0,016	0,00003
Diplomások aránya	-0,017	0,00002
Nonprofit szervezetek aránya	-0,020	0,00003
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,021	0,00003
Komfort nélküli lakások aránya	-0,022	0,00003
Belföldi jövedelem	-0,022	0,00003
Bruttó hozzáadott érték	-0,025	0,00003
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,031	0,00003
Roma lakosság aránya	-0,033	0,00003

Átlagos súlyszámok

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban egy betegre átlagosan közel 2,0 súlyszámot számoltak el. Az összes betegségre vonatkozóan a férfiakra csaknem kétszer annyit, mint a nőkre. A daganatos és az egyéb betegségek esetében átlagosan azonos súlyszámot számoltak el mindkét nemnél, a keringési betegségben szenvedő férfiakra kb. 30%-kal több kezelési költséget számoltak el [65. táblázat].

65. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámai nemenként és diagnózisonként

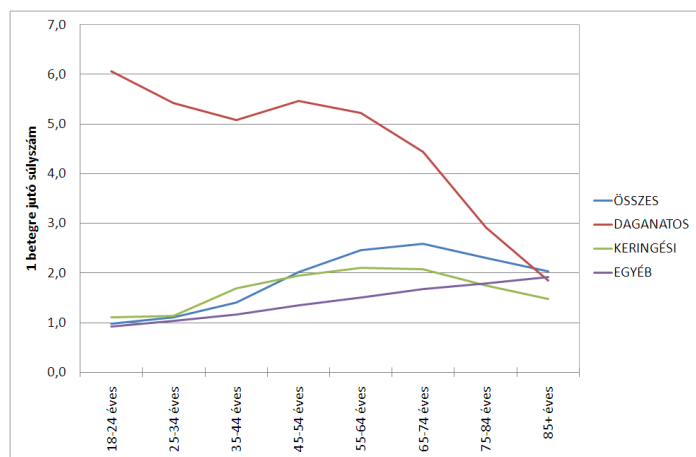
NEM	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Férfi	2,236	4,429	2,174	1,459
Nő	1,789	4,561	1,653	1,318
Összesen	1,963	4,495	1,888	1,369

Az összes aktív fekvőbeteg-ellátást kapott beteg közül a 45 év felettek az átlagosnál több, a fiatalabbak az átlagnál lényegesen kevesebb súlyszámú ellátásban részesültek [66. táblázat]. Ez a korcsoportos arány az egyes betegségcsoportoknál különböző képet mutat: a daganatos betegek az életkor előre haladtával egyre kisebb költséggel járó beavatkozásokat kapnak, míg az egyéb betegségcsoportnál ellenkezőleg, egyre magasabb értékű ellátásban részesülnek. A keringési betegéknél a 45-74 éves korosztály részesül az átlagnál nagyobb súlyszámot jelentő ellátásban [13. ábra].

66. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámai korcsoportonként és diagnózisonként

KORCSOPORT	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
18-24 éves	0,982	6,063	1,101	0,926
25-34 éves	1,112	5,421	1,134	1,040
35-44 éves	1,408	5,078	1,679	1,161
45-54 éves	2,026	5,459	1,942	1,357
55-64 éves	2,470	5,229	2,097	1,514
65-74 éves	2,591	4,442	2,063	1,683
75-84 éves	2,304	2,910	1,745	1,787
85+ éves	2,032	1,846	1,472	1,921
Összesen	1,963	4,495	1,888	1,369

13. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámai korcsoportonként és diagnózisonként



Az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámainak megyei átlagértékei az összes beteget tekintve Baranyába, Hajdú-Biharban és Csongrád megyében voltak a legmagasabbak. Baranya megyében a keringési és egyéb betegségek esetében is az országos átlagot meghaladó súlyszámokat számoltak el egy betegre. A daganatos betegekre Békés, Tolna és Veszprém megyében jutott a legmagasabb súlyszám. Az egy keringési betegre eső súlyszám – a már említett Baranya megye mellett – Csongrád és Zala megyében volt a legmagasabb [67. táblázat].

67. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámai megyénként és diagnózisonként

MEGYE	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Budapest	2,037	4,350	1,895	1,408
Baranya	2,090	4,428	2,165	1,412
Bács-K	1,883	4,265	1,794	1,363
Békés	1,995	5,038	1,890	1,335
Borsod-A-Z	1,812	3,634	1,703	1,344
Csongrád	2,051	5,012	2,122	1,335
Fejér	1,989	4,663	1,892	1,406
Győr-M-S	1,877	5,015	1,804	1,285
Hajdú-B	2,079	4,392	2,085	1,447
Heves	1,974	4,694	1,723	1,352
Komárom-E	1,941	4,800	1,674	1,373
Nógrád	1,829	4,139	1,586	1,390
Pest	1,954	4,431	1,949	1,372
Somogy	1,936	4,576	1,871	1,343
Szabolcs-Sz-B	1,801	4,609	1,684	1,323
Jász-N-Sz	1,963	4,164	1,966	1,342
Tolna	2,035	5,036	1,879	1,392
Vas	1,978	4,908	2,073	1,295
Veszprém	1,953	5,034	2,055	1,307
Zala	2,033	4,486	2,170	1,423
Összesen	1,963	4,495	1,888	1,369

A kistérségek átlagos súlyszámainak eloszlása normális, a referenciánál csúcsosabb. A legmagasabb érték a legkisebb 1,4-szerese [68. táblázat]. A budapesti egy betegre jutó súlyszám a kistérségi átlagnak megfelelő [69. táblázat].

68. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,89757	,83076		
5%	,9173288	,89757		
10%	,9289312	,9034706	Obs	168
25%	,9649349	,9059777	Sum of Wgt.	168
50%	,9947311		Mean	,9978719
		Largest	Std. Dev.	,0520627
75%	1,029035	1,119945		
90%	1,066154	1,129793	Variance	,0027105
95%	1,088188	1,143053	Skewness	,2908140
99%	1,143053	1,161109	Kurtosis	3,5595490

69. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Polgári	1,161109
Minimum érték	Kisvárdai	,83076
	Budapesti	,9796849
Különbség (a minimum %-ában)		,330349 (0,4)
Hányados		140%

A daganatos betegek átlagos kistérségi súlyszámai enyhén csúcsos normál eloszlást mutatnak. A legnagyobb érték (Polgári kistérség) a legkisebb (Sárbogárdi kistérség) másfélszerese volt [70. táblázat]. A budapesti érték a kistérségi átlagnál valamivel alacsonyabb volt [71. táblázat].

70. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi daganatos súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	1,027148	1,004177		
5%	1,100291	1,027148		
10%	1,126723	1,031092	Obs	168
25%	1,173758	1,067212	Sum of Wgt.	168
50%	1,237192		Mean	1,251114
		Largest	Std. Dev.	,1040352
75%	1,320732	1,457816		
90%	1,399366	1,506515	Variance	,0108233
95%	1,42522	1,519974	Skewness	,3486474
99%	1,519974	1,566231	Kurtosis	2,880364

71. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi daganatos súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Polgári	1,566231
Minimum érték	Sárbogárdi	1,004177
	Budapesti	1,185106
Különbség (a minimum %-ában)		,562054 (0,6)
Hányados		156%

A keringési betegségek esetén a kistérségi átlagos súlyszámok eloszlása erősen csúcsos, jobbra tolt volt [72. táblázat]. A legkisebb Berettyóújfalui és a legnagyobb Zalaszentgróti kistérség közti eltérés közel másfélszeres volt [73. táblázat].

72. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi keringési súlyszámainak az eloszlási jellemzői

1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,9635246	,9438758		
5%	,9851442	,9635246		
10%	1,012496	,9635895	Obs	168
25%	1,05368	,9654897	Sum of Wgt.	168
50%	1,114688		Mean	1,142052
		Largest	Std. Dev.	,1245313
75%	1,208581	1,514328		
90%	1,294309	1,536682	Variance	,015508
95%	1,39075	1,556374	Skewness	1,136633
99%	1,556374	1,557192	Kurtosis	4,393315

73. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi keringési súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Zalaszentgróti	1,557192
Minimum érték	Berettyóújfalui	,9438758
	Budapesti	1,051762
Különbség (a minimum %-ában)		,6133162 (0,6)
Hányados		165%

Az egyéb betegségekre eső kistérségi átlagos súlyszámok eloszlása normális, enyhén balra tolt [74. táblázat]. A legnagyobb átlagos súlyszámú kistérség (Debreceni) és a legkisebb (Kisvárdai) közötti relatív eltérés csupán 13% volt. A budapesti súlyszám-átlag a kistérségi átlagnak megfelelően alakult [75. táblázat].

74. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi egyéb súlyszámainak eloszlási jellemzői

1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM				
	Percentiles	Smallest		
1%	,776204	,7232545		
5%	,8090605	,776204		
10%	,8176281	,7796748	Obs	168
25%	,844958	,7807379	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	,8785449		Mean	,876495
		Largest	Std. Dev.	,0444264
75%	,9031322	,9709768		
90%	,9315481	,9762496	Variance	,0019737
95%	,9460101	,976921	Skewness	-,0885909
99%	,976921	1,000933	Kurtosis	3,340731

75. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi egyéb súlyszámainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM
Maximum érték	Debreceni	1,000933
Minimum érték	Kisvárdai	,7232545
	Budapesti	,8858499
Különbség (a minimum %-ában)		,2776785 (0,4)
Hányados		138%

Átlagos súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségei

Mint az a GINI együtthatókból megállapítható, a kistérségi átlagos súlyszámok szerint nem volt jelentős egyenlőtlenség a kistérségek között egyik diagnózis csoportban sem [76. táblázat].

76. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Gini együtthatók

DIAGNÓZIS	1 BETEGRE JUTÓ SÚLYSZÁM	
	GINI	SH
Összes beteg	0,03	0,00125
Daganatos betegek	0,04	0,00528
Keringési betegek	0,05	0,00201
Egyéb betegek	0,03	0,00103

Átlagos súlysámok kistérségi egyenlőtlenségei társadalmi-gazdasági jellemzők szerint

A kistérségek társadalmi-gazdasági jellemzői függvényében a kistérségek egy betegére jutó súlysámok között számottevő egyenlőtlenséget kimutatni nem lehetett [77. táblázat-80. táblázat].

77. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos súlysámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	ÖSSZES BETEG	
	KI	SH
Roma lakosság aránya	0,008	0,0012
Eltartottak aránya	0,006	0,0013
Tartósan munkanélküliek aránya	0,005	0,0012
Bruttó hozzáadott érték	0,005	0,0012
Nonprofit szervezetek aránya	0,004	0,0013
Komfort nélküli lakások aránya	0,004	0,0012
Diplomások aránya	0,003	0,0013
Háziorvosi ellátottság	0,003	0,0013
Személygépkocsik aránya	0,003	0,0012
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,003	0,0012
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,003	0,0012
Belföldi jövedelem	0,003	0,0012
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,002	0,0012
Csecsemőhalálozás	0,002	0,0012
Kórházi ágyak aránya	0,001	0,0013
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,000	0,0012
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,000	0,0013
Bűncselekmények aránya	-0,001	0,0013
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,007	0,0013

78. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos daganatos súlysámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	DAGANATOS BETEGEK	
	KI	SH
Eltartottak aránya	0,001	0,0053
Csecsemőhalálozás	0,000	0,0051
Kórházi ágyak aránya	-0,001	0,0051
Roma lakosság aránya	-0,002	0,0051
Nonprofit szervezetek aránya	-0,003	0,0051
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,004	0,0051
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,005	0,0050
Háziorvosi ellátottság	-0,005	0,0051
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,005	0,0050
Komfort nélküli lakások aránya	-0,005	0,0051
Diplomások aránya	-0,006	0,0051
Bruttó hozzáadott érték	-0,006	0,0051
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,006	0,0050
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,007	0,0051
Bűncselekmények aránya	-0,008	0,0052
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,008	0,0053
Személygépkocsik aránya	-0,009	0,0050
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,011	0,0049
Belföldi jövedelem	-0,011	0,0051

79. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos keringési súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	KERINGÉSI BETEGEK	
	KI	SH
Eltartottak aránya	0,010	0,0020
Roma lakosság aránya	0,009	0,0020
Tartósan munkanélküliek aránya	0,006	0,0020
Háziorvosi ellátottság	0,003	0,0020
Csecsemőhalálozás	0,002	0,0020
Nonprofit szervezetek aránya	0,002	0,0020
Bűncselekmények aránya	0,002	0,0020
Személygépkocsik aránya	0,001	0,0020
Diplomások aránya	0,000	0,0020
Komfort nélküli lakások aránya	-0,001	0,0019
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,002	0,0019
Belföldi jövedelem	-0,002	0,0019
Bruttó hozzáadott érték	-0,002	0,0020
Kórházi ágyak aránya	-0,003	0,0020
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,005	0,0020
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,005	0,0020
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,006	0,0020
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,007	0,0020
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,010	0,0020

80. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos egyéb súlyszámainak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	EGYÉB BETEGEK	
	KI	SH
Bruttó hozzáadott érték	0,008	0,0010
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	0,008	0,0010
Roma lakosság aránya	0,007	0,0010
Háziorvos nélküli településen élők aránya	0,007	0,0010
Belföldi jövedelem	0,006	0,0010
Személygépkocsik aránya	0,006	0,0010
Diplomások aránya	0,006	0,0011
Komfort nélküli lakások aránya	0,006	0,0010
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,005	0,0010
Eltartottak aránya	0,005	0,0010
Nonprofit szervezetek aránya	0,005	0,0011
Háziorvosi ellátottság	0,004	0,0011
Tartósan munkanélküliek aránya	0,004	0,0010
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,003	0,0010
Kórházi ágyak aránya	0,003	0,0011
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,002	0,0010
Csecsemőhalálozás	0,002	0,0010
Bűncselekmények aránya	-0,002	0,0010
Diplomás munkanélküliek aránya	-0,004	0,0011

Átlagos ápolási napok

Aktív fekvőbeteg-ellátás során 2007-ben egy beteg átlagosan 12 napot töltött kórházban, a férfiak 1,6 nappal többet, mint a nők. A férfiak hosszabb ápolási ideje valamennyi betegségcsoportnál megmarad. A daganatos betegek átlagosan 23, a keringési betegek 11, az egyéb betegségekben szenvedők 9,5 napot töltöttek kórházban [81. táblázat].

81. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napok nemenként és diagnózisonként

NEM	1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Férfi	13,382	23,591	11,496	9,904
Nő	11,775	22,947	10,960	9,290
Összesen	12,402	23,268	11,202	9,513

Az egy betegre jutó ápolási napok korcsoportos megoszlására jellemző volt, hogy a fiatalok kb. fele annyi időt töltöttek az ellátó intézményben, mint az idősebbek, az 55 év feletti korcsoportjai között már nincsenek különbségek. A daganatos betegek átlagos ápolási ideje lényegesen nem különbözik az egyes korosztályokban, 75 év felett csökken komolyabban. A keringési betegségek miatt kezelt fiatalabb betegek átlag 5-10 napot töltenek kórházban, az idősebbek esetében átlagban 12 ápolási nap jut egy betegre. Hasonló a korcsoportos tendencia az egyéb diagnózisok esetében is [82. táblázat].

82. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napok korcsoportonként és diagnózisonként

KORCSOPORT	1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
18-24 éves	6,847	24,749	5,663	6,671
25-34 éves	7,796	22,597	5,853	7,568
35-44 éves	9,003	23,672	7,380	8,202
45-54 éves	12,489	26,620	9,069	10,144
55-64 éves	14,263	25,632	10,588	10,457
65-74 éves	15,592	23,390	12,203	11,015
75-84 éves	15,789	18,556	12,928	11,711
85+ éves	14,649	13,828	12,642	11,913
Összesen	12,402	23,268	11,202	9,513

83. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napok megyénként és diagnózisonként

MEGYE	1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP			
	ÖSSZES BETEG	DAGANATOS BETEGEK	KERINGÉSI BETEGEK	EGYÉB BETEGEK
Budapest	13,123	23,775	12,509	9,507
Baranya	11,161	20,348	9,878	8,590
Bács-K	11,600	21,321	10,312	9,190
Békés	12,173	25,365	10,879	9,064
Borsod-A-Z	13,470	23,548	11,960	10,622
Csongrád	11,656	23,547	10,082	8,912
Fejér	11,721	21,982	10,209	9,225
Győr-M-S	12,135	25,489	11,358	9,241
Hajdú-B	11,022	16,976	9,454	8,994
Heves	13,010	25,001	10,983	9,806
Komárom-E	12,801	24,239	10,791	10,000
Nógrád	12,447	22,702	9,863	10,395
Pest	12,380	23,965	11,580	9,407
Somogy	11,640	24,059	10,941	8,581
Szabolcs-Sz-B	12,870	26,240	10,728	10,447
Jász-N-Sz	12,486	20,379	11,724	9,641
Tolna	12,795	24,413	11,695	9,677
Vas	12,664	26,086	12,648	9,170
Veszprém	12,504	24,384	11,865	9,655
Zala	11,934	23,285	10,184	9,496
Összesen	12,402	23,268	11,202	9,513

Átlagosan a leghosszabb ápolásban – 13 nap – a Borsod-Abaúj-Zemplénben, Budapesten és Heves megyében élő betegek részesültek. A Szabolcs-Szatmár-Bereg, Vas és Győr-Moson-Sopron megyében élő daganatos betegek több mint 25-26 napot töltöttek átlagosan kórházban, míg Hajdú-Bihar megyében élők csupán átlagosan 17 nap ápolásban részesültek, ami 6 nappal kevesebb az országos átlagnál. A borsodi, a budapesti és Vas megyei keringési betegek 12 nap ápolásban részesültek átlagosan. Az egyéb betegeknél az Észak-kelet-magyarországi megyékben - Borsod, Szabolcs és Nógrád - élők részesültek a leghosszabb, 10 napos ellátásban [83. táblázat].

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban egy kistérségben egy betegre átlagosan 6,3 ápolási nap jutott. A kistérségek ápolási nap átlagainak eloszlása normális, erősen csúcsos volt [84. táblázat]. A legnagyobb értékű Edelényi kistérségben 2,5 nappal több ápolási nap jut egy betegre, mint a legalacsonyabb Hajdúszoboszlói kistérség betegeire. A budapesti betegek a kistérségi átlagnak megfelelő napot töltöttek kórházban [85. táblázat].

84. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos ápolási napjainak az eloszlási jellemzői

1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP				
	Percentiles	Smallest		
1%	5,317655	5,302271		
5%	5,624827	5,317655		
10%	5,778717	5,387825	Obs	168
25%	6,051607	5,402459	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	6,314615		Mean	6,336191
		Largest	Std. Dev.	,4334833
75%	6,612895	7,363217		
90%	6,892426	7,392337	Variance	,1879077
95%	6,988592	7,393456	Skewness	,1938572
99%	7,393456	7,757163	Kurtosis	3,215207

85. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos ápolási napjainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP
Maximum érték	Edelényi	7,757163
Minimum érték	Hajdúszoboszlói	5,302271
	Budapesti	6,311326
Különbség (a minimum %-ában)		2,454892 (0,5)
Hányados		146%

A daganatos betegség miatt kezelték kistérségenként átlagosan 6,5 napot töltöttek kórházban. A kistérségek átlagos ápolási napjainak eloszlása a normálhoz közeli, erősen csúcsos [86. táblázat].

86. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos daganatos ápolási napjainak az eloszlási jellemzői

1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP				
	Percentiles	Smallest		
1%	5,088838	5,037827		
5%	5,31697	5,088838		
10%	5,55695	5,134697	Obs	168
25%	5,962273	5,154745	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	6,415493		Mean	6,509896
		Largest	Std. Dev.	,8109688
75%	6,768303	8,310448		
90%	7,862215	8,645283	Variance	,6576703
95%	8,033508	8,7775	Skewness	,7445902
99%	8,7775	9,009375	Kurtosis	3,229544

A legtöbb és a legkevesebb átlagos ápolási nappal jellemzett kistérségek között 4 nap eltérés volt, Budapesten a daganatos betegek átlagos ápolási időt töltöttek az ellátó-intézetben [87. táblázat].

87. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos daganatos ápolási napjainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 DAGANATOS BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP
Maximum érték	Tokaji	9,009375
Minimum érték	Hajdúszoboszlói	5,037827
	Budapesti	6,477276
Különbség (a minimum %-ában)		3,971548 (0,8)
Hányados		179%

A keringési betegek kistérségi átlagos ápolási napjainak eloszlása normál, erősen csúcsos [88. táblázat]. A legkevesebb és a legtöbb kistérségi átlagos ápolási nap különbsége 3,7 volt, a budapesti keringési betegek a kistérségi átlagot kissé meghaladva, 6,9 napot töltöttek az ellátásban [89. táblázat].

88. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos keringési ápolási napjainak az eloszlási jellemzői

1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP				
	Percentiles	Smallest		
1%	5,276569	5,046828		
5%	5,637708	5,276569		
10%	5,873209	5,312733	Obs	168
25%	6,253123	5,337928	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	6,640542		Mean	6,670673
		Largest	Std. Dev.	,6449204
75%	7,018136	8,11854		
90%	7,512482	8,131847	Variance	,4159223
95%	7,745714	8,269355	Skewness	,2343423
99%	8,269355	8,767554	Kurtosis	3,191747

89. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos keringési ápolási napjainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 KERINGÉSI BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP
Maximum érték	Csepregi	8,767554
Minimum érték	Debreceni	5,046828
	Budapesti	6,944504
Különbség (a minimum %-ában)		3,720726 (0,7)
Hányados		174%

Egyéb betegségek miatt kórházban töltött napok kistérségi átlagos száma 6,2 nap volt. A kistérségek átlagos ápolási napjainak eloszlása normális, kissé csúcsos volt [90. táblázat].

90. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos egyéb ápolási napjainak eloszlási jellemzői

1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP				
	Percentiles	Smallest		
1%	5,322687	5,309927		
5%	5,402392	5,322687		
10%	5,563966	5,35499	Obs	168
25%	5,844421	5,37011	Sum of Wgt.	168
<hr/>				
50%	6,163978		Mean	6,171414
		Largest	Std. Dev.	,4429708
75%	6,467107	7,101905		
90%	6,75494	7,114849	Variance	,1962231
95%	6,86433	7,159844	Skewness	,1817748
99%	7,159844	7,510498	Kurtosis	2,641977

A maximum és minimum érték közti abszolút különbség 2,2 nap volt, a budapesti betegek a kistérségi átlagnál valamivel kevesebb időt töltöttek kórházban [91. táblázat].

91. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos egyéb ápolási napjainak legnagyobb, legkisebb és budapesti értékei

	KISTÉRSÉG	1 EGYÉB BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP
Maximum érték	Edelényi	7,510498
Minimum érték	Nagykanizsai	5,309927
	Budapesti	5,983184
Különbség (a minimum %-ában)		2,200571 (0,4)
Hányados		141%

Átlagos ápolási napok kistérségi egyenlőtlenségei

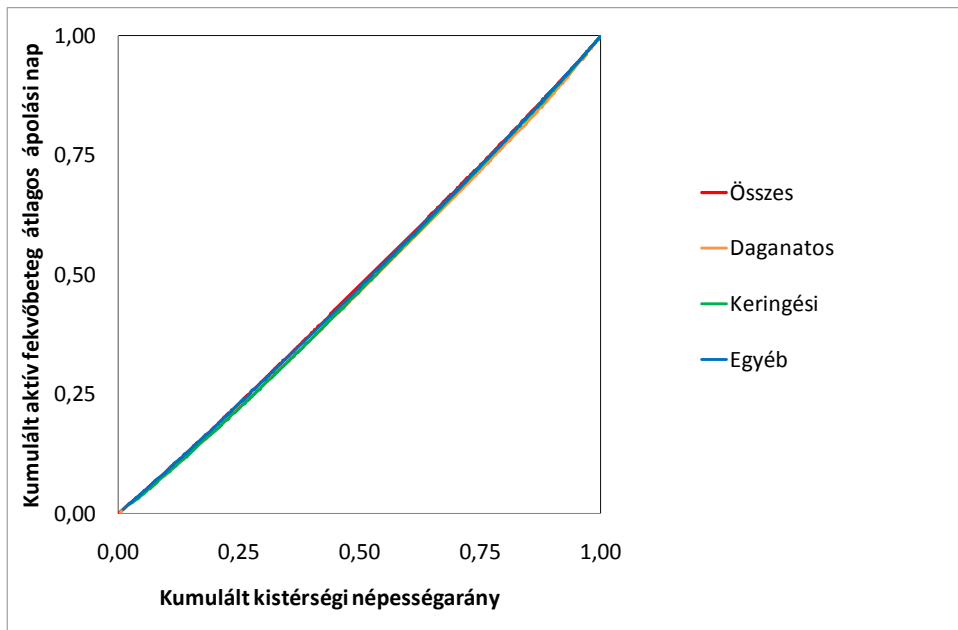
Az aktív fekvőbeteg-ellátásban az egy betegre jutó ápolási napok tekintetében nincs jelentős kistérségi egyenlőtlenség. Az ezt jellemző GINI együtthatók közel azonosak minden vizsgált betegcsoportnál [92. táblázat]. Ezt szemlélteti a 14. ábra Lorenz-görbéje is.

92. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Gini együtthatók

1 BETEGRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP	
----------------------------	--

DIAGNÓZIS	GINI	SH
Összes beteg	0,04	0,00104
Daganatos betegek	0,05	0,00377
Keringési betegek	0,05	0,00148
Egyéb betegek	0,04	0,00107

14. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék



Átlagos ápolási napok kistérségi egyenlőtlenségei társadalmi-gazdasági jellemzők szerint

A kistérségi átlagos ápolási napoknak az egyes társadalmi-gazdasági jellemzők mentén mért egyenlőtlenségei minden betegségcsoportban elhanyagolható, a legmagasabb koncentrációs index érték néhány társadalmi-gazdasági mutató esetében volt nagyobb, mint 0,01. A legnagyobb egyenlőtlenség (-0,02) az átlagos ápolási napoknál a daganatos betegek esetében a roma lakossági arány szerint volt [93. táblázat-96. táblázat]. A koncentrációs indexek negatív előjele azt jelzi, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet szerint hátrányosabb kistérségekben élőkre az ápolási napok nagyobb hányada jut.

93. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos ápolási napoknak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	ÖSSZES BETEG	
	KI	SH
Diplomás munkanélküliek aránya	0,005	0,0011
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,004	0,0011
Kórházi ágyak aránya	-0,001	0,0011
Nonprofit szervezetek aránya	-0,001	0,0011
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,003	0,0011
Háziorvosi ellátottság	-0,003	0,0011
Komfort nélküli lakások aránya	-0,004	0,0011
Diplomások aránya	-0,005	0,0011
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,005	0,0011
Bruttó hozzáadott érték	-0,005	0,0011
Belföldi jövedelem	-0,006	0,0011
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,006	0,0011
Bűncselekmények aránya	-0,008	0,0011
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,008	0,0011
Személygépkocsik aránya	-0,008	0,0011
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,009	0,0011
Eltartottak aránya	-0,011	0,0011
Csecsemőhalálozás	-0,011	0,0011
Roma lakosság aránya	-0,012	0,0011

94. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos daganatos ápolási napoknak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	DAGANATOS BETEGEK	
	KI	SH
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,010	0,0039
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,003	0,0039
Nonprofit szervezetek aránya	0,002	0,0039
Diplomás munkanélküliek aránya	0,000	0,0039
Kórházi ágyak aránya	0,000	0,0038
Háziorvosi ellátottság	0,000	0,0039
Diplomások aránya	-0,002	0,0039
Személygépkocsik aránya	-0,005	0,0039
Komfort nélküli lakások aránya	-0,006	0,0039
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,007	0,0039
Bruttó hozzáadott érték	-0,008	0,0039
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,008	0,0039
Belföldi jövedelem	-0,008	0,0039
Eltartottak aránya	-0,009	0,0039
Bűncselekmények aránya	-0,010	0,0038
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,011	0,0038
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,013	0,0038
Csecsemőhalálozás	-0,018	0,0038
Roma lakosság aránya	-0,020	0,0038

95. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos keringési ápolási napoknak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	KERINGÉSI BETEGEK	
	KI	SH
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	0,011	0,0016
Diplomás munkanélküliek aránya	0,009	0,0015
Nonprofit szervezetek aránya	0,009	0,0016
Regisztrált munkanélküliek aránya	0,007	0,0016
Belföldi jövedelem	0,006	0,0016
Tartósan munkanélküliek aránya	0,005	0,0015
Komfort nélküli lakások aránya	0,005	0,0016
Személygépkocsik aránya	0,004	0,0016
Háziorvosi ellátottság	0,004	0,0016
Diplomások aránya	0,004	0,0016
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	0,004	0,0016
Kórházi ágyak aránya	0,004	0,0016
Bruttó hozzáadott érték	0,003	0,0016
Bűncselekmények aránya	0,000	0,0015
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,002	0,0016
Eltartottak aránya	-0,005	0,0015
Roma lakosság aránya	-0,006	0,0015
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,007	0,0016
Csecsemőhalálozás	-0,013	0,0015

96. táblázat: Aktív fekvőbeteg-ellátás kistérségi átlagos egyéb ápolási napoknak az egyes TG mutatókhoz tartozó koncentrációs indexei

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI MUTATÓK	EGYÉB BETEGEK	
	KI	SH
Diplomás munkanélküliek aránya	0,004	0,0011
Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	-0,001	0,0011
Kórházi ágyak aránya	-0,004	0,0011
Háziorvosi ellátottság	-0,007	0,0011
Nonprofit szervezetek aránya	-0,007	0,0011
Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	-0,008	0,0011
Tartósan munkanélküliek aránya	-0,008	0,0011
Csecsemőhalálozás	-0,008	0,0011
Komfort nélküli lakások aránya	-0,009	0,0011
Bruttó hozzáadott érték	-0,009	0,0011
Háziorvos nélküli településen élők aránya	-0,010	0,0011
Belföldi jövedelem	-0,010	0,0011
Diplomások aránya	-0,010	0,0011
Gyógyszertár nélküli településen élők aránya	-0,010	0,0011
Bűncselekmények aránya	-0,011	0,0011
Regisztrált munkanélküliek aránya	-0,012	0,0011
Eltartottak aránya	-0,013	0,0011
Roma lakosság aránya	-0,013	0,0011
Személygépkocsik aránya	-0,014	0,0011

5.2 TÖBBSZINTŰ REGRESSZIÓS MODELEK

A többszintű regressziós elemzésben feltételezzük, hogy az egy betegen elvégzett beavatkozások súlyát egyrészt az adott személy egyéni tulajdonságai, másrészt a lakóhelyi környezetét jellemző, térségi tényezők egyidejűleg befolyásolják. Az elemzés első lépéseként ún. „üres” modellt (1. modell) használtunk, azaz a regresszió során mindegyik egyéni és térségi magyarázó tényezőt figyelmen kívül hagyva megbecsültük, hogy a betegekre számolt súlysúlyszámok közti eltérések milyen mértékben kapcsolhatók egyéni és milyen mértékben kistérségi szinthez. Elméleti megfontolás alapján feltételezhető, hogy a kistérségi átlagos súlysúlyszámok között mért variancia egyrészt a kistérségek eltérő lakossági összetétele, másrészt a kistérségek eltérő társadalmi-gazdasági jellemzőinek a beavatkozások összetételére kifejtett hatásából származik. E logikát követve az elemzés következő lépésében a lakossági összetételhez kapcsolható részarány nagyságát a kistérségek nem- és korösszetételének kiegyenlítésével vizsgáltuk (2. modell). Ezután a kistérségi halandóság és a megyei korlátozottság (3. modell), majd a kistérségi társadalmi-gazdasági (4. modell), végül pedig a kistérségi ellátási kapacitásmutatók bevonásával a lakóhelyi környezet hatásának nagyságát becsültük meg (5. modell).

A modellezés minden egyes lépése során megvizsgáltuk a modell-illeszkedés javulását, az egyéni illetve a térségi megmagyarázatlan variancia változását, és a térségi variancia részarányát az összes variancián belül, azaz az ICC-t (lásd még az ide vágó lábjegyzetet).

EGYNAPOS ELLÁTÁSOK

Összes beteg

Az „üres” modellnek megfelelő 1. modellben a betegek közt mért összes variancia 3,4%-a a kistérségekhez köthető, vagy másképpen: a kistérségen belüli hasonlóság mértéke 3,4% [97. táblázat].

97. táblázat: Az összes beteg egynapos ellátásainak súlysúlyszámában tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,29 *** ¹⁹	0,25 ***	0,24 ***	0,14 ***	0,12 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1) ²⁰	--	12,2%	4,4%	39,9%	15,4%
Egyéni variancia	8,2	7,8	7,8	7,8	7,8
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	4,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	8,46	8,05	8,04	7,95	7,92
Összes variancia változása (PCV3)	--	4,8%	0,1%	1,2%	0,3%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC) ²¹	3,4%	3,1%	3,0%	1,8%	1,5%
Illeszkedés (log-likelihood)	-213976	-211952 *** ²²	-211949 n.s.	-211913 ***	-211902 **

Az elemzés következő lépésében (2. modell) magyarázó változóként az ellátási szükséglet, kutatásunkban vizsgált egyéni tényezőit, az életkort és a nemet vontuk be, és ezek szignifikánsan javították a modell illeszkedését. Mint az 97. táblázatban megfigyelhető, e két tényező 4,6%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. Ennek magyarázata az, hogy a beavatkozások

¹⁹ A kistérségi variancia 0-tól való eltérésére vonatkozó próba szignifikanciája (***: p<0,001; **: p<0,01; *: p<0,05)

²⁰ PCV: *Proportional Change in Variance*, azaz a variancia változásának aránya a megelőző modellhez viszonyítva

²¹ ICC: *Intraclass Correlation Coefficient*, magyarul: összetartozási együttható. Az ugyanazon kistérségen belül élők közti hasonlóság mértéke (*measure of clustering*), értéke minimális esetben 0, maximális esetben 1

²² A modell illeszkedésének az előzőhöz viszonyított javulására vonatkozó próba szignifikanciája

súlyszáma jelentősen eltér a beteg életkora és neme szerint: a nőknél átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, és a középkorúaknál magasabb, mint a fiatalabbaknál és az öregebbeknél, de nagyjából, 95,6%-ban nem ez a két tényező a meghatározója [2. melléklet: 2. modell²³].

E két egyéni tényező – elsőre talán meglepő módon – kistérségi eltéréseket is magyarázott, mégpedig az egyéni eltéréseknél nagyobb mértékben, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 12%-kal csökkentették (szemben az egyéni variancia 4,6%-os csökkentésével). Megállapítható tehát, hogy az „üres” modell kistérségekre tartozó varianciájának 12%-a a vizsgált két egyéni tényezőhöz köthető. Ennek magyarázatához könnyen belátható, hogy a kistérségek lakosságának nem és kor szerinti összetétele eltérő, és e két tényező összefügg a súlyszámmal, mint azt az egyéni variancia csökkenésében tapasztaltuk. Tehát a kistérségek nem és kor szerinti összetétele befolyásolja a kistérségre számolt átlagos súlyszámok nagyságát. Amikor a lakosság kor és nem szerinti összetételére kiegyenlítettünk, a megmagyarázatlan kistérségi variancia emiatt lecsökkent. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez viszonyított nagyobb arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke 3,1%-ra lecsökkent.

A 3. modellben a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, de a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 4,4%-os csökkenést okozott, így annak az összes varianciában mért aránya jelentéktelen mértékben, 3%-ra mérséklődött. A modell együtthatói alapján megállapítható, hogy a halandóság erősen összefüggött az egynapos ellátások átlagos súlyszámával (magas halandóságú kistérségekben magas volt az átlagos súlyszám), de a korlátozottságra nem lehetett kimutatni ilyen összefüggést. [2. melléklet: 3. modell].

Utolsóként néhány, az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutató bevonására került sor, és az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább javult az előzőhöz viszonyítva. Az újjal bevont kapacitásmutatók tekintélyesen, 15,4%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát [2. melléklet: 5. modell].

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 3,4%-ról 1,5%-ra esett vissza, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság számottevő részét, 44%-át sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 43%-ára csökkent, mivel a bevont egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 57%-át megmagyarázták. (A kistérségek egyenlőtlenségi rangsorai a 14. mellékletben a 118. oldalon találhatóak.)

²³ A Függelék mellékletei az egyes modellekben nyert magyarázó változókhoz kapott regressziós együtthatókat, 95%-os megbízhatósági tartományukat, a szignifikancia-teszt eredményeit tartalmazzák eredeti Stata formátumban. A statisztikailag szignifikáns változókat színezéssel kiemeltük, zöld színnel azokat, amelyek a kimeneti változó értékét (súlyszámot ill. ápolási napot) csökkentik, szürkével, amelyek növelik azt. Az 1. melléklet a modellezésben használt változók azonosítását és az együtthatók értelmezését segítik.

Daganatos betegek

A daganatos betegekre vonatkozó elemzés ugyancsak az „üres” modell kiszámításával kezdődött. Figyelmelen kívül hagyva minden egyéni és térségi magyarázó tényezőt [98. táblázat - 1. modell] az összes variancia közel 1%-a köthető a kistérségi szinthez, vagyis a kistérségen belüli hasonlóság igen kicsi. Másképpen: a daganatos betegek egynapos ellátásaira elszámolt kistérségi súlyszám-átlagok csupán kissé térnek el egymástól ahhoz viszonyítva, hogy mekkora eltérések tapasztalhatók egyéni szinten.

98. táblázat: A daganatos betegek egynapos ellátásainak súlyszámában tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,50 ***	0,45 ***	0,40 **	0,18 n.s.	0,14 n.s.
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	9,2%	13,1%	53,3%	21,9%
Egyéni variancia	51,8	50,63	50,62	50,58	50,58
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	2,3%	0,0%	0,1%	0,0%
Összes variancia	52,3	51,1	51,0	50,8	50,7
Összes variancia változása (PCV3)	--	2,4%	0,1%	0,5%	0,1%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,96%	0,89%	0,77%	0,36%	0,28%
Illeszkedés (log-likelihood)	-30999	-30892 ***	-30888 *	-30875 *	-30872 n.s.

Az elemzés következő lépésében (2. modell) az ellátási szükséglet, kutatásunkban vizsgált egyéni tényezőit, az életkort és a nemet vontuk be, és ezzel szignifikánsan javult a modell illeszkedése. E két tényező 2,3%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. A súlyszám nőknél átlagosan nagyobb, mint a férfiaknál, és a középkorúaknál magasabb, mint a fiatalabbaknál és az öregebbeknél [3. melléklet: 2. modell].

A két bevont egyéni tényező ugyanakkor kistérségi varianciát is magyarázott, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan variancia az „üres” modellhez viszonyítva 9,2%-kal kisebb lett. A megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértéke kissé, 0,9%-ra csökkent.

A 3. modellben a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan növelte a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 13,1%-os csökkenést okozott. A korlátozottság erősen összefüggött a daganatos betegek egynapos ellátásainak átlagos súlyszámával (magas korlátozottságú kistérségekben magas volt a súlyszámátlag), de a halandóságra nem volt ilyen összefüggés. [3. melléklet: 3. modell] Mivel a megmagyarázatlan egyéni variancia a mutatók bevonása ellenére változatlan maradt, a megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértékében bekövetkezett, 0,8%-ra történő csökkenés teljes egészében a kistérségi variancia csökkenésének tulajdonítható.

Ezt követően a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan javult, a megmagyarázatlan kistérségi variancia 0,18-ra lecsökkent, és ez az érték már 0-tól statisztikailag nem különbözött. A jókora, 53,3%-os csökkenéssel párhuzamosan a kistérségeken belüli hasonlóság mértéke 0,8%-ról 0,4%-ra zsugorodott. Ez úgy értelmezhető, hogy a kistérségek közötti igénybevételi különbséget (azaz a kistérségek súlyszám-átlagának eltéréseit) jelentős részben a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázhatjuk. A daganatos betegek

súlyszámával a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a diplomás munkanélküliek és a roma lakosság aránya növelte a súlyszámot szignifikánsan [3. melléklet: 4. modell].

Végül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor az 5. modellben. Az előző modellhez viszonyítva az illeszkedés már nem javult szignifikánsan. Az újjól bevont, az ellátások elérhetőségét közvetítő kapacitásmutatók a megmagyarázatlan kistérségi varianciát 21,9%-kal csökkentették [3. melléklet: 5. modell].

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségeken belüli hasonlóság mértéke az „üres” modellben számított 1%-ról kevesebb, mint harmadára, 0,28%-ra esett vissza. A bevont egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 71%-át magyarázták meg.

Keringési betegek

A keringési betegek vonatkozó elemzés kezdetén számított „üres” modellben az összes variancia 13,5%-a köthető a kistérségi szinthez, vagyis a kistérségen belüli hasonlóság – a daganatos betegeknél számított értékhez viszonyítva – jelentékeny [99. táblázat - 1. modell].

99. táblázat: A keringési betegek egynapos ellátásainak súlyszámában tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,27 ***	0,25 ***	0,24 ***	0,16 ***	0,16 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	8,9%	1,8%	33,4%	1,7%
Egyéni variancia	1,75	1,72	1,72	1,72	1,72
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	1,5%	0,0%	0,3%	0,0%
Összes variancia	2,02	1,97	1,96	1,88	1,87
Összes variancia változása (PCV3)	--	2,5%	0,2%	4,4%	0,2%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	13,5%	12,6%	12,4%	8,7%	8,5%
Illeszkedés (log-likelihood)	-10403	-10354 ***	-10353 n.s.	-10325 ***	-10324 n.s.

Az elemzés következő lépésében az ellátási szükséglet, kutatásunkban vizsgált egyéni tényezőit, az életkort és a nemet vontuk be (2. modell). A modell illeszkedése szignifikánsan javult, és a két tényező bevonása 1,5%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát, 8,9%-kal a megmagyarázatlan kistérségi varianciát. A súlyszám nőknél átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, és a középkorúaknál valamivel magasabb, mint a fiatalabbaknál és az öregebbeknél [4. melléklet: 2. modell]. A két egyéni tényező bevonása következtében a megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértéke 12,6%-ra csökkent.

A 3. modellben az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában mindössze 1,8%-os csökkenést okozott. Sem a halandóság sem a korlátozottság nem befolyásolta számottevően a keringési betegek egynapos ellátásainak kistérségi súlyszám-átlagát [4. melléklet: 3. modell]. A megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértéke némileg, 12,4%-ra csökkent.

A következő lépésben a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan javult, a megmagyarázatlan kistérségi variancia erősen, egyharmadával csökkent. A csökkenéssel párhuzamosan a kistérségeken belüli hasonlóság mértéke 8,7%-ra esett. Levonható a következtetés: a kistérségek átlagos súlyszámainak eltérései jelentős részben a társadalmi-gazdasági mutatók különbözőségével magyarázhatók. A modell együttthatói alapján

megállapítható, hogy a keringési betegek súlyszámát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a gazdasági-szociális valamint a fizikai környezeti tényezők növelték szignifikánsan. Kivételt képezett, azaz csökkentette a súlyszámot a roma lakosság illetve a szakképzetlenek kistérségi aránya [4. melléklet: 4. modell].

Legvégül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az előző modellhez viszonyítva az 5. modellben az illeszkedés már nem javult szignifikánsan. Az újlag bevont, az ellátások elérhetőségét közvetítő kapacitásmutatók a megmagyarázatlan kistérségi varianciát mindössze 1,7%-kal csökkentették [4. melléklet: 5. modell].

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségen belüli hasonlóság mértéke (ICC) a kiindulási érték 63%-ára lecsökkent. A vizsgált egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 41%-át magyarázták meg.

Egyéb betegek

Az egyéb betegek vonatkozó elemzés kezdetén számított „üres” modellben az összes variancia 7,4%-a köthető a kistérségi szinthez, vagyis a kistérségen belüli hasonlóság mértéke fele a keringési betegeknek tapasztaltnál, de a daganatos betegeknek számított értékhez viszonyítva jóval nagyobb [100. táblázat - 1. modell].

100. táblázat: Az egyéb betegek egynapos ellátásainak súlyszámában tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,025 ***	0,016 ***	0,016 n.s.	0,014 ***	0,012 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	34,3%	2,0%	14,0%	8,2%
Egyéni variancia	0,30	0,27	0,27	0,27	0,27
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	0,33	0,29	0,29	0,29	0,28
Összes variancia változása (PCV3)	--	13,5%	0,1%	0,8%	0,4%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	7,4%	5,6%	5,5%	4,8%	4,4%
Illeszkedés (log-likelihood)	-59923	-55386 ***	-55384 n.s.	-55372 n.s.	-55366 *

A következő lépésben az ellátási szükséglet, kutatásunkban vizsgált egyéni tényezőit, az életkort és a nemet vontuk be (2. modell). A modell illeszkedése szignifikánsan javult, és a két tényező bevonása 11,8%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát, ugyanakkor a megmagyarázatlan kistérségi varianciát nagymértékben, 34,3%-kal csökkentette. Nőknél a súlyszám átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, az időseknél magasabb, mint a középkorúaknál és a fiatalabbaknál [5. melléklet: 2. modell]. A két egyéni tényező bevonásával a megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértéke 5,6%-ra csökkent.

A 3. modellben az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában csupán 2%-os csökkenést okozott. Az egyéb betegek egynapos ellátásainak kistérségi átlagos súlyszámait a korlátozottság a szignifikanciát megközelítő szinten csökkentette. A halandóság nem mutatott összefüggést a súlyszám-átlaggal [5. melléklet: 3. modell]. A megmagyarázatlan kistérségeken belüli hasonlóság mértéke alig, 5,5%-ra csökkent.

Negyedikként az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat vontuk be a magyarázó tényezők közé. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan nem javult, de a

megmagyarázatlan kistérségi variancia 14%-kal csökkent. A csökkenéssel párhuzamosan a kistérségeken belüli hasonlóság mértéke 4,8%-ra változott. Az egyéb betegek súlyszámával a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a gazdasági-szociális tényezők közül a bruttó hozzáadott érték növelte a súlyszámot szignifikánsan. Csökkentette a súlyszámot a diplomások magasabb aránya illetve a szakképzetlenek kistérségi aránya [5. melléklet: 4. modell].

Végül az egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az előző modellhez viszonyítva az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább javult, a megmagyarázatlan kistérségi varianciát további 8,2%-kal csökkent [5. melléklet: 5. modell].

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségen belüli hasonlóság az „üres” modellhez viszonyítva 60%-ra lecsökkent, a vizsgált egyéni térségi szükségleti, társadalmi-gazdasági és kapacitási tényezők a kistérségi variancia 50%-át magyarázták meg.

AKTÍV FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS

Átlagos súlyszámok

Összes beteg

Az elemzés első lépésében un. „üres” modellt alkalmaztunk, és az 1. modell eredményei szerint a betegek közt mért összes variancia csupán 0,13%-a köthető a kistérségekhez, azaz a kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,13% [101. táblázat].

101. táblázat: Az összes aktív fekvőbeteg-ellátásának átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,011 ***	0,011 ***	0,010 ***	0,008 ***	0,007 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	3,9%	3,0%	25,9%	4,7%
Egyéni variancia	8,4	8,1	8,1	8,1	8,1
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	8,5	8,1	8,1	8,1	8,1
Összes variancia változása (PCV3)	--	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,13%	0,13%	0,13%	0,09%	0,09%
Illeszkedés (log-likelihood)	-2414656	-2394714 ***	-2394712 n.s.	-2394692 ***	-2394689 n.s.

Az elemzés következő lépésében (2. modell) magyarázó változóként az ellátási szükséglet egyéni tényezőit vizsgáltuk, és bővítettük a modellünket a nemmel és az életkorral. Ez a lépés szignifikánsan javította a modell illeszkedését. Mint az 101. táblázatban megfigyelhető, e két tényező 4%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. Ennek hátterében az áll, hogy a beavatkozások súlyszáma eltér a beteg életkora és neme szerint: a nőknél átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, és a középkorúaknál magasabb, mint a fiatalabbaknál és az öregebbeknél [6. melléklet: 2. modell]. Megállapítható tehát, hogy az „üres” modell egyéni varianciájának 4%-a köthető a betegek életkorához és neméhez. E két egyéni tényező kistérségi eltéréseit is magyarázott, mégpedig az egyéni eltérésekhez hasonló mértékben, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 3,9%-kal csökkentették. Levonható a következtetés: az „üres” modell kistérségekhez tartozó varianciájának 3,9%-a a vizsgált két egyéni tényezőhöz köthető. Ennek magyarázatakor könnyen belátható, hogy a kistérségek lakosságának nem és kor szerinti összetétele eltérő, és e két tényező összefügg a súlyszámmal. Tehát a kistérségek nem és kor szerinti összetétele befolyásolja a kistérségre számolt átlagos súlyszámok

nagyságát. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez hasonló arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke (ICC) nem változott.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült ellátási szükségletet – a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat – vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, és csupán a megmagyarázatlan kistérségi varianciában okozott 3%-os csökkenést, így annak az összes varianciában mért aránya is csak igen csekély mértékben változott. Az életkori, nemi összetételre kiegyenlített kistérségi variancia 3%-át a kistérségek ellátási szükségletének eltérései magyarázták. A halandóság és a korlátozottság nem mutatott jelentős összefüggést az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszámával.

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan javult, ami vélhetően a megmagyarázatlan kistérségi variancia tekintélyes, 26%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,13%-ról 0,09%-ra csökkent. Ez azt jelenti, hogy a kistérségek közötti igénybevételi különbséget (azaz a kistérségek súlyszám-átlagának eltéréseit) jelentős részben a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázhatjuk. A betegek súlyszámát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a tartósan munkanélküliek aránya szignifikánsan csökkentette, míg a diplomások aránya, a szakképzetlen foglalkoztatottak aránya és a kedvezőtlen egészségmagatartásúak aránya növelte [6. melléklet: 4. modell].

Végül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutató bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább nem javult az előzőhöz viszonyítva. Az újjól bevont kapacitásmutatók mindössze 4,7%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát, vagyis megállapítható, hogy a kistérségi variancia 4,7%-át az ellátás elérhetősége határozta meg.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,13%-ról 0,09%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság harmadát sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 65%-ára csökkent. A bevont egyéni és térségi tényezők összesen a kistérségi variancia 35%-át magyarázták.

Daganatos betegek

Az 1. modell eredményei alapján megállapítható, hogy a betegek közt mért összes variancia 0,6%-a köthető a kistérségekhez, vagyis a kistérségen belüli hasonlóság mértéke mindössze 0,6%. [102. táblázat].

102. táblázat: A daganatos aktív fekvőbetegek ellátásának átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halandóság +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,207 ***	0,209 ***	0,204 ***	0,089 ***	0,086 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	-0,9%	2,4%	56,3%	3,7%
Egyéni variancia	34,8	34,0	34,0	34,0	34,0
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	35,0	34,2	34,2	34,1	34,1

Összes variancia változása (PCV3)	--	2,1%	0,0%	0,3%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,59%	0,61%	0,60%	0,26%	0,25%
Illeszkedés (log-likelihood)	-262058	-261178 ***	-261176 n.s.	-261136 ***	-261135 n.s.

Az elemzés következő lépésében (2. modell) magyarázó változóként az ellátási szükséglet egyéni tényezőit vizsgáltuk, és a modellünket a nemmel és az életkorral bővítettük. Ez a lépés szignifikánsan javította a modell illeszkedését, és e két tényező 2,1%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. A beavatkozások súlyszáma jelentősen eltér a beteg életkora szerint, ugyanis az életkor növekedésével egyre kevesebb súlyszámot számoltak el, de a férfiak és nők között nem volt különbség [7. melléklet: 2. modell]. Megállapítható tehát, hogy az „üres” modell egyéni varianciájának 2,1%-a köthető a betegek életkorához és neméhez.

E két egyéni tényező kistérségi eltéréseket is magyarázott, mégpedig a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 1%-kal növelték. Ez a kicsi, de különösnek látszó növekedés azért fordulhatott elő, mert a kistérségek lakosságának korösszetétele „elfedte” a súlyszámokban jelentkező térségi eltéréseket. A korra történt kiegyenlítés eredményeképpen ezek a kicsi térségi eltérések „láthatóvá” váltak.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült ellátási szükségletet – a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat – vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, és csupán a megmagyarázatlan kistérségi varianciában okozott 2,4%-os csökkenést, így annak az összes varianciában mért aránya is csak igen csekély mértékben változott. Megállapítható: a halandóság és a korlátozottság nem hozható összefüggésbe a daganatos betegek aktív fekvőbeteg-ellátására elszámolt átlagos súlyszámmal.

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan javult, ami valószínűleg a megmagyarázatlan kistérségi variancia tekintélyes, 56%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,26%-ra csökkent. Ez azt jelenti, hogy a kistérségek súlyszám-átlagának eltéréseit jelentős részben a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázható. A daganatos betegek súlyszámát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a tartósan munkanélküliek aránya, a szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya és az alacsony komfortfokozatú lakások magasabb aránya szignifikánsan csökkentette. A társadalmi-gazdasági mutatók bevonásával a 3. modellben még összefüggést nem mutató korlátozottság ebben a modellben szignifikánsan növelte a daganatos betegekre jutó súlyszámot [7. melléklet: 4. modell].

Az 5. lépésben az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan nem javult az előzőhöz viszonyítva. Az újjól bevont kapacitásmutatók mindössze 3,7%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,59%-ról 0,25%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság közel 60%-át a bevont mutatók magyarázták. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 41%-ára csökkent, azaz a bevont egyéni és térségi szükségletmutatók a kistérségi variancia 59%-át magyarázták.

Keringési betegek

Az elemzés során először un. „üres” modellt alkalmaztunk és a 103. táblázatból látható, hogy az 1. modellben a keringési betegek közt mért összes variancia csupán 0,04%-a köthető a kistérségekhez. Az elemzés következő lépésében a lakossági összetételhez kapcsolható részarány nagyságát a kistérségek nem-, és korösszetételének kiegyenlítésével vizsgáltuk.

103. táblázat: A keringési aktív fekvőbetegek ellátásának átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halandóság + korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,04 ***	0,04 ***	0,04 ***	0,03 ***	0,03 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	-0,3%	8,4%	16,5%	3,8%
Egyéni variancia	7,1	7,0	7,0	7,0	7,0
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	7,2	7,0	7,0	7,0	7,0
Összes variancia változása (PCV3)	--	1,7%	0,1%	0,1%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,59%	0,60%	0,55%	0,46%	0,44%
Illeszkedés (log-likelihood)	-656544	-654220 ***	-654214 **	-654202 n.s.	-654199 n.s.

Ez a lépés szignifikánsan javította a modell illeszkedését. E két tényező 1,7%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát, mivel a beavatkozások súlyszáma eltért a beteg életkora és neme szerint: a nőknél átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, és minden korcsoportban magasabb, mint a fiatalabbaknál [8. melléklet: 2. modell]. Megállapítható tehát, hogy az „üres” modell egyéni varianciájának 1,7%-a köthető a betegek életkorához és neméhez.

E két egyéni tényező a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 0,3%-kal növelte.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan javította a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 8,4%-os csökkenést okozott, így annak az összes varianciában mért aránya is némileg kisebb lett. A keringési halandóság nem, de a korlátozottság negatív összefüggést mutatott a keringési aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámaival [8. melléklet: 3. modell].

Az elemzés negyedik lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan nem javult. A megmagyarázatlan kistérségi variancia ugyanakkor jelentősen 16,5%-kal csökkent, és így a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,55%-ról 0,46%-ra csökkent. A kistérségek súlysám-átlagának eltérései részben a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázhatók. A keringési betegek súlysámát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a diplomások aránya növelte szignifikánsan [8. melléklet: 4. modell].

Az utolsó lépésben az egyének lakókörnyezetének egészségügyi kapacitásait jellemző mutatók bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább nem javult az előzőhöz viszonyítva. Az újonnan bevont kapacitásmutatók 3,8%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,59%-ról 0,44%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság negyedét sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a

kiindulási érték 74%-ára csökkent, azaz a bevont egyéni és térségi tényezők tehát a kistérségi variancia 26%-át megmagyarázták.

Egyéb betegek

Az 1. modell eredményeit a 104. táblázat tartalmazza. Az egyéb betegek közt mért kistérségi variancia igen kis mértékű, mindössze 0,0035, ami az összes variancia csupán 0,12%-a. Az elemzés következő lépésében a lakossági összetételhez kapcsolható részarány nagyságát a kistérségek nem-, és korösszetételének kiegyenlítésével vizsgáltuk (2. modell).

104. táblázat: Az egyéb aktív fekvőbetegek ellátásának átlagos súlyszaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halandóság + korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,0035 ***	0,0029 ***	0,0028 ***	0,0020 ***	0,0019 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	15,8%	3,4%	28,5%	3,0%
Egyéni variancia	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8
Összes variancia változása (PCV3)	--	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,12%	0,10%	0,10%	0,07%	0,07%
Illeszkedés (log-likelihood)	-1436605	-1423692 ***	-1423691 n.s.	-1423668 ***	-1423666 n.s.

Ez a lépés szignifikánsan javította a modell illeszkedését. A két tényező 3,4%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát, mivel a beavatkozások súlysza eltér a beteg életkora és neme szerint (a nőknél átlagosan kisebb, mint a férfiaknál, és minden korcsoportban magasabb, mint a fiataloknál), bár nagyjából, 97%-ban nem ez a két tényező a meghatározója [9. melléklet: 2. modell].

Az egyéni tényezők kistérségi eltéréseit is magyaráztak, mégpedig az egyéni eltéréseknél nagyobb mértékben, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 15,8%-kal csökkentették.

A modellezés 3. lépésében a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése nem növelte szignifikánsan a modell magyarázó erejét, de a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 3,4%-os csökkenést okozott. Így a kistérségi variancia összes varianciában mért aránya is csak csekély mértékben változott. Az életkori, nemi összetételre kiegyenlített kistérségi variancia 3,4%-át a kistérségek ellátási szükségletének eltérései magyarázták. A halandóság és a korlátozottság nem függött össze az egyéb betegekre jutó aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámaival [9. melléklet: 3. modell].

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan javult, ami a megmagyarázatlan kistérségi variancia jelentékeny - 28,5%-os - csökkenésének volt köszönhető. A kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke az „üres” modell 0,12%-áról 0,07%-ra csökkent. Ez azt jelenti, hogy a kistérségek eltérő súlysám-átlagait nagyrészt a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázhatjuk. Az egyéb betegek súlysámát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a diplomások aránya és a kockázati egészségmagatartásuk aránya szignifikánsan növelte, míg a nonprofit szervezetek aránya csökkentette [9. melléklet: 4. modell].

Végül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutató bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése nem javult szignifikánsan tovább az előzőhöz

viszonyítva. Az újjalag bevont kapacitásmutatók 3%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát, vagyis a kistérségi variancia 3%-át az ellátás elérhetősége határozta meg.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,12%-ról 0,07%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság 40%-át sikerült megmagyaráznunk. A bevont egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 44%-át megmagyarázták.

Átlagos ápolási napok

Összes beteg

A 105. táblázatból megállapítható, hogy az 1. modellben a betegek közt mért összes variancia csupán 0,7%-a köthető a kistérségekhez, vagy másképpen: a kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,7%.

105. táblázat: Az összes aktív fekvőbeteg-ellátásának átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell + halálozás + korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,70 ***	0,68 ***	0,62 ***	0,46 ***	0,44 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	3,2%	8,7%	26,2%	3,9%
Egyéni variancia	246,1	235,9	235,9	235,9	235,9
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	246,8	236,6	236,5	236,3	236,3
Összes variancia változása (PCV3)	--	4,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,29%	0,29%	0,26%	0,20%	0,19%
Illeszkedés (log-likelihood)	-4052487	-4031885 ***	-4031879 **	-4031856 ***	-4031853 n.s.

A következő lépésben (2. modell) magyarázó változóként az egyéni tényezőket vizsgáltuk, és bővítettük a modellünket a nem és életkor változókkal. Ez szignifikánsan javította a modell illeszkedését. Amint az megfigyelhető, e két tényező 4,2%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. Az aktív ellátás ápolási napjai eltérnek a beteg életkora és neme szerint: a nőknél átlagosan kevesebb, mint a férfiaknál, és a közép-, és időskorúaknál jelentősen magasabb, mint a fiatalabbaknál [10. melléklet: 2. modell].

E két egyéni tényező kistérségi eltéréseket is magyarázott, mégpedig az egyéni eltérésekhez hasonló mértékben, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 3,2%-kal csökkentették. Levonható a következtetés: a kistérségek nem és kor szerinti összetétele befolyásolja a kistérségre számolt átlagos ápolási napok számát. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez hasonló arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke alig változott.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan növelte a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában okozott 8,7%-os csökkenést, ugyanakkor annak az összes varianciában mért alacsony aránya miatt gyakorlatilag változatlan maradt. A modellben nyert együtthatók alapján megállapítható, hogy halandóság és a korlátozottság szignifikánsan növelte az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjainak számát [10. melléklet: 3. modell].

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakóköznyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése

szignifikánsan tovább javult, ami a megmagyarázatlan kistérségi variancia tekintélyes, 26%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,26%-ról 0,20%-ra csökkent. A betegek ápolási napjainak számát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a tartósan munkanélküliek aránya, a szakképzetlen foglalkoztatottak aránya és a kedvezőtlen egészségmagatartásuk aránya szignifikánsan csökkentette, míg a bűncselekmények magasabb aránya, növelte [10. melléklet: 4. modell].

Utolsónak az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutató bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább nem javult, az újlag bevont kapacitásmutatók mindössze 3,9%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,29%-ról 0,19%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság harmadát sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 62%-ára csökkent, a bevont egyéni és térségi tényezők tehát a kistérségi variancia 38%-át megmagyarázták.

Daganatos betegek

Az első, „üres” modellt megvizsgálva látható, hogy a daganatos betegekre számolt átlagos ápolási napok közti eltérések 1,2%-a kapcsolható a kistérségi szinthez, vagy másképpen: a kistérségen belüli hasonlóság mértéke 1,2% [106. táblázat].

106. táblázat: Az aktív daganatos fekvőbetegek ellátásának átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell +halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	5,65 ***	5,51 ***	5,43 ***	3,49 ***	3,28 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	2,4%	1,6%	35,7%	6,1%
Egyéni variancia	454,0	449,3	449,3	449,2	449,2
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	459,6	454,8	454,7	452,7	452,5
Összes variancia változása (PCV3)	--	1,1%	0,0%	0,4%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	1,2%	1,2%	1,2%	0,8%	0,7%
Illeszkedés (log-likelihood)	-367493	-367064 ***	-367064 n.s.	-367035 ***	-367032 n.s.

A 2. modellbe magyarázó változóként egyéni tényezőket vontuk be, és bővítettük a modellünket a nem és életkor változókkal. Ez szignifikánsan javította a modell illeszkedését, és 1%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. A daganatos betegek ápolási napjai eltérnek a beteg életkora és neme szerint: a nők átlagosan kevesebb napot töltenek kórházban, mint a férfiak, és a közép-, és időskorúak is jelentősen kevesebbet, mint a fiatalok [11. melléklet: 2. modell].

E két egyéni tényező kistérségi eltéréseket is magyarázott, mivel a kistérségi variancia az „üres” modellhez viszonyítva 2,4%-kal csökkent. Az „üres” modell kistérségekhöz tartozó varianciájának 2,4%-a a vizsgált két egyéni tényezőhöz, az ellátásban megjelentek neméhez és életkorához köthető. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez hasonló arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke nem változott.

A 3. modellbe az egyéni tényezők mellé az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi daganatos halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan nem növelte a modell magyarázó erejét, de a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 1,6%-os csökkenést okozott.

Az elemzés negyedik lépésében a magyarázó tényezők közé a társadalmi-gazdasági mutatókat vontuk be. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan tovább javult, ami a megmagyarázatlan kistérségi variancia számottevő, 35,7%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke harmadával, 1,2%-ról 0,8%-ra csökkent. A daganatos betegek ápolási napjainak számát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a tartósan munkanélküliek aránya, a szakképzetlen foglalkoztatottak aránya és a diplomások aránya szignifikánsan csökkentette [11. melléklet: 4. modell].

Utolsónak a lakókörnyezetben működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább nem javult az előzőhöz viszonyítva. Az újjólag bevont kapacitásmutatók 6,1%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 1,2%-ról 0,7%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság 40%-át sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 58%-ára csökkent, mivel a bevont egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 42%-át megmagyarázták.

Keringési betegek

Az „üres” modellben a keringési betegek ápolási napjainak összes varianciája 0,59%-a köthető a kistérségekhez, vagy a kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,59% [107. táblázat].

107. táblázat: A keringési betegek aktív fekvőbeteg-ellátásának átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell +halálozás + korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,92 ***	0,87 ***	0,85 ***	0,59 ***	0,53 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	5,1%	1,8%	31,2%	9,8%
Egyéni variancia	153,7	150,2	150,2	150,2	150,2
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	154,6	151,1	151,1	150,8	150,8
Összes variancia változása (PCV3)	--	2,3%	0,0%	0,2%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,59%	0,58%	0,57%	0,39%	0,35%
Illeszkedés (log-likelihood)	-1076802	-1073700 ***	-1073699 n.s.	-1073674 ***	-1073668 *

A modellezés második lépésében (2. modell) a modellünket a nem és életkor változókkal bővítettük. Ez szignifikánsan javította a modell illeszkedését. Amint az megfigyelhető, e két tényező 2,3%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. A keringési betegek aktív ellátásban töltött ápolási napjai eltérnek a beteg életkora és neme szerint: a nők átlagosan kevesebbet, mint a férfiak, és az életkor emelkedésével egyre több napot töltenek kórházban az idősebbek, mint a fiatalok [12. melléklet: 2. modell].

E két egyéni tényező kistérségi eltéréseket is magyarázott, a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 5,1%-kal csökkentették. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez hasonló arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke érdemben nem változott.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült kistérségi halandósági és megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan nem növelte a modell magyarázó erejét, miközben a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 1,8%-os csökkenést okozott, de annak az összes varianciában mért aránya is igen csekély mértékben változott. Az együttthatók alapján megállapítható, hogy a halandóság és a korlátozottság nem mutatott szignifikánsan összefüggést az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjainak számával [12. melléklet: 3. modell].

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése szignifikánsan tovább javult, ami a megmagyarázatlan kistérségi variancia jelentőségteljes, 31%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,57%-ról 0,39%-ra csökkent. A keringési betegek ápolási napjainak számát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a diplomás munkanélküliek aránya és a kockázati egészségmagatartásúak aránya szignifikánsan csökkentette, míg az előző lépésben bevont szükségletmutató, a korlátozottak megyei aránya növelte [12. melléklet: 4. modell].

Végül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább javult az előzőhöz viszonyítva. Az újlag bevont kapacitásmutatók 9,8%-kal csökkentették a megmagyarázatlan

kistérségi varianciát, vagyis megállapítható, hogy a kistérségi variancia csaknem 10%-át az ellátási kapacitások jellemzői határozták meg [12. melléklet: 5. modell].

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,59%-ról 0,35%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság 2/5-ét sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 58%-ára csökkent, mivel a bevont egyéni és térségi tényezők a kistérségi variancia 42%-át megmagyarázták.

Egyéb betegek

Az „üres” modellt vizsgálva megállapítható, hogy az egyéni és térségi magyarázó tényezőket figyelmen kívül hagyva az egyéb betegekre számolt ápolási napok közti eltérések, vagyis az összes variancia 0,4%-a a kistérségekhez köthető. Másképpen: a kistérségen belüli hasonlóság mértéke mindössze 0,4% [108. táblázat].

108. táblázat: Az egyéb betegek aktív fekvőbeteg-ellátásának átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek többszintű regressziós elemzése

	1. modell "üres" modell	2. modell + nem + életkor	3. modell +halálozás +korlátozottság	4. modell + térségi TGM	5. modell + térségi kapacitás
Kistérségi variancia	0,55 ***	0,53 ***	0,50 ***	0,37 ***	0,36 ***
Kistérségi variancia változása (PCV1)	--	3,7%	6,1%	27,0%	2,0%
Egyéni variancia	155,2	152,	152,0	152,0	152,0
Egyéni variancia változása (PCV2)	--	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Összes variancia	155,8	152,5	152,5	152,4	152,4
Összes variancia változása (PCV3)	--	2,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Kistérségi variancia aránya az összesben (ICC)	0,36%	0,35%	0,33%	0,24%	0,24%
Illeszkedés (log-likelihood)	-2906032	-2898241 ***	-2898237 **	-2898214 ***	-2898212 n.s.

Az elemzés következő lépésében (2. modell) magyarázó változóként az egyéni tényezőket vizsgáltuk, és modellünket a nem és életkor változókkal bővítettük. Ez szignifikánsan javította a modell illeszkedését. Amint az megfigyelhető, e két tényező 2,1%-kal csökkentette a megmagyarázatlan egyéni varianciát. Az aktív ellátás ápolási napjai eltérnek a beteg életkora és neme szerint: a nők átlagosan kevesebbet, mint a férfiak, és az életkor emelkedésével egyre több napot töltenek kórházban az idősebbek, mint a fiatalok [13. melléklet: 2. modell].

E két egyéni tényező kistérségi eltéréseket is magyarázott, hiszen a kistérségi megmagyarázatlan varianciát az „üres” modellhez viszonyítva 3,7%-kal csökkentették. A megmagyarázatlan kistérségi variancia egyénihez hasonló arányú csökkenése miatt az összes varianciában képviselt részaránya, tehát a meg nem magyarázott kistérségen belüli hasonlóság mértéke alig változott.

A 3. modellbe a két előzőleg bevont egyéni tényező mellé az egyének lakókörnyezetére becsült a kistérségi halandósági és a megyei korlátozottsági mutatókat vontuk be. A magyarázó tényezők körének bővítése szignifikánsan növelte a modell magyarázó erejét, és a megmagyarázatlan kistérségi varianciában 6,1%-os csökkenést okozott, így annak az összes varianciában mért aránya csekély mértékben ugyan, de megváltozott. Az életkori, nemi összetételre kiegyenlített kistérségi variancia 6,1%-át a kistérségek ellátási szükségletének eltérései magyarázták. A halandóság szignifikánsan növelte az egyéb betegek aktív fekvőbeteg-ellátásban töltött átlagos ápolási napjainak számát [13. melléklet: 3. modell].

Az elemzés következő lépésében a magyarázó tényezők közé bevontuk az egyének lakókörnyezetéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági mutatókat. A 4. modell illeszkedése

szignifikánsan tovább javult, ami a megmagyarázatlan kistérségi variancia 27%-os csökkenésének volt köszönhető. Emiatt a kistérségi variancia részaránya, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság mértéke 0,33%-ról 0,24%-ra csökkent. Ez azt jelenti, hogy a kistérségek közötti igénybevételi különbséget (azaz a kistérségek ápolási nap átlagának eltéréseit) jelentős részben a kistérségek társadalmi-gazdasági mutatóinak különbségével magyarázhatjuk. A modell együttható alapján megállapítható, hogy az egyéb betegek ápolási napjainak számát a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezők közül a bűncselekmények aránya szignifikánsan növelte [13. melléklet: 4. modell].

Végül az egyének lakókörnyezetében működő egészségügyi kapacitásokat jellemző mutatók bevonására került sor. Az 5. modell illeszkedése szignifikánsan tovább nem javult az előzőhöz viszonyítva. Az újjólag bevont kapacitásmutatók 2%-kal csökkentették a megmagyarázatlan kistérségi varianciát.

Valamennyi vizsgált mutató bevonása után a kistérségi variancia részaránya az „üres” modellben becsült 0,36%-ról 0,24%-ra csökkent, vagyis a megmagyarázatlan kistérségen belüli hasonlóság harmadát sikerült megmagyaráznunk. A kistérségi variancia nagysága ezzel párhuzamosan a kiindulási érték 65%-ára csökkent, mivel a bevont egyéni és térségi tényezők 35%-át megmagyarázták.

5.3 AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEGZÉSE

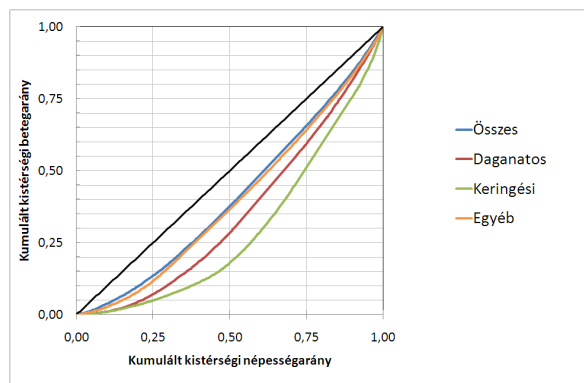
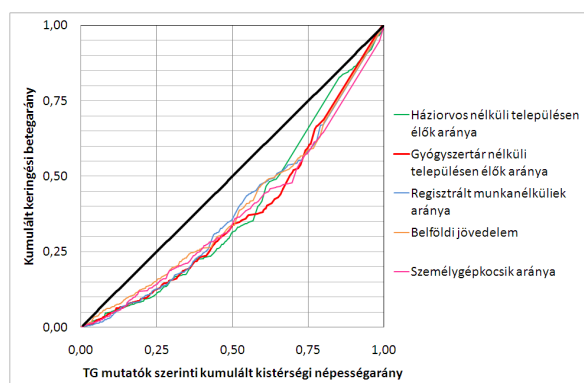
LEÍRÓ EREDMÉNYEK ÖSSZEGZÉSE

Egynapos ellátások

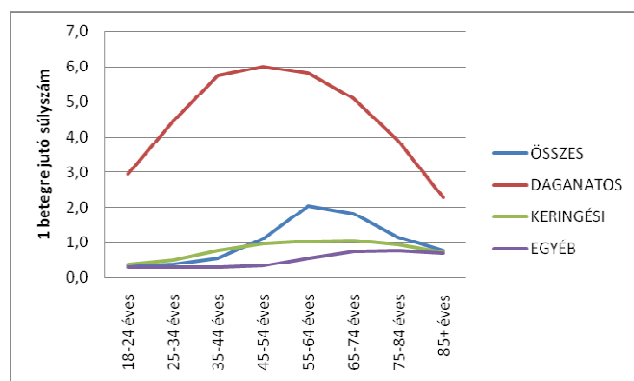
Betegarányok

A betegek megoszlása számottevően különbözött a betegcsoportok, a nem, az életkor, és a földrajzi elhelyezkedés szerint. A betegek több mint 80%-a egyéb, 11%-a daganatos, 7%-a keringési betegség miatt részesült egynapos ellátásban. Ennek az ellátási formának a háromnegyedét nők, négyötödét a 65 évesnél fiatalabbak, egyharmadát a Budapesten és Pest megyében élők vették igénybe. Egy lakosra vetítve, az összes betegnél tízszeres, az egyéb betegeknél 26-szoros volt az eltérés a legkisebb és a legnagyobb betegarányú kistérségek között.

A betegarányok kistérségi eltérései a keringési és a daganatos betegeknél voltak kiemelkedően jellemzőek [15. ábra]. A kistérségek társadalmi-gazdasági jellemzői mentén a daganatos betegeknél kisebb, a keringési betegek esetében [16. ábra] nagyobb volt az eltérés. Egyes kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségekben magas, másokban – éppen ellenkezőleg – alacsony betegarány volt kimutatható.

15. ábra: Egynapos ellátás kistérségi betegáryainak egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék**16. ábra: Egynapos ellátás kistérségi keringési betegáryainak néhány TG mutató szerinti egyenlőtlenségeit ábrázoló Lorenz-görbék****Súlyszámok**

A súlyszámok átlagai eltértek a betegcsoportok, a nem, az életkor és a földrajzi elhelyezkedés szerint. A daganatos betegek ellátására csaknem hatszor több, az egyéb betegekre közel 60%-kal kevesebb súlyszámot számoltak el, mint a keringési betegekre. A férfiakra – a daganatos betegek kivételével – több súlyszámot számoltak el, mint a nőkre. A keringési és az egyéb betegekre jutó súlyszámok az életkorral növekedtek, de a középkorú daganatos betegekre kétszer több jutott, mint a legfiatalabbakra és a legidősebbekre [17. ábra]. A daganatos betegekre Borsod-Abaúj-Zemplén megyében számoltak el legtöbb súlyszámot, míg Vas megyében egy betegre ennek csupán harmada jutott. Ezzel szemben Vas megyében volt a legmagasabb az egyéb betegekre jutó átlagos súlyszám. A kistérségi súlyszámok betegcsoportonkénti eloszlására általában jellemző volt, hogy a legkisebb érték a legnagyobb 4-5-szöröse volt, de a keringési betegeknél ez az eltérés 120-szoros volt.

17. ábra: Egynapos ellátás átlagos súlyszámai korcsoportonként és diagnózisonként

Az egynapos ellátásokra elszámolt súlyszámok kistérségi átlagai a betegarányoknál kisebb eltéréseket mutattak. Az átlagos súlyszám a keringési betegeknel mutatta a legnagyobb kistérségi eltérést, itt a népesség felét magába foglaló kistérségekre csupán a súlyszámok 35%-a jutott. Kisebbségek voltak az eltérések az egyéb és a daganatos betegeknel. A társadalmi-gazdasági jellemzők mentén a kistérségi átlagos súlyszámokban nem voltak nagy eltérések.

Aktív fekvőbeteg-ellátás

Betegarányok

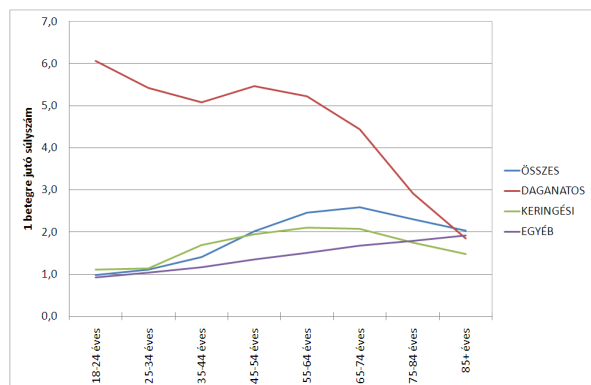
A betegarányok számottevően különböztek a betegcsoportok, az életkor és a földrajzi elhelyezkedés szempontjából. A betegek valamivel több, mint fele nő volt. A daganatos és az egyéb betegek fele 54 évesnél fiatalabb, a keringési betegek több mint fele azonban az ennél idősebb korosztályt érintette. A betegek több mint negyede – a populáció földrajzi megoszlásának megfelelően – Budapestről és Pest megyéből került ki.

A kistérségi betegarányok nem mutattak jelentős eltérést. Az egy lakosra vetített kistérségi betegarányokra jellemző volt, hogy a legkisebb érték általában a legnagyobb 4-5-szöröse volt. A társadalmi-gazdasági helyzetet leíró mutatók szerint nem lehetett számottevő kistérségi eltéréseket kimutatni.

Súlyszámok

A súlyszámok jelentősen eltértek betegcsoport, a nem és az életkor szerint, de a földrajzi eloszlást tekintve nem. A daganatos betegek több mint háromszor, a keringési betegek pedig 30%-kal több súlyszámot kaptak, mint az egyéb betegek. Míg a daganatos és az egyéb betegeknel nem volt tekintélyes különbség a súlyszámokban a férfiak és nők között, addig a keringési betegséggel kezelt férfiak csaknem 30%-kal több súlyszámot kaptak, mint a nők. A daganatos betegeknel az életkorral csökkent az elszámolt súlyszám: a fiatal daganatos betegeknel ez több mint háromszor magasabb súlyszámot jelentett, mint a legidősebeknel [18. ábra]. A 45-74 éves keringési betegek kaptak az átlagnál magasabb súlyszámot, az egyéb betegeknel az életkorral egyenes arányban növekedtek a súlyszámok. A megyék átlagos súlyszámaiban számottevő eltérések nem voltak. A kistérségi átlagos súlyszámokra jellemző volt, hogy a legkisebb érték a legnagyobb 1,4-szerese volt.

18. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámai korcsoportonként és diagnózisonként



Az átlagos súlyszámok nem mutattak komoly kistérségi eltérést. A kistérségi átlagos súlyszámokban sem a betegcsoportban, sem a társadalmi-gazdasági mutatók függvényében nem lehetett számottevő eltérést kimutatni.

Ápolási napok

Az ápolási napok jelentősen eltértek a betegcsoportok, a nem és az életkor szerint, de a földrajzi eloszlásban nem. Egy beteg átlagosan 12 napot, a daganatos betegek 23, a keringési betegek 11, az egyéb betegek 9,5 napot töltöttek kórházban. Mindegyik betegcsoportban a férfiak több ideig részesültek ellátásban. Általában a fiatalok kb. fele annyi időt töltöttek kórházban, mint az idősebbek, kivéve a daganatos betegeket, akiket - a két legidősebb korcsoportot kivéve – csaknem azonos ideig ápoltak. Az ápolási idő megyék szerinti megoszlása nem volt számottevő. Egyedül a Hajdú-Bihar megyében élő daganatos betegek ápolási ideje volt jóval az országos átlag alatt. A kistérségi átlagos ápolási napokra jellemző volt, hogy a legkisebb érték a legnagyobb 1,5-szerese volt, a daganatos betegeknél 1,8-szerese.

Az átlagos ápolási napok nem mutattak kistérségi eltérést. A kistérségi átlagos ápolási napokban nem volt tapasztalható nagyobb eltérés sem a betegcsoportoknál, sem pedig a társadalmi-gazdasági jellemzők mentén.

TÖBBSZINTŰ REGRESSZIÓS EREDMÉNYEK ÖSSZEGZÉSE

Egynapos ellátások

Súlyszámok

A kistérségek átlagos súlyszámainak eltérései tekintélyes részben a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetével magyarázhatók, azonban betegcsoportonként eltérő mértékben. Az egynapos ellátásokra fordított súlyszámok megmagyarázatlan kistérségi varianciája betegcsoportonként eltérő mértékben csökkent az egyéni és térségi magyarázó tényezők egymást követő bevonásával [19. ábra].

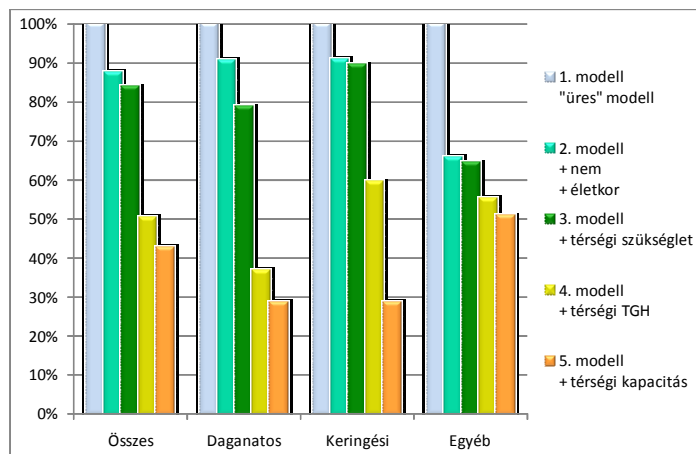
Az egyéni tényezők – a nem és az életkor – bevonása számottevően csak az egyéb betegek súlyszámainak egyenlőtlenségeit magyarázta.

A térségi halandóság és korlátozottság csak igen csekély mértékű magyarázó erővel mutattak, és csak a daganatos betegeknél jelentettek további 10%-os csökkenést.

A térségi társadalmi-gazdasági helyzet mutatóinak bevonása a modellbe – az egyéb betegek csoportját leszámítva – az összes, a daganatos és a keringési betegek súlyszámaiban megmutatkozó egyenlőtlenség tekintélyes hányadát magyarázták: további 30-40%-kal csökkentették a megmagyarázatlan térségi varianciát. Vagyis az egynapos ellátások súlyszámainak egyenlőtlenségei nagy részben a kistérséghez köthető társadalmi-gazdasági helyzettel magyarázhatók.

A kapacitásmutatók bevonásával jelentősen csak a keringési betegekre eső súlyszámok egyenlőtlenségeit lehetett magyarázni, vagyis az, hogy egy kistérség milyen egészségügyi kapacitásokkal rendelkezik, meghatározza a keringési betegség miatt igénybevett egynapos ellátásokra elszámolt súlyszámot.

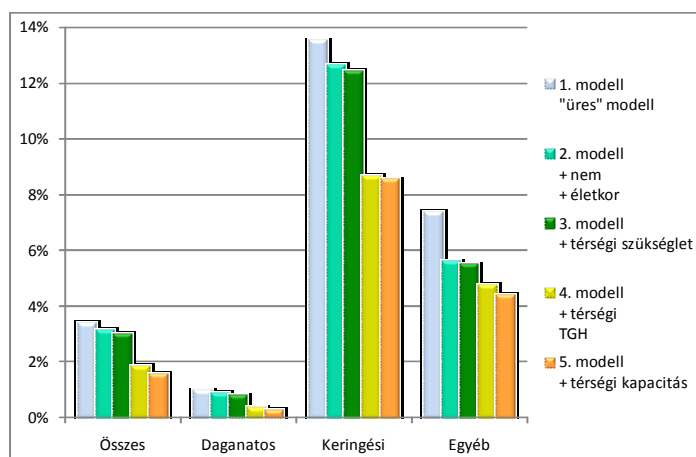
19. ábra: Az egynapos ellátások átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia változása az 1. modellhez viszonyítva



A kistérségen belüli hasonlóságnak az összvarianciában való részaránya nem nagy, de betegcsoportonként jelentősen különbözik. Az egynapos ellátások súlyszámainak összes varianciájához viszonyított kistérségi variancia arányát mutatja a 20. ábra. Az egynapos ellátások súlyszámaiban megmutatkozó egyenlőtlenségek csupán kis hányada (1-14%) tulajdonítható a kistérségen belüli hasonlóságnak. Szembetűnő az egyes betegcsoportok közötti tekintélyes különbség. Az összes varianciából a kistérségi variancia a keringési betegeknél képviselteti magát a legnagyobb arányban, míg a daganatos betegeknél a kistérségi variancia aránya 1-3%-os csupán. Vagyis az egynapos ellátások súlyszámainak egyenlőtlenségeiben a kistérségen belüli hasonlóság a daganatos betegeknél elenyésző jelentőségű, míg a keringési betegeknél az egyenlőtlenségek több mint gytized részében szerepet játszik.

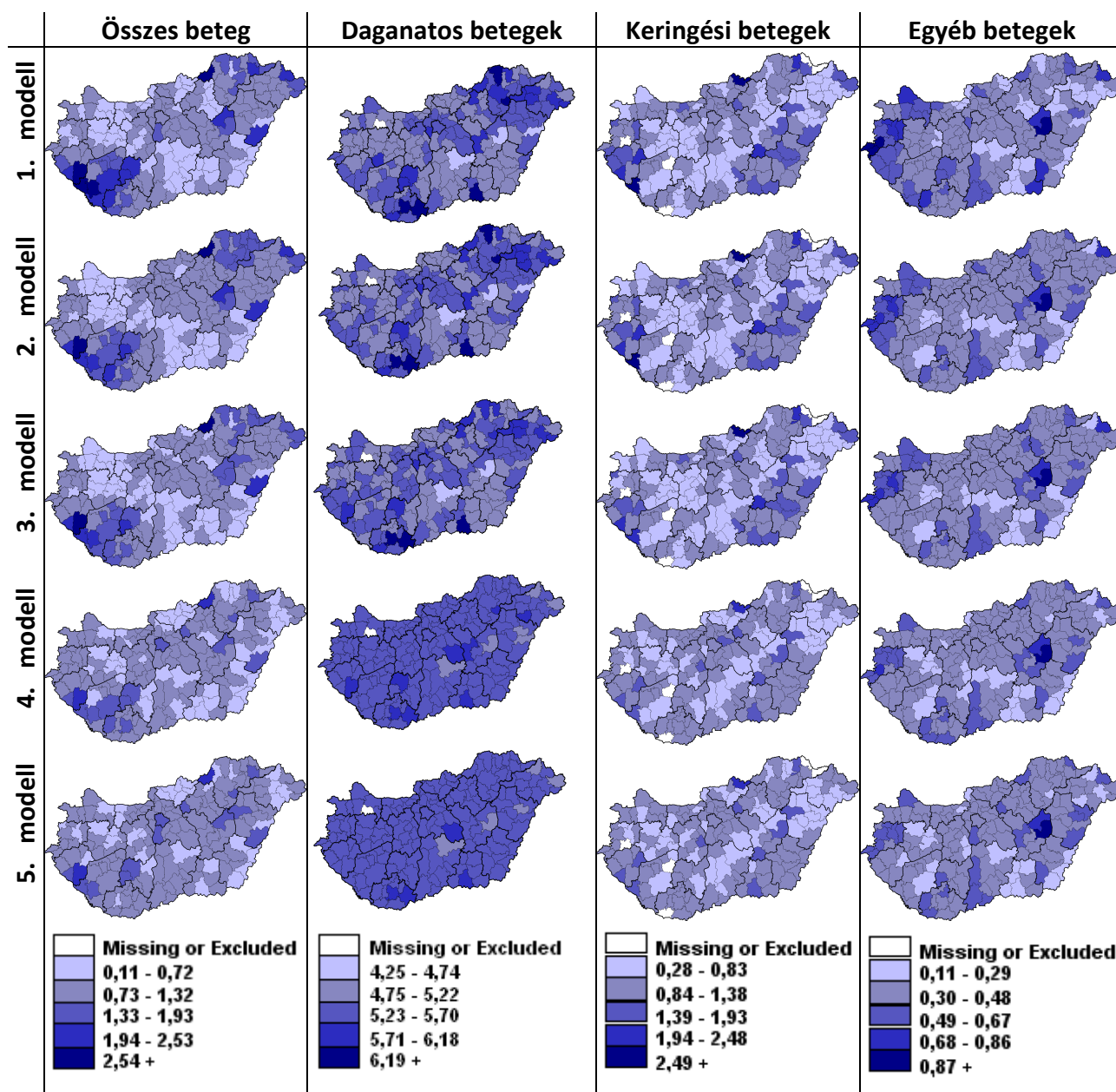
A társadalmi-gazdasági tényezők leginkább a keringési betegekre elszámolt súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségeit magyarázták (közel 40%-ot), a kistérségek lakosságának nemre és korra történő kiegyenlítése az egyéb betegcsoportban csökkentette a kistérségek közötti eltérést, azaz a lakossági összetétel okozta az eltérések egy számottevő, egyharmadnyi részét.

20. ábra: Az egynapos ellátások átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia arányának változása az összes variancián belül (ICC) az egyes tényezők bevonását követően



Mint az a 21. ábra térképein jól megfigyelhető, az egynapos ellátások súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségei számottevően csökkentek. Valamennyi vizsgált mutató – az egyéni és térségi szükségleti, a társadalmi-gazdasági és a kapacitási tényezők – bevonása a kistérségi variancia nagyobb részét magyarázta: az összes betegnél 57%-át, a daganatos betegeknél 71%-át, a keringési betegek esetében 41%-át, és az egyéb betegeknél 50%-át.

21. ábra: Egynapos ellátások súlyszámainak többszintű regressziós elemzése alapján becstelt kistérségi átlagok földrajzi eloszlása



Aktív fekvőbeteg-ellátás

Súlyszámok

A kistérségek átlagos súlyszámainak eltérései jelentős részben a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetével és egészségügyi kapacitásával magyarázhatók, azonban betegcsoportonként eltérő mértékben. Az aktív fekvőbeteg-ellátásra fordított súlyszámok megmagyarázatlan kistérségi varianciája általában csökkent a különböző tényezők bevonásával, azonban az egymás után bevont befolyásoló tényezők betegcsoportonként lényegesen eltérően csökkentették a kistérségi varianciát [22. ábra].

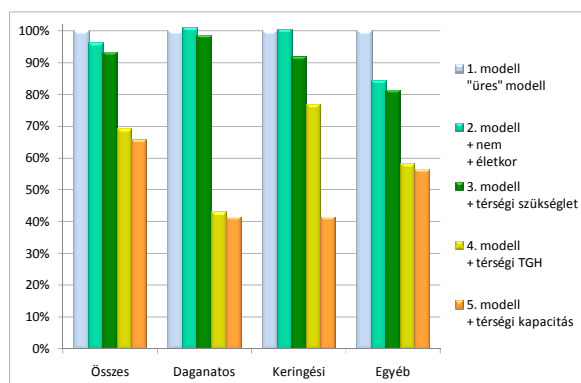
Az egyéni tényezők – a nem és az életkor – bevonása számottevően csak az egyéb betegekre elszámolt átlagos súlyszámának kistérségi eltéréseit magyarázta. A daganatos és a keringési betegek súlyszámainak kistérségi varianciáját növelte. Ezek a különböző irányú hatások az összes betegre számolt súlyszámok esetében kiegyenlítődnek, elfedve az egyéni tényezők szerepét a különböző betegcsoportokban.

A halandóság és korlátozottság a daganatos betegcsoportban csak igen csekély mértékű magyarázó erővel bírtak, a keringési diagnózisnál 8%-os, és csak az egyéb diagnózisnál jelentettek 19%-os további csökkenést.

A társadalmi-gazdasági helyzet mutatóinak bevonása a modellbe a daganatos betegek súlyszámaiban megmutatkozó megmagyarázatlan térségi varianciának igen komoly hányadát, több mint 50%-át megmagyarázták. Vagyis az aktív ellátások súlyszámainak egyenlőtlenségei nagyrészt a kistérséghez köthető társadalmi-gazdasági helyzettel magyarázhatók.

A kapacitásmutatók bevonásával jelentősen csak a keringési betegekre eső súlyszámok egyenlőtlenségeit lehetett magyarázni, vagyis az, hogy egy kistérség milyen egészségügyi kapacitásokkal rendelkezik, számottevően meghatározza a keringési betegség miatt igénybevett aktív fekvőbeteg-ellátást. A modellben alkalmazott kapacitásmutatók a megmagyarázatlan térségi variancia további 35%-át magyarázták.

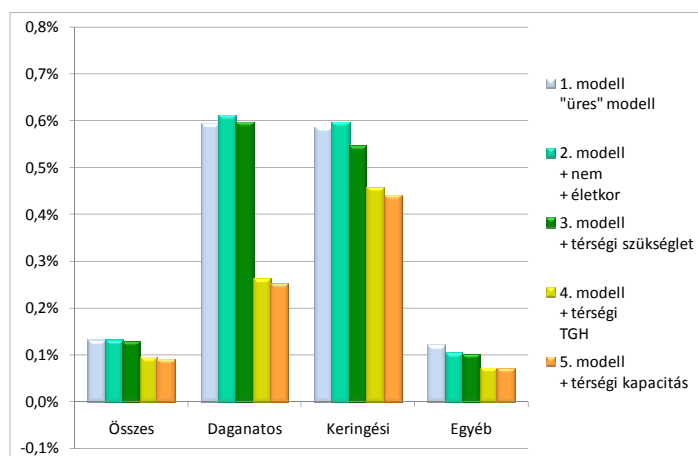
22. ábra: Az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia változása az 1. modellhez viszonyítva



A kistérségen belüli hasonlóságnak az összvarianciában való részaránya igen csekély, de betegcsoportonként jelentősen eltér. Az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámainak összes varianciáján belül a kistérségi variancia arányát mutatja a 23. ábra. Az aktív ellátások átlagos súlyszámában mutatkozó kistérségi eltérések csupán nagyon kis hányada (1% alatt) tulajdonítható a kistérségen belüli hasonlóságnak. Szembetűnő az egyes betegcsoportok közötti jelentős eltérés. Az összes varianciából a kistérségi variancia a daganatos és a keringési betegeknél képviselteti magát a legnagyobb arányban, 0,6%-kal, míg az összes és az egyéb betegcsoportban a kistérségi variancia aránya csupán 0,1% körüli érték.

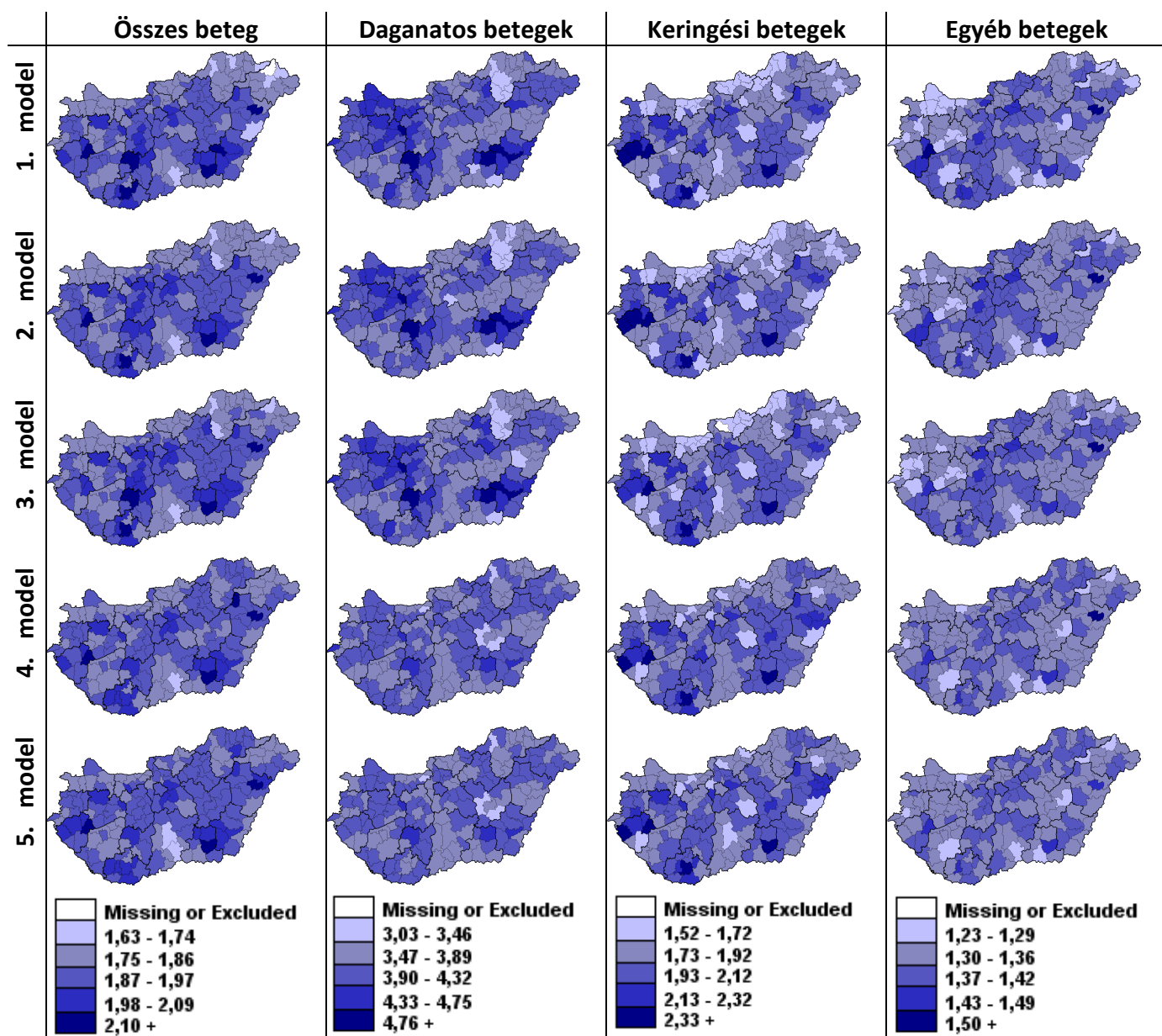
A daganatos betegeknél az egyenlőtlenségek felét a társadalmi-gazdasági tényezők magyarázták, míg a többi betegcsoportban a vizsgált befolyásoló tényezők alig játszottak szerepet.

23. ábra: Az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos súlyszámaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia arányának változása az összes variancián belül (ICC) az egyes tényezők bevonását követően



A modellezés során, mint az 24. ábra térképein látható, az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségei csökkentek. Valamennyi vizsgált mutató – az egyéni és térségi szükségleti, a társadalmi-gazdasági és a kapacitási tényezők – bevonása a kistérségi variancia 35%-át magyarázta az összes betegnél, 59%-át a daganatos, 26%-át a keringési, és 44%-át az egyéb betegeknél.

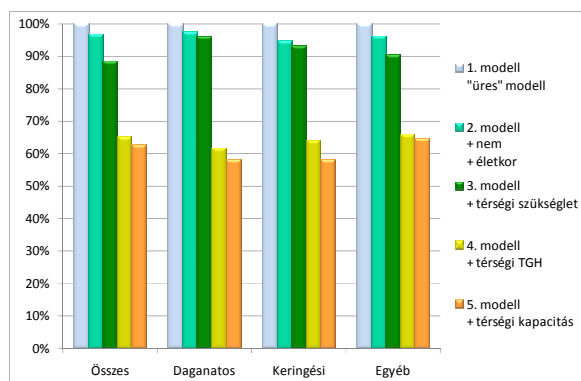
24. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámainak többszintű regressziós elemzése alapján becsült kistérségi átlagok földrajzi eloszlása



Ápolási napok

Az ápolási napok kistérségi eltérései jelentékeny részben a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetével magyarázhatók, betegcsoportonként hasonló mértékben. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban töltött ápolási napok kistérségi, megmagyarázatlan variáciája minden betegcsoportban hasonlóan csökkent a befolyásoló tényezők egymást követő bevonásával [25. ábra].

25. ábra: Az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia változása az 1. modellhez viszonyítva



Az egyéni tényezők, a nem és az életkor bevonása a kistérségi variancia részarányát az összes varianciából nem csökkentette számottevően, vagyis függetlenül a nemtől és az életkortól hasonló az átlagos ápolási napok kistérségi variáciája mindegyik betegcsoportban.

A térségi halandóság és korlátozottság bevonása a modellbe ugyancsak nem bírt jelentős magyarázó erővel, csupán néhány százalékkal csökkent a megmagyarázatlan kistérségi variancia.

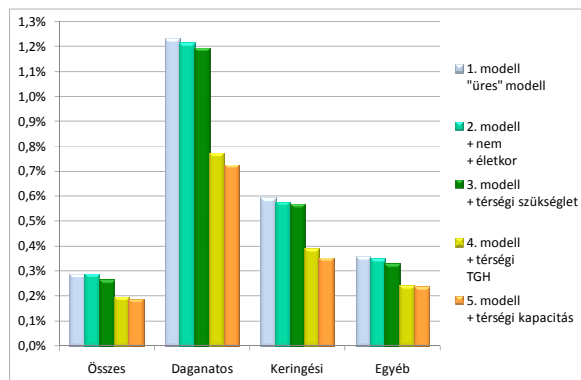
A térségi társadalmi-gazdasági helyzet mutatóinak bevonása a modellbe az ápolási napokban megmutatkozó egyenlőtlenségek igen tekintélyes hányadát megmagyarázták: egyöntetűen, valamennyi betegcsoportban a megmagyarázatlan térségi varianciának kb. 35%-át lehetett a e mutatókkal megmagyarázni. Vagyis az aktív ellátások ápolási napjainak egyenlőtlenségei nagyrészt a kistérséghez köthető társadalmi-gazdasági helyzettel magyarázhatók.

A kapacitásmutatók bevonásával az egyenlőtlenségek csupán további néhány százalékát lehetett magyarázni, vagyis az, hogy egy kistérség milyen egészségügyi kapacitásokkal rendelkezik, nem volt befolyással az ápolási napok számára.

A kistérségen belüli hasonlóságnak az összvarianciában való részaránya igen csekély, de betegcsoportonként jelentősen eltér. Az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak összes varianciáján belül a kistérségi variancia arányát mutatja a 26. ábra. Az ápolási napokban megmutatkozó kistérségi eltérések csupán nagyon kis hányada (0,2-1,2%) tulajdonítható a kistérségen belüli hasonlóságnak. Szembetűnő az egyes betegcsoportok közötti jelentős eltérés. Az összes varianciából a kistérségi variancia a daganatos betegeknél képviselteti magát a legnagyobb arányban, 1,2%-kal, míg az egyéb és az összes diagnózisnál a kistérségi variancia aránya csupán 0,2% körüli.

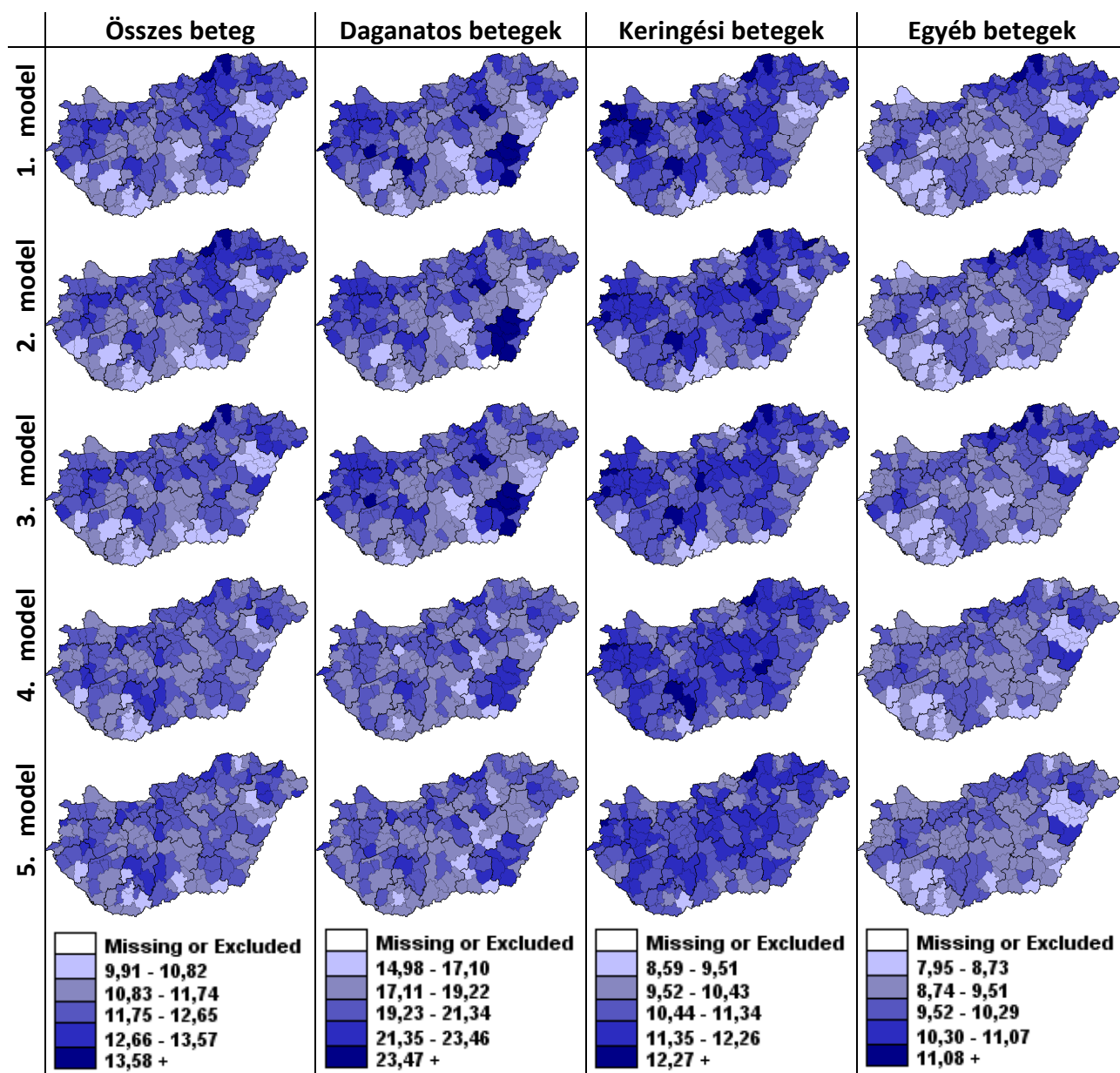
Mindegyik betegcsoportban az egyenlőtlenségek harmadáért a társadalmi-gazdasági tényezők voltak felelősek.

26. ábra: Az aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos ápolási napjaiban tapasztalt egyenlőtlenségek – a kistérségi variancia arányának változása az összes variancián belül (ICC) az egyes tényezők bevonását követően



Az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak kistérségi egyenlőtlenségei csökkentek a többszintű regressziós modellezés során, mely a 27. ábra térképein jól megfigyelhető. Valamennyi vizsgált mutató – az egyéni és térségi szükségleti, a társadalmi-gazdasági és a kapacitási tényezők – bevonása a kistérségi variancia 38%-át magyarázta az összes betegnél, a daganatos betegnél és a keringési betegeknél egyaránt 42%-át, míg az egyéb betegek esetében 35%-át.

27. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak többszintű regressziós elemzése alapján becslés földrajzi eloszlása



6 MEGBESZÉLÉS

6.1 AZ EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSÉNEK KORLÁTAI

Az eredmények értelmezésének nehézségei alapvetően két forrásból táplálkoznak: a vizsgált jelenség összetettségéből illetve a felhasználható adatok szűkösségéből.

Az ellátás igénybevételét – mint az a Módszertani fejezetben bemutatott Igénybevételi modellen [5. ábra] megfigyelhető – számos egyéni és környezeti tényező közvetlenül illetve közvetve befolyásolja. Ezek a tényezők azonban egymásra is hatva egy olyan rendkívül bonyolult összetett hatásrendszert képeznek, amelynek statisztikai modellezését csakis erős leegyszerűsítéssel lehet megoldani. A megvalósított statisztikai modellünkben például a nem és az életkor az ellátási szükséglet mutatóiként szerepelnek, de a valóságban ezek az igénybevételi hajlandóságot is befolyásolják. Ugyancsak leegyszerűsített szerepben tudtuk kezelni az ellátás elérhetőségének mutatóit. Elemzésünkben ilyen mutatókat (mint pl. kórházi ágyak kistérségi aránya) a szükségletre korrigáláshoz vettük figyelembe, bár azok visszahatnak az igénybevételi hajlandóságra, és – természetesen – befolyásolják az ellátások elérhetőségét, hozzáférését is.

Az igénybevétel összetett hatásrendszerének vizsgálatára alkalmas hazai adatok köre eléggé szűk. Ennek oka az, hogy a felhasználható igénybevételi adatokat finanszírozási célból gyűjtik. Ugyanezen okból minőségükkel kapcsolatban is gyakran merülnek fel kétségek. Ilyenek pl. azok az általunk tapasztalt esetek, ahol ugyanahhoz a pseudo-TAJ-hoz az aktív ellátásnál több különböző irányítószám tartozott az esetek negyedében, vagy az egynapos ellátásnál kb. 36.000 ellátási esetben 0 volt a súlyszám (részletesen lásd az Adatforrások, adattisztítás, származtatott változó-képzés fejezetet). A kutatásban felhasznált adatok elemzésével csupán a 2007-ben egynapos ellátásokban illetve aktív fekvőbeteg-ellátásban részesült betegekre vonatkozó egyenlőtlenségeket vizsgáltuk, de a megghiúsult ellátásokat nem. Másképpen, azokra vonatkozóan végeztünk elemzést, akik bekerültek az ellátórendszerbe. Olyanok, akiknek szükségük lett volna, de nem akartak igénybe venni, vagy akartak, de valamilyen okból nem tudtak igénybe venni ellátást, azok kimaradtak elemzéseinkből.

Mivel az ellátást igénybevevőkről olyan fontos befolyásoló tényezőkről nem állt rendelkezésre információ - mint az iskolázottság, gazdasági aktivitás, anyagi helyzet, ezért az egyének társadalmi-gazdasági helyzetének befolyásoló hatását a statisztikai modellben nem tudtuk figyelembe venni. Kézenfekvő feltételezni ugyanakkor, hogy az egyének szociális helyzetének hatása a lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági mutatóin keresztül közvetve mégis megjelentek, hiszen hasonló szociális helyzetűek gyakran ugyanarra a lakóhelyre csoportosulnak. [Bernard és mtsai., 2007] A megfelelő egyéni szintű adatok hiányában tehát nem lehetett elválasztani a lakosság összetételének hatását (*composition*) a lakóhelyi környezet (*context*) hatásától. Mivel az egyéni tulajdonságok hatása a környezetéből nem volt kiszűrhető, az előbbit alul, az utóbbit valószínűleg felülbecsültük. (Ettől eltérő problémát jelentett a fentebb említett, az ellátási kapacitásokra vonatkozó kistérségi adatoknak a szükséglet becslésére való használata, hiszen ott egyetlen szinten okozott nehézséget a hatások szétbontása.)

6.2 AZ EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE

EGYNAPOS ELLÁTÁSOK ÉS AZ AKTÍV FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS ÖSSZEVETÉSE

Mint az egynapos ellátások és az aktív fekvőbeteg-ellátások leíró statisztikáinak összevetéséből kiderül tekintélyes a két ellátási forma igénybevétele közötti eltérés. Míg az egynapos ellátások kistérségi aránya nagy különbségeket mutatott, addig a fekvőbeteg-ellátás ebből a szempontból kiegyenlített volt [28. ábra]. Feltételezhető, hogy az egynapos ellátások elérhetőségében mutatkozó kistérségi eltérések erősen befolyásolták az igénybevételt, és ezen keresztül a súlyszámokban mért kistérségi egyenlőtlenségeket. Részben ez magyarázhatja az egynapos ellátásoknál tapasztalt, a fekvőbeteg-ellátásnál 10-szer nagyobb egyenlőtlenségeket.

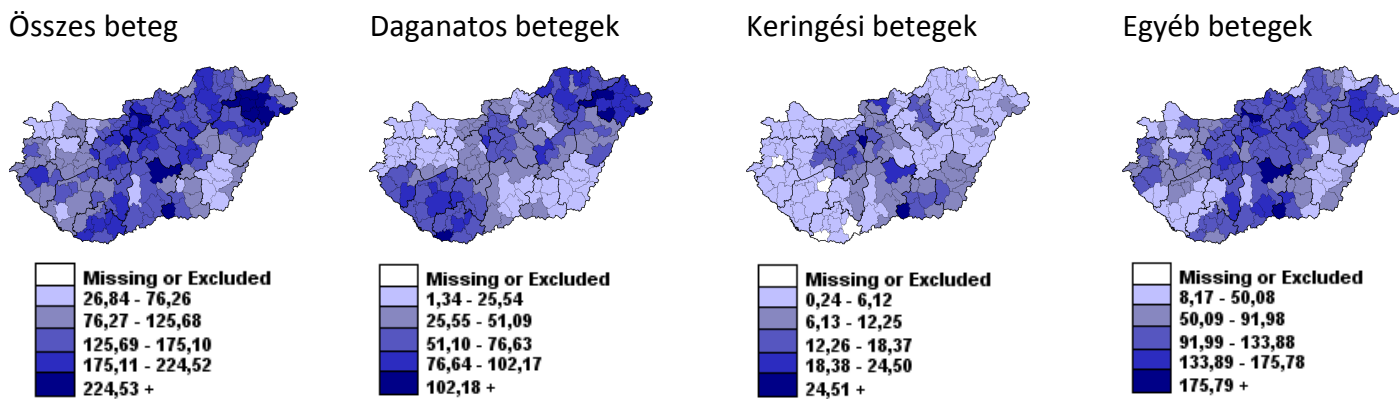
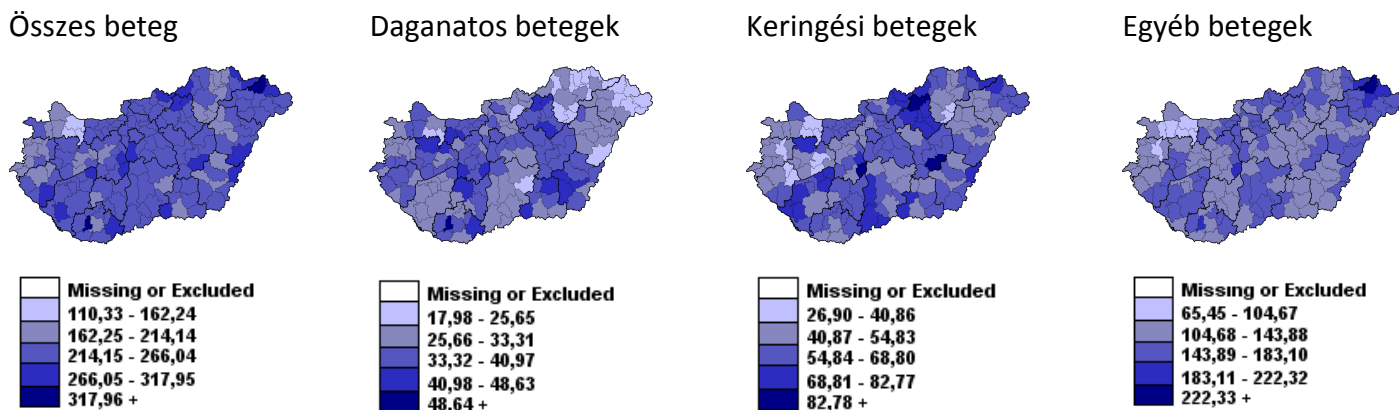
A fekvőbeteg-ellátásban tapasztalt kismértékű kistérségi eltérések egyik oka az előbb említett elérhetőség kiegyenlítetttsége lehetett. Másik oka valószínűleg a finanszírozás alapját képező HBCS alapú elszámolás. Az ellátási eseteket homogenizáló HBCS alkalmazásának következményeként ugyanis a fekvőbeteg-ellátás igénybevételéről felhasználható adatokban, így a súlyszámokban és az ápolási napokban alacsony egyenlőtlenséget lehetett kimutatni. A fekvőbeteg-ellátással szemben az egynapos ellátások esetében ugyanakkor az elszámolt súlyszám beavatkozás specifikus. Ezáltal az ellátóknak nagyobb lehetőség nyílik a számukra megfelelő kód megválasztására, és aminek következtében a kistérségi egyenlőtlenségek az egynapos ellátások súlyszámában megnövekedhettek – az elérhetőségek kistérségi különbségeinek az átlagos súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségét növelő hatásától függetlenül.

Az egynapos ellátási kapacitás egyenlőtlen földrajzi eloszlását támasztja alá az az eredményünk is, amely szerint egyes kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségekben alacsony, másokban magas betegarány volt megfigyelhető. Ezt ugyanis kézenfekvő azzal magyarázni, hogy az ellátottak aránya nem a lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági helyzetétől függött, hanem az ellátási kapacitás elérhetőségétől.

BETEGCSOPORTOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A kutatásban szereplő két népegészségügyi jelentőségű diagnosztikus főcsoportra vonatkozó igénybevételi adatok elemzése alapján megállapítható, hogy a két betegcsoport az ellátás igénybevétel szempontjából eltérő jellegzetességeket mutatott. Az egynapos ellátáson átesett keringési betegek kistérségi arányai kiemelkedően, a daganatos betegek kisebb mértékű, de még így is jóval nagyobb különbségeket mutattak mint egyéb diagnózissal ellátottak megfelelő adatai [28. ábra]. Az átlagos kistérségi súlyszámok hasonló tendenciát mutattak, bár a két kiemelt betegcsoport itt kevésbé tért el a többitől.

28. ábra: Kistérségi betegarányok ellátás formája és betegcsoportok szerint

Egynapos ellátások betegarányai 10 000 lakosra**Aktív fekvőbeteg-ellátás betegarányai 1000 lakosra**

Az aktív fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó kistérségi betegarányok különbségeiben nem, de a súlyszámokban és az ápolási napok számában ugyancsak megfigyelhető volt az a tendencia, hogy a daganatos betegekre a legnagyobb, a keringési betegekre kisebb és egyéb diagnózissal kezeltre még jóval kisebb értékek voltak jellemzők.

Érdekeséggként említendő, hogy a daganatos betegek egynapos ellátására elszámolt súlyszámok az életkorral fordított "U" alakú összefüggést mutatottak, azaz a középkorúak ellátására átlagosan több súlyszámot számoltak el, mint a fiatalabbakra vagy az idősebbekre. A fekvőbeteg-ellátás esetében a fiatalokra költöttek a legtöbbet, és az életkor előrehaladtával egyre kevesebbet. Érdeemesnek látszik megvizsgálni, vajon gyógyászati vagy esetleg más (pl. etikai) okok húzódnak meg az életkori csoportok ellátása között megfigyelt eltérések mögött.

Mint azt korábban megállapítottuk, a két betegcsoport igénybevételének kistérségi eltérései között egy nagyságrendi különbséget találtunk az egynapos ellátások javára. Mindkét ellátási formára igaz továbbá, hogy az elszámolt átlagos súlyszámok kistérségi eltéréseit a két betegcsoportban különböző befolyásoló tényezők okozták: míg a daganatos betegekénél a lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági helyzete, addig a keringési betegnél a környéken rendelkezésre álló egészségügyi kapacitások játszottak nagyobb szerepet. Ezen eredmények háttérének részletesebb feltárásához további elemzések szükségesek.

A SZÜKSÉGLETRE TÖRTÉNŐ KORREKCIÓ HATÁSA

Az eredmények szerint az egynapos ellátásokban, az egy betegre eső finanszírozást tekintve jelentős, az aktív fekvőbeteg-ellátásban kismértékű kistérségi egyenlőtlenségek voltak kimutathatók. Hasonló megállapításra jutottak az aktív fekvőbeteg-ellátással kapcsolatban Boncz és munkatársai, akik szerint: „...az egy lakosra jutó finanszírozásban jelentős kistérségi különbségek vannak, azonban ha a beteg már bekerült a rendszerbe, akkor az egy betegre illetve egy esetre jutó finanszírozási összeg már nem mutat érdemi különbséget.” [Boncz és mtsai., 2006b] A finanszírozás kistérségi eltéréseinek szükségletre korrigálással történő elemzését célszerű kiterjeszteni más ellátási formákra is, mert korábbi kutatások szerint az „egyes OEP kasszák között jelentős eltérés mutatkozott az igénybevétel koncentrációja tekintetében.” [Boncz és mtsai., 2006a]

Mindkét ellátási formában azonban a szükségletre korrigálás komoly változásokat mutatott – különösen a daganatos és a keringési betegek vonatkozásán. Az egynapos ellátásokra elszámolt átlagos súlyszámok kistérségi varianciájának 70%-át, a fekvőbeteg-ellátás esetében 60%-át magyarázták a kutatásban vizsgált, ellátási szükségletet megjelenítő mutatók a két kiemelt betegcsoportban egyaránt. A fekvőbeteg-ellátás ápolásai napjaira számított érték 40% volt [lásd a 19. ábra, 22. ábra, 25. ábra]. E magas arányok alapján határozottan állítható: az igénybevétel elemzésekor a szükséglet figyelembe vétele igen fontos szempont. Különösen akkor, ha meggondoljuk, hogy a szükségletre történő korrekció után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak etikai szempontból, hanem hatékonyság szempontjából is hátrányosak. Az igénybevétel szükségletre korrigálás után megmaradt egyenlőtlensége arra mutat rá ugyanis, hogy az átlagos súlyszám kistérségenként eltérő értékét – az egészségügy működtetésének céljától, és az általános elvárásoktól eltérően – nem a lakosság ellátási szükséglete határozza meg. Könnyen belátható továbbá, hogy az egészségügy hatékonysága – újabb erőforrások bevonása nélkül is – javítható lenne, ha a finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségeit lecsökkentenék a többletköltséget okozó tényezők kiküszöbölésével. Az ehhez szükséges információt olyan célzott vizsgálatok szolgáltatnák, amelyek a lakossági szükséglet figyelembevételével elemzenék a legköltségesebb ellátások igénybevételét. Végző soron ez nemcsak a társadalmi igazságosságot, hanem a társadalmi kiadásokkal való takarékoskosságot is szolgálná.

Meg kell jegyezni, nem zárható ki, hogy a kutatásunkban felhasznált mutatók nem jellemezték maradéktalanul az ellátási szükségletet. Emiatt előfordulhat, hogy a korrigálás után megmaradt kistérségi varianciának egy részét nem az ellátás elérhetőségében, hanem a szükségletben vagy az igénybevételi hajlandóságban jelentkező egyenlőtlenségek okozták. Ennek tisztázását csak további vizsgálatoktól várhatjuk. Ugyancsak további kutatások eredményei alapján lehet biztosan megítélni, vajon a szükséglet becslésére felhasznált mutatók, mint pl. a lakóhely társadalmi-gazdasági helyzetét jellemzők milyen mértékben határozták meg az ellátás elérhetőségét.

6.3 KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatási eredményeink igazolták, hogy az igénybevétel kistérségi egyenlőtlenségeiből megfelelő statisztikai eljárással kiszűrhető az ellátási szükségletek eltéréseinek hatása. A korrekció után megmaradt egyenlőtlenségek az ellátás elérhetőségének kistérségi különbségeit jelenítik meg. A szükségletre korrigált igénybevétel kistérségi eltéréseit ugyanis a rendelkezésre álló kapacitásokban és azokhoz való hozzáférésben jelentkező egyenlőtlenségek okozzák nagy valószínűséggel. Ezek csökkentése az ellátási kapacitások szükségletéhez igazításával, a hozzáférés javításával – mint azt a nemzetközi tapasztalatok igazolják – jelentősebb forrásbevonás nélkül is megoldható.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy nagy kistérségi eltérések tapasztalhatók az egynapos ellátásokra elszámolt súlyszámokban, míg egy nagyságrenddel kisebbek a fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszámaiban. Az egyenlőtlenségek nagy része a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezőkkel illetve az ellátási kapacitások elérhetőségével, minőségével hozható összefüggésbe. A társadalmi-gazdasági tényezők hatása főképp a daganatos betegek egynapos-beavatkozásainál játszik döntő szerepet a kistérségi egyenlőtlenségek kialakulásában, az ellátási kapacitások elérhetősége – mindkét ellátási formában – inkább a keringési betegek ellátásának finanszírozásában okoz egyenlőtlenséget.

A kutatás a hazai egészségügyi ellátás igénybevételében mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentéséhez jól felhasználható információt kínál a szakpolitikai döntéshozatal számára. Az ellátási kapacitások szükséglethez igazításán túl, a népegészségügyi jelentőségű keringési és daganatos betegek ellátásában megjelenő, a lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági jellemzői okozta különbségek csökkentése lehetőséget kínál a magyarországi egészség-egyenlőtlenségek enyhítéséhez.

A kutatás talán legfontosabb tanulsága: a szükségletre történő korrekció után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak etikai szempontból, hanem a hatékonyság szempontjából is hátrányosak. Az igénybevétel szükségletre korrigálás után megmaradt egyenlőtlensége arra mutat rá ugyanis, hogy az átlagos súlyszám kistérségenként eltérő értékét – az egészségügy működtetésének céljától, és az általános elvárásoktól eltérően – nem a lakosság ellátási szükséglete határozza meg. Könnyen belátható továbbá, hogy az egészségügy hatékonysága – újabb erőforrások bevonása nélkül is – javítható lenne, ha a finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségeit lecsökkentenék a többletköltséget okozó tényezők kiküszöbölésével. Az ehhez szükséges információt olyan célzott vizsgálatok szolgáltatnák, amelyek a lakossági szükséglet figyelembevételével elemzenék a legköltségesebb ellátások igénybevételét. Végző soron ez nemcsak a társadalmi igazságosságot, hanem a társadalmi kiadásokkal való takarékoságot is szolgálná.

7 FÜGGELÉK

7.1 MELLÉKLETEK

1. melléklet: A modellezés során használt mutatók

Mutató típusa	Mutatók modellbe lépése	Mutató rövid neve	Mutató megnevezése	
Kimeneti változók	1-5. modell	suly	Súlyszám	
		apnap	Ápolási nap	
Magyarázó változók	2. modell	lnem_2	Nők (referencia: férfiak)	
		lkorcsop_2	25-34 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_3	35-44 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_4	45-54 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_5	55-64 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_6	65-74 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_7	75-84 évesek (referencia: 18-24 évesek)	
		lkorcsop_8	85 évesek és idősebbek (referencia: 18-24 évesek)	
	3. modell	cszh0	Összhalandóság	
		cszh1	Daganatos betegségek miatti halandóság	
		cszh2	Keringési betegségek miatti halandóság	
		cszh3	Egyéb betegségek miatti halandóság	
		cszk	Korlátozottak megyei aránya	
	4. modell	cmn_02	Regisztrált munkanélküliek aránya	
		cdipmn_02	Diplomás munkanélküliek aránya	
		celtart_0	Eltartottak aránya	
		ctmunk_02	Tartós munkanélküliek aránya	
		cbhert_02	Bruttó hozzáadott érték	
		cbjov_02	Belföldi jövedelem	
		cauto_02	Személygépkocsik aránya	
		csolg02	Szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya	
		cbuncs	Bűncselekmények aránya	
		ccivil	Nonprofit szervezetek aránya	
		ckomfort	Komfort nélküli lakások aránya	
		cdiploma	Diplomások aránya	
		croma	Roma lakosság aránya	
		ckepzetle	Szakképzetlen foglalkoztatottak aránya	
		ctobbegm	Kockázati egészségmagatartásúak megyei aránya	
		5. modell	cgyogyszrn	Gyógyszertár nélküli településen élők aránya
			ccsh	Csecsemőhalálozás
			corvosok	Háziorvosi ellátottság
	ckorhaz		Kórházi ágyak aránya	
	corvosnem		Háziorvos nélküli településen élők aránya	

2. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az egynapos ellátások súlyszámának többszintű regressziós elemzésében az összes betegre²⁴

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2315477	,0237726	-9,74	0,000	-,278141 - ,1849543
_Ikorcsop_2	,048188	,0386532	1,25	0,213	-,0275709 ,1239468
_Ikorcsop_3	,2132949	,039424	5,41	0,000	,1360252 ,2905646
_Ikorcsop_4	,7490561	,0393799	19,02	0,000	,671873 ,8262392
_Ikorcsop_5	1,648775	,0428181	38,51	0,000	1,564853 1,7326970
_Ikorcsop_6	1,444755	,0451513	32,00	0,000	1,35626 1,5332500
_Ikorcsop_7	,8227074	,0502574	16,37	0,000	,7242048 ,9212101
_Ikorcsop_8	,4617092	,0876335	5,27	0,000	,2899506 ,6334677

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2318729	,0237724	-9,75	0,000	-,278466 - ,1852798
_Ikorcsop_2	,04826	,038653	1,25	0,212	-,0274986 ,1240186
_Ikorcsop_3	,2134063	,0394237	5,41	0,000	,1361374 ,2906753
_Ikorcsop_4	,749338	,0393795	19,03	0,000	,6721556 ,8265205
_Ikorcsop_5	1,649366	,0428186	38,52	0,000	1,565443 1,733289
_Ikorcsop_6	1,445554	,0451525	32,01	0,000	1,357057 1,534051
_Ikorcsop_7	,8236821	,0502575	16,39	0,000	,7251791 ,922185
_Ikorcsop_8	,4628336	,0876332	5,28	0,000	,2910756 ,6345915
cszh0	51,79349	22,67445	2,28	0,022	7,352385 96,2346
cszk	,774623	1,122196	0,69	0,490	-1,424841 2,974087

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2329042	,0237623	-9,80	0,000	-,2794774 - ,1863309
_Ikorcsop_2	,0501978	,0386517	1,30	0,194	-,0255582 ,1259538
_Ikorcsop_3	,2166630	,0394227	5,50	0,000	,1393960 ,29393
_Ikorcsop_4	,7525283	,0393788	19,11	0,000	,6753473 ,8297093
_Ikorcsop_5	1,653787	,0428206	38,62	0,000	1,56986 1,737714
_Ikorcsop_6	1,450655	,0451529	32,13	0,000	1,362157 1,539153
_Ikorcsop_7	,8293118	,0502524	16,50	0,000	,730819 ,9278047
_Ikorcsop_8	,4683986	,0876251	5,35	0,000	,2966567 ,6401406
cszh0	24,5374	21,36376	1,15	0,251	-17,33481 66,4096
cszk	-3,234323	1,116177	-2,90	0,004	-5,42199 -1,046656
cmn_02	,0498371	,0184702	2,70	0,007	,0136361 ,0860381
cdipmn_02	-,9428551	,7821396	-1,21	0,228	-2,475821 ,5901103
celtart_0	-1,775639	1,327315	-1,34	0,181	-4,377129 ,8258498
ctmunk_02	,0032406	,0055225	0,59	0,557	-,0075833 ,0140646
cbhert_02	,0001335	,0001267	1,05	0,292	-,0001149 ,000382
cbjov_02	-1,85e-06	9,19e-07	-2,02	0,044	-3,66e-06 -5,32e-08
cauto_02	-,0001236	,0013914	-0,09	0,929	-,0028508 ,0026036
cszolgo2	-,0032531	,0108836	-0,30	0,765	-,0245845 ,0180783
cbunco	-,0019341	,0015761	-1,23	0,220	-,0050231 ,0011549
ccivil	,0108557	,028294	0,38	0,701	-,0445995 ,0663109
ckomfort	,000788	,0099794	0,08	0,937	-,0187713 ,0203473
cdiploma	,0239913	,0231619	1,04	0,300	-,00214052 ,0693878
croma	,0347711	,0227269	1,53	0,126	-,0097728 ,079315
ckepzetle	-,0330357	,0126238	-2,62	0,009	-,057778 - ,0082935
ctobbegm	5,255997	1,71861	3,06	0,002	1,887584 8,62441

²⁴ A szignifikáns magyarázó változók jelölése: a szürkével kiemelt magyarázó változó a kimenet értékét szignifikánsan növeli, a zölddel kiemelt magyarázó változó a kimenet értékét szignifikánsan csökkenti.

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2329854	,0237598	-9,81	0,000	-,2795537 - ,186417
_Ikorcsop_2	,04983	,0386505	1,29	0,197	-,0259236 ,1255836
_Ikorcsop_3	,2164267	,0394209	5,49	0,000	,1391631 ,2936904
_Ikorcsop_4	,7525339	,0393769	19,11	0,000	,6753566 ,8297113
_Ikorcsop_5	1,654332	,0428198	38,63	0,000	1,570407 ,1,738258
_Ikorcsop_6	1,450893	,0451509	32,13	0,000	1,362399 ,1,539387
_Ikorcsop_7	,8303008	,050249	16,52	0,000	,7318146 ,9287871
_Ikorcsop_8	,4688167	,0876209	5,35	0,000	,2970829 ,6405505
cszh0	25,16172	20,17215	1,25	0,212	-14,37497 64,69841
cszk	-2,471109	1,068081	-2,31	0,021	-4,564509 - ,3777095
cmn_02	,0355201	,0185275	1,92	0,055	-,000793 ,0718333
cdipmn_02	-,3641227	,753913	-0,48	0,629	-1,841765 1,11352
celtart_0	-1,675072	1,308663	-1,28	0,201	-4,240004 ,8898601
ctmunk_02	,0004256	,0052451	0,08	0,935	-,0098545 ,0107058
cbhert_02	,0001795	,0001203	1,49	0,136	-,0000563 ,0004153
cbjov_02	-2,54e-06	8,83e-07	-2,88	0,004	-4,27e-06 -8,09e-07
cauto_02	-,0011063	,0013464	-0,82	0,411	-,0037453 ,0015326
cszolgo2	,007539	,0104827	0,72	0,472	-,0130068 ,0280847
cbuncs	-,0012177	,0015048	-0,81	0,418	-,004167 ,0017316
ccivil	-,0570101	,0357457	-1,59	0,111	-,1270705 ,0130502
ckomfort	-,0011302	,0095558	-0,12	0,906	-,0198592 ,0175988
cdiploma	,069616	,0241604	2,88	0,004	,0222624 ,1169696
croma	,0215364	,0221693	0,97	0,331	-,0219147 ,0649875
ckepzetle	-,0214287	,0122514	-1,75	0,080	-,045441 ,0025837
ctobbegm	6,512339	1,654018	3,94	0,000	3,270523 9,754155
gyogyszrn	,0014391	,0028376	0,51	0,612	-,0041226 ,0070007
cszh	,0176028	,006867	2,56	0,010	,0041439 ,0310618
corvosok	,0000731	,000151	0,48	0,628	-,0002228 ,0003691
ckorhaz	-,0068729	,0073931	-0,93	0,353	-,0213631 ,0076173
corvosnem	,0177424	,0063055	2,81	0,005	,0053838 ,030101

3. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az egynapos ellátások súlyszámának többszintű regressziós elemzésében a daganatos betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	1,787614	,1549805	11,53	0,000	1,483857 2,09137
_Ikorcsop_2	1,036786	,8606666	1,20	0,228	-,6500893 2,723662
_Ikorcsop_3	1,85542	,8261605	2,25	0,025	,2361751 3,474665
_Ikorcsop_4	2,106401	,7975262	2,64	0,008	,5432784 3,669524
_Ikorcsop_5	2,067895	,7921279	2,61	0,009	,5153525 3,620437
_Ikorcsop_6	1,349118	,796674	1,69	0,090	-,2123344 2,91057
_Ikorcsop_7	,1902868	,8305714	0,23	0,819	-1,437603 1,818177
_Ikorcsop_8	-1,329908	1,318902	-1,01	0,313	-3,914907 1,255092

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	1,785155	,1549406	11,52	0,000	1,481477 2,088833
_Ikorcsop_2	1,056491	,8604464	1,23	0,220	-,6299529 2,742935
_Ikorcsop_3	1,868109	,8259375	2,26	0,024	,249301 3,486917
_Ikorcsop_4	2,113491	,7973434	2,65	0,008	,5507268 3,676255
_Ikorcsop_5	2,078383	,7919199	2,62	0,009	,5262481 3,630517
_Ikorcsop_6	1,362263	,7964966	1,71	0,087	-,1988414 2,923368
_Ikorcsop_7	,2131067	,8304402	0,26	0,797	-1,414526 1,840739
_Ikorcsop_8	-1,306894	1,318708	-0,99	0,322	-3,891515 1,277727
cszh1	260,865	173,0672	1,51	0,132	-78,34051 600,0704
cszk	6,927537	2,915642	2,38	0,018	1,212984 12,64209

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	1,799841	,1550821	11,61	0,000	1,495885 2,103796
_Ikorcsop_2	,9509751	,8601616	1,11	0,269	-,7349106 2,636861
_Ikorcsop_3	1,721266	,8259759	2,08	0,037	,102383 3,340149
_Ikorcsop_4	1,9525	,7974781	2,45	0,014	,3894719 3,515528
_Ikorcsop_5	1,936733	,7918257	2,45	0,014	,384783 3,488683
_Ikorcsop_6	1,215727	,7964531	1,53	0,127	-,3452925 2,776746
_Ikorcsop_7	,0904885	,8302916	0,11	0,913	-1,536853 1,71783
_Ikorcsop_8	-1,422988	1,31793	-1,08	0,280	-4,006084 1,160107
cszh1	327,0838	181,401	1,80	0,071	-28,45567 682,6233
cszk	4,440558	3,381878	1,31	0,189	-2,187801 11,06892
cmn_02	,0808758	,0575562	1,41	0,160	-,0319323 1,936839
cdipmn_02	,5539236	2,149003	0,26	0,797	-3,658045 4,765892
celtart_0	-5,144849	4,214925	-1,22	0,222	-13,40595 3,116252
ctmunk_02	-,0059335	,0169846	-0,35	0,727	-,0392228 0,273558
cbhert_02	-,0000407	,000424	-0,10	0,923	-,0008717 0,007902
cbjov_02	-2,63e-06	2,72e-06	-0,97	0,333	-7,96e-06 2,70e-06
cauto_02	,0023706	,004027	0,59	0,556	-,0055221 0,102634
cszolgo2	-,0055118	,0322018	-0,17	0,864	-,0686262 0,576027
cbuncs	,0002487	,0052188	0,05	0,962	-,0099799 0,104774
ccivil	-,1459416	,0844072	-1,73	0,084	-,3113767 0,194936
ckomfort	-,0259302	,0329658	-0,79	0,432	-,090542 0,386816
cdiploma	,1339958	,0653919	2,05	0,040	,00583 0,2621615
croma	,1596785	,0728956	2,19	0,028	,0168057 0,3025512
ckepzetle	,0193773	,0410174	0,47	0,637	-,0610152 0,997699
ctobbegm	-1,06086	5,326187	-0,20	0,842	-11,5 9,378275

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	1,793354	,1550959	11,56	0,000	1,489371 2,097336
_Ikorcsop_2	,9655919	,8601405	1,12	0,262	-,7202524 2,651436
_Ikorcsop_3	1,743763	,8260537	2,11	0,035	,1247279 3,362799
_Ikorcsop_4	1,955356	,7975282	2,45	0,014	,3922293 3,518482
_Ikorcsop_5	1,93799	,7917948	2,45	0,014	,386101 3,489879
_Ikorcsop_6	1,218466	,7964644	1,53	0,126	-,3425757 2,779507
_Ikorcsop_7	,0991244	,8302888	0,12	0,905	-1,528212 1,726461
_Ikorcsop_8	-1,455755	1,318027	-1,10	0,269	-4,039041 1,127531
cszh1	315,5587	182,3787	1,73	0,084	-41,897 673,0144
cszk	5,071985	3,422083	1,48	0,138	-1,635174 11,77914
cmn_02	,0389195	,0616811	0,63	0,528	-,0819732 0,1598122
cdipmn_02	1,720429	2,213069	0,78	0,437	-2,617107 6,057965
celtart_0	-5,240882	4,445325	-1,18	0,238	-13,95356 3,471795
ctmunk_02	-,0087569	,0169578	-0,52	0,606	-,0419937 0,244798
cbhert_02	-,0000887	,0004176	-0,21	0,832	-,0009071 0,007297
cbjov_02	-2,93e-06	2,71e-06	-1,08	0,279	-8,24e-06 2,38e-06
cauto_02	,0001697	,0041776	0,04	0,968	-,0080184 0,083577
cszolgo2	,0087899	,0324344	0,27	0,786	-,0547804 0,723602
cbuncs	,00201	,0053418	0,38	0,707	-,0084597 0,124796
ccivil	-,2154469	,117168	-1,84	0,066	-,4450919 0,141981
ckomfort	-,0254428	,0328699	-0,77	0,439	-,0898666 0,389811
cdiploma	,1957864	,0711134	2,75	0,006	,0564067 0,335166
croma	,1534075	,0742311	2,07	0,039	,0079173 0,2988977
ckepzetle	,0358646	,0416072	0,86	0,389	-,045684 1,174131
ctobbegm	-,0735157	5,316219	-0,01	0,989	-10,49311 10,34608
cgyogysz	,0088954	,0100563	0,88	0,376	-,0108146 0,286054
ccsh	,0293666	,0262161	1,12	0,263	-,022016 0,807492
corvosok	-,0000856	,0004795	-0,18	0,858	-,0010255 0,008542
ckorhaz	-,0274756	,0265931	-1,03	0,302	-,0795971 0,246459
corvosnem	,0106481	,0228714	0,47	0,642	-,0341789 0,554751

4. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az egynapos ellátások súlyszámának többszintű regressziós elemzésében a keringési betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2337881	,0341891	-6,84	0,000	-,3007975 - ,1667787
_Ikorcsop_2	,1263732	,1760143	0,72	0,473	-,2186084 ,4713549
_Ikorcsop_3	,3832988	,1721879	2,23	0,026	,0458166 ,7207809
_Ikorcsop_4	,4992709	,1661138	3,01	0,003	,1736939 ,8248479
_Ikorcsop_5	,5354123	,1653181	3,24	0,001	,2113948 ,8594299
_Ikorcsop_6	,5843347	,1653015	3,53	0,000	,2603498 ,9083196
_Ikorcsop_7	,505497	,1662911	3,04	0,002	,1795725 ,8314215
_Ikorcsop_8	,3084528	,1819686	1,70	0,090	-,0481991 ,6651046

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2332164	,0341892	-6,82	0,000	-,300226 - ,1662068
_Ikorcsop_2	,1277271	,1760095	0,73	0,468	-,2172451 ,4726994
_Ikorcsop_3	,3834393	,1721807	2,23	0,026	,0459714 ,7209073
_Ikorcsop_4	,4999659	,1661081	3,01	0,003	,1744 ,8255317
_Ikorcsop_5	,5359757	,1653152	3,24	0,001	,2119639 ,8599875
_Ikorcsop_6	,5844248	,1652948	3,54	0,000	,260453 ,9083965
_Ikorcsop_7	,5050124	,1662845	3,04	0,002	,1791007 ,8309241
_Ikorcsop_8	,3073764	,1819678	1,69	0,091	-,049274 ,6640267
cszh2	9,286842	45,01491	0,21	0,837	-78,94076 97,51445
cszk	-1,858168	1,421591	-1,31	0,191	-4,644435 ,9280988

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2365934	,0341196	-6,93	0,000	-,3034665 - ,1697202
_Ikorcsop_2	,1229672	,1756708	0,70	0,484	-,2213413 ,4672758
_Ikorcsop_3	,3757022	,1718665	2,19	0,029	,03885 ,7125544
_Ikorcsop_4	,4936757	,1657874	2,98	0,003	,1687384 ,8186131
_Ikorcsop_5	,5297486	,1650087	3,21	0,001	,2063375 ,8531597
_Ikorcsop_6	,5791321	,1650073	3,51	0,000	,2557238 ,9025404
_Ikorcsop_7	,5042354	,1660069	3,04	0,002	,1788679 ,8296029
_Ikorcsop_8	,3021583	,1816447	1,66	0,096	-,0538588 ,6581754
cszh2	-6,473832	47,48376	-0,14	0,892	-99,54028 86,59262
cszk	-5,059321	1,524042	-3,32	0,001	-8,046389 -2,072253
cmn_02	,0618293	,0278021	2,22	0,026	,0073382 ,1163205
cdipmn_02	-,1315378	1,027767	-0,13	0,898	-2,145925 1,882849
celtart_0	4,979691	1,875213	2,66	0,008	1,304342 8,655041
ctmunk_02	,0166961	,0074603	2,24	0,025	,0020742 ,031318
cbhert_02	-,0000695	,0001751	-0,40	0,692	-,0004127 ,0002738
cbjov_02	2,57e-06	1,23e-06	2,08	0,037	1,52e-07 4,98e-06
cauto_02	,0026453	,0017915	1,48	0,140	-,000866 ,0061566
cszolgo2	-,032158	,0151735	-2,12	0,034	-,0618974 - ,0024185
cbuncs	,0014299	,0021508	0,66	0,506	-,0027856 ,0056454
ccivil	,0711345	,0365035	1,95	0,051	-,0004111 ,1426801
ckomfort	,0337538	,0134607	2,51	0,012	,0073713 ,0601363
cdiploma	-,0437951	,0297501	-1,47	0,141	-,1021043 ,014514
croma	-,1304058	,0350784	-3,72	0,000	-,1991581 - ,0616534
ckepzetle	-,0634144	,016729	-3,79	0,000	-,0962027 - ,0306261
ctobbegm	,675063	2,404549	0,28	0,779	-4,037766 5,387892

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,2367531	,0341141	-6,94	0,000	-,3036155 - ,1698906
_Ikorcsop_2	,1242238	,1756539	0,71	0,479	-,2200515 ,4684992
_Ikorcsop_3	,3761148	,1718379	2,19	0,029	,0393187 ,7129109
_Ikorcsop_4	,4952293	,165781	2,99	0,003	,1703045 ,8201541
_Ikorcsop_5	,5311015	,1650007	3,22	0,001	,2077061 ,8544969
_Ikorcsop_6	,5817076	,1650072	3,53	0,000	,2582994 ,9051158
_Ikorcsop_7	,5063959	,1660068	3,05	0,002	,1810285 ,8317633
_Ikorcsop_8	,3034191	,1816299	1,67	0,095	-,052569 ,6594072
cszh2	2,207667	48,88798	0,05	0,964	-93,61102 98,02635
cszk	-5,292254	1,554446	-3,40	0,001	-8,338912 -2,245595
cmn_02	,0705742	,0288791	2,44	0,015	,0139722 ,1271762
cdipmn_02	-,3924037	1,040805	-0,38	0,706	-2,432344 1,647537
celtart_0	5,018362	1,956614	2,56	0,010	1,183468 8,853256
ctmunk_02	,0169819	,0075494	2,25	0,024	,0021854 ,0317784
cbhert_02	-,0000768	,0001759	-0,44	0,662	-,0004216 ,0002679
cbjov_02	2,64e-06	1,26e-06	2,10	0,036	1,71e-07 5,11e-06
cauto_02	,0027108	,0018456	1,47	0,142	-,0009066 ,0063282
cszolg02	-,0324535	,0153819	-2,11	0,035	-,0626014 -,0023055
cbuncs	,0011361	,0021759	0,52	0,602	-,0031286 ,0054007
ccivil	,121491	,0496149	2,45	0,014	,0242475 ,2187344
ckomfort	,0315019	,0137214	2,30	0,022	,0046086 ,0583953
cdiploma	-,0562175	,0333165	-1,69	0,092	-,1215166 ,0090815
croma	-,1345761	,0373067	-3,61	0,000	-,2076959 -,0614564
ckepzetle	-,0645141	,0173662	-3,71	0,000	-,0985511 -,030477
ctobbegm	,2591797	2,451758	0,11	0,916	-4,546178 5,064538
gyogysz	-,0010765	,0045147	-0,24	0,812	-,0099253 ,0077722
ccsh	,0114052	,0100373	1,14	0,256	-,0082676 ,0310779
corvosok	,0002244	,0002291	0,98	0,327	-,0002246 ,0006734
ckorhaz	-,0067925	,0105703	-0,64	0,520	-,02751 ,0139249
corvosnem	-,0047361	,009881	-0,48	0,632	-,0241025 ,0146304

5. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az egynapos ellátások súlyszámának többszintű regressziós elemzésében az egyéb betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3059459	,0052878	-57,86	0,000	-,3163097 -,2955821
_Ikorcsop_2	-,0106434	,0073148	-1,46	0,146	-,0249801 ,0036932
_Ikorcsop_3	-,0092641	,0075055	-1,23	0,217	-,0239746 ,0054464
_Ikorcsop_4	,0296171	,0076587	3,87	0,000	,0146064 ,0446279
_Ikorcsop_5	,1852125	,0089566	20,68	0,000	,1676578 ,2027672
_Ikorcsop_6	,341543	,0096065	35,55	0,000	,3227147 ,3603713
_Ikorcsop_7	,3823796	,0104794	36,49	0,000	,3618404 ,4029188
_Ikorcsop_8	,3341696	,0184898	18,07	0,000	,2979303 ,3704089

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3058964	,0052876	-57,85	0,000	-,31626 -,2955328
_Ikorcsop_2	-,0106771	,0073147	-1,46	0,144	-,0250137 ,0036595
_Ikorcsop_3	-,0092995	,0075055	-1,24	0,215	-,02401 ,005411
_Ikorcsop_4	,0295797	,0076586	3,86	0,000	,0145691 ,0445903
_Ikorcsop_5	,185128	,0089567	20,67	0,000	,1675732 ,2026829
_Ikorcsop_6	,3414376	,0096066	35,54	0,000	,3226089 ,3602662
_Ikorcsop_7	,3823114	,0104795	36,48	0,000	,3617719 ,4028508
_Ikorcsop_8	,3341279	,0184899	18,07	0,000	,2978883 ,3703674
cszh3	8,010472	12,22476	0,66	0,512	-15,94962 31,97057
cszk	-,5384366	,2851768	-1,89	0,059	-1,097373 ,0204997

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3058409	,0052875	-57,84	0,000	-,3162042 -,2954776
_Ikorcsop_2	-,0106369	,0073149	-1,45	0,146	-,0249738 ,0037
_Ikorcsop_3	-,0092464	,007506	-1,23	0,218	-,023958 ,0054651
_Ikorcsop_4	,0296748	,0076594	3,87	0,000	,0146628 ,0446869
_Ikorcsop_5	,1852331	,0089579	20,68	0,000	,1676759 ,2027902
_Ikorcsop_6	,3414663	,0096081	35,54	0,000	,3226348 ,3602977
_Ikorcsop_7	,3822846	,0104808	36,47	0,000	,3617425 ,4028267
_Ikorcsop_8	,334147	,0184905	18,07	0,000	,2979062 ,3703878
cszh3	4,327206	13,36751	0,32	0,746	-21,87264 30,52705
cszk	-,8957783	,3274384	-2,74	0,006	-1,537546 -,2540108
cmn_02	-,0047044	,0053514	-0,88	0,379	-,015193 ,0057842
cdipmn_02	,0453317	,2266479	0,20	0,841	-,3988901 ,4895536
celtart_0	,0887737	,385329	0,23	0,818	-,6664574 ,8440047
ctmunk_02	,0015095	,0016068	0,94	0,348	-,0016398 ,0046587
cbhert_02	,0000736	,0000367	2,01	0,045	1,72e-06 ,0001455
cbjov_02	3,42e-08	2,68e-07	0,13	0,899	-4,92e-07 5,60e-07
cauto_02	-,0001121	,000406	-0,28	0,783	-,0009077 ,0006836
cszolgo2	-,0046808	,0031509	-1,49	0,137	-,0108564 ,0014948
cbuncs	,0000252	,0004579	0,06	0,956	-,0008723 ,0009228
ccivil	,0073575	,0082538	0,89	0,373	-,0088197 ,0235347
ckomfort	,0007444	,0029097	0,26	0,798	-,0049586 ,0064473
cdiploma	-,0144096	,0067819	-2,12	0,034	-,0277019 -,0011172
croma	-,0010957	,0067139	-0,16	0,870	-,0142547 ,0120634
ckepzetle	-,0108165	,0037303	-2,90	0,004	-,0181277 -,0035053
ctobbegm	-,3126006	,5105073	-0,61	0,540	-1,313177 ,6879754

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,305796	,0052873	-57,84	0,000	-,3161589 -,295433
_Ikorcsop_2	-,0106797	,0073148	-1,46	0,144	-,0250164 ,003657
_Ikorcsop_3	-,0092847	,0075059	-1,24	0,216	-,0239959 ,0054265
_Ikorcsop_4	,0296689	,0076593	3,87	0,000	,0146571 ,0446808
_Ikorcsop_5	,1852393	,0089578	20,68	0,000	,1676823 ,2027963
_Ikorcsop_6	,3415092	,009608	35,54	0,000	,3226778 ,3603405
_Ikorcsop_7	,3823319	,0104806	36,48	0,000	,3617904 ,4028734
_Ikorcsop_8	,3342023	,0184902	18,07	0,000	,2979623 ,3704423
cszh3	,4583507	12,95035	0,04	0,972	-24,92386 25,84056
cszk	-,7151544	,3227996	-2,22	0,027	-1,34783 -,0824788
cmn_02	-,0059038	,0055082	-1,07	0,284	-,0166996 ,0048921
cdipmn_02	,1529238	,2251437	0,68	0,497	-,2883498 ,5941975
celtart_0	,1521478	,3899499	0,39	0,696	-,6121401 ,9164356
ctmunk_02	,0007631	,0015701	0,49	0,627	-,0023141 ,0038404
cbhert_02	,0000857	,0000359	2,39	0,017	,0000153 ,0001562
cbjov_02	-8,38e-08	2,66e-07	-0,32	0,752	-6,05e-07 4,37e-07
cauto_02	-,0002054	,0004038	-0,51	0,611	-,0009968 ,000586
cszolgo2	-,0022552	,0031289	-0,72	0,471	-,0083878 ,0038774
cbuncs	,0000895	,0004504	0,20	0,843	-,0007932 ,0009722
ccivil	-,0112184	,0106997	-1,05	0,294	-,0321894 ,0097526
ckomfort	,0001554	,0028705	0,05	0,957	-,0054706 ,0057814
cdiploma	-,0057931	,0073137	-0,79	0,428	-,0201276 ,0085415
croma	-,003248	,0066716	-0,49	0,626	-,0163241 ,009828
ckepzetle	-,0079283	,0037329	-2,12	0,034	-,0152447 -,000612
ctobbegm	,029254	,503116	0,06	0,954	-,9568353 1,015343
cgyogyszrn	-,0001239	,0008395	-0,15	0,883	-,0017694 ,0015215
ccsh	,0047526	,0020235	2,35	0,019	,0007866 ,0087186
corvosok	4,73e-06	,0000449	0,11	0,916	-,0000833 ,0000928
ckorhaz	,0009559	,0021886	0,44	0,662	-,0033336 ,0052454
corvosnem	,0044194	,0018688	2,36	0,018	,0007566 ,0080822

6. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámának többszintű regressziós elemzésében az összes betegre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3180169	,0060084	-52,93	0,000	-,3297931 - ,3062407
_Ikorcsop_2	,0887429	,0138538	6,41	0,000	,0615899 ,1158959
_Ikorcsop_3	,3377309	,014595	23,14	0,000	,3091253 ,3663366
_Ikorcsop_4	,9198862	,0137411	66,94	0,000	,8929542 ,9468182
_Ikorcsop_5	1,333952	,0136908	97,43	0,000	1,307118 1,360785
_Ikorcsop_6	1,496615	,013717	109,11	0,000	1,469731 1,5235
_Ikorcsop_7	1,2644	,014069	89,87	0,000	1,236825 1,291975
_Ikorcsop_8	1,027134	,018796	54,65	0,000	,9902943 1,063973

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3180083	,0060084	-52,93	0,000	-,3297846 - ,3062321
_Ikorcsop_2	,0884575	,0138544	6,38	0,000	,0613033 ,1156117
_Ikorcsop_3	,3375202	,0145953	23,13	0,000	,3089138 ,3661265
_Ikorcsop_4	,9197831	,0137412	66,94	0,000	,8928509 ,9467153
_Ikorcsop_5	1,333742	,0136912	97,42	0,000	1,306908 1,360576
_Ikorcsop_6	1,496419	,0137173	109,09	0,000	1,469534 1,523305
_Ikorcsop_7	1,264145	,0140695	89,85	0,000	1,236569 1,291721
_Ikorcsop_8	1,026839	,0187965	54,63	0,000	,9899987 1,06368
cszh0	-7,875244	4,911627	-1,60	0,109	-17,50186 1,751368
cszk	-,2540753	,2407732	-1,06	0,291	-,7259821 ,2178315

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3180171	,0060084	-52,93	0,000	-,3297933 - ,3062409
_Ikorcsop_2	,0878589	,0138556	6,34	0,000	,0607025 ,1150153
_Ikorcsop_3	,3369938	,0145961	23,09	0,000	,3083861 ,3656016
_Ikorcsop_4	,919409	,0137417	66,91	0,000	,8924758 ,9463421
_Ikorcsop_5	1,333206	,013692	97,37	0,000	1,30637 1,360041
_Ikorcsop_6	1,496046	,013718	109,06	0,000	1,469159 1,522933
_Ikorcsop_7	1,263812	,0140705	89,82	0,000	1,236234 1,291389
_Ikorcsop_8	1,02641	,0187979	54,60	0,000	,9895663 1,063253
cszh0	1,08721	5,124708	0,21	0,832	-8,957033 11,13145
cszk	,2428338	,2627815	0,92	0,355	-,2722085 ,7578761
cmn_02	-,000276	,0044273	-0,06	0,950	-,0089534 ,0084014
cdipmn_02	,0251285	,1806239	0,14	0,889	-,3288879 ,3791449
celtart_0	,0173831	,3159019	0,06	0,956	-,6017732 ,6365394
ctmunk_02	-,0026697	,0013086	-2,04	0,041	-,0052346 - ,0001049
cbhert_02	9,15e-06	,0000302	0,30	0,762	-,00005 ,0000683
cbjov_02	-1,70e-07	2,19e-07	-0,78	0,438	-5,98e-07 2,59e-07
cauto_02	-,0003564	,0003305	-1,08	0,281	-,0010041 ,0002912
cszolgo2	-,0047569	,0025623	-1,86	0,063	-,009779 ,0002652
cbuncs	,0000329	,0003759	0,09	0,930	-,0007038 ,0007696
ccivil	-,011658	,0066957	-1,74	0,082	-,0247813 ,0014654
ckomfort	-,0032956	,0023746	-1,39	0,165	-,0079497 ,0013585
cdiploma	,0187702	,0055038	3,41	0,001	,0079829 ,0295574
croma	-,0012447	,0054135	-0,23	0,818	-,011855 ,0093656
ckepzette	,0073401	,0030196	2,43	0,015	,0014219 ,0132584
ctobbegm	1,022144	,4016744	2,54	0,011	,2348764 1,809411

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3180075	,0060084	-52,93	0,000	-,3297837 - ,3062313
_Ikorcsop_2	,0878214	,0138556	6,34	0,000	,0606649 ,1149778
_Ikorcsop_3	,3369609	,0145961	23,09	0,000	,3083532 ,3655687
_Ikorcsop_4	,9193827	,0137417	66,90	0,000	,8924495 ,9463158
_Ikorcsop_5	1,33316	,0136921	97,37	0,000	1,306324 1,359996
_Ikorcsop_6	1,495982	,0137181	109,05	0,000	1,469095 1,522868
_Ikorcsop_7	1,263742	,0140706	89,81	0,000	1,236165 1,29132
_Ikorcsop_8	1,026371	,018798	54,60	0,000	,9895278 1,063214
cszh0	,2717195	5,082696	0,05	0,957	-9,690182 10,23362
cszk	,3228793	,264587	1,22	0,222	-,1957017 ,8414602
cmn_02	-,0027447	,0046572	-0,59	0,556	-,0118726 ,0063832
cdipmn_02	,0243703	,1829489	0,13	0,894	-,3342028 ,3829435
celtart_0	-,1873605	,3259896	-0,57	0,565	-,8262884 ,4515673
ctmunk_02	-,0026631	,0013039	-2,04	0,041	-,0052187 -,0001075
cbhert_02	2,49e-06	,0000301	0,08	0,934	-,0000564 ,0000614
cbjov_02	-2,85e-07	2,20e-07	-1,29	0,197	-7,17e-07 1,47e-07
cauto_02	-,0005251	,0003371	-1,56	0,119	-,0011857 ,0001355
cszolgo2	-,0038881	,0025946	-1,50	0,134	-,0089734 ,0011971
cbuncs	,0001231	,0003771	0,33	0,744	-,0006159 ,0008622
ccivil	-,0133942	,0088194	-1,52	0,129	-,0306798 ,0038915
ckomfort	-,0041916	,0023905	-1,75	0,080	-,0088768 ,0004937
cdiploma	,02133	,0060118	3,55	0,000	,0095471 ,0331129
croma	,0002828	,0055231	0,05	0,959	-,0105423 ,0111079
ckepzete	,0069991	,0030666	2,28	0,022	,0009886 ,0130095
ctobbegm	,9999289	,4048801	2,47	0,014	,2063785 1,793479
cgyogysz	-,0005248	,0007018	-0,75	0,455	-,0019003 ,0008508
ccsh	,000889	,0017235	0,52	0,606	-,002489 ,004267
corvosok	-,0000449	,0000374	-1,20	0,230	-,0001183 ,0000284
ckorhaz	-,003583	,0018241	-1,96	0,050	-,0071582 -7,82e-06
corvosnem	,001594	,0015507	1,03	0,304	-,0014453 ,0046332

7. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámának többszintű regressziós elemzésében a daganatos betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	,0142116	,0409422	0,35	0,729	-,0660337 ,0944569
_Ikorcsop_2	-,9678547	,3104473	-3,12	0,002	-1,57632 - ,3593893
_Ikorcsop_3	-1,404826	,2927925	-4,80	0,000	-1,978689 - ,8309636
_Ikorcsop_4	-1,118393	,2801109	-3,99	0,000	-1,6674 - ,5693858
_Ikorcsop_5	-1,193051	,2783625	-4,29	0,000	-1,738632 - ,6474709
_Ikorcsop_6	-1,81891	,2783131	-6,54	0,000	-2,364394 -1,273427
_Ikorcsop_7	-3,141652	,2795418	-11,24	0,000	-3,689544 -2,59376
_Ikorcsop_8	-4,0177	,2946326	-13,64	0,000	-4,595169 -3,44023

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	,0138832	,0409427	0,34	0,735	-,0663631 ,0941295
_Ikorcsop_2	-,9681391	,3104459	-3,12	0,002	-1,576602 - ,3596762
_Ikorcsop_3	-1,404524	,2927909	-4,80	0,000	-1,978384 - ,8306647
_Ikorcsop_4	-1,117968	,2801098	-3,99	0,000	-1,666973 - ,5689632
_Ikorcsop_5	-1,193178	,2783609	-4,29	0,000	-1,738756 - ,6476011
_Ikorcsop_6	-1,818992	,2783116	-6,54	0,000	-2,364473 -1,273511
_Ikorcsop_7	-3,142123	,27954	-11,24	0,000	-3,690011 -2,594235
_Ikorcsop_8	-4,017885	,2946311	-13,64	0,000	-4,595351 -3,440418
cszh1	-99,77153	70,99122	-1,41	0,160	-238,9118 39,36871
cszk	-1,032329	1,218285	-0,85	0,397	-3,420123 1,355466

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_Inem_2	,0136861	,0409388	0,33	0,738	-,0665525	,0939248
_Ikorcsop_2	-,9720756	,3103872	-3,13	0,002	-1,580423	-,3637278
_Ikorcsop_3	-1,405457	,2927373	-4,80	0,000	-1,979212	-,8317028
_Ikorcsop_4	-1,125337	,280058	-4,02	0,000	-1,674241	-,5764335
_Ikorcsop_5	-1,200236	,2783039	-4,31	0,000	-1,745701	-,65477
_Ikorcsop_6	-1,827065	,2782555	-6,57	0,000	-2,372436	-1,281694
_Ikorcsop_7	-3,152608	,2794825	-11,28	0,000	-3,700384	-2,604833
_Ikorcsop_8	-4,024939	,2945745	-13,66	0,000	-4,602295	-3,447584
cszh1	-72,22382	62,64496	-1,15	0,249	-195,0057	50,55806
cszk	3,058579	1,185529	2,58	0,010	,7349843	5,382173
cmn_02	,0040007	,0206486	0,19	0,846	-,0364698	,0444713
cdipmn_02	1,000393	,7849362	1,27	0,202	-,5380531	2,53884
celtart_0	4152247	1,436831	0,29	0,773	-2,400912	3,231362
ctmunk_02	-,0303939	,0059673	-5,09	0,000	-,0420895	-,0186983
cbhert_02	,0000895	,0001371	0,65	0,514	-,0001792	,0003581
cbjov_02	2,05e-07	9,85e-07	0,21	0,835	-1,72e-06	2,14e-06
cauto_02	-,0012917	,0014556	-0,89	0,375	-,0041446	,0015611
cszolgo2	-,0365436	,0117203	-3,12	0,002	-,0595149	-,0135724
cbuncs	,000612	,0017514	0,35	0,727	-,0028207	,0040447
ccivil	,0014503	,0303739	0,05	0,962	-,0580815	,060982
ckomfort	-,0322861	,010933	-2,95	0,003	-,0537145	-,0108578
cdiploma	-,0211946	,0240103	-0,88	0,377	-,0682538	,0258646
croma	-,0107937	,0256703	-0,42	0,674	-,0611066	,0395192
ckepzete	,0136944	,0138693	0,99	0,323	-,013489	,0408778
ctobbegm	3,295354	1,796982	1,83	0,067	-,2266661	6,817374

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_Inem_2	,0138493	,040939	0,34	0,735	-,0663897	,0940882
_Ikorcsop_2	-,9714912	,310389	-3,13	0,002	-1,579842	-,3631399
_Ikorcsop_3	-1,40578	,2927406	-4,80	0,000	-1,979541	-,8320188
_Ikorcsop_4	-1,124682	,280058	-4,02	0,000	-1,673586	-,5757788
_Ikorcsop_5	-1,199483	,2783053	-4,31	0,000	-1,744951	-,6540142
_Ikorcsop_6	-1,826393	,2782582	-6,56	0,000	-2,371769	-1,281017
_Ikorcsop_7	-3,152002	,2794859	-11,28	0,000	-3,699784	-2,60422
_Ikorcsop_8	-4,023899	,294579	-13,66	0,000	-4,601264	-3,446535
cszh1	-79,96033	62,67736	-1,28	0,202	-202,8057	42,88504
cszk	3,209493	1,208898	2,65	0,008	,8400965	5,57889
cmn_02	,0056594	,0217771	0,26	0,795	-,0370229	,0483418
cdipmn_02	,8972477	,8019764	1,12	0,263	-,6745971	2,469093
celtart_0	,1910932	1,498239	0,13	0,899	-2,745401	3,127588
ctmunk_02	-,0296734	,0059834	-4,96	0,000	-,0414006	-,0179462
cbhert_02	,0000962	,0001373	0,70	0,484	-,0001729	,0003653
cbjov_02	1,33e-07	9,97e-07	0,13	0,894	-1,82e-06	2,09e-06
cauto_02	-,0012447	,0014974	-0,83	0,406	-,0041796	,0016902
cszolgo2	-,037186	,0119422	-3,11	0,002	-,0605923	-,0137797
cbuncs	,000614	,0017747	0,35	0,729	-,0028643	,0040923
ccivil	,0208904	,0402355	0,52	0,604	-,0579697	,0997504
ckomfort	-,0327301	,0110591	-2,96	0,003	-,0544055	-,0110547
cdiploma	-,027663	,0264118	-1,05	0,295	-,0794292	,0241032
croma	-,0115087	,0264719	-0,43	0,664	-,0633926	,0403752
ckepzete	,0128452	,0142245	0,90	0,367	-,0150343	,0407246
ctobbegm	3,100633	1,824897	1,70	0,089	-,4760984	6,677365
cgyogysz	-,0038532	,0033391	-1,15	0,249	-,0103976	,0026913
ccsh	-,0014859	,0080591	-0,18	0,854	-,0172814	,0143095
corvosok	,000117	,0001714	0,68	0,495	-,0002189	,0004529
ckorhaz	-,0043504	,0084737	-0,51	0,608	-,0209584	,0122577
corvosnem	,0062158	,0074246	0,84	0,402	-,008336	,0207677

8. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámának többszintű regressziós elemzésében a keringési betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,4913225	,0102943	-47,73	0,000	-,511499 - ,471146
_Ikorcsop_2	,0712437	,069375	1,03	0,304	-,0647288 ,2072162
_Ikorcsop_3	,6409763	,0651203	9,84	0,000	,5133428 ,7686098
_Ikorcsop_4	,9243068	,062089	14,89	0,000	,8026146 1,045999
_Ikorcsop_5	1,068746	,0616656	17,33	0,000	,9478832 1,189608
_Ikorcsop_6	1,067995	,0614991	17,37	0,000	,9474588 1,188531
_Ikorcsop_7	,7657712	,0615558	12,44	0,000	,645124 ,8864184
_Ikorcsop_8	,4998986	,063591	7,86	0,000	,3752626 ,6245346

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,4911921	,0102942	-47,72	0,000	-,5113684 - ,4710157
_Ikorcsop_2	,0711466	,0693748	1,03	0,305	-,0648255 ,2071186
_Ikorcsop_3	,6414308	,0651202	9,85	0,000	,5137977 ,769064
_Ikorcsop_4	,9250746	,0620889	14,90	0,000	,8033825 1,046767
_Ikorcsop_5	1,068996	,0616654	17,34	0,000	,9481342 1,189858
_Ikorcsop_6	1,068179	,0614988	17,37	0,000	,9476436 1,188714
_Ikorcsop_7	,7658291	,0615556	12,44	0,000	,6451824 ,8864758
_Ikorcsop_8	,4999491	,0635908	7,86	0,000	,3753135 ,6245847
cszh2	-23,04216	14,86358	-1,55	0,121	-52,17423 6,089914
cszk	-1,433892	,4552845	-3,15	0,002	-2,326233 - ,5415504

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,4911991	,0102944	-47,72	0,000	-,5113757 - ,4710226
_Ikorcsop_2	,0708879	,0693749	1,02	0,307	-,0650845 ,2068602
_Ikorcsop_3	,6413841	,06512	9,85	0,000	,5137512 ,769017
_Ikorcsop_4	,9253451	,062089	14,90	0,000	,8036528 1,047037
_Ikorcsop_5	1,068901	,0616654	17,33	0,000	,9480391 1,189763
_Ikorcsop_6	1,068224	,0614989	17,37	0,000	,9476885 1,18876
_Ikorcsop_7	,7656649	,061556	12,44	0,000	,6450174 ,8863124
_Ikorcsop_8	,4992839	,0635916	7,85	0,000	,3746467 ,6239211
cszh2	-3,40206	15,98274	-0,21	0,831	-34,72766 27,92354
cszk	-,8007272	,5211645	-1,54	0,124	-1,822191 ,2207364
cmn_02	-,0000383	,0087078	-0,00	0,996	-,0171053 ,0170287
cdipmn_02	-,1904323	,3589981	-0,53	0,596	-,8940557 ,5131911
celtart_0	-,5361383	,6205818	-0,86	0,388	-1,752456 ,6801796
ctmunk_02	-,0015664	,0025875	-0,61	0,545	-,0066378 ,003505
cbhert_02	-,000034	,00006	-0,57	0,571	-,0001515 ,0000835
cbjov_02	-6,55e-07	4,36e-07	-1,50	0,133	-1,51e-06 2,00e-07
cauto_02	-,000348	,0006583	-0,53	0,597	-,0016382 ,0009422
cszolgo2	-,0037154	,0050643	-0,73	0,463	-,0136413 ,0062105
cbuncs	-,0003857	,0007407	-0,52	0,603	-,0018376 ,0010661
ccivil	,0108405	,0132785	0,82	0,414	-,0151849 ,0368659
ckomfort	,001328	,0047343	0,28	0,779	-,0079511 ,0106071
cdiploma	,0359127	,0109874	3,27	0,001	,0143777 ,0574476
croma	-,0083009	,0105668	-0,79	0,432	-,0290114 ,0124097
ckepzetle	,0102776	,0060202	1,71	0,088	-,0015218 ,022077
ctobbegm	-1,128866	,7963681	-1,42	0,156	-2,689719 ,4319865

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,4911949	,0102943	-47,72	0,000	-,5113714 - ,4710185
_Ikorcsop_2	,0709865	,0693749	1,02	0,306	-,0649858 ,2069587
_Ikorcsop_3	,641471	,06512	9,85	0,000	,5138382 ,7691038
_Ikorcsop_4	,9254069	,0620889	14,90	0,000	,8037148 1,047099
_Ikorcsop_5	1,068968	,0616653	17,33	0,000	,9481062 1,18983
_Ikorcsop_6	1,068268	,0614989	17,37	0,000	,9477329 1,188804
_Ikorcsop_7	,7657248	,0615559	12,44	0,000	,6450775 ,8863722
_Ikorcsop_8	,4994112	,0635915	7,85	0,000	,3747741 ,6240483
cszh2	-6,871906	16,08307	-0,43	0,669	-38,39415 24,65034
cszk	-,6812249	,5254834	-1,30	0,195	-1,711153 ,3487036
cmn_02	-,0038349	,0091628	-0,42	0,676	-,0217937 ,0141239
cdipmn_02	-,2147546	,3650387	-0,59	0,556	-,9302172 ,5007081
celtart_0	-,9012962	,6420988	-1,40	0,160	-2,159787 ,3571943
ctmunk_02	-,0016713	,0025855	-0,65	0,518	-,0067389 ,0033963
cbhert_02	-,0000497	,00006	-0,83	0,407	-,0001672 ,0000679
cbjov_02	-8,64e-07	4,41e-07	-1,96	0,050	-1,73e-06 7,94e-10
cauto_02	-,0006423	,0006734	-0,95	0,340	-,0019621 ,0006774
cszolgo2	-,0022711	,0051351	-0,44	0,658	-,0123358 ,0077936
cbuncs	-,000259	,0007447	-0,35	0,728	-,0017186 ,0012007
ccivil	,006717	,0175429	0,38	0,702	-,0276664 ,0411005
ckomfort	-,0006922	,0047832	-0,14	0,885	-,0100671 ,0086828
cdiploma	,0402276	,0120404	3,34	0,001	,016629 ,0638263
croma	-,0051692	,0107854	-0,48	0,632	-,0263083 ,0159699
ckepzetle	,0092559	,0061288	1,51	0,131	-,0027562 ,0212681
ctobbegm	-1,185357	,8051813	-1,47	0,141	-2,763483 ,3927697
cgyogysz	-,0007014	,0013916	-0,50	0,614	-,0034289 ,0020261
ccsh	,0021466	,0034072	0,63	0,529	-,0045313 ,0088246
corvosok	-,0001057	,0000745	-1,42	0,156	-,0002517 ,0000403
ckorhaz	-,0060185	,0036267	-1,66	0,097	-,0131268 ,0010898
corvosnem	,0019343	,0030619	0,63	0,528	-,0040668 ,0079354

9. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás súlyszámának többszintű regressziós elemzésében az egyéb betegekre

2. modell: nem + életkor

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,1025081	,0040996	-25,00	0,000	-,1105431 - ,094473
_Ikorcsop_2	,0711707	,0082577	8,62	0,000	,0549858 ,0873555
_Ikorcsop_3	,1907502	,0088183	21,63	0,000	,1734667 ,2080338
_Ikorcsop_4	,4199924	,0084573	49,66	0,000	,4034164 ,4365684
_Ikorcsop_5	,5766453	,0085966	67,08	0,000	,5597963 ,5934943
_Ikorcsop_6	,7518173	,0087215	86,20	0,000	,7347234 ,7689112
_Ikorcsop_7	,859682	,0091043	94,43	0,000	,841838 ,877526
_Ikorcsop_8	,9921155	,0133428	74,36	0,000	,965964 1,018267

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,1024762	,0040996	-25,00	0,000	-,1105113 - ,0944411
_Ikorcsop_2	,0711852	,0082585	8,62	0,000	,0549989 ,0873715
_Ikorcsop_3	,1907625	,0088187	21,63	0,000	,1734781 ,2080468
_Ikorcsop_4	,4200677	,0084575	49,67	0,000	,4034914 ,436644
_Ikorcsop_5	,5767029	,008597	67,08	0,000	,5598531 ,5935527
_Ikorcsop_6	,7518725	,0087219	86,20	0,000	,7347778 ,7689671
_Ikorcsop_7	,8597248	,0091048	94,43	0,000	,8418797 ,8775699
_Ikorcsop_8	,9921672	,0133433	74,36	0,000	,9660148 1,01832
cszh3	9,468888	5,88113	1,61	0,107	-2,057915 20,99569
cszk	-,1906194	,1346934	-1,42	0,157	-,4546136 ,0733747

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,1025243	,0040996	-25,01	0,000	-,1105593 - ,0944893
_Ikorcsop_2	,0711759	,0082602	8,62	0,000	,0549863 ,0873655
_Ikorcsop_3	,1906923	,0088196	21,62	0,000	,1734062 ,2079784
_Ikorcsop_4	,4200717	,0084578	49,67	0,000	,4034948 ,4366486
_Ikorcsop_5	,5766926	,008598	67,07	0,000	,5598409 ,5935443
_Ikorcsop_6	,7520396	,0087226	86,22	0,000	,7349436 ,7691357
_Ikorcsop_7	,8600172	,009106	94,44	0,000	,8421698 ,8778647
_Ikorcsop_8	,9924647	,013345	74,37	0,000	,9663091 1,01862
cszh3	11,62219	6,146106	1,89	0,059	-,4239544 23,66834
cszk	-,2380148	,1464771	-1,62	0,104	-,5251045 ,0490749
cmn_02	-,0005347	,00248	-0,22	0,829	-,0053955 ,004326
cdipmn_02	,0103698	,0982069	0,11	0,916	-,1821123 ,2028518
celtart_0	-,0004115	,1763288	-0,00	0,998	-,3460097 ,3451867
ctmunk_02	,0005095	,0007295	0,70	0,485	-,0009204 ,0019393
cbhert_02	8,14e-06	,0000169	0,48	0,629	-,0000249 ,0000412
cbjov_02	-1,54e-07	1,21e-07	-1,28	0,201	-3,91e-07 8,23e-08
cauto_02	-,000023	,0001806	-0,13	0,899	-,000377 ,0003311
cszolgo2	-,0015555	,0014256	-1,09	0,275	-,0043497 ,0012388
cbuncs	,0000398	,0002092	0,19	0,849	-,0003701 ,0004498
ccivil	-,0104061	,0037257	-2,79	0,005	-,0177083 - ,003104
ckomfort	-,0009435	,0013193	-0,72	0,474	-,0035293 ,0016422
cdiploma	,0100677	,0030056	3,35	0,001	,0041768 ,0159586
croma	,0023173	,003117	0,74	0,457	-,0037919 ,0084265
ckepzete	,003315	,0017156	1,93	0,053	-,0000475 ,0066775
ctobbegm	,9773511	,2268262	4,31	0,000	,5327799 1,421922

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

suly	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,1025164	,0040996	-25,01	0,000	-,1105515 - ,0944814
_Ikorcsop_2	,0711675	,0082602	8,62	0,000	,0549779 ,0873572
_Ikorcsop_3	,1906882	,0088196	21,62	0,000	,173402 ,2079743
_Ikorcsop_4	,4200627	,0084578	49,67	0,000	,4034857 ,4366397
_Ikorcsop_5	,576671	,008598	67,07	0,000	,5598193 ,5935227
_Ikorcsop_6	,7519916	,0087227	86,21	0,000	,7348955 ,7690877
_Ikorcsop_7	,859975	,009106	94,44	0,000	,8421275 ,8778225
_Ikorcsop_8	,9924153	,013345	74,37	0,000	,9662596 1,018571
cszh3	11,80404	6,116791	1,93	0,054	-,1846516 23,79273
cszk	-,2223353	,1491933	-1,49	0,136	-,5147489 ,0700782
cmn_02	-,0013159	,0026273	-0,50	0,616	-,0064654 ,0038336
cdipmn_02	,0251329	,1003076	0,25	0,802	-,1714664 ,2217322
celtart_0	-,0254677	,1827233	-0,14	0,889	-,3835988 ,3326634
ctmunk_02	,0003968	,000732	0,54	0,588	-,0010379 ,0018316
cbhert_02	5,92e-06	,0000169	0,35	0,726	-,0000272 ,0000391
cbjov_02	-1,77e-07	1,23e-07	-1,45	0,148	-4,18e-07 6,28e-08
cauto_02	-,0000633	,0001855	-0,34	0,733	-,0004268 ,0003002
cszolgo2	-,0011622	,0014555	-0,80	0,425	-,004015 ,0016906
cbuncs	,0000574	,0002114	0,27	0,786	-,000357 ,0004718
ccivil	-,0142126	,0049305	-2,88	0,004	-,0238762 - ,0045491
ckomfort	-,0011841	,0013389	-0,88	0,376	-,0038082 ,0014401
cdiploma	,0115472	,0033108	3,49	0,000	,0050581 ,0180363
croma	,0029146	,0031849	0,92	0,360	-,0033278 ,0091569
ckepzete	,003366	,0017614	1,91	0,056	-,0000864 ,0068183
ctobbegm	1,012673	,2295615	4,41	0,000	,5627404 1,462605
gyogysz	,0001667	,0003963	0,42	0,674	-,000061 ,0009433
ccsh	,000427	,0009736	0,44	0,661	-,0014812 ,0023351
corvosok	-,0000313	,0000209	-1,50	0,134	-,0000724 9,69e-06
ckorhaz	-,0002335	,0010214	-0,23	0,819	-,0022354 ,0017683
corvosnem	,0000336	,000881	0,04	0,970	-,0016932 ,0017604

10. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak többszintű regressziós elemzésében az összes betegre

2. modell: nem + életkor

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,023249	,0324134	-31,57	0,000	-1,086778 - ,9597198
_Ikorcsop_2	,6852581	,0747419	9,17	0,000	,5387666 ,8317496
_Ikorcsop_3	1,691204	,0787389	21,48	0,000	1,536879 1,845529
_Ikorcsop_4	4,968285	,0741313	67,02	0,000	4,822991 5,11358
_Ikorcsop_5	6,569148	,0738624	88,94	0,000	6,424381 6,713916
_Ikorcsop_6	8,089605	,0740033	109,31	0,000	7,944561 8,234649
_Ikorcsop_7	8,632295	,0759036	113,73	0,000	8,483526 8,781063
_Ikorcsop_8	7,726549	,1014045	76,20	0,000	7,5278 7,925298

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,023394	,0324134	-31,57	0,000	-1,086923 - ,9598645
_Ikorcsop_2	,6872181	,0747429	9,19	0,000	,5407247 ,8337115
_Ikorcsop_3	1,692586	,0787393	21,50	0,000	1,53826 1,846913
_Ikorcsop_4	4,968825	,0741313	67,03	0,000	4,82353 5,11412
_Ikorcsop_5	6,570379	,0738627	88,95	0,000	6,42561 6,715147
_Ikorcsop_6	8,090832	,0740036	109,33	0,000	7,945787 8,235876
_Ikorcsop_7	8,633887	,0759043	113,75	0,000	8,485117 8,782656
_Ikorcsop_8	7,728357	,1014052	76,21	0,000	7,529607 7,927108
cszh0	86,42868	36,12224	2,39	0,017	15,63039 157,227
cszk	4,817278	1,772777	2,72	0,007	1,342698 8,291858

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,023353	,0324133	-31,57	0,000	-1,086882 - ,9598244
_Ikorcsop_2	,6888434	,0747463	9,22	0,000	,5423432 ,8353435
_Ikorcsop_3	1,694299	,078741	21,52	0,000	1,539969 1,848628
_Ikorcsop_4	4,969995	,0741323	67,04	0,000	4,824699 5,115292
_Ikorcsop_5	6,572196	,0738647	88,98	0,000	6,427424 6,716968
_Ikorcsop_6	8,092024	,0740052	109,34	0,000	7,946977 8,237072
_Ikorcsop_7	8,634778	,0759071	113,75	0,000	8,486003 8,783553
_Ikorcsop_8	7,729817	,1014094	76,22	0,000	7,531059 7,928576
cszh0	34,29402	36,81085	0,93	0,352	-37,85391 106,442
cszk	3,949624	1,909997	2,07	0,039	,2060991 7,693148
cmn_02	-,0207355	,0318469	-0,65	0,515	-,0831543 ,0416833
cdipmn_02	-1,450879	1,323801	-1,10	0,273	-4,04548 1,143723
celtart_0	1,272653	2,278869	0,56	0,577	-3,193848 5,739153
ctmunk_02	-,0219094	,0094663	-2,31	0,021	-,0404631 - ,0033557
cbhert_02	-,0001605	,0002181	-0,74	0,462	-,000588 ,0002669
cbjov_02	2,71e-06	1,59e-06	1,70	0,089	-4,16e-07 5,83e-06
cauto_02	-,0041151	,0024144	-1,70	0,088	-,0088474 ,0006171
cszolgo2	-,0288741	,0185339	-1,56	0,119	-,0651999 ,0074518
cbuncs	,0083705	,0027187	3,08	0,002	,003042 ,013699
ccivil	-,0045612	,0484486	-0,09	0,925	-,0995187 ,0903963
ckomfort	,0101117	,017227	0,59	0,557	-,0236527 ,0438761
cdiploma	-,030481	,0403296	-0,76	0,450	-,1095257 ,0485636
croma	,0502019	,0388318	1,29	0,196	-,025907 ,1263107
ckepzette	-,0448072	,0218291	-2,05	0,040	-,0875914 - ,002023
ctobbegm	-6,05336	2,923655	-2,07	0,038	-11,78362 - ,3231026

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,023405	,0324134	-31,57	0,000	-1,086934 - ,9598754
_Ikorcsop_2	,6887791	,0747464	9,21	0,000	,5422789 ,8352793
_Ikorcsop_3	1,694436	,078741	21,52	0,000	1,540106 1,848765
_Ikorcsop_4	4,970228	,0741324	67,05	0,000	4,824931 5,115524
_Ikorcsop_5	6,572302	,0738647	88,98	0,000	6,42753 6,717074
_Ikorcsop_6	8,092181	,0740054	109,35	0,000	7,947133 8,237229
_Ikorcsop_7	8,634859	,0759072	113,76	0,000	8,486084 8,783635
_Ikorcsop_8	7,7298	,1014095	76,22	0,000	7,531041 7,928559
cszh0	40,3807	36,51452	1,11	0,269	-31,18644 111,9479
cszk	4,168574	1,923357	2,17	0,030	,3988632 7,938284
cmn_02	-,0060533	,0335562	-0,18	0,857	-,0718221 ,0597156
cdipmn_02	-1,848535	1,344843	-1,37	0,169	-4,484379 ,7873094
celtart_0	,7796995	2,355733	0,33	0,741	-3,837452 5,396851
ctmunk_02	-,0233491	,0094516	-2,47	0,013	-,0418738 -,0048243
cbhert_02	-,000181	,0002177	-0,83	0,406	-,0006076 ,0002457
cbjov_02	2,46e-06	1,61e-06	1,53	0,126	-6,93e-07 5,61e-06
cauto_02	-,0037177	,0024641	-1,51	0,131	-,0085473 ,0011119
cszolg02	-,0285283	,0188071	-1,52	0,129	-,0653896 ,008333
cbuncs	,0076156	,0027333	2,79	0,005	,0022584 ,0129728
ccivil	,0170538	,0639306	0,27	0,790	-,1082478 ,1423553
ckomfort	,0034438	,0173718	0,20	0,843	-,0306043 ,0374919
cdiploma	-,0408453	,0441885	-0,92	0,355	-,1274532 ,0457625
croma	,0468309	,0396353	1,18	0,237	-,0308529 ,1245146
ckepzetle	-,0470535	,0221986	-2,12	0,034	-,090562 -,003545
ctobbegm	-5,921803	2,954082	-2,00	0,045	-11,7117 -,131908
cgyogysz	-,0044734	,0050377	-0,89	0,375	-,014347 ,0054003
ccsh	,0237889	,0123581	1,92	0,054	-,0004326 ,0480103
corvosok	,0000319	,0002706	0,12	0,906	-,0004985 ,0005623
ckorhaz	-,0057459	,0131813	-0,44	0,663	-,0315807 ,0200889
corvosnem	,0038393	,0111189	0,35	0,730	-,0179534 ,0256321

11. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak többszintű regressziós elemzésében a daganatos betegekre

2. modell: nem + életkor

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,497043	,1487919	-10,06	0,000	-1,78867 -1,205416
_Ikorcsop_2	-2,880047	1,12826	-2,55	0,011	-5,091396 -,6686972
_Ikorcsop_3	-3,153991	1,064095	-2,96	0,003	-5,239579 -1,068402
_Ikorcsop_4	-,682353	1,018011	-0,67	0,503	-2,677617 1,312911
_Ikorcsop_5	-,6858017	1,011669	-0,68	0,498	-2,668637 1,297034
_Ikorcsop_6	-1,732274	1,011474	-1,71	0,087	-3,714727 ,2501793
_Ikorcsop_7	-4,961613	1,015955	-4,88	0,000	-6,952849 -2,970378
_Ikorcsop_8	-8,395038	1,070796	-7,84	0,000	-10,49376 -6,296316

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,497314	,1487938	-10,06	0,000	-1,788944 -1,205684
_Ikorcsop_2	-2,878	1,128263	-2,55	0,011	-5,089355 -,6666456
_Ikorcsop_3	-3,152351	1,064098	-2,96	0,003	-5,237946 -1,066757
_Ikorcsop_4	-,6801128	1,018014	-0,67	0,504	-2,675384 1,315159
_Ikorcsop_5	-,6838626	1,011672	-0,68	0,499	-2,666703 1,298977
_Ikorcsop_6	-1,730275	1,011477	-1,71	0,087	-3,712733 ,2521833
_Ikorcsop_7	-4,960046	1,015957	-4,88	0,000	-6,951286 -2,968807
_Ikorcsop_8	-8,392943	1,070799	-7,84	0,000	-10,49167 -6,294216
cszh1	-91,4442	326,4239	-0,28	0,779	-731,2234 548,335
cszk	6,041061	5,684836	1,06	0,288	-5,101012 17,18313

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,494198	,1487885	-10,04	0,000	-1,785818 -1,202578
_Ikorcsop_2	-2,862225	1,128163	-2,54	0,011	-5,073385 -,6510655
_Ikorcsop_3	-3,125852	1,064008	-2,94	0,003	-5,211269 -1,040434
_Ikorcsop_4	-,6713179	1,017932	-0,66	0,510	-2,666428 1,323792
_Ikorcsop_5	-,6725708	1,01158	-0,66	0,506	-2,655232 1,31009
_Ikorcsop_6	-1,722058	1,011383	-1,70	0,089	-3,704331 ,2602161
_Ikorcsop_7	-4,957592	1,015863	-4,88	0,000	-6,948647 -2,966536
_Ikorcsop_8	-8,379655	1,070705	-7,83	0,000	-10,4782 -6,281111
cszh1	-30,50174	305,0699	-0,10	0,920	-628,4278 567,4243
cszk	16,03738	5,968303	2,69	0,007	4,339723 27,73504
cmn_02	,0251381	,1010474	0,25	0,804	-,1729112 ,2231874
cdipmn_02	-,5148658	4,031912	-0,13	0,898	-8,417268 7,387536
celtart_0	4,139118	7,149846	0,58	0,563	-9,874323 18,15256
ctmunk_02	-,1363094	,0297139	-4,59	0,000	-,1945476 -,0780712
cbhert_02	-,0004634	,0006858	-0,68	0,499	-,0018076 ,0008808
cbjov_02	9,46e-06	4,95e-06	1,91	0,056	-2,48e-07 ,0000192
cauto_02	-,0045952	,007414	-0,62	0,535	-,0191264 ,0099359
cszolgo2	-,0867473	,0581373	-1,49	0,136	-,2006942 ,0271996
cbuncs	,0054673	,0086338	0,63	0,527	-,0114547 ,0223892
ccivil	,236188	,1528128	1,55	0,122	-,0633195 ,5356956
ckomfort	-,0289149	,0544285	-0,53	0,595	-,1355929 ,0777631
cdiploma	-,3828905	,1230157	-3,11	0,002	-,6239969 -,1417841
croma	,0897608	,1239219	0,72	0,469	-,1531216 ,3326432
ckepzete	-,1568435	,0685825	-2,29	0,022	-,2912627 -,0224243
ctobbegm	-7,857869	9,090081	-0,86	0,387	-25,6741 9,958362

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-1,494035	,148789	-10,04	0,000	-1,785656 -1,202414
_Ikorcsop_2	-2,862452	1,128165	-2,54	0,011	-5,073616 -,6512883
_Ikorcsop_3	-3,12775	1,064014	-2,94	0,003	-5,213179 -1,042321
_Ikorcsop_4	-,6718485	1,017931	-0,66	0,509	-2,666956 1,323259
_Ikorcsop_5	-,6734831	1,011581	-0,67	0,506	-2,656146 1,30918
_Ikorcsop_6	-1,72346	1,011387	-1,70	0,088	-3,705741 ,2588216
_Ikorcsop_7	-4,958189	1,015868	-4,88	0,000	-6,949255 -2,967124
_Ikorcsop_8	-8,380504	1,070714	-7,83	0,000	-10,47906 -6,281943
cszh1	-71,92153	301,7858	-0,24	0,812	-663,4109 519,5678
cszk	15,89992	5,984789	2,66	0,008	4,169953 27,62989
cmn_02	,0689978	,1056114	0,65	0,514	-,1379967 ,2759923
cdipmn_02	-2,682375	4,075327	-0,66	0,510	-10,66987 5,305119
celtart_0	,8986373	7,368872	0,12	0,903	-13,54409 15,34136
ctmunk_02	-,13311	,0294508	-4,52	0,000	-,1908324 -,0753876
cbhert_02	-,0006047	,0006795	-0,89	0,374	-,0019366 ,0007272
cbjov_02	9,00e-06	4,97e-06	1,81	0,070	-7,35e-07 ,0000187
cauto_02	-,0034106	,0075277	-0,45	0,650	-,0181646 ,0113433
cszolgo2	-,1003248	,0586179	-1,71	0,087	-,2152137 ,0145642
cbuncs	,0033632	,0086421	0,39	0,697	-,0135751 ,0203015
ccivil	,4624634	,1992583	2,32	0,020	,0719243 ,8530026
ckomfort	-,047006	,0544796	-0,86	0,388	-,1537841 ,059772
cdiploma	-,4730692	,1341794	-3,53	0,000	-,7360559 -,2100825
croma	,1067564	,1259034	0,85	0,396	-,1400098 ,3535226
ckepzete	-,1839706	,0695293	-2,65	0,008	-,3202455 -,0476956
ctobbegm	-10,45217	9,104468	-1,15	0,251	-28,2966 7,392262
cgyogysz	-,0214661	,0160637	-1,34	0,181	-,0529503 ,0100181
ccsh	,0372561	,0388837	0,96	0,338	-,0389545 ,1134667
corvosok	,000179	,000843	0,21	0,832	-,0014733 ,0018314
ckorhaz	-,0479211	,0413927	-1,16	0,247	-,1290493 ,033207
corvosnem	-,0014264	,0354787	-0,04	0,968	-,0709634 ,0681106

12. melléklet: A magyarózó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak többszintű regressziós elemzésében a keringési betegekre

2. modell: nem + életkor

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,9467034	,0477152	-19,84	0,000	-1,040224 - ,8531832
_Ikorcsop_2	,1618851	,3215681	0,50	0,615	-,4683768 ,792147
_Ikorcsop_3	1,721495	,3018461	5,70	0,000	1,129888 2,313103
_Ikorcsop_4	3,416166	,2877933	11,87	0,000	2,852101 3,98023
_Ikorcsop_5	4,888857	,2858321	17,10	0,000	4,328636 5,449078
_Ikorcsop_6	6,594281	,2850601	23,13	0,000	6,035573 7,152989
_Ikorcsop_7	7,293191	,2853239	25,56	0,000	6,733967 7,852416
_Ikorcsop_8	6,965683	,2947582	23,63	0,000	6,387967 7,543398

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,9470506	,047716	-19,85	0,000	-1,040572 - ,8535289
_Ikorcsop_2	,1619303	,3215683	0,50	0,615	-,4683319 ,7921925
_Ikorcsop_3	1,720613	,301847	5,70	0,000	1,129003 2,312222
_Ikorcsop_4	3,414508	,2877959	11,86	0,000	2,850438 3,978577
_Ikorcsop_5	4,888139	,2858326	17,10	0,000	4,327917 5,448361
_Ikorcsop_6	6,59372	,2850604	23,13	0,000	6,035012 7,152428
_Ikorcsop_7	7,292853	,2853241	25,56	0,000	6,733628 7,852079
_Ikorcsop_8	6,965416	,2947588	23,63	0,000	6,3877 7,543133
cszh2	18,26469	69,86012	0,26	0,794	-118,6586 155,188
cszk	2,962629	2,140623	1,38	0,166	-1,232915 7,158172

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,9460173	,047715	-19,83	0,000	-1,039537 - ,8524976
_Ikorcsop_2	,1596142	,3215662	0,50	0,620	-,470644 ,7898725
_Ikorcsop_3	1,72165	,3018437	5,70	0,000	1,130047 2,313252
_Ikorcsop_4	3,415894	,2877936	11,87	0,000	2,851829 3,979959
_Ikorcsop_5	4,888612	,2858299	17,10	0,000	4,328395 5,448828
_Ikorcsop_6	6,593696	,2850584	23,13	0,000	6,034992 7,152401
_Ikorcsop_7	7,291734	,2853231	25,56	0,000	6,732511 7,850957
_Ikorcsop_8	6,963289	,2947591	23,62	0,000	6,385572 7,541006
cszh2	-19,91872	69,62937	-0,29	0,775	-156,3898 116,5523
cszk	6,259215	2,263963	2,76	0,006	1,821928 10,6965
cmn_02	-,0302951	,037892	-0,80	0,424	-,1045621 ,0439719
cdipmn_02	-4,822564	1,556459	-3,10	0,002	-7,873167 -1,77196
celtart_0	-,2174628	2,699276	-0,08	0,936	-5,507947 5,073021
ctmunk_02	-,0201659	,0112512	-1,79	0,073	-,0422179 ,001886
cbhert_02	-,0000443	,0002609	-0,17	0,865	-,0005556 ,0004671
cbjov_02	2,30e-06	1,89e-06	1,22	0,224	-1,41e-06 6,02e-06
cauto_02	-,0019602	,0028552	-0,69	0,492	-,0075563 ,0036358
cszolgo2	-,0280896	,0220163	-1,28	0,202	-,0712407 ,0150615
cbuncs	,0045533	,0032192	1,41	0,157	-,0017561 ,0108628
ccivil	,1085372	,0577392	1,88	0,060	-,0046296 ,221704
ckomfort	,019446	,0205657	0,95	0,344	-,0208621 ,0597541
cdiploma	-,0186287	,0476453	-0,39	0,696	-,1120118 ,0747545
croma	,0430111	,0460201	0,93	0,350	-,0471865 ,1332088
ckepzetle	-,0355171	,0261821	-1,36	0,175	-,0868332 ,0157989
ctobbegm	-12,5309	3,457057	-3,62	0,000	-19,30661 -5,755196

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,9459594	,0477144	-19,83	0,000	-1,039478 - ,8524408
_Ikorcsop_2	,1612172	,3215653	0,50	0,616	-,4690392 ,7914735
_Ikorcsop_3	1,722752	,3018428	5,71	0,000	1,131151 2,314353
_Ikorcsop_4	3,416548	,2877922	11,87	0,000	2,852485 3,98061
_Ikorcsop_5	4,889413	,2858287	17,11	0,000	4,329199 5,449627
_Ikorcsop_6	6,594528	,2850573	23,13	0,000	6,035826 7,15323
_Ikorcsop_7	7,292434	,2853219	25,56	0,000	6,733213 7,851654
_Ikorcsop_8	6,964325	,2947581	23,63	0,000	6,38661 7,542041
cszh2	-2,564625	68,43808	-0,04	0,970	-136,7008 131,5715
cszk	7,426725	2,227625	3,33	0,001	3,06066 11,79279
cmn_02	-,0295711	,0389174	-0,76	0,447	-,1058478 ,0467056
cdipmn_02	-5,210338	1,541776	-3,38	0,001	-8,232164 -2,188513
celtart_0	-2,168272	2,726417	-0,80	0,426	-7,511951 3,175408
ctmunk_02	-,021976	,0109711	-2,00	0,045	-,0434789 -,0004731
cbhert_02	-,0001026	,0002546	-0,40	0,687	-,0006016 ,0003964
cbjov_02	1,22e-06	1,87e-06	0,65	0,515	-2,44e-06 4,88e-06
cauto_02	-,0024084	,0028485	-0,85	0,398	-,0079914 ,0031745
cszolg02	-,0198565	,0217781	-0,91	0,362	-,0625408 ,0228278
cbuncs	,0042997	,0031575	1,36	0,173	-,0018889 ,0104883
ccivil	,1076201	,0745061	1,44	0,149	-,0384092 ,2536495
ckomfort	,0055275	,0202701	0,27	0,785	-,0342011 ,0452561
cdiploma	-,0110462	,0508763	-0,22	0,828	-,1107619 ,0886695
croma	,0496716	,0458982	1,08	0,279	-,0402872 ,1396305
ckepzetle	-,037294	,0260142	-1,43	0,152	-,088281 ,013693
ctobbegm	-12,111	3,407664	-3,55	0,000	-18,7899 -5,432105
gyogyszrn	-,0127268	,0059264	-2,15	0,032	-,0243423 -,0011112
ccsh	,0355558	,0145138	2,45	0,014	,0071093 ,0640022
corvosok	-,0002242	,0003165	-0,71	0,479	-,0008446 ,0003962
ckorhaz	-,0279892	,0154155	-1,82	0,069	-,058203 ,0022246
corvosnem	,0257097	,013035	1,97	0,049	,0001616 ,0512578

13. melléklet: A magyarázó változók együtthatói az aktív fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak többszintű regressziós elemzésében az egyéb betegekre

2. modell: nem + életkor

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3697559	,0302928	-12,21	0,000	-,4291286 -,3103832
_Ikorcsop_2	,6459069	,0610313	10,58	0,000	,5262878 ,765526
_Ikorcsop_3	1,301789	,0651676	19,98	0,000	1,174063 1,429515
_Ikorcsop_4	3,448449	,0624966	55,18	0,000	3,325958 3,57094
_Ikorcsop_5	3,792438	,0635303	59,69	0,000	3,667921 3,916955
_Ikorcsop_6	4,354742	,0644527	67,56	0,000	4,228417 4,481067
_Ikorcsop_7	5,128911	,0672844	76,23	0,000	4,997036 5,260786
_Ikorcsop_8	5,375897	,098604	54,52	0,000	5,182637 5,569158

3. modell: nem + életkor + térségi szükséglet

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3698147	,0302928	-12,21	0,000	-,4291875 -,3104419
_Ikorcsop_2	,6472616	,061032	10,61	0,000	,5276411 ,7668821
_Ikorcsop_3	1,30285	,065168	19,99	0,000	1,175124 1,430577
_Ikorcsop_4	3,449202	,0624969	55,19	0,000	3,32671 3,571694
_Ikorcsop_5	3,793506	,0635307	59,71	0,000	3,668988 3,918023
_Ikorcsop_6	4,355864	,0644532	67,58	0,000	4,229538 4,48219
_Ikorcsop_7	5,130211	,067285	76,25	0,000	4,998335 5,262087
_Ikorcsop_8	5,37731	,0986043	54,53	0,000	5,184049 5,570571
cszh3	157,2547	69,67523	2,26	0,024	20,69377 293,8157
cszk	2,776063	1,613131	1,72	0,085	-,3856155 5,937742

4. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3700746	,0302927	-12,22	0,000	-,4294473 - ,310702
_Ikorcsop_2	,6507006	,0610353	10,66	0,000	,5310735 ,7703277
_Ikorcsop_3	1,305895	,0651699	20,04	0,000	1,178164 1,433625
_Ikorcsop_4	3,451051	,0624982	55,22	0,000	3,328557 3,573545
_Ikorcsop_5	3,796728	,063533	59,76	0,000	3,672205 3,92125
_Ikorcsop_6	4,358556	,064455	67,62	0,000	4,232227 4,484886
_Ikorcsop_7	5,132978	,0672877	76,28	0,000	5,001097 5,26486
_Ikorcsop_8	5,381063	,0986082	54,57	0,000	5,187794 5,574331
cszh3	53,02166	71,21244	0,74	0,457	-86,55216 192,5955
cszk	-,5456633	1,72541	-0,32	0,752	-3,927404 2,836078
cmn_02	-,012452	,0286274	-0,43	0,664	-,0685606 ,0436567
cdipmn_02	-,4554171	1,17478	-0,39	0,698	-2,757944 1,84711
celtart_0	,5282341	2,048843	0,26	0,797	-3,487424 4,543892
ctmunk_02	-,0059145	,0085202	-0,69	0,488	-,0226138 ,0107848
cbhert_02	-,0001831	,0001962	-0,93	0,351	-,0005676 ,0002015
cbjov_02	1,17e-06	1,43e-06	0,82	0,411	-1,63e-06 3,97e-06
cauto_02	-,0035641	,0021532	-1,66	0,098	-,0077843 ,000656
cszolgo2	-,022053	,0166442	-1,32	0,185	-,054675 ,0105689
cbuncs	,0077179	,002439	3,16	0,002	,0029374 ,0124983
ccivil	-,030051	,0437167	-0,69	0,492	-,1157341 ,0556321
ckomfort	,0085774	,0154869	0,55	0,580	-,0217764 ,0389312
cdiploma	-,0163095	,0359853	-0,45	0,650	-,0868393 ,0542203
croma	,0403259	,0357893	1,13	0,260	-,0298198 ,1104716
ckepzete	-,0356884	,0199356	-1,79	0,073	-,0747614 ,0033847
ctobbegm	-4,831237	2,679251	-1,80	0,071	-10,08247 ,4199989

5. modell: nem + életkor + térségi szükséglet + térségi TGM + térségi kapacitás

apnap	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Inem_2	-,3701468	,0302928	-12,22	0,000	-,4295197 - ,310774
_Ikorcsop_2	,6507504	,0610354	10,66	0,000	,5311232 ,7703775
_Ikorcsop_3	1,306048	,06517	20,04	0,000	1,178318 1,433779
_Ikorcsop_4	3,451162	,0624983	55,22	0,000	3,328668 3,573657
_Ikorcsop_5	3,796825	,063533	59,76	0,000	3,672302 3,921347
_Ikorcsop_6	4,358705	,0644552	67,62	0,000	4,232375 4,485035
_Ikorcsop_7	5,133125	,0672878	76,29	0,000	5,001244 5,265007
_Ikorcsop_8	5,381078	,0986084	54,57	0,000	5,187809 5,574346
cszh3	56,81107	70,97443	0,80	0,423	-82,29626 195,9184
cszk	-,820397	1,754918	-0,47	0,640	-4,259974 2,61918
cmn_02	-,0031543	,0303845	0,10	0,917	-,0563982 ,0627067
cdipmn_02	-,6001644	1,204318	-0,50	0,618	-2,960584 1,760256
celtart_0	1,154258	2,129019	0,54	0,588	-3,018541 5,327058
ctmunk_02	-,0073016	,0085701	-0,85	0,394	-,0240987 ,0094955
cbhert_02	-,0001705	,0001977	-0,86	0,388	-,000558 ,000217
cbjov_02	1,50e-06	1,45e-06	1,03	0,303	-1,35e-06 4,35e-06
cauto_02	-,0028213	,0022111	-1,28	0,202	-,007155 ,0015124
cszolgo2	-,0241276	,0170391	-1,42	0,157	-,0575235 ,0092683
cbuncs	,0069637	,0024724	2,82	0,005	,0021178 ,0118095
ccivil	-,0286485	,0578775	-0,49	0,621	-,1420863 ,0847893
ckomfort	,0084368	,0157557	0,54	0,592	-,0224438 ,0393174
cdiploma	-,0266519	,0398145	-0,67	0,503	-,1046868 ,051383
croma	,03427	,0365498	0,94	0,348	-,0373663 ,1059063
ckepzete	-,0350938	,0205024	-1,71	0,087	-,0752777 ,0050901
ctobbegm	-4,5021	2,717569	-1,66	0,098	-9,828438 ,8242385
cgyogysz	,0020494	,0045571	0,45	0,653	-,0068823 ,0109812
cszh	,0107764	,0111629	0,97	0,334	-,0111025 ,0326553
corvosok	,0000694	,000244	0,28	0,776	-,0004088 ,0005477
ckorhaz	,0135232	,0118972	1,14	0,256	-,0097949 ,0368413
corvosnem	-,0076272	,0100908	-0,76	0,450	-,0274048 ,0121504

14. melléklet: Kistérségek finanszírozási egyenlőtlenségeinek rangsora

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlysámai - Összes beteg 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlysám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	116%	40
	Mohácsi	120%	36
	Sásdi	142%	24
	Sellyei	148%	22
	Siklói	103%	59
	Szigetvári	219%	6
	Pécsi	131%	28
	Pécsváradi	101%	62
	Szentlőrinci	94%	74
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN	Miskolci	119%	38
	Edelényi	129%	31
	Encsi	150%	21
	Kazincbarcikai	100%	65
	Mezőkővesdi	115%	44
	Ózdi	306%	1
	Sárospataki	188%	14
	Sátoraljaújhegyi	140%	25
	Szerencsi	129%	30
	Szikszói	69%	121
	Tiszaújvárosi	165%	17
	Abaúj-Hegyközi	121%	35
Bodrogközi	174%	15	
Mezőcsáti	111%	46	
Tokaji	123%	33	
BÉKÉS	Békéscsabai	70%	119
	Mezőkovácsházai	55%	153
	Orosházai	99%	66
	Sarkadi	45%	164
	Szarvasi	82%	92
	Szeghalomi	68%	125
BÉKÉSI	Békési	92%	77
	Gyulai	41%	166
	Bajai	91%	79
BÁCS-KISKUN	Bácsalmási	81%	95
	Kalocsai	95%	71
	Kecskeméti	38%	168
	Kiskőrösi	62%	141
	Kiskunfélegyházi	65%	131
	Kiskunhalasi	61%	143
	Kiskunmajsai	67%	128
	Kunszentmiklósi	63%	138
	Jánoshalmi	69%	122

Megye	Kistérség	Átlagos súlysám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	110%	48
CSONGRÁD	Csongrádi	65%	132
	Hódmezővásárhelyi	66%	129
	Kisteleki	55%	154
	Makói	108%	53
	Mórahalomi	52%	158
	Szegedi	71%	117
	Szentesi	52%	159
	Bicskei	82%	93
	Dunaújvárosi	79%	98
FEJÉR	Enyingi	56%	152
	Gárdonyi	65%	134
	Móri	54%	157
	Sárbogárdi	78%	103
	Székesfehérvári	71%	116
	Abai	56%	151
	Adonyi	71%	114
	Ercsi	72%	109
	Csornai	74%	107
	Győri	63%	139
GYŐR-MOSON-SOPRON	Kapuvári	50%	161
	Mosonmagyaróvári	85%	87
	Sopron-Fertődi	83%	89
	Téti	67%	127
	Pannonhalmi	60%	148
HAJDÚ-BIHAR	Balmazújvárosi	104%	57
	Berettyóújfalui	194%	13
	Debreceni	119%	37
	Hajdúböszörményi	75%	105
	Hajdúszoboszlói	78%	102
	Polgári	82%	91
	Püspökladányi	89%	81
	Derecske-Létavértesi	48%	163
	Hajdúhadházi	84%	88
	Egri	70%	118
HEVES	Hevesi	44%	165
	Füzesabonyi	60%	149
	Gyöngyösi	74%	108
	Hatvani	91%	80
	Pétervársai	79%	99
	Bélapátfalvai	65%	133
	Jászberényi	80%	97

Átlag: 1,03; Legkisebb érték: 0,39; Legnagyobb érték: 3,14

Megye	Kistérség	Átlagos súlysám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	166%	16
	Kunszentmártoni	87%	83
	Szolnoki	122%	34
	Tiszafüredi	203%	10
	Törökszentmiklósi	86%	85
	Mezőtúri	81%	94
	Dorogi	63%	137
	Esztergomi	69%	120
	Kisbéri	61%	144
KOMÁROM-ESZTERGOM	Komáromi	63%	136
	Oroszlányi	61%	145
	Tatai	107%	55
	Tatabányai	72%	112
	Balassagyarmati	75%	104
NÓGRÁD	Bátonyterenyei	54%	156
	Pásztói	55%	155
	Rétságai	75%	106
	Salgótarjáni	62%	140
	Szécsényi	57%	150
	Aszód	60%	147
	Ceglédi	72%	111
	Dabasi	85%	86
	Gödöllői	93%	75
	Monori	96%	70
PEST	Nagykátai	88%	82
	Ráckevei	129%	29
	Szobi	64%	135
	Váci	71%	113
	Budaörsi	107%	56
	Dunakeszi	99%	67
	Gyáli	86%	84
	Pilisvörösvári	93%	76
	Szentendrei	110%	49
	Veresegyházi	81%	96
SÓMOGY	Barcsi	196%	12
	Csurgói	256%	3
	Balatonlelle	129%	32
	Kaposvári	216%	7
	Lengyeltóti	152%	20
	Marcali	100%	63
	Nagyatádi	251%	4
	Siófoki	104%	58

Megye	Kistérség	Átlagos súlysám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	143%	23
	Balatonföldvári	164%	18
	Baktalórántházai	103%	60
	Csengeri	137%	26
	Fehérgyarmati	159%	19
	Kisvárdai	108%	52
	Mátészalkai	96%	69
	Nagykállói	107%	54
	Nyírbátori	94%	73
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Nyíregyházi	98%	68
	Tiszavasvári	117%	39
	Vásárosnaményi	204%	9
	Ibrány-Nagyhalászi	114%	45
	Bonyhádi	115%	42
	Dombóvári	215%	8
TOLNA	Paksi	68%	124
	Szekszárdi	79%	100
	Tamási	199%	11
VAS	Celldömölki	94%	72
	Csepregi	91%	78
	Körmendi	109%	50
	Kőszegi	72%	110
	Óriszentpéteri	115%	43
	Sárvári	78%	101
	Szentgotthárdi	116%	41
	Szombathelyi	68%	123
	Vasvári	65%	130
	Ajkai	62%	142
VESZPRÉM	Balatonalmádi	68%	126
	Balatonfüredi	82%	90
	Pápai	50%	162
	Sümegi	71%	115
	Tapolcai	102%	61
	Várpalotai	38%	167
	Veszprémi	61%	146
	Zirci	51%	160
	Keszthely-Hévízi	111%	47
	Lenti	133%	27
ZALA	Letenyei	239%	5
	Nagykanizsai	302%	2
	Zalaegerszegi	109%	51
Zalaszentgróti	100%	64	

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Összes beteg 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	97%	74
	Mohácsi	119%	44
	Sásdi	119%	43
	Sellyei	174%	15
	Siklói	110%	54
	Szigetvári	187%	9
	Pécsi	138%	25
	Pécsváradi	96%	78
	Szentlőrinci	93%	83
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Miskolci	129%	36
	Edelényi	135%	27
	Encsi	149%	22
	Kazincbarcikai	102%	64
	Mezőkövesdi	112%	50
	Ózdi	288%	2
	Sárospataki	175%	14
	Sátoraljaújhelyi	135%	29
	Szerencsi	135%	28
	Sziksói	67%	130
	Tiszaújvárosi	154%	20
	Abaúj-Hégyközi	132%	30
	Bodrogközi	161%	17
	Mezőcsáti	124%	39
	Tokaji	126%	38
BÉKÉS	Békéscsabai	67%	127
	Mezőkovácsházai	27%	166
	Orosházai	82%	97
	Sarkadi	24%	167
	Szarvasi	87%	93
	Szeghalomi	51%	156
	Békési	102%	67
	Gyulai	14%	168
	Bajai	92%	85
BÁCS-KISKUN	Bácsalmási	63%	137
	Kalocsai	94%	80
	Kecskeméti	36%	164
	Kiskőrösi	52%	153
	Kiskunfélegyházai	76%	110
	Kiskunhalasi	61%	142
	Kiskunmajsai	74%	116
	Kunszentmiklósi	53%	151
	Jánoshalmi	58%	146

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	120%	42
CSONGRÁD	Csongrádi	72%	119
	Hódmezővásárhelyi	62%	139
	Kisteleki	52%	154
	Makói	67%	129
	Mórahalmi	36%	165
	Szegedi	75%	113
	Szentesi	42%	163
	Bicskei	77%	107
	Dunaújvárosi	63%	136
FEJÉR	Enyingi	56%	149
	Gárdonyi	46%	159
	Móri	51%	155
	Sárbogárdi	74%	117
	Székesfehérvári	80%	102
	Abai	44%	160
	Aonyi	63%	138
	Ercsi	71%	122
	Csornai	68%	126
GYŐR-MOSON-SOPRON	Győri	60%	143
	Kapuvári	71%	120
	Mosonmagyaróvári	70%	124
	Sopron-Fertődi	88%	91
	Téti	69%	125
	Pannonhalmi	51%	157
	Balmazújvárosi	141%	24
	Berettyóújfalui	203%	6
	Debreceni	131%	31
HAJDÚ-BIHAR	Hajdúböszörményi	101%	68
	Hajdúszoboszlói	105%	61
	Polgári	101%	70
	Püspökladányi	116%	47
	Derecske-Létavértesi	62%	140
	Hajdúhadházi	101%	69
	Egri	84%	96
	Hevesi	52%	152
	Balatonbonyi	75%	112
HEVES	Gyöngyösi	84%	95
	Hatvani	93%	82
	Pétervársárai	92%	84
	Bélapátfalvai	65%	133
	Jászberényi	96%	77

Átlag: 0,98; Legkisebb érték: 0,14; Legnagyobb érték: 2,93

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	143%	23
	Kunszentmártoni	104%	63
	Szolnoki	130%	32
	Tiszafüredi	181%	12
	Törökszentmiklósi	105%	60
	Mezőtúri	96%	76
	Dorogi	81%	99
	Esztergomi	87%	92
	Kisbéri	54%	150
KOMÁROM-ESZTERGOM	Komáromi	57%	147
	Oroszlányi	64%	134
	Tatai	102%	66
	Tatabányai	76%	111
	Balassagyarmati	79%	105
	Bátonyterenyei	98%	72
	Pásztói	75%	114
	Rétságai	81%	101
	Salgótarjáni	66%	132
NÓGRÁD	Szécsényi	73%	118
	Aszódi	71%	123
	Ceglédi	80%	103
	Dabasi	76%	109
	Gödöllői	94%	81
	Monori	77%	106
	Nagykátai	89%	90
	Ráckevei	123%	41
	Szobi	66%	131
PEST	Váci	67%	128
	Budaörsi	106%	58
	Dunakeszi	110%	56
	Gyáli	91%	88
	Pilisvörösvári	99%	71
	Szentendre	118%	45
	Veresegyházi	79%	104
	Barcsi	180%	13
	Csurgói	233%	3
SOMOGY	Balatonlelle	128%	37
	Kaposvári	189%	8
	Lengyeltóti	160%	18
	Marcali	104%	62
	Nagyatádi	227%	5
	Siófoki	130%	34

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tabi	135%	26
	Balatonföldvári	163%	16
	Baktalórántházai	102%	65
	Csengeri	153%	21
	Fehérgyarmati	155%	19
	Kisvárdai	90%	89
	Mátészalkai	107%	57
	Nagykállói	116%	46
	Nyírbátori	111%	51
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Nyíregyházai	111%	53
	Tiszavasvári	130%	33
	Vásárosnaményi	185%	10
	Ibrány-Nagyhalászi	106%	59
	Bonyhádi	114%	48
	Dombóvári	200%	7
	Paksi	71%	121
	Szekszárdi	86%	94
	Tamási	183%	11
TOLNA	Cellödömlői	97%	75
	Csepregi	74%	115
	Körmendi	111%	52
	Kőszegi	76%	108
	Óriszentpéteri	94%	79
	Sárvári	91%	87
	Szentgotthárdi	98%	73
	Szombathelyi	82%	98
	Vasvári	61%	141
VAS	Ajkai	63%	135
	Balatonalmádi	57%	148
	Balatonfüredi	81%	100
	Pápai	59%	144
	Sümegi	59%	145
	Tapolcai	112%	49
	Várpalotai	51%	158
	Veszprémi	43%	162
	Zirci	43%	161
VESZPRÉM	Keszthely-Hévízi	129%	35
	Lenti	123%	40
	Letenyei	229%	4
	Nagykanizsai	298%	1
	Zalaegerszegi	110%	55
	Zalaszentgróti	92%	86

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Daganatos betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	100%	62
	Mohácsi	122%	2
	Sásdi	95%	136
	Sellyei	111%	11
	Siklói	105%	32
	Szigetvári	100%	68
	Pécsi	126%	1
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN	Pécsváradi	99%	79
	Szentlőrinci	104%	38
	Miskolci	108%	18
	Edelényi	118%	5
	Encsi	115%	7
	Kazincbarcikai	100%	69
	Mezőkövesdi	100%	59
	Ózdi	115%	6
	Sárospataki	99%	73
	Sátoraljaújhegyi	94%	150
BÉKÉS	Szerencsi	105%	33
	Szikszói	95%	132
	Tiszaújvárosi	122%	3
	Abaúj–Hégyközi	98%	90
	Bodrogközi	100%	63
	Mezőcsáti	105%	31
	Tokaji	99%	80
	Békéscsabai	98%	104
	Mezőkovácsházai	94%	144
	Orosházai	94%	149
BÁCS-KISKUN	Sarkadi	99%	77
	Szarvasi	97%	111
	Hajdúhalomi	96%	121
	Békési	98%	86
	Gyulai	96%	122
	Bajai	105%	30
BÁCS-KISKUN	Bácsalmási	96%	128
	Kalocsai	92%	161
	Kecskeméti	80%	167
	Kiskőrösi	95%	138
	Kiskunfélegyházi	96%	124
	Kiskunhalasi	98%	84
	Kiskunmajsai	98%	94
	Kunszentmiklósi	97%	114
	Jánoshalmi	97%	113

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	104%	36
CSONGRÁD	Csongrádi	99%	83
	Hódmezővásárhelyi	94%	152
	Kisteleki	99%	74
	Makói	95%	134
	Mórahalomi	98%	97
	Szegedi	120%	4
	Szentesi	98%	105
	Bicskei	102%	51
	Dunaújvárosi	101%	56
	Enyingi	95%	131
FEJÉR	Gárdonyi	94%	146
	Móri	94%	151
	Sárbogárdi	98%	98
	Székesfehérvári	98%	103
	Abai	98%	93
	Adonyi	103%	46
	Ercsi	96%	125
	Csornai	98%	95
	Győri	98%	100
	Kapuvári	99%	78
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	100%	66
	Sopron–Fertődi	95%	137
	Téti	0%	0
	Pannonhalmi	98%	88
	Balmazújvárosi	105%	29
	Berettyóújfalui	104%	34
HAJDÚ-BIHAR	Debreceni	102%	49
	Hajdúböszörményi	100%	60
	Hajdúszoboszlói	102%	53
	Polgári	100%	67
	Püspökladányi	97%	112
	Derecske–Létavértesi	89%	165
	Hajdúhadházi	106%	26
	Egri	97%	107
	Hevesi	94%	153
	Füzesabonyi	103%	43
HEVES	Gyöngyösi	98%	101
	Hatvani	103%	44
	Pétervársági	109%	14
	Bélapátfalvai	96%	126
	Jászberényi	94%	139

Átlag: 5,29; Legkisebb érték: 4,25; Legnagyobb érték: 6,66

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOK	Karcagi	88%	166
	Kunszentmártoni	93%	159
	Szolnoki	111%	10
	Tiszafüredi	107%	23
	Törökszentmiklósi	94%	145
	Mezőtúri	91%	164
KOMÁROMI-ESZTERGOM	Dorogi	95%	133
	Esztergomi	98%	99
	Kisbéri	96%	129
	Komáromi	97%	116
	Oroszlányi	99%	76
	Tatai	107%	25
NÓGRÁD	Tatabányai	102%	50
	Balassagyarmati	93%	156
	Bátónyterenyei	96%	120
	Pásztói	94%	142
	Rétság	94%	141
	Salgótarjáni	100%	61
PEST	Szécsényi	98%	92
	Aszói	94%	143
	Ceglédi	103%	42
	Dabasi	98%	106
	Gödöllői	107%	22
	Monori	100%	65
	Nagykatyai	99%	71
	Ráckevei	97%	117
	Szobi	96%	127
	Váci	94%	148
SOMOGY	Budaörsi	109%	15
	Dunakeszi	106%	27
	Gyáli	100%	58
	Pilisvörösvári	102%	48
	Szentendre	103%	41
	Veresegyházi	99%	72
	Barcsi	97%	110
	Csurgói	98%	85
	Balatonlelle	94%	140
	Kaposvári	101%	57
ZALA	Lengyeltóti	102%	47
	Marcali	96%	130
	Nagyatádi	104%	39
	Siófoki	93%	158

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	98%	96
	Balatonföldvári	103%	45
	Baktalórántházai	102%	52
	Csengeri	109%	17
	Fehérgyarmati	92%	162
	Kisvárdai	93%	157
	Mátészalkai	109%	16
	Nagykállói	108%	21
	Nyírbátori	104%	37
	Nyíregyházi	112%	9
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	110%	12
	Vásárosnaményi	101%	54
	Ibrány–Nagyhalászi	109%	13
	Bonyhádi	107%	24
	Dombóvári	108%	19
	Paksi	94%	147
TOLNA	Szekszárdi	99%	82
	Tamási	112%	8
	Cellőmölki	96%	123
	Csepregi	100%	64
	Körmendi	95%	135
	Kőszegi	99%	75
VAS	Óriszentpéteri	99%	81
	Sárvári	97%	115
	Szentgotthárdi	101%	55
	Szombathelyi	92%	163
	Vasvári	98%	89
	Ajkai	98%	91
	Balatonalmádi	96%	119
	Balatonfüredi	98%	102
	Pápai	92%	160
	Sümegi	96%	118
VESZPRÉM	Tapolcai	108%	20
	Várpalotai	97%	108
	Veszprémi	93%	154
	Zirci	98%	87
	Keszthely–Hévízi	99%	70
	Lenti	104%	40
ZALA	Letenyei	104%	35
	Nagykanizsai	106%	28
	Zalaegerszegi	97%	109
	Zalaszentgróti	93%	155

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Daganatos betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	98%	94
	Mohácsi	117%	3
	Sásdi	95%	143
	Sellyei	108%	16
	Siklói	102%	50
	Szigetvári	99%	88
	Pécsi	119%	2
	Pécsvárad	99%	78
	Szentlőrinci	102%	47
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Miskolci	104%	38
	Edelényi	113%	4
	Encsi	111%	7
	Kazincbarcikai	96%	138
	Mezőkövesdi	98%	105
	Ózdi	109%	9
	Sárospataki	98%	99
	Sátoraljaújhegyi	95%	148
	Szerencsi	100%	64
	Sziksói	95%	145
	Tiszaújvárosi	113%	5
	Abaúj-Hégyközi	98%	102
	Bodrogközi	99%	73
Mezőcsáti	103%	43	
Tokaji	98%	98	
BÉKÉS	Békéscsabai	98%	97
	Mezőkovácsházai	96%	140
	Orosházai	95%	146
	Sarkadi	99%	75
	Szarvasi	98%	109
	Szeghalomi	97%	118
	Békési	98%	93
	Gyulai	97%	115
	Bajai	106%	25
	Bácsalmási	97%	124
BÁCS-KISKUN	Kalocsai	93%	159
	Kecskeméti	84%	167
	Kiskőrösi	96%	125
	Kiskunfélegyházi	97%	123
	Kiskunhalasi	99%	85
	Kiskunmajsai	99%	83
	Kunszentmiklósi	97%	112
	Jánoshalmi	97%	114

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	105%	28
CSONGRÁD	Csongrádi	99%	81
	Hódmezővásárhelyi	95%	149
	Kisteleki	100%	71
	Makói	97%	113
	Mórahalmi	98%	108
	Szegedi	120%	1
	Szentesi	98%	100
	Bicskei	102%	51
	Dunaújvárosi	101%	61
	Enyingi	96%	133
FEJÉR	Gárdonyi	95%	150
	Móri	95%	152
	Sárbogárdi	100%	63
	Székesfehérvári	103%	46
	Abai	99%	87
	Aonyi	103%	45
	Ercsi	97%	122
	Csornai	98%	90
	Győri	98%	103
	Kapuvári	100%	68
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	101%	55
	Sopron-Fertődi	98%	111
	Téti	0%	0
	Pannonhalmi	98%	92
	Balmazújvárosi	107%	20
	Berettyóújfalui	104%	33
	Debreceni	101%	54
	Hajdúböszörményi	100%	69
	Hajdúszoboszlói	102%	48
	Polgári	101%	60
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	98%	91
	Derecske-Létavértesi	89%	165
	Hajdúhadházi	104%	39
	Egri	96%	129
	Hevesi	92%	161
	Füzesabonyi	101%	58
	Gyöngyösi	96%	135
	Hatvani	99%	74
	Pétervársárai	108%	13
	Bélapátfalvai	96%	132
HEVES	Jászberényi	94%	157

Átlag: 5,3; Legkisebb érték: 4,44; Legnagyobb érték: 6,37

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	86%	166
	Kunszentmártoni	93%	160
	Szolnoki	106%	22
	Tiszafüredi	103%	41
	Törökszentmiklósi	91%	164
	Mezőtúri	91%	163
	Dorogi	96%	127
	Esztergomi	98%	104
	Kisbéri	96%	128
	Komáromi	98%	106
KOMÁROM-ESZTERGOM	Oroszlányi	100%	67
	Tatai	106%	24
	Tatabányai	104%	37
	Balassagyarmati	95%	155
	Bátonyterenyei	98%	101
	Pásztói	96%	139
	Rétságai	96%	142
	Salgótarjáni	101%	59
	Szécsényi	99%	86
	Aszódi	96%	136
NÓGRÁD	Ceglédi	104%	32
	Dabasi	99%	76
	Gödöllői	106%	26
	Monori	98%	96
	Nagykátai	100%	62
	Ráckevei	96%	126
	Szobi	97%	120
	Váci	96%	141
	Budaörsi	109%	11
	Dunakeszi	108%	15
PEST	Gyáli	102%	49
	Pilisvörösvári	103%	40
	Szentendre	105%	30
	Veresegyházi	99%	72
	Barcsi	97%	119
	Csurgói	100%	66
	Balatonlelle	95%	147
	Kaposvári	99%	77
	Lengyeltóti	101%	53
	Marcali	96%	137
SOMOGY	Nagyatádi	103%	42
	Siófoki	95%	151

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tabi	96%	131
	Balatonföldvári	101%	56
	Baktalórántházai	104%	36
	Csengeri	108%	18
	Fehérgyarmati	92%	162
	Kisvárdai	95%	144
	Mátészalkai	109%	10
	Nagykállói	107%	19
	Nyírbátori	104%	34
	Nyíregyházi	111%	6
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tiszavasvári	108%	12
	Vásárosnaményi	102%	52
	Ibrány-Nagyhalászi	108%	14
	Bonyhádi	106%	27
	Dombóvári	105%	29
	Paksi	94%	156
	Szekszárdi	98%	107
	Tamási	108%	17
	Cellőmölki	96%	130
	Csepregi	100%	65
TOLNA	Körmendi	97%	117
	Kőszegi	99%	80
	Óriszentpéteri	99%	82
	Sárvári	97%	121
	Szentgotthárdi	101%	57
	Szombathelyi	95%	153
	Vasvári	99%	79
	Ajkai	100%	70
	Balatonalmádi	98%	110
	Balatonfüredi	99%	84
VAS	Pápai	95%	154
	Sümegi	97%	116
	Tapolcai	106%	23
	Várpalotai	98%	95
	Veszprémi	94%	158
	Zirci	99%	89
	Keszthely-Hévízi	105%	31
	Lenti	104%	35
	Letenyei	106%	21
	Nagykanizsai	110%	8
VESZPRÉM	Zalaegerszegi	103%	44
	Zalaszentgróti	96%	132

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Keringési betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	76%	115
	Mohácsi	99%	66
	Sásdi	102%	60
	Sellyei	0%	0
	Siklósi	68%	133
	Szigetvári	93%	77
	Pécsi	77%	112
	Pécsvárad	93%	79
	Szentlőrinci	92%	81
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLEN	Miskolci	127%	34
	Edelényi	121%	42
	Encsi	90%	84
	Kazincbarcikai	69%	132
	Mezőkövesdi	110%	52
	Ózdi	84%	98
	Sárospataki	153%	15
	Sátoraljaújhelyi	0%	0
	Szerencsi	132%	28
	Sziksói	86%	92
	Tiszaújvárosi	99%	65
	Abaúj-Hegyközi	212%	5
	Bodrogközi	0%	0
Mezőcsáti	81%	106	
Tokaji	134%	26	
BÉKÉS	Békéscsabai	137%	23
	Mezőkovácsházai	126%	35
	Orosházai	120%	43
	Sarkadi	108%	57
	Szarvasi	145%	19
	Szeghalomi	111%	48
	Békési	163%	13
Gyulai	126%	36	
BÁCS-KISKUN	Bajai	124%	37
	Bácsalmási	130%	31
	Kalocsai	65%	137
	Kecskeméti	64%	140
	Kiskőrösi	57%	146
	Kiskunfélegyházai	121%	41
	Kiskunhalasi	76%	117
	Kiskunmajsai	148%	17
	Kunszentmiklósi	94%	74
Jánoshalmi	82%	104	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	90%	86
CSONGRÁD	Csongrádi	109%	55
	Hódmezővásárhelyi	109%	53
	Kisteleki	133%	27
	Makói	143%	20
	Mórahalomi	130%	32
	Szegedi	140%	21
	Szentesi	113%	46
	Bicskei	85%	95
	Dunaújvárosi	85%	93
	Enyingi	71%	127
	Gárdonyi	69%	131
	Móri	74%	120
FEJÉR	Sárbogárdi	53%	151
	Székesfehérvári	58%	144
	Abai	55%	149
	Ádonyi	122%	39
	Ercsi	65%	139
	Csornai	84%	96
	Győri	118%	45
	Kapuvári	99%	67
	Mosonmagyaróvári	78%	110
	Sopron-Fertődi	73%	125
GYŐR-MOSON-SOPRON	Téti	92%	80
	Pannonhalmi	95%	73
	Balmazújvárosi	164%	11
	Berettyóújfalui	181%	7
	Debreceni	53%	154
	Hajdúböszörményi	53%	152
	Hajdúszoboszlói	56%	147
Polgári	73%	123	
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	109%	54
	Derecske-Létavértesi	78%	109
	Hajdúhadházi	83%	100
	Egri	55%	148
	Hevesi	59%	143
	Füzesabonyi	65%	138
	Gyöngyösi	111%	49
	Hatvani	167%	10
	Pétervársai	92%	82
	Bélapátfalvai	71%	129
HEVES	Jászberényi	110%	50

Átlag: 1,02; Legkisebb érték: 0,43; Legnagyobb érték: 3,03

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOK	Karcagi	164%	12
	Kunszentmártoni	215%	4
	Szolnoki	42%	163
	Tiszafüredi	61%	142
	Törökszentmiklósi	130%	33
	Mezőtúri	101%	62
	Dorogi	78%	111
KOMÁROM-ESZTERGOM	Esztergomi	89%	87
	Kisbéri	80%	107
	Komáromi	96%	71
	Oroszlányi	121%	40
	Tatai	147%	18
NÓGRÁD	Tatabányai	90%	85
	Balassagyarmati	67%	134
	Bátónyterenyei	83%	99
	Pásztói	83%	101
	Rétságai	91%	83
	Salgótarjáni	296%	1
	Szécsényi	113%	47
PEST	Aszódi	97%	70
	Ceglédi	101%	61
	Dabasi	51%	158
	Gödöllői	131%	29
	Monori	75%	118
	Nagykatái	86%	91
	Ráckevei	97%	69
	Szobi	109%	56
	Váci	97%	68
	Budaörsi	72%	126
	Dunakeszi	88%	88
	Gyáli	110%	51
	Pilisvörösvári	99%	63
	Szentendre	107%	59
	Veresegyházi	84%	97
SOMOGY	Barcsi	96%	72
	Csurgó	258%	2
	Balatonlellei	87%	89
	Kaposvári	54%	150
	Lengyeltóti	94%	75
	Marcali	108%	58
	Nagyatádi	79%	108
	Siófoki	74%	121

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	0%	0
	Balatonföldvári	99%	64
	Baktalórántházai	76%	116
	Csengeri	58%	145
	Fehérgyarmati	171%	9
	Kisvárdai	47%	159
	Mátészalkai	43%	162
	Nagykállói	53%	153
	Nyírbátori	67%	136
	Nyíregyházi	52%	157
	Tiszavasvári	52%	155
	Vásárosnaményi	157%	14
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Ibrány-Nagyhalászi	52%	156
	Bonyhádi	61%	141
	Dombóvári	76%	114
	Paksi	70%	130
	Szekszárdi	45%	160
	Tamási	93%	78
	Tolnai	61%	141
VAS	Cellőmölki	138%	22
	Csepregi	83%	102
	Körmendi	131%	30
	Kőszegi	149%	16
	Óriszentpéteri	136%	24
	Sárvári	85%	94
	Szentgotthárdi	120%	44
	Szombathelyi	81%	105
	Vasvári	0%	0
	Veszprémi	82%	103
VESZPRÉM	Balatonalmádi	71%	128
	Balatonfüredi	73%	122
	Pápai	45%	161
	Sümegi	86%	90
	Tapolcai	77%	113
	Várpalotai	73%	124
	Veszprémi	67%	135
	Zirci	75%	119
	Zalaegerszegi	195%	6
	Zalaesztendi	135%	25
ZALA	Letenyei	216%	3
	Nagykanizsai	124%	38
	Zalaegerszegi	174%	8
Zalaszentgróti	93%	76	

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Keringési betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	77%	116
	Mohácsi	97%	69
	Sásdi	105%	58
	Sellyei	0%	0
	Siklói	80%	107
	Szigetvári	91%	85
	Pécsi	78%	114
	Pécsváradi	92%	81
	Szentlőrinci	92%	80
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Miskolci	132%	25
	Edelényi	117%	42
	Encsi	93%	78
	Kazincbarcikai	81%	104
	Mezőkövesdi	114%	46
	Ózdi	92%	83
	Sárospataki	160%	13
	Sátoraljaújhelyi	0%	0
	Szerencsi	131%	27
	Sziksói	86%	93
	Tiszaújvárosi	101%	62
	Abaúj-Hegyközi	212%	4
BÉKÉS	Bodrogközi	0%	0
	Mezőcsáti	92%	82
	Tokaji	134%	23
	Békéscsabai	138%	21
	Mezőkovácsházai	125%	37
	Orosházai	125%	36
	Sarkadi	112%	49
	Szarvasi	150%	16
	Szeghalomi	111%	50
	Békési	165%	10
BÁCS-KISKUN	Gyulai	128%	31
	Bajai	124%	39
	Bácsalmási	128%	32
	Kalocsai	68%	139
	Kecskeméti	67%	140
	Kiskőrösi	61%	144
	Kiskunfélegyházai	116%	45
	Kiskunhalasi	79%	113
	Kiskunmajsai	140%	19
	Kunszentmiklósi	94%	74
Jánoshalmi	80%	108	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	95%	73
CSONGRÁD	Csongrádi	108%	56
	Hódmezővásárhelyi	110%	53
	Kisteleki	129%	30
	Makói	138%	22
	Mórahalomi	130%	28
	Szegedi	139%	20
	Szentesi	111%	51
	Bicskei	79%	111
	Dunaújvárosi	82%	103
FEJÉR	Enyingi	68%	138
	Gárdonyi	59%	146
	Móri	66%	141
	Sárbogárdi	51%	157
	Székesfehérvári	51%	155
	Abai	50%	158
	Adonyi	123%	40
	Ercsi	68%	136
	Csornai	79%	112
	Győri	110%	52
GYŐR-MOSON-SOPRON	Kapuvári	96%	71
	Mosonmagyaróvári	73%	123
	Sopron-Fertődi	69%	134
	Téti	89%	89
	Pannonhalmi	93%	79
	Balmazújvárosi	161%	12
HAJDÚ-BIHAR	Berettyóújfalui	174%	7
	Debreceni	52%	154
	Hajdúböszörményi	53%	153
	Hajdúszoboszlói	58%	148
	Polgári	72%	131
	Püspökladányi	103%	60
	Derecske-Létavértesi	77%	117
	Hajdúhadházi	87%	92
	Egri	76%	121
	Hevesi	73%	125
HEVES	Füzesabonyi	82%	102
	Gyöngyösi	126%	35
	Hatvani	174%	8
	Pétervársárai	108%	55
	Bélapátfalvai	83%	100
	Jászberényi	112%	47

Átlag: 1,01; Legkisebb érték: 0,45; Legnagyobb érték: 2,85

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	162%	11
	Kunszentmártoni	213%	3
	Szolnoki	50%	159
	Tiszafüredi	64%	143
	Törökszentmiklósi	132%	26
	Mezőtúri	98%	67
	Dorogi	73%	124
	Esztergomi	86%	96
	Kisbéri	77%	118
KOMÁROM-ESZTERGOM	Komáromi	95%	72
	Oroszlányi	117%	43
	Tatai	144%	17
	Tatabányai	86%	95
	Balassagyarmati	71%	132
	Bátonyterenyeyi	78%	115
NÓGRÁD	Pásztói	76%	119
	Rétsági	89%	91
	Salgótarjáni	284%	1
	Szécsényi	112%	48
	Aszódi	93%	77
	Ceglédi	98%	68
PEST	Dabasi	48%	161
	Gödöllői	127%	34
	Monori	68%	137
	Nagykátai	85%	97
	Ráckevei	91%	84
	Szobi	103%	61
	Váci	99%	64
	Budaörsi	72%	129
	Dunakeszi	86%	94
	Gyáli	105%	57
SOMOGY	Pilisvörösvári	96%	70
	Szentendre	104%	59
	Veresegyházi	83%	101
	Barcsi	98%	66
	Csurgói	246%	2
	Balatonlelle	89%	90
	Kaposvári	48%	160
	Lengyeltóti	94%	76
	Marcali	109%	54
	Nagyatádi	76%	120
Siófoki	72%	130	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tabi	0%	0
	Balatonföldvári	99%	65
	Baktalórántházai	81%	105
	Csengeri	60%	145
	Fehérgyarmati	171%	9
	Kisvárdai	51%	156
	Mátészalkai	45%	163
	Nagykállói	58%	149
	Nyírbátori	68%	135
	Nyíregyházi	54%	152
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tiszavasvári	56%	151
	Vásárosnaményi	151%	15
	Ibrány-Nagyhalászi	56%	150
	Bonyhádi	72%	128
	Dombóvári	89%	88
	Paksi	83%	99
	Szekszárdi	59%	147
	Tamási	101%	63
	Cellődömlői	133%	24
	Csepregi	80%	109
TOLNA	Körmendi	125%	38
	Kőszegi	144%	18
	Óriszentpéteri	129%	29
	Sárvári	90%	87
	Szentgotthárdi	120%	41
	Szombathelyi	81%	106
	Vasvári	0%	0
	Ajkai	90%	86
	Balatonalmádi	70%	133
	Balatonfüredi	74%	122
VAS	Pápai	46%	162
	Sümegi	84%	98
	Tapolcai	80%	110
	Várpalotai	72%	127
	Veszprémi	66%	142
	Zirci	73%	126
	Keszthely-Hévízi	179%	6
	Lenti	128%	33
	Letenyei	208%	5
	VESZPRÉM	Nagykanizsai	117%
Zalaegerszegi		158%	14
Zalaszentgróti		94%	75

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Egyéb betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komló	155%	14
	Mohácsi	79%	117
	Sásdi	88%	91
	Sellyei	92%	73
	Siklói	93%	71
	Szigetvári	169%	12
	Pécsi	91%	77
	Pécsvárad	89%	84
	Szentlőrinc	80%	116
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN	Miskolci	92%	76
	Edelényi	63%	160
	Encsi	71%	137
	Kazincbarcikai	73%	131
	Mezőkövesdi	100%	59
	Ózdi	135%	25
	Sárospataki	118%	37
	Sátoraljaújhegyi	146%	18
	Szerencsi	87%	93
	Szikszói	74%	128
	Tiszaújvárosi	68%	148
	Abaúj-Hegyközi	84%	106
	Bodrogközi	113%	45
Mezőcsáti	78%	119	
Tokaji	94%	67	
BÉKÉS	Békéscsabai	89%	83
	Mezőkovácsházai	86%	95
	Orosházai	181%	8
	Sarkadi	60%	163
	Szarvasi	88%	89
	Szeghalomi	83%	109
BÁCS-KISKUN	Békési	92%	75
	Gyulai	63%	159
	Bajai	130%	28
	Bácsalmási	140%	21
	Kalocsai	141%	20
BÁCS-KISKUN	Kecskeméti	62%	161
	Kiskőrösi	99%	63
	Kiskunfélegyházi	86%	99
	Kiskunhalasi	113%	44
	Kiskunmajsai	104%	54
	Kunszentmiklósi	56%	165
	Jánoshalmi	131%	27

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	110%	49
CSONGRÁD	Csongrádi	70%	140
	Hódmezővásárhelyi	90%	82
	Kisteleki	65%	153
	Makói	163%	13
	Mórahalmi	53%	168
	Szegedi	55%	167
	Szentesi	56%	166
	Bicskei	90%	81
	Dunaújvárosi	78%	120
FEJÉR	Enyingi	81%	113
	Gárdonyi	84%	103
	Móri	73%	132
	Sárbogárdi	101%	58
	Székesfehérvári	84%	107
	Abai	74%	129
	Ádonyi	85%	100
	Ercsi	99%	64
	Csornai	152%	15
	Győri	139%	23
GYŐR-MOSON-SOPRON	Kapuvári	80%	114
	Mosonmagyaróvári	172%	10
	Sopron-Fertődi	112%	47
	Téti	142%	19
	Pannonhalmi	116%	41
	Balmazújvárosi	68%	150
HAJDÚ-BIHAR	Berettyóújfalui	116%	42
	Debreceni	129%	29
	Hajdúböszörményi	91%	79
	Hajdúszoboszlói	89%	86
	Polgári	69%	144
	Püspökladányi	72%	134
	Derecske-Létavértesi	68%	149
	Hajdúhadházi	89%	87
	Egri	99%	65
	Hevesi	69%	145
HEVES	Füzesabonyi	69%	143
	Gyöngyösi	82%	111
	Hatvani	100%	60
	Pétervársai	76%	122
	Bélapátfalvai	72%	135
	Jászberényi	85%	102

Átlag: 0,41; Legkisebb érték: 0,22; Legnagyobb érték: 1,05

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOK	Karcagi	253%	1
	Kunszentmártoni	86%	96
	Szolnoki	107%	51
	Tiszafüredi	196%	5
	Törökszentmiklósi	94%	69
	Mezőtúri	104%	55
	Dorogi	65%	156
	Esztergomi	70%	141
	Kisbéri	100%	61
KOMÁROM-ESZTERGOM	Komáromi	127%	30
	Oroszlányi	83%	110
	Tatai	113%	46
	Tatabányai	95%	66
	Balassagyarmati	112%	48
NÓGRÁD	Bátónyterenyei	65%	155
	Pásztói	80%	115
	Rétság	122%	33
	Salgótarjáni	58%	164
	Szécsényi	94%	68
	Aszódi	82%	112
PEST	Ceglédi	74%	125
	Dabasi	99%	62
	Gödöllői	103%	56
	Monori	92%	72
	Nagykatyai	83%	108
	Ráckevei	113%	43
	Szobi	70%	142
	Váci	89%	85
	Budaörsi	124%	31
	Dunakeszi	105%	53
	Gyáli	86%	98
	Pilisvörösvári	91%	78
	Szentendre	106%	52
	Veresegyházi	84%	105
	Barcsi	123%	32
Csurgói	107%	50	
Balatonlelle	86%	97	
Kaposvári	88%	92	
Lengyeltóti	73%	130	
Marcali	72%	136	
Nagyatádi	118%	38	
Siófoki	88%	88	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	74%	127
	Balatonföldvári	87%	94
	Baktalórántházai	71%	138
	Csengeri	68%	147
	Fehérgyarmati	103%	57
	Kisvárdai	74%	126
	Mátészalkai	65%	154
	Nagykállói	67%	152
	Nyírbátori	61%	162
	Nyíregyházi	68%	151
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	64%	157
	Vásárosnaményi	172%	11
	Ibrány-Nagyhalászi	73%	133
	Bonyhádi	90%	80
	Dombóvári	148%	17
	Paksi	77%	121
TOLNA	Szekszárdi	84%	104
	Tamási	116%	40
	Cellőmölki	182%	7
	Csepregi	179%	9
	Körmendi	218%	4
VAS	Kőszegi	140%	22
	Óriszentpéteri	229%	3
	Sárvári	183%	6
	Szentgotthárdi	235%	2
	Szombathelyi	152%	16
	Vasvári	136%	24
	Ajkai	88%	90
	Balatonalmádi	68%	146
	Balatonfüredi	93%	70
	Pápai	79%	118
VESZPRÉM	Sümei	85%	101
	Tapolcai	70%	139
	Várpalotai	63%	158
	Veszprémi	76%	123
	Zirci	75%	124
	Keszthely-Hévízi	92%	74
	Lenti	119%	35
ZALA	Letenyei	120%	34
	Nagykanizsai	118%	39
	Zalaegerszegi	134%	26
	Zalaszentgróti	118%	36

Egynapos ellátások átlagos kistérségi súlyszámai - Egyéb betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	140%	14
	Mohácsi	93%	94
	Sásdi	91%	102
	Sellyei	108%	50
	Siklói	107%	52
	Szigetvári	152%	11
	Pécsi	103%	68
	Pécsváradi	94%	92
	Szentlőrinci	96%	87
	Miskolci	114%	39
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Edelényi	89%	110
	Encsi	91%	104
	Kazincbarcikai	99%	82
	Mezőkövesdi	122%	25
	Ózdi	131%	20
	Sárospataki	118%	33
	Sátoraljaújhelyi	141%	12
	Szerencsi	109%	49
	Sziksói	94%	91
	Tiszaújvárosi	94%	93
BÉKÉS	Abaúj-Hegyközi	102%	72
	Bodrogközi	109%	47
	Mezőcsáti	104%	65
	Tokaji	116%	35
	Békéscsabai	92%	99
	Mezőkovácsházai	64%	155
	Orosházai	158%	8
	Sarkadi	39%	167
	Szarvasi	101%	76
	Szeghalomi	71%	151
BÁCS-KISKUN	Békési	110%	44
	Gyulai	35%	168
	Bajai	122%	27
	Bácsalmási	126%	22
	Kalocsai	131%	19
	Kecskeméti	51%	162
	Kiskőrösi	88%	112
	Kiskunfélegyházi	95%	89
	Kiskunhalasi	110%	43
	Kiskunmajsai	108%	51
Kunszentmiklósi	47%	164	
Jánoshalmi	122%	26	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	107%	56
CSONGRÁD	Csongrádi	68%	153
	Hódmezővásárhelyi	83%	131
	Kisteleki	65%	154
	Makói	112%	40
	Mórahalomi	42%	165
	Szegedi	53%	160
	Szentesi	48%	163
	Bicskei	91%	101
	Dunaújvárosi	56%	158
	Enyingi	87%	114
FEJÉR	Gárdonyi	77%	146
	Móri	84%	129
	Sárbogárdi	104%	64
	Székesfehérvári	86%	120
	Abai	72%	150
	Azonyi	62%	156
	Ercsi	91%	106
	Csornai	119%	31
	Győri	119%	32
	Kapuvári	90%	107
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	133%	16
	Sopron-Fertődi	103%	69
	Téti	119%	30
	Pannonhalmi	102%	73
	Balmazújvárosi	91%	105
	Berettyóújfalui	132%	18
	Debreceni	139%	15
	Hajdúböszörményi	107%	53
	Hajdúszoboszlói	104%	62
	Polgári	86%	121
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	93%	95
	Derecske-Létavértesi	87%	115
	Hajdúhadházi	106%	57
	Egri	122%	24
	Hevesi	100%	80
	Füzesabonyi	97%	86
	Gyöngyösi	105%	59
	Hatvani	117%	34
	Pétervársárai	104%	63
	Bélapátfalvai	91%	100
HEVES	Jászberényi	104%	61

Átlag: 0,41; Legkisebb érték: 0,14; Legnagyobb érték: 0,97

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	238%	1
	Kunszentmártoni	104%	60
	Szolnoki	123%	23
	Tiszafüredi	182%	4
	Törökszentmiklósi	115%	37
	Mezőtúri	121%	28
	Dorogi	81%	135
	Esztergomi	84%	130
	Kisbéri	93%	96
	Komáromi	104%	66
KOMÁROM-ESZTERGOM	Oroszlányi	88%	113
	Tatai	99%	84
	Tatabányai	91%	103
	Balassagyarmati	100%	77
	Bátonyterenyei	86%	118
	Pásztói	87%	116
	Rétságai	115%	36
	Salgótarjáni	73%	149
	Szécsényi	99%	81
	Aszódi	93%	97
NÓGRÁD	Ceglédi	80%	136
	Dabasi	95%	88
	Gödöllői	102%	70
	Monori	88%	111
	Nagykátai	90%	109
	Ráckevei	109%	48
	Szobi	80%	140
	Váci	86%	119
	Budaörsi	111%	41
	Dunakeszi	100%	79
PEST	Gyáli	86%	122
	Pilisvörösvári	95%	90
	Szentendre	101%	74
	Veresegyházi	84%	125
	Barcsi	110%	42
	Csurgói	100%	78
	Balatonlelle	93%	98
	Kaposvári	54%	159
	Lengyeltóti	84%	128
	Marcali	85%	124
SOMOGY	Nagyatádi	107%	55
	Siófoki	97%	85

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tabi	79%	143
	Balatonföldvári	90%	108
	Baktalórántházai	78%	145
	Csengeri	81%	133
	Fehérgyarmati	101%	75
	Kisvárdai	60%	157
	Mátészalkai	80%	138
	Nagykállói	79%	142
	Nyírbátori	78%	144
	Nyíregyházi	79%	141
SZABOLCS-SZATMÁR-BÉREG	Tiszavasvári	81%	134
	Vásárosnaményi	165%	7
	Ibrány-Nagyhalászi	82%	132
	Bonyhádi	102%	71
	Dombóvári	132%	17
	Paksi	85%	123
	Szekszárdi	99%	83
	Tamási	106%	58
	Cellődömlői	152%	10
	Csepregi	156%	9
TOLNA	Körmenyi	181%	5
	Kőszegi	126%	21
	Óriszentpéteri	186%	3
	Sárvári	165%	6
	Szentgotthárdi	188%	2
	Szombathelyi	140%	13
	Vasvári	120%	29
	Ajkai	84%	126
	Balatonalmádi	53%	161
	Balatonfüredi	70%	152
VAS	Pápai	80%	139
	Sümegi	84%	127
	Tapolcai	80%	137
	Várpalotai	74%	147
	Veszprémi	40%	166
	Zirci	73%	148
	Keszthely-Hévízi	86%	117
	Lenti	109%	45
	Letenyei	109%	46
	Nagykanizsai	103%	67
VESZPRÉM	Zalaegerszegi	115%	38
	Zalaszentgróti	107%	54

15. melléklet: Kistérségei egyenlőtlenségi rangsorai

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszámai - Összes beteg 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komló	97%	120
	Mohácsi	100%	81
	Sásdi	105%	22
	Sellyei	101%	67
	Siklósi	112%	3
	Szigetvári	108%	13
	Pécsi	104%	30
	Pécsváradi	102%	50
	Szentlőrinci	111%	7
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN	Miskolci	95%	140
	Edelényi	92%	161
	Encsi	92%	163
	Kazincbarcikai	93%	160
	Mezőkövesdi	97%	111
	Ózdi	98%	101
	Sárospataki	94%	158
	Sátoraljaújhelyi	95%	150
	Szerencsi	96%	133
	Szikszói	92%	165
	Tiszaújvárosi	94%	155
	Abauj-Hegyközi	93%	159
BÉKÉS	Bodrogközi	94%	157
	Mezőcsáti	94%	152
	Tokaji	98%	98
	Békéscsabai	107%	15
	Mezőkovácsházai	99%	93
	Orosházai	112%	5
	Sarkadi	100%	82
BÁCS-KISKUN	Szarvasi	105%	25
	Szeghalomi	94%	156
	Békési	102%	57
	Gyulai	108%	12
	Bajai	100%	84
BÁCS-KISKUN	Bácsalmási	101%	72
	Kalocsai	102%	53
	Kecskeméti	94%	151
	Kiskőrösi	99%	89
	Kiskunfélegyházi	89%	167
	Kiskunhalasi	97%	118
	Kiskunmajsai	102%	51
	Kunszentmiklósi	95%	144
	Jánoshalmi	97%	124

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	104%	33
CSONGRÁD	Csongrádi	109%	10
	Hódmezővásárhelyi	113%	2
	Kisteleki	102%	59
	Makói	96%	132
	Mórahalomi	98%	96
	Szegedi	97%	117
	Szentesi	107%	16
	Bicskei	105%	28
	Dunaújvárosi	106%	19
FEJÉR	Enyingi	97%	123
	Gárdonyi	102%	55
	Móri	105%	26
	Sárbogárdi	102%	60
	Székesfehérvári	101%	73
	Abai	103%	43
	Adonyi	103%	35
	Ercsi	105%	24
	Csornai	98%	104
	Győri	94%	154
GYŐR-MOSON-SOPRON	Kapuvári	98%	107
	Mosonmagyaróvári	96%	126
	Sopron-Fertődi	95%	147
	Téti	96%	134
	Pannonhalmi	97%	115
	Balmazújvárosi	104%	31
HAJDÚ-BIHAR	Berettyóújfalui	91%	166
	Debreceni	117%	1
	Hajdúböszörményi	103%	44
	Hajdúszoboszlói	100%	83
	Polgári	101%	62
	Püspökladányi	98%	97
	Derecske-Létavértesi	101%	65
	Hajdúhadházi	110%	8
	Egri	102%	45
	Hevesi	102%	46
HEVES	Füzesabonyi	101%	74
	Gyöngyösi	101%	66
	Hatvani	98%	108
	Pétervására	100%	78
	Bélapátfalvai	105%	27
	Jászberényi	102%	56

Átlag: 1.88; Legkisebb érték: 1.63; Legnagyobb érték: 2.2

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	97%	110
	Kunszentmártoni	103%	42
	Szolnoki	101%	71
	Tiszafüredi	100%	85
	Törökszentmiklósi	102%	54
	Mezőtúri	102%	47
	Dorogi	101%	75
KOMÁROM-ESZTERGOM	Esztergomi	103%	40
	Kisbéri	97%	112
	Komáromi	95%	148
	Oroszlányi	106%	20
	Tatai	101%	76
	Tatabányai	98%	109
NÓGRÁD	Balassagyarmati	95%	143
	Bátonyterenyei	99%	91
	Páztói	96%	127
	Rétság	95%	149
	Salgótarjáni	96%	128
	Szécsényi	97%	119
PEST	Aszódi	103%	41
	Ceglédi	98%	103
	Dabasi	106%	18
	Gödöllői	103%	36
	Monori	99%	94
	Nagykátai	96%	130
	Ráckevei	96%	138
	Szobi	97%	114
	Váci	101%	69
	Budaörsi	95%	146
	Dunakeszi	105%	23
	Gyáli	100%	86
	Pilisvörösvári	102%	48
	Szentendre	104%	29
Veresegyházi	97%	116	
SOMOGY	Barcsi	99%	90
	Csurgói	95%	139
	Balatonlelle	102%	58
	Kaposvári	101%	77
	Lengyeltóti	99%	92
	Marcali	99%	95
	Nagyatádi	96%	129
	Siófoki	100%	80

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszám az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	98%	99
	Balatonföldvári	101%	70
	Baktalórántházai	92%	164
	Csengeri	97%	121
	Fehérgyarmati	94%	153
	Kisvárdai	96%	135
	Mátészalkai	95%	141
	Nagykállói	96%	125
	Nyírbátori	96%	131
	Nyíregyházi	95%	142
	Tiszavasvári	92%	162
	Vásárosnaményi	96%	137
TOLNA	Ibrány-Nagyhalászi	86%	168
	Bonyhádi	102%	49
	Dombóvári	101%	68
	Paksi	106%	21
	Szekszárdi	104%	32
	Tamási	112%	4
VAS	Cellőmölki	98%	105
	Csepregi	103%	37
	Körmendi	96%	136
	Kőszegi	101%	63
	Óriszentszéki	97%	113
	Sárvári	99%	88
	Szentgotthárdi	98%	100
	Szombathelyi	101%	64
	Vasvári	103%	39
	Ajkai	98%	106
VESZPRÉM	Balatonalmádi	95%	145
	Balatonfüredi	102%	61
	Pápai	109%	11
	Sümegi	97%	122
	Tapolcai	98%	102
	Várpalotai	108%	14
	Veszprémi	99%	87
	Zirci	103%	34
	Keszthelyi-Hévízi	111%	6
	Lenti	107%	17
ZALA	Letenyei	103%	38
	Nagykanizsai	100%	79
	Zalaegerszegi	102%	52
	Zalaszentgróti	110%	9

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Összes beteg 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	96%	133
	Mohácsi	98%	94
	Sásdi	106%	24
	Sellyei	104%	34
	Siklói	112%	3
	Szigetvári	110%	6
	Pécsi	105%	29
	Pécsváradi	103%	45
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Szentlőrinci	110%	7
	Miskolci	96%	139
	Edelényi	97%	123
	Encsi	91%	165
	Kazincbarcikai	91%	166
	Mezőkövesdi	98%	107
	Ózdi	99%	85
	Sárospataki	96%	131
	Sátoraljaújhelyi	98%	99
	Szerencsi	97%	125
	Szikszói	94%	158
	Tiszaújvárosi	96%	134
BÉKÉS	Abaúj-Hegyközi	93%	163
	Bodroghközi	95%	150
	Mezőcsáti	95%	147
	Tokaji	97%	111
	Békéscsabai	107%	19
	Mezőkovácsházai	98%	98
	Orosházai	110%	5
	Sarkadi	100%	75
	Szarvasi	105%	30
	Szeghalomi	94%	157
BÁCS-KISKUN	Békési	100%	84
	Gyulai	107%	18
	Bajai	97%	109
	Bácsalmási	98%	97
	Kalocsa	103%	37
	Kecskeméti	93%	162
	Kiskőrösi	99%	87
	Kiskunfélegyházi	89%	167
	Kiskunhalasi	97%	120
	Kiskunmajsai	102%	54
HEVES	Kunszentmiklósi	94%	159
	Jánoshalmi	95%	151

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
BP	Budapesti	102%	53	
CSONGRÁD	Csongrádi	108%	15	
	Hódmezővásárhelyi	114%	2	
	Kisteleki	101%	58	
	Makói	98%	106	
	Mórahalomi	97%	116	
	Szegedi	98%	101	
	Szentesi	108%	13	
	FEJÉR	Bicskei	106%	21
		Dunaújvárosi	106%	22
		Enyingi	97%	126
Gárdonyi		101%	60	
Móri		107%	20	
Sárbogárdi		101%	66	
Székesfehérvári		102%	46	
Abai		105%	26	
Adonyi		101%	68	
Ercsi		105%	28	
GYŐR-MOSON-SOPRON	Csornai	96%	130	
	Aszód	96%	132	
	Kapuvári	96%	135	
	Mosonmagyaróvári	96%	128	
	Sopron-Fertődi	95%	146	
	Téti	96%	140	
	Pannonhalmi	97%	112	
	Balmazújvárosi	103%	43	
	Berettyóújfalui	92%	164	
	Debreceni	116%	1	
HAJDÚ-BIHAR	Hajdúböszörményi	101%	65	
	Hajdúszoboszlói	100%	72	
	Polgári	104%	32	
	Püspökladányi	103%	44	
	Derecske-Létavértesi	102%	48	
	Hajdúhadházi	109%	10	
	Egri	104%	35	
	Hevesi	100%	81	
	Füzesabonyi	101%	57	
	Gyöngyösi	99%	91	
SOMEGY	Hatvani	98%	96	
	Pétervársárai	99%	86	
	Bélapátfalvai	105%	27	
	Jászberényi	101%	62	

Átlag: 1.89; Legkisebb érték: 1.68; Legnagyobb érték: 2.2

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	100%	78
	Kunszentmártoni	101%	61
	Szolnoki	102%	47
	Tiszafüredi	100%	79
	Törökszentmiklósi	101%	55
	Mezőtúri	101%	67
	Dorogi	98%	95
	Esztergomi	100%	77
KOMÁROM-ESZTERGOM	Kisbéri	98%	105
	Komáromi	96%	142
	Oroszlányi	107%	16
	Tatai	101%	70
	Tatabányai	97%	113
	Balassagyarmati	94%	154
	Bátonyterenyeyi	94%	153
	Páztói	96%	143
	Rétság	93%	160
	Salgótarjáni	94%	156
NÓGRÁD	Szécsényi	96%	127
	Ceglédi	101%	59
	Dabasi	108%	12
	Gödöllői	104%	33
	Monori	97%	110
	Nagykátai	97%	108
	Ráckevei	97%	114
	Szobi	99%	93
	Váci	101%	56
	Budaörsi	95%	148
PEST	Dunakeszi	108%	14
	Gyáli	103%	39
	Pilisvörösvári	105%	31
	Szentendre	105%	25
	Veresegyházi	102%	52
	Barcsi	97%	121
	Csurgói	96%	129
	Balatonlelle	101%	69
	Kaposvári	101%	64
	Lengyeltóti	98%	100
SOMEGY	Marcali	99%	89
	Nagyatádi	96%	137
	Siófoki	100%	83

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	95%	145	
	Balatonföldvári	101%	63	
	Baktalórántházai	95%	152	
	Csengeri	96%	136	
	Fehérgyarmati	95%	144	
	Kisvárdai	97%	119	
	Mátészalkai	98%	103	
	Nagykállói	99%	88	
	Nyírbátori	98%	104	
	Nyíregyházi	96%	141	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	93%	161	
	Vásárosnaményi	99%	90	
	Ibrány-Nagyhalászi	89%	168	
	Bonyhádi	102%	49	
	Dombóvári	100%	76	
	Paksi	106%	23	
	Szekszárdi	103%	38	
	Tamási	111%	4	
	TOLNA	Cellőmölki	96%	138
		Csepregi	103%	41
Körmendi		95%	149	
Kőszegi		102%	51	
Óriszentpéteri		97%	124	
Sárvári		98%	102	
Szentgotthárdi		99%	92	
Szombathelyi		100%	73	
Vasvári		102%	50	
Ajkai		97%	118	
VAS	Balatonalmádi	94%	155	
	Balatonfüredi	100%	80	
	Pápai	107%	17	
	Sümegi	97%	117	
	Tapolcai	97%	122	
	Várpalotai	109%	8	
	Veszprémi	101%	71	
	Zirci	104%	36	
	VESZPRÉM	Keszthely-Hévízi	109%	9
		Lenti	103%	42
Letenyei		100%	82	
Nagykanizsai		97%	115	
Zalaegerszegi		100%	74	
Zalaszentgróti		108%	11	

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Daganatos betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komló	96%	113
	Mohácsi	104%	48
	Sásdi	97%	107
	Sellyei	99%	90
	Siklósi	95%	125
	Szigetvári	109%	22
	Pécsi	97%	110
	Pécsváradi	102%	68
	Szentlőrinci	98%	93
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLEN	Miskolci	76%	168
	Edelényi	88%	152
	Encsi	87%	159
	Kazincbarcikai	78%	167
	Mezőkövesdi	82%	166
	Ózdi	89%	151
	Sárospataki	94%	128
	Sátoraljaújhegyi	98%	99
	Szerencsi	91%	144
	Sziksói	88%	156
	Tiszaújvárosi	84%	165
	Abaúj-Hegyközi	90%	146
	Bodrogközi	90%	145
Mezőcsáti	85%	162	
Tokaji	88%	157	
BÉKÉS	Békéscsabai	129%	1
	Mezőkovácsházai	102%	61
	Orosházai	116%	7
	Sarkadi	109%	21
	Szarvasi	123%	4
	Szeghalomi	107%	32
BÉKÉSI	Békési	113%	12
	Gyulai	98%	100
	Bajai	97%	109
BÁCS-KISKUN	Bácsalmási	99%	85
	Kalocsai	98%	97
	Kecskeméti	93%	134
	Kiskőrösi	96%	112
	Kiskunfélegyházi	100%	80
	Kiskunhalasi	95%	123
BÁCS-KISKUN	Kiskunmajsai	98%	96
	Kunszentmiklósi	98%	95
	Jánoshalmi	96%	114

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	92%	137
CSONGRÁD	Csongrádi	113%	16
	Hódmezővásárhelyi	107%	35
	Kisteleki	85%	164
	Makói	85%	163
	Mórahalmi	91%	142
	Szegedi	89%	148
	Szentesi	120%	5
	Bicskei	104%	53
	Dunaújvárosi	100%	79
FEJÉR	Enyingi	107%	28
	Gárdonyi	105%	44
	Móri	99%	89
	Sárbogárdi	96%	111
	Székesfehérvári	113%	13
	Abai	104%	55
	Adonyi	106%	43
	Ercsi	93%	132
	Csornai	112%	19
GYŐR-MOSON-SOPRON	Győri	108%	25
	Kapuvári	113%	17
	Mosonmagyaróvári	109%	23
	Sopron-Fertődi	99%	88
	Téti	107%	31
	Pannonhalmi	99%	84
HAJDÚ-BIHAR	Balmazújvárosi	108%	24
	Berettyóújfalui	91%	141
	Debreceni	94%	126
	Hajdúböszörményi	101%	71
	Hajdúszoboszlói	91%	143
	Polgári	103%	58
	Püspökladányi	89%	149
	Derecske-Létavértesi	94%	127
	Hajdúhadházi	103%	57
	Egri	112%	18
	Hevesi	106%	38
HEVES	Füzesabonyi	104%	50
	Gyöngyösi	94%	130
	Hatvani	100%	82
	Pétervársárai	106%	39
	Bélapátfalvai	102%	63
	Jászberényi	107%	34

Átlag: 4.02; Legkisebb érték: 3.05; Legnagyobb érték: 5.18

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	95%	122
	Kunszentmártoni	100%	83
	Szolnoki	92%	138
	Tiszafüredi	94%	131
	Törökszentmiklósi	87%	161
	Mezőtúri	87%	160
KOMÁROM-ESZTERGOM	Dorogi	88%	153
	Esztergomi	106%	41
	Kisbéri	107%	27
	Komáromi	101%	74
	Oroszlányi	111%	20
	Tatai	107%	36
Tatabányai	114%	11	
NÓGRÁD	Balassagyarmati	89%	147
	Bátontyeregyesi	101%	72
	Pásztói	95%	124
	Rétságai	97%	104
	Salgótarjáni	97%	108
	Szécsényi	94%	129
PEST	Aszódi	103%	56
	Ceglédi	96%	115
	Dabasi	88%	154
	Gödöllői	96%	117
	Monori	101%	73
	Nagykátai	104%	51
	Ráckevei	93%	133
	Szobi	92%	135
	Váci	97%	106
	Budaörsi	97%	103
	Dunakeszi	99%	87
	Gyáli	102%	64
	Pilisvörösvári	89%	150
	Szentendre	97%	105
Veresegyházi	101%	75	
SOMOGY	Barcsi	96%	118
	Csurgói	98%	92
	Balatonlellei	91%	139
	Kaposvári	88%	155
	Lengyeltóti	100%	77
	Marcali	88%	158
	Nagyatádi	104%	45
	Siófoki	106%	40

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	103%	60	
	Balatonföldvári	95%	120	
	Baktalórántházai	102%	65	
	Csengeri	100%	81	
	Fehérgyarmati	98%	98	
	Kisvárdai	92%	136	
	Mátészalkai	99%	91	
	Nagykálói	98%	94	
	Nyírbátori	99%	86	
	Nyíregyházi	104%	49	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	107%	33	
	Vásárosnaményi	91%	140	
	Ibrány-Nagyhalászi	104%	46	
	TOLNA	Bonyhádi	113%	15
		Dombóvári	102%	67
		Paksi	113%	14
Szekszárdi		106%	37	
Tamási		127%	2	
Csellömölki		101%	76	
VAS	Csepregi	100%	78	
	Körmendi	102%	62	
	Kőszegi	107%	29	
	Óriszentpéteri	97%	102	
	Sárvári	106%	42	
	Szentgotthárdi	118%	6	
	Szombathelyi	104%	47	
	Vasvári	96%	116	
	VESZPRÉM	Ajkai	107%	30
		Balatonalmádi	102%	66
Balatonfüredi		104%	52	
Pápai		115%	9	
Sümegi		103%	59	
Tapolcai		115%	10	
ZALA	Várpalotai	127%	3	
	Veszprémi	108%	26	
	Zirci	115%	8	
	Keszthely-Hévízi	102%	69	
	Lenti	101%	70	
	Letenyei	95%	121	
ZALA	Nagykanizsai	96%	119	
	Zalaegerszegi	97%	101	
	Zalaszentgróti	104%	54	

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Daganatos betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	95%	123
	Mohácsi	104%	48
	Sásdi	97%	109
	Sellyei	98%	94
	Siklói	96%	115
	Szigetvári	108%	26
	Pécsi	99%	79
	Pécsváradi	102%	60
	Szentlőrinci	97%	106
	Miskolci	76%	168
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Edelényi	91%	143
	Encsi	87%	157
	Kazincbarcikai	79%	167
	Mezőkövesdi	85%	164
	Ózdi	88%	155
	Sárospataki	92%	139
	Sátoraljaújhelyi	96%	118
	Szerencsi	91%	142
	Szikszói	87%	156
	Tiszaújvárosi	87%	159
	Abaúj-Hegyközi	89%	149
	Bodrogközi	89%	148
	Mezőcsáti	85%	166
Tokaji	89%	152	
BÉKÉS	Békéscsabai	128%	1
	Mezőkovácsházai	103%	56
	Orosházai	117%	7
	Sarkadi	112%	19
	Szarvasi	125%	3
	Szeghalomi	107%	34
	Békési	114%	11
	Gyulai	101%	73
	Bajai	96%	117
	Bácsalmási	98%	89
BÁCS-KISKUN	Kalocsai	97%	96
	Kecskeméti	93%	138
	Kiskőrösi	97%	100
	Kiskunfélegyházi	99%	87
	Kiskunhalasi	93%	131
	Kiskunmajsai	97%	98
	Kunszentmiklósi	98%	91
	Jánoshalmi	97%	104

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	94%	129
CSONGRÁD	Csongrádi	112%	15
	Hódmezővásárhelyi	107%	29
	Kisteleki	87%	162
	Makói	85%	165
	Mórahalomi	94%	125
	Szegedi	90%	146
	Szentesi	123%	5
	Bicskei	102%	59
	Dunaújvárosi	101%	72
	Enyingi	108%	25
FEJÉR	Gárdonyi	106%	41
	Móri	99%	83
	Sárbogárdi	97%	102
	Székesfehérvári	111%	20
	Abai	102%	65
	Adonyi	106%	42
	Ercsi	93%	132
	Csornai	112%	16
	Győri	107%	35
	Kapuvári	112%	17
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	106%	40
	Sopron-Fertődi	98%	92
	Téti	108%	28
	Pannonhalmi	98%	90
	Balmazújvárosi	107%	31
	Berettyóújfalui	91%	144
	Debreceni	97%	108
	Hajdúböszörményi	101%	69
	Hajdúszoboszlói	92%	141
	Polgári	102%	63
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	86%	163
	Derecske-Létavértesi	94%	128
	Hajdúhadházi	102%	61
	Egri	116%	8
	Hevesi	111%	21
	Füzesabonyi	107%	37
	Gyöngyösi	97%	111
	Hatvani	101%	71
	Pétervársárai	109%	23
	Bélapátfalvai	102%	66
HEVES	Jászberényi	107%	32

Átlag: 4; Legkisebb érték: 3.05; Legnagyobb érték: 5.11

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	96%	114
	Kunszentmártoni	102%	62
	Szolnoki	93%	133
	Tiszafüredi	97%	97
	Törökszentmiklósi	89%	153
	Mezőtúri	87%	158
	Dorogi	87%	160
	Esztergomi	106%	44
	Kisbéri	108%	27
	Komáromi	100%	78
KOMÁROM-ESZTERGOM	Oroszlányi	109%	22
	Tatai	104%	50
	Tatabányai	113%	13
	Balassagyarmati	89%	151
	Báttonyterenyeyi	99%	82
	Páztói	94%	130
	Rétság	96%	112
	Salgótarjáni	97%	107
	Szécsényi	93%	137
	Aszódi	101%	75
NÓGRÁD	Ceglédi	96%	119
	Dabasi	87%	161
	Gödöllői	94%	126
	Monori	101%	70
	Nagykátai	104%	54
	Ráckevei	93%	134
	Szobi	93%	135
	Váci	96%	116
	Budaörsi	96%	121
	Dunakeszi	97%	101
PEST	Gyáli	101%	74
	Pilisvörösvári	88%	154
	Szentendre	95%	122
	Veresegyházi	99%	84
	Barcsi	99%	85
	Csurgó	99%	88
	Balatonlelle	93%	136
	Kaposvári	90%	145
	Lengyeltóti	100%	77
	Marcali	89%	150
SOMOGY	Nagyatádi	104%	46
	Siófoki	106%	39

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	106%	43
	Balatonföldvári	96%	120
	Baktalórántházai	99%	86
	Csengeri	97%	103
	Fehérgyarmati	97%	105
	Kisvárdai	89%	147
	Mátészalkai	98%	93
	Nagykállói	97%	110
	Nyírbátori	99%	81
	Nyíregyházi	103%	55
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	107%	38
	Vásárosnaményi	92%	140
	Ibrány-Nagyhalászi	104%	53
	Bonyhádi	112%	18
	Dombóvári	104%	49
	Paksi	114%	12
	Szekszárdi	107%	30
	Tamási	127%	2
	Cellőmölki	99%	80
	Csepregi	101%	67
TOLNA	Körmendi	102%	64
	Kőszegi	107%	33
	Óriszentpéteri	97%	99
	Sárvári	104%	52
	Szentgotthárdi	118%	6
	Szombathelyi	106%	45
	Vasvári	96%	113
	Ajkai	107%	36
	Balatonalmádi	101%	68
	Balatonfüredi	104%	47
VAS	Pápai	115%	10
	Sümegi	102%	58
	Tapolcai	113%	14
	Várpalotai	124%	4
	Veszprémi	108%	24
	Zirci	115%	9
	Keszthely-Hévízi	100%	76
	Lenti	104%	51
	Letenyei	95%	124
	Nagykanizsai	94%	127
VESZPRÉM	Zalaegerszegi	98%	95
	Zalaszentgróti	103%	57

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Keringési betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
BARANYA	Komlói	99%	84	
	Mohácsi	90%	147	
	Sásdi	111%	20	
	Sellyei	107%	37	
	Siklói	130%	2	
	Szigetvári	117%	10	
	Pécsi	101%	74	
	Pécsváradi	113%	17	
	Szentlőrinci	115%	12	
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLEN	Miskolci	91%	135	
	Edelényi	102%	65	
	Encsi	87%	156	
	Kazincbarcikai	86%	162	
	Mezőkövesdi	101%	76	
	Ózdi	100%	78	
	Sárospataki	97%	99	
	Sátoraljaújhelyi	103%	57	
	Szerencsi	99%	86	
	Sziksói	97%	94	
BÉKÉS	Tiszaújvárosi	97%	98	
	Abauj-Hegyközi	91%	134	
	Bodrogközi	87%	155	
	Mezőcsáti	86%	161	
	Tokaji	93%	120	
	Békéscsabai	107%	39	
	Mezőkovácsházai	93%	121	
	Orosházai	106%	43	
	Sarkadi	95%	104	
	Szarvasi	104%	54	
BÁCS-KISKUN	Szeghalomi	90%	146	
	Békési	95%	105	
	Gyulai	103%	59	
	Bajai	91%	138	
	Bácsalmási	98%	90	
	Kalocsai	111%	24	
	Kecskeméti	91%	133	
	Kiskőrösi	97%	95	
	Kiskunfélegyházi	92%	131	
	Kiskunhalasi	104%	55	
HEVES	Kiskunmajsai	101%	75	
	Bélapátfalvai	93%	119	
	Jánoshalmi	90%	144	
	Bábolnai	94%	113	
	Győri	89%	149	
	Kapuvári	89%	149	
	Mosonmagyaróvári	95%	103	
	Sopron-Fertődi	94%	108	
	Téti	93%	127	
	Pannónhalmi	102%	64	
KOMÁROM-ESZTERGOM	Balmazújvárosi	107%	41	
	Berettyóújfalvai	83%	167	
	Debreceni	120%	7	
	Hajdúböszörményi	109%	30	
	Hajdúszoboszlói	101%	77	
	Polgári	111%	25	
	Püspökladányi	105%	47	
	Derecske-Létavértesi	105%	51	
	Hajdúhadházi	114%	13	
	Egri	94%	115	
GYŐR-MOSON-SOPRON	Hevesi	87%	160	
	Füzesabonyi	91%	139	
	Gyöngyösi	94%	109	
	Hatvani	90%	148	
	Pétervársárai	90%	143	
	Bélapátfalvai	92%	130	
	Jászberényi	100%	81	
	Budapesti	101%	70	
	CSONGRÁD	Csongrádi	111%	21
		Hódmezővásárhelyi	128%	3
Kisteleki		110%	28	
Makói		108%	32	
Mórahalmi		108%	33	
Szegedi		108%	31	
Szentesi		103%	60	
Bicskei		108%	35	
Dunaújvárosi		107%	40	
Enyingyi		91%	136	
FEJÉR	Gárdonyi	101%	71	
	Móri	103%	56	
	Sárbogárdi	92%	129	
	Székesfehérvári	102%	63	
	Abai	101%	73	
	Adonyi	95%	106	
	Ercsi	112%	18	
	Csornai	90%	145	
	Győri	94%	113	
	Kapuvári	89%	149	
NÓGRÁD	Mosonmagyaróvári	95%	103	
	Sopron-Fertődi	94%	108	
	Téti	93%	127	
	Pannónhalmi	102%	64	
	Balmazújvárosi	107%	41	
	Berettyóújfalvai	83%	167	
	Debreceni	120%	7	
	Hajdúböszörményi	109%	30	
	Hajdúszoboszlói	101%	77	
	Polgári	111%	25	
KOMÁROM-ESZTERGOM	Püspökladányi	105%	47	
	Derecske-Létavértesi	105%	51	
	Hajdúhadházi	114%	13	
	Egri	94%	115	
	Hevesi	87%	160	
	Füzesabonyi	91%	139	
	Gyöngyösi	94%	109	
	Hatvani	90%	148	
	Pétervársárai	90%	143	
	Bélapátfalvai	92%	130	
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Jászberényi	100%	81	
	Karcagi	105%	53	
	Kunszentmártoni	101%	68	
	Szolnoki	96%	101	
	Tiszafüredi	105%	49	
	Törökszentmiklósi	105%	52	
	Mezőtúri	105%	48	
	Dorogi	93%	122	
	Esztergomi	91%	141	
	Kisbéri	84%	165	
KOMÁROM-ESZTERGOM	Komáromi	87%	153	
	Oroszlányi	102%	66	
	Tatai	87%	159	
	Tatabányai	85%	164	
	Balassagyarmati	88%	151	
	Bátonyterenyeyi	87%	157	
	Pásztói	93%	124	
	Rétságai	83%	168	
	Salgótarjáni	84%	166	
	Szécsényi	87%	154	
NÓGRÁD	Aszódi	98%	88	
	Ceglédi	106%	46	
	Dabasi	113%	16	
	Gödöllői	98%	91	
	Monori	93%	116	
	Nagykátai	99%	85	
	Ráckevei	96%	100	
	Szobi	100%	82	
	Váci	111%	23	
	Budaörsi	86%	163	
PEST	Dunakeszi	110%	29	
	Gyáli	106%	42	
	Pilisvörösvári	113%	15	
	Szentendre	106%	45	
	Veresegyházi	103%	58	
	Barcsi	94%	112	
	Csurgói	108%	36	
	Balatonlelle	97%	96	
	Kaposvári	107%	38	
	Lengyeltóti	96%	102	
SOMOGY	Marcali	89%	150	
	Nagyatádi	94%	111	
	Siófoki	93%	123	
	Karcagi	105%	53	
	Kunszentmártoni	101%	68	
	Szolnoki	96%	101	
	Tiszafüredi	105%	49	
	Törökszentmiklósi	105%	52	
	Mezőtúri	105%	48	
	Dorogi	93%	122	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Esztergomi	91%	141	
	Kisbéri	84%	165	
	Komáromi	87%	153	
	Oroszlányi	102%	66	
	Tatai	87%	159	
	Tatabányai	85%	164	
	Balassagyarmati	88%	151	
	Bátonyterenyeyi	87%	157	
	Pásztói	93%	124	
	Rétságai	83%	168	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Salgótarjáni	84%	166	
	Szécsényi	87%	154	
	Aszódi	98%	88	
	Ceglédi	106%	46	
	Dabasi	113%	16	
	Gödöllői	98%	91	
	Monori	93%	116	
	Nagykátai	99%	85	
	Ráckevei	96%	100	
	Szobi	100%	82	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Váci	111%	23	
	Budaörsi	86%	163	
	Dunakeszi	110%	29	
	Gyáli	106%	42	
	Pilisvörösvári	113%	15	
	Szentendre	106%	45	
	Veresegyházi	103%	58	
	Barcsi	94%	112	
	Csurgói	108%	36	
	Balatonlelle	97%	96	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Kaposvári	107%	38	
	Lengyeltóti	96%	102	
	Marcali	89%	150	
	Nagyatádi	94%	111	
	Siófoki	93%	123	
	Tabi	91%	142	
	Balatonföldvári	103%	62	
	Baktalórántházai	91%	137	
	Csengeri	92%	128	
	Fehérgyarmati	98%	87	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Kisvárdai	88%	152	
	Mátészalkai	94%	114	
	Nagykálói	97%	93	
	Nyírbátori	92%	132	
	Nyíregyházi	91%	140	
	Tiszavasvári	93%	125	
	Vásárosnaményi	93%	117	
	Ibrány-Nagyhalászi	87%	158	
	Bonyhádi	93%	118	
	Dombóvári	103%	61	
TOLNA	Paksi	99%	83	
	Szekszárdi	100%	79	
	Tamási	100%	80	
	Cellőmölki	95%	107	
	Csepregi	106%	44	
	Körmendi	111%	27	
	Kőszegi	111%	26	
	Óriszentpéteri	101%	69	
	Sárvári	105%	50	
	Szentgotthárdi	94%	110	
VAS	Szombathelyi	111%	19	
	Vasvári	117%	9	
	Ajkai	102%	67	
	Balatonalmádi	97%	92	
	Balatonfüredi	111%	22	
	Pápai	113%	14	
	Sümegi	98%	89	
	Tapolcai	97%	97	
	Várpalotai	119%	8	
	Veszprémi	116%	11	
VESZPRÉM	Zirci	108%	34	
	Keszthely-Hévízi	133%	1	
	Lenti	123%	5	
	Letenyei	101%	72	
	Nagykanizsai	93%	126	
	Zalaegerszegi	125%	4	
	Zalaszentgróti	122%	6	

Átlag: 1.9; Legkisebb érték: 1.57; Legnagyobb érték: 2.52

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	105%	53
	Kunszentmártoni	101%	68
	Szolnoki	96%	101
	Tiszafüredi	105%	49
	Törökszentmiklósi	105%	52
	Mezőtúri	105%	48
	Dorogi	93%	122
	Esztergomi	91%	141
	Kisbéri	84%	165
	Komáromi	87%	153
KOMÁROM-ESZTERGOM	Oroszlányi	102%	66
	Tatai	87%	159
	Tatabányai	85%	164
	Balassagyarmati	88%	151
	Bátonyterenyeyi	87%	157
	Pásztói	93%	124
	Rétságai	83%	168
	Salgótarjáni	84%	166
	Szécsényi	87%	154
	Aszódi	98%	88
NÓGRÁD	Ceglédi	106%	46
	Dabasi	113%	16
	Gödöllői	98%	91
	Monori	93%	116
	Nagykátai	99%	85
	Ráckevei	96%	100
	Szobi	100%	82
	Váci	111%	23
	Budaörsi	86%	163
	Dunakeszi	110%	29
PEST	Gyáli	106%	42
	Pilisvörösvári	113%	15
	Szentendre	106%	45
	Veresegyházi	103%	58
	Barcsi	94%	112
	Csurgói	108%	36
	Balatonlelle	97%	96
	Kaposvári	107%	38
	Lengyeltóti	96%	102
	Marcali	89%	150
SOMOGY	Nagyatádi	94%	111
	Siófoki	93%	123

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	91%	142
	Balatonföldvári	103%	62
	Baktalórántházai	91%	137
	Csengeri	92%	128
	Fehérgyarmati	98%	87
	Kisvárdai	88%	152
	Mátészalkai	94%	114
	Nagykálói	97%	93
	Nyírbátori	92%	132
	Nyíregyházi	91%	140
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	93%	125
	Vásárosnaményi	93%	117
	Ibrány-Nagyhalászi	87%	158
	Bonyhádi	93%	118
	Dombóvári	103%	61
	Paksi	99%	83
	Szekszárdi	100%	79
	Tamási	100%	80
	Cellőmölki	95%	107
	Csepregi	106%	44
TOLNA	Körmendi	111%	27
	Kőszegi	111%	26
	Óriszentpéteri	101%	69
	Sárvári	105%	50
	Szentgotthárdi	94%	110
	Szombathelyi	111%	19
	Vasvári	117%	9
	Ajkai	102%	67
	Balatonalmádi	97%	92
	Balatonfüredi	111%	22
VAS	Pápai	113%	14
	Sümegi	98%	89
	Tapolcai	97%	97
	Várpalotai	119%	8
	Veszprémi	116%	11
	Zirci	108%	34
	Keszthely-Hévízi	133%	1
	Lenti	123%	5
	Letenyei	101%	72
	Nagykanizsai	93%	126
VESZPRÉM	Zalaegerszegi	125%	4
	Zalaszentgróti	122%	6

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Keringési betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	104%	55
	Mohácsi	94%	117
	Sásdi	114%	14
	Sellyei	111%	22
	Siklósi	132%	1
	Szigetvári	119%	5
	Pécsi	103%	64
	Pécsváradi	110%	23
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Szentlőrinci	116%	10
	Miskolci	93%	122
	Edelényi	105%	51
	Encsi	91%	143
	Kazincbarcikai	90%	150
	Mezőkövesdi	104%	57
	Ózdi	102%	70
	Sárospataki	101%	75
	Sátoraljaújhelyi	106%	44
	Szerencsi	102%	71
BÉKÉS	Szikszói	100%	80
	Tiszaújvárosi	99%	87
	Abaúj-Hegyközi	95%	116
	Bodroghközi	91%	140
	Mezőcsáti	91%	142
	Tokaji	97%	101
	Békéscsabai	109%	27
	Mezőkovácsházai	95%	110
BÁCS-KISKUN	Orosházai	108%	32
	Sarkadi	96%	105
	Szarvasi	106%	42
	Szeghalomi	94%	119
	Békési	98%	96
	Gyulai	105%	50
BÁCS-KISKUN	Bajai	92%	134
	Bácsalmási	97%	98
	Kalocsa	111%	21
	Kecskeméti	92%	132
	Kiskőrösi	98%	91
	Kiskunfélegyházi	93%	121
	Kiskunhalasi	103%	66
	Kiskunmajsai	99%	88
	Kunszentmiklósi	95%	115
	Jánoshalmi	90%	146

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BP	Budapesti	102%	69
CSONGRÁD	Csongrádi	111%	20
	Hódmezővásárhelyi	127%	2
	Kisteleki	111%	19
	Makói	109%	26
	Mórahalomi	109%	29
	Szegedi	109%	28
	Szentesi	103%	67
	Bicskei	105%	48
	Dunaújvárosi	107%	39
	Enyingi	91%	136
FEJÉR	Gárdonyi	98%	93
	Móri	103%	62
	Sárbogárdi	88%	152
	Székesfehérvári	100%	81
	Abai	100%	78
	Adonyi	93%	126
	Ercsi	112%	16
	Csornai	88%	153
	Győri	92%	133
	Kapuvári	88%	155
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	93%	125
	Sopron-Fertődi	93%	123
	Téti	93%	128
	Pannonhalmi	100%	83
	Balmazújvárosi	104%	58
	Berettyóújfalui	83%	165
	Debreceni	120%	4
	Hajdúböszörményi	107%	36
	Hajdúszoboszlói	99%	86
	Polgári	112%	18
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	106%	43
	Derecske-Létavértesi	103%	63
	Hajdúhadházi	113%	15
	Egri	99%	84
	Hévesi	93%	124
	Füzesabonyi	96%	106
	Gyöngyösi	101%	77
	Hatvani	95%	112
	Pétervársárai	96%	104
	Bélapátfalvai	97%	100
HEVES	Jászberényi	102%	73

Átlag: 1.89; Legkisebb érték: 1.52; Legnagyobb érték: 2.49

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	106%	46
	Kunszentmártoni	102%	72
	Szolnoki	99%	90
	Tiszafüredi	107%	40
	Törökszentmiklósi	107%	34
	Mezőtúri	107%	35
	Dorogi	90%	144
	Esztergomi	88%	154
KOMÁROM-ESZTERGOM	Kisbéri	85%	163
	Komáromi	86%	157
	Oroszlányi	100%	79
	Tatai	86%	158
	Tatabányai	85%	162
	Balassagyarmati	86%	159
	Bátonyterenyeyi	81%	167
	Páztói	90%	147
	Rétságai	80%	168
	Salgótarjáni	83%	166
NÓGRÁD	Szécsényi	85%	160
	Aszód	98%	92
	Ceglédi	105%	47
	Dabasi	112%	17
	Gödöllői	96%	103
	Monori	93%	120
	Nagykátai	99%	89
	Ráckevei	94%	118
	Szobi	98%	95
	Váci	108%	33
PEST	Budaörsi	84%	164
	Dunakeszi	110%	24
	Gyáli	104%	54
	Pilisvörösvári	110%	25
	Szentendre	103%	60
	Veresegyházi	102%	68
	Barcsi	92%	131
	Csurgói	106%	41
	Balatonlelle	95%	111
	Kaposvári	104%	53
SOMOGY	Lengyeltóti	95%	113
	Marcali	87%	156
	Nagyatádi	92%	135
	Siófoki	91%	141

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	90%	148	
	Balatonföldvári	101%	74	
	Baktalórántházai	91%	137	
	Csengeri	93%	129	
	Fehérgyarmati	98%	94	
	Kisvárdai	90%	149	
	Mátészalkai	93%	127	
	Nagykállói	98%	97	
	Nyírbátori	90%	145	
	Nyíregyházi	91%	138	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	95%	114	
	Vásárosnaményi	96%	108	
	Ibrány-Nagyhalászi	89%	151	
	Bonyhádi	96%	102	
	Dombóvári	105%	49	
	Paksi	103%	61	
	Szekszárdi	103%	59	
	Tamási	104%	56	
	TOLNA	Cellődömlői	91%	139
		Csepregi	106%	45
Körmendi		104%	52	
Kőszegi		109%	30	
Óriszentpéteri		103%	65	
Sárvári		100%	82	
Szentgotthárdi		92%	130	
Szombathelyi		107%	37	
Vasvári		116%	11	
Ajkai		101%	76	
VAS	Balatonalmádi	97%	99	
	Balatonfüredi	108%	31	
	Pápai	114%	13	
	Sümegi	99%	85	
	Tapolcai	96%	107	
	Várpalotai	118%	6	
	Veszprémi	115%	12	
	Zirci	107%	38	
	VESZPRÉM	Keszthely-Hévízi	126%	3
		Lenti	118%	7
Letenyei		96%	109	
Nagykanizsai		85%	161	
Zalaegerszegi		118%	9	
Zalaszentgróti		118%	8	

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Egyéb betegek 1. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
BARANYA	Komlói	97%	134	
	Mohácsi	102%	49	
	Sásdi	103%	30	
	Sellyei	96%	145	
	Siklói	106%	8	
	Szigetvári	106%	7	
	Pécsi	105%	14	
	Pécsváradi	99%	97	
	Szentlőrinci	105%	13	
	Miskolci	98%	117	
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN	Edelényi	95%	154	
	Encsi	97%	133	
	Kazincbarcikai	100%	82	
	Mezőkövesdi	101%	70	
	Ózdi	101%	63	
	Sárospataki	98%	130	
	Sátoraljaújhegyi	98%	120	
	Szerencsi	99%	103	
	Sziksói	95%	156	
	Tiszaújvárosi	101%	75	
BÉKÉS	Abaúj-Hegyközi	100%	77	
	Bodrogközi	101%	73	
	Mezőcsáti	99%	108	
	Tokaji	103%	41	
	Békéscsabai	97%	137	
	Mezőkovácsházai	98%	118	
	Orosházai	100%	84	
	Sarkadi	99%	102	
	Szarvasi	99%	99	
	Szeghalomi	95%	151	
BÁCS-KISKUN	Békési	102%	51	
	Gyulai	101%	65	
	Bajai	102%	46	
	Bácsalmási	102%	47	
	Kalocsai	104%	23	
	Kecskeméti	99%	95	
	Kiskőrösi	103%	40	
	Kiskunfélegyházi	91%	168	
	Kiskunhalasi	97%	138	
	Kiskunmajsai	104%	25	
HEVES	Kunszentmiklósi	99%	98	
	Jánoshalmi	98%	113	
	Budapesti	103%	37	
	CSONGRÁD	Csongrádi	103%	36
		Hódmezővásárhelyi	106%	11
		Kisteleki	102%	48
		Makói	96%	143
		Mórahalmi	97%	131
		Szegedi	94%	157
		Szentesi	100%	79
Bicskei		101%	54	
Dunaújvárosi		104%	20	
Enyingyi		101%	74	
FEJÉR	Gárdonyi	100%	80	
	Móri	107%	6	
	Sárbogárdi	104%	17	
	Székesfehérvári	103%	33	
	Abai	105%	15	
	Adonyi	103%	31	
	Ercsi	103%	34	
	Csornai	95%	149	
	Győri	93%	163	
	Kapuvári	95%	152	
GYŐR-MOSON-SOPRON	Mosonmagyaróvári	93%	162	
	Sopron-Fertődi	94%	161	
	Téti	97%	132	
	Pannónhalmi	98%	116	
	Balmazújvárosi	100%	83	
	Berettyóújfalui	98%	122	
	Debreceni	115%	1	
	Hajdúböszörményi	99%	90	
	Hajdúszoboszlói	104%	26	
	Polgári	101%	57	
HAJDÚ-BIHAR	Püspökladányi	98%	126	
	Derecske-Létavértesi	101%	66	
	Hajdúhadházi	103%	35	
	Egri	97%	139	
	Hevesi	101%	64	
	Füzesabonyi	98%	127	
	Gyöngyösi	100%	78	
	Hatvani	99%	107	
	Pétervársárai	100%	86	
	Bélapátfalvai	102%	50	
Jászberényi	101%	55		

Átlag: 1.35; Legkisebb érték: 1.23; Legnagyobb érték: 1.55

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
JÁSZ-NAGYKUN-SOLNOKZ	Karcagi	94%	160
	Kunszentmártoni	100%	81
	Szolnoki	101%	68
	Tiszafüredi	98%	115
	Törokszentmiklósi	98%	114
	Mezőtúri	99%	93
	Dorogi	107%	4
	Esztergomi	104%	21
	Kisbéri	99%	91
	Komáromi	93%	164
KOMÁROM-ESZTERGOM	Oroszlányi	103%	39
	Tatai	100%	85
	Tatabányai	98%	119
	Balassagyarmati	103%	42
	Bátonyterenyeyi	104%	29
	Pásztói	101%	71
	Rétságai	99%	101
	Salgótarjáni	103%	32
	Szécsényi	104%	19
	Aszói	106%	9
NÓGRÁD	Ceglédi	99%	100
	Dabasi	106%	10
	Gödöllői	104%	28
	Monori	102%	45
	Nagykátai	99%	105
	Ráckevei	96%	144
	Szobi	100%	76
	Váci	99%	88
	Budaörsi	99%	106
	Dunakeszi	104%	22
PEST	Gyáli	98%	125
	Pilisvörösvári	101%	67
	Szentendre	101%	62
	Veresegyházi	97%	140
	Barcsi	103%	38
	Csurgói	96%	148
	Balatonlellei	105%	16
	Kaposvári	98%	124
	Lengyeltóti	101%	60
	Marcali	102%	52
SOMOGY	Balatónadi	96%	146
	Siófoki	103%	43

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	101%	56
	Balatonföldvári	101%	69
	Baktalórántházai	97%	136
	Csengeri	99%	94
	Fehérgyarmati	95%	153
	Kisvárdai	101%	58
	Mátészalkai	102%	53
	Nagykállói	101%	59
	Nyírbátori	101%	72
	Nyíregyházi	95%	155
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tiszavasvári	99%	109
	Vásárosnaményi	99%	87
	Ibrány-Nagyhalászi	91%	167
	Bonyhádi	104%	27
	Dombóvári	98%	121
	Paksi	104%	18
	Szekszárdi	101%	61
	Tamási	104%	24
	Cellőmölki	99%	111
	Csepregi	102%	44
TOLNA	Körmendi	91%	166
	Kőszegi	97%	135
	Óriszentpéteri	98%	128
	Sárvári	95%	150
	Szentgotthárdi	94%	159
	Szombathelyi	96%	142
	Vasvári	98%	112
	Ajkai	99%	104
	Balatonalmádi	94%	158
	Balatonfüredi	99%	96
VAS	Pápai	99%	110
	Sümegi	99%	89
	Tapolcai	96%	147
	Várpalotai	98%	129
	Veszprémi	93%	165
	Zirci	98%	123
	Keszthely-Hévízi	112%	2
	Lenti	99%	92
	Letenyei	108%	3
	Nagykanizsai	107%	5
VESZPRÉM	Zalaegerszegi	96%	141
	Zalaszentgróti	106%	12

Aktív fekvőbeteg-ellátás átlagos kistérségi súlyszerkezetei - Egyéb betegek 3. modell

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban
BARANYA	Komlói	96%	154
	Mohácsi	100%	74
	Sásdi	103%	29
	Sellyei	98%	123
	Siklói	105%	9
	Szigetvári	107%	3
	Pécsi	105%	12
	Pécsváradi	100%	73
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN	Szentlőrinci	103%	25
	Miskolci	99%	114
	Edelényi	96%	156
	Encsi	96%	146
	Kazincbarcikai	98%	132
	Mezőkövesdi	100%	71
	Ózdi	101%	63
	Sárospataki	98%	129
	Sátoraljaújhelyi	99%	109
	Szerencsi	99%	115
BÉKÉS	Szikszói	97%	143
	Tiszaújvárosi	101%	52
	Abaúj-Hegyközi	100%	85
	Bodroghközi	100%	94
	Mezőcsáti	100%	91
	Tokaji	101%	58
	Békéscsabai	99%	99
	Mezőkovácsházai	99%	105
BÉKÉSCSABAI	Orosházai	100%	92
	Sarkadi	100%	80
	Szarvasi	100%	72
	Szeghalomi	96%	148
	Békési	101%	55
	Gyulai	101%	64
BÁCS-KISKUN	Bajai	101%	69
	Bácsalmási	101%	54
	Kalocsai	104%	18
	Kecskeméti	98%	128
	Kiskőrösi	103%	32
	Kiskunfélegyházi	92%	168
	Kiskunhalasi	97%	137
	Kiskunmajsai	103%	30
BÁCS-KISKUN	Kunszentmiklósi	97%	136
	Jánoshalmi	98%	118

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
BP	Budapesti	102%	47	
CSONGRÁD	Csongrádi	101%	57	
	Hódmezővásárhelyi	106%	5	
	Kisteleki	102%	40	
	Makói	98%	131	
	Mórahalomi	97%	134	
	Szegedi	96%	153	
	Szentesi	100%	88	
	FEJÉR	Bicskei	102%	42
		Dunaújvárosi	103%	35
		Enyingi	100%	81
Gárdonyi		100%	93	
Móri		106%	4	
Sárbogárdi		104%	23	
Székesfehérvári		104%	19	
Abai		105%	8	
Adonyi		101%	62	
Ercsi		102%	49	
GYŐR-MOSON-SOPRON	Csonai	96%	145	
	Győri	96%	147	
	Kapuvári	96%	152	
	Mosonmagyaróvári	96%	151	
	Sopron-Fertődi	95%	159	
	Téti	98%	133	
	Pannonthalmi	98%	125	
	HAJDÚ-BIHAR	Balmazújvárosi	100%	79
		Berettyóújfalui	99%	108
		Debreceni	115%	1
Hajdúböszörményi		99%	107	
Hajdúszoboszlói		105%	11	
Polgári		102%	39	
Püspökladányi		100%	84	
Derecske-Létavértesi		101%	59	
Hajdúhadházi		103%	33	
HEVES		Egri	98%	117
	Hevesi	100%	83	
	Füzesabonyi	99%	103	
	Gyöngyösi	100%	82	
	Hatvani	100%	77	
	Pétervársárai	100%	95	
	Bélapátfalvai	103%	27	
	Jászberényi	101%	65	

Átlag: 1.35; Legkisebb érték: 1.24; Legnagyobb érték: 1.55

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
JÁSZ-NAGYKUN-SÓLNOKZ	Karcagi	97%	144	
	Kunszentmártoni	100%	86	
	Szolnoki	102%	50	
	Tiszafüredi	100%	90	
	Törökszentmiklósi	101%	70	
	Mezőtúri	99%	102	
	KOMÁROM-ESZTERGOM	Dorogi	105%	10
		Esztergomi	102%	46
Kisbéri		98%	121	
Komáromi		96%	155	
Oroszlányi		104%	21	
Tatai		100%	87	
Tatabányai		98%	122	
NÓGRÁD		Balassagyarmati	102%	38
		Bátonyterenyeyi	103%	34
		Pásztói	102%	43
	Rétság	98%	116	
	Salgótarjáni	101%	66	
	Szécsényi	104%	17	
	PEST	Aszódi	106%	6
		Ceglédi	100%	89
		Dabasi	106%	7
		Gödöllői	103%	26
Monori		101%	61	
Nagykátai		99%	98	
Ráckevei		98%	119	
Szobi		101%	68	
Váci		99%	104	
Budaörsi		99%	100	
SOMOGY	Dunakeszi	104%	24	
	Gyáli	100%	76	
	Pilisvörösvári	103%	31	
	Szentendre	102%	37	
	Veresegyházi	99%	97	
	Barcsi	102%	51	
	Csurgói	96%	150	
	Balatonlelle	104%	20	
	Kaposvári	99%	101	
	Lengyeltóti	101%	67	
SOMOGY	Marcali	101%	53	
	Nagyatádi	97%	142	
	Siófoki	101%	56	

Megye	Kistérség	Átlagos súlyszerkezet az országos átlag %-ában	Helyezés az országos rangsorban	
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	Tabi	99%	110	
	Balatonföldvári	102%	45	
	Baktalórántházai	98%	126	
	Csengeri	100%	96	
	Fehérgyarmati	97%	141	
	Kisvárdai	103%	36	
	Mátészalkai	102%	44	
	Nagykállói	102%	48	
	Nyírbátori	101%	60	
	Nyíregyházi	95%	160	
TOLNA	Tiszavasvári	99%	113	
	Vásárosnaményi	100%	78	
	Ibrány-Nagyhalászi	92%	167	
	Bonyhádi	104%	22	
	Dombóvári	99%	111	
	Paksi	104%	15	
	Szekszárdi	102%	41	
	Tamási	104%	14	
	VAS	Cellődmölki	98%	124
		Csepregi	100%	75
Körmendi		93%	166	
Kőszegi		97%	140	
Őriszentpéteri		97%	138	
Sárvári		95%	157	
Szentgotthárdi		94%	162	
Szombathelyi		95%	161	
Vasvári		97%	139	
Ajkai		97%	135	
VESZPRÉM	Balatonalmádi	93%	165	
	Balatonfüredi	99%	112	
	Pápai	98%	127	
	Sümegi	99%	106	
	Tapolcai	94%	163	
	Várpalotai	98%	120	
	Veszprémi	94%	164	
	Zirci	98%	130	
	ZALA	Keszthely-Hévízi	110%	2
		Lenti	96%	149
Letenyei		105%	13	
Nagykanizsai		104%	16	
ZALA	Zalaegerszegi	95%	158	
	Zalaszentgróti	103%	28	

8 IRODALMI HIVATKOZÁSOK

1. Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi Állapotfelmérés, KSH. 1996.
2. Magyar Háztartás Panel 1996, Műhelytanulmányok, TÁRKI. 1997.
3. Axelson, H., Bales, S., Minh, P. D., Ekman, B. és Gerdtham, U. G.: Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*. 2009,8,20.
4. Baert, K. és de Norre, B.: Perception of health and access to health care in the EU-25 in 2007, *Statistics in focus*, Eurostat. 2009.
5. Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y. és Potvin, L.: Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*. 2007,65,1839-1852.
6. Boncz, I., Sándor, J., Oláh, A., Betlehem, J., Sebestyén, A., Kisbenedekné Gulyás, K. és Dózsa, Cs.: Az otthoni szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben. *Lege Artis Medicinae*. 2004,14,47-52.
7. Boncz, I., Sántha, K., Szaszó, D. és Sebestyén, A.: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak Lorenz-féle elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2006a,44,35-41.
8. Boncz, I., Takács, E., Szaszó, D. és Belicza, É.: Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. Területi egyenlőtlenségek I. Kórház. 2006b,12,37-43.
9. Boncz, I., Takács, E., Szaszó, D. és Belicza, É.: Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. Területi egyenlőtlenségek II. Kórház. 2006c,12,30-32.
10. Brown, M. C.: Using Gini-style indices to evaluate the spatial patterns of health practitioners: theoretical considerations and an application based on Alberta data. *Soc Sci Med*. 1994,38,1243-1256.
11. Chen, A.: CONCINDC: Stata module to calculate concentration index with both individual and grouped data. 2007, *Statistical Software Components*, S456802. Boston, Boston College Department of Economics. (GENERIC)
12. Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation. *Health equity through action on the social determinants of health*, WHO. 2008.
13. de Looper, M. és Lafortune, G.: Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries, *OECD HEALTH WORKING PAPERS*, OECD. 2009.
14. Deckovic-Vukres, V., Hrkal, J., Németh, R. és Vitrai, J.: Inequalities in Health System Responsiveness. *Joint World Health Survey Report Based on Data from Selected Central European Countries*, WHO/EURO. 2007.
15. Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., Francis, V. és Knowledge Network on Health Systems: Challenging inequity through health systems, *WHO Commission on the Social Determinants of Health*. 2007.
16. Hajdú, Á.: Egészségügyi ellátás igénybevétele. OLEF2003 Kutatási jelentés, *Országos Epidemiológiai Központ*. 2005.
17. Koolman, X. és van Doorslaer, E.: On the interpretation of a concentration index of inequality. *Health Econ*. 2004,13,649-656.
18. Kristiansson, C., Gotuzzo, E., Rodriguez, H., Bartoloni, A., Strohmeyer, M., Tomson, G. és Hartvig, P.: Access to health care in relation to socio-economic status in the Amazonian area of Peru. *International Journal for Equity in Health*. 2009,8.
19. Kunst, A. E.: Development of health inequalities indicators for the Eurothine project, *Erasmus MC Rotterdam*. 2008.
20. Mackenbach, J. P. és Kunst, A. E.: Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*. 1997,44,757-771.
21. Merlo, J., Chaix, B., Yang, M., Lynch, J. és Rastam, L.: A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon. *J Epidemiol Community Health*. 2005a,59,443-449.
22. Merlo, J., Chaix, B., Yang, M., Lynch, J. és Rastam, L.: A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health. *J Epidemiol Community Health*. 2005b,59,1022-1029.

23. Merlo, J., Yang, M., Chaix, B., Lynch, J. és Rastam, L.: A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: investigating contextual phenomena in different groups of people. *J Epidemiol Community Health*. 2005c,59,729-736.
24. O'Donell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. és Lindelow, M.: Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation, The World Bank, Washington, D.C. 2008.
25. Ogwang, T.: A Convenient Method of Computing the Gini Index and its Standard Error. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. 2000,62,123-129.
26. Polonsky, J., Balabanova, D., McPake, B., Poletti, T., Vyas, S., Ghazaryan, O. és Yanni, M. K.: Equity in community health insurance schemes: evidence and lessons from Armenia. *Health Policy Plan*. 2009,czp001.
27. Rabe-Hesketh, S. és Skrondal, A.: *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*, Stata Press, College Station. 2008.
28. Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M. és Roca, A.: Methods for measuring health inequalities (Part III). *Epidemiol Bull*. 2005,26,12-15.
29. Shaikh, B. T. és Hatcher, J.: Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *J Public Health*. 2005,27,49-54.
30. Snijders, T. és Bosker, J.: *Multilevel Analysis*, Sage, Thousand Oaks, CA. 1999.
31. Széles, G. Egészségügyi ellátás igénybevétele. In: Boros J., Németh R., Vitrai J. (szerk.), *Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000*. Országos Epidemiológiai Központ. 2002.
32. Takács, E., Szaszko, D., Belicza, É. és Boncz, I.: Az OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 2006,5,15-22.
33. van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. és for the OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006,174,177-183.
34. Vitrai, J.: Hogyan ítéli meg a magyar lakosság az egészségügyi ellátás körülményeit? A Cseh Köztársaság, Horvátország, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia egészségügyi rendszerének nem-orvosi teljesítményéről, az Egészségügyi Világszervezet számára készített jelentés döntéshozói összefoglalója., TÁRKI. 2007.
35. Vitrai, J., Hermann, D., Kaposvári, Cs., Kabos, S., Löw, A. és Várhalmi, Z.: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez, *EgészségMonitor*. 2008.
36. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U. G., Gerfin, M., Gross, L., Hakinnen, U., Johnson, P., John, J., Klavus, J., Lachaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Peran, E., Pereira, J., Propper, C., Puffer, F., Rochaix, L., Rodriguez, M., Schellhorn, M. és Winkelhake, O.: Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ*. 1999,18,263-290.