ZÁRÓJELENTÉS

„A területiség szerepe az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásában Magyarországon”

PF63859 nyilvántartási számú OTKA Egyéni Kutatási Posztdoktori Pályázat (2006-2009)

Uzzoli Annamária

Budapest, 2009 április 30.

TARTALOMJEGYZÉK

I. Bevezetés

1. Célok és módszerek
2. A munkaterv megvalósítása
3. Melléklet

II. A szakirodalmi előzmények ismertetése

III. Nemzetközi kitekintés

1. Célok és módszerek
2. Az epidemiológiai átmenet kihívásai a fejlett országokban
3. A közép-európai „egészség paradoxon”
4. Magyarország egészségmutatói a világ és Európa országai között
5. Összefoglalás

IV. Az egészségi állapot regionális különbségei Magyarországon

1. Célok és módszerek
2. Halálozási viszonyaink történeti változása
3. Életkilátásaink területi különbségei
4. A kor- és okspecifikus halálozások területi jellemzői
5. Összefoglalás

V. A magyar egészségügyi ellátórendszer területi elvű struktúrája

1. Célok és módszerek
2. Az egészségügyi ellátóhálózat felépítése a struktúra-átalakítás után
3. A fekvőbeteg-ellátás regionális átalakítása
4. A kórházi kapacitások területi megoszlása
5. Összefoglalás

VI. A nagyvárosi környezet szerepe az egészségi állapot alakulásában

1. Célok és módszerek
2. A gyerekek egészségi kockázatészlelésének területi különbségei
3. Összefoglalás

VII. A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete

1. Célok és módszerek
2. Az egészséggel összefüggő életminőség területi különbségei Budapesten
3. Az életesélyek kistérségi különbségei
4. Egészségügyi ellátás a régióban
5. Összefoglalás

VIII. Összegzés

I. Bevezetés

1. Célok és módszerek

Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátóhálózat társadalmi, területi eloszlását és jellemzőit legmarkánsabban az egyenlőtlenség fogalmával lehet megragadni (**Smith, D. M. 1982; Jones, K. – Moon, G. 1987**). Nemcsak hazánkban, hanem a fejlett országokban is jelentős egyenlőtlenségek mutathatók ki mind az egészségi állapotban, mind pedig az egészségügyi rendszer területi megjelenésében. Így a nyolcvanas évek elejétől a „*health inequalities*", vagyis az egészségi állapotban és az egészségügyi rendszerben tapasztalható egyenlőtlenségek egyre jelentősebb társadalmi problémává és kutatási témává váltak (**Black, D. – Morris, J. – Smith, C. – Townsend, P. 1985**).

Témaválasztásomban aktuális feladatnak tartottam a magyar népesség egészségi állapota és a magyar egészségügyi rendszer területi jellemzőinek földrajzi vizsgálatát. A társadalmi-területi egyenlőtlenségek feltárásával és az ok-okozati összefüggések definiálásával célom volt bemutatni a társadalmi és gazdasági környezet az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszerre gyakorolt közvetlen és közvetett hatásait. A közvetlen hatások értelmezése során többek között az egészséggel összefüggő életminőséget *(„health related quality of life"*) befolyásoló társadalmi-gazdasági-szociális tényezők szerepét vizsgáltam Budapesten; vagy a 2007-es egészségügyi szerkezetátalakítás folyamatában értékeltem a területi rendezőelv szerepét. A közvetett hatások elemzése lehetőséget nyújtott arra, hogy egy közös interdiszciplináris kutatás keretében a korosztály-specifikus egészségmagatartás („*health behaviour*") egészségi állapotra gyakorolt hatásait értékeljük.

Mind az egészségi állapot alakulásával, mind pedig az egészségügyi ellátórendszer működésével kapcsolatos területi (regionális) folyamatok elemzését különböző vizsgálati szinteken tettem meg (**Elliott, P. 1993**). A különböző, elsősorban empirikus egészségföldrajzi *(„health geography*") vizsgálataim területi szintjeinek kiválasztásával törekedtem arra, hogy a makro szinten tapasztalt egészségügyi egyenlőtlenségek mikro szintű, „finomszövetű" elemzésére is sor kerüljön. Ezek a területi vizsgálati szintek egyben kijelölték a vizsgálandó témát, annak fő vizsgálati kérdéseit, illetve a leghatékonyabban alkalmazható vizsgálati módszereket.

- Nemzetközi szint: Az európai kitekintés során bizonyítottam, hogy egészségmutatóink nemcsak Nyugat-Európához, hanem Közép-Európa poszt-szocialista államaihoz képest is kedvezőtlenebb népegészségügyi helyzetet eredményeznek.

- Regionális szint: Egyrészt a hazai egészségügyi folyamatok rövid történeti áttekintésére került sor a szakirodalmi előzmények, valamint az országos tendenciák értékelésével. Másrészt az életkilátások megyei eltéréseit és okait definiáltam korrelációs számítások segítségével. További területi egyenlőtlenségi mutatók alkalmazásának eredményeiből megállapítható, hogy az ország társadalmi-gazdasági térszerkezete determinálja az „egészségi" térszerkezetet, hisz a legfőbb halálokok súlyponti eltolódása és földrajzi elhelyezkedése a „nyugat-keleti lejtő" mentén tapasztalható.

  Az egészséggel kapcsolatos nemzeti szintű folyamatok elemzése mellett az egészségügyi ellátórendszer 2007-es struktúra átalakítása lehetőséget adott pl. a fekvőbeteg-kapacitások területi elven való szerveződésének földrajzi vizsgálatára is, amelynek kapcsán az aktuális egészségpolitikai dokumentumok feldolgozására került sor.

- Települési szint: Magatartástudományi szakemberekkel közösen szervezett kérdőíves felméréssel célunk volt a városias környezet természeti és társadalmi elemeinek a gyermekek egészségmagatartásban betöltött szerepének értelmezése. A vizsgálatot az ún. „rajzolj és írj" *(„draw and write"*) kérdőíves technikára építettük, ezzel adaptálva a módszer alkalmazási lehetőségeit a hazai tudományos életben.

- Lokális szint: Mintaterületem a Közép-Magyarországi Régió volt, és egészségügyi helyzetének komplex egészségföldrajzi bemutatására törekedtem. A fővárosi kerületek szintjén az egészséggel összefüggő életminőség, s így az egészségi állapot helyi különbségeit definiáltam. A kistérségi szintű statisztikai adatelemzés során pedig arra a legfontosabb eredményre jutottam, hogy a régióra jellemző releváns egészségügyi konfliktusok markáns területi különbségeket világítanak meg.

A statisztikai adatfeldolgozás során elsődlegesen a halálozási (mortalitási) mutatókat használtam fel (pl. várható átlagos élettartamok, kor- és okspecifikus halálozási arányszámok stb.). A megbetegedési (morbiditási) adatok felhasználhatósága korlátozott (pl. nem teljes körű adatállomány állrendelkezésre), így a megbetegedési elemzésekre szűk keretek között,

például a lokális vizsgálatokban betegforgalmi adatok, vagy a kérdőíves felmérés eredményei tekintetében került sor.

A régiók és a megyék szintjén történt statisztikai adatelemzéssel – a korábbi adatállomány aktualizálásával, illetve új létrehozásával – leginkább az egészségi állapotban és az egészségügyben tapasztalható hazai egyenlőtlenségek bemutatására törekedtem, ezekkel az eredményekkel pedig lehetőség van tipikus „egészségrégiók" elkülönítésére az országban. A regionális egyenlőtlenségek segítséget nyújtottak az országos átlagokhoz képest kedvező és kedvezőtlen egészségügyi helyzetű mintaterületek kiválasztásához is, így fókuszáltam a Központi Régióra és bizonyítottam ellentmondásos pozícióját Magyarország „egészségi" térszerkezetében.

A kutatómunka során igyekeztem a vizsgálati kérdéseknek megfelelően kellő hangsúlyt szeretnék fektetni az elméleti és a gyakorlati munkára is. Az elméleti munka keretében leginkább az egészségügyi egyenlőtlenségek területi jellemzőinek hazai és nemzetközi szakirodalmi hátterét dolgoztam fel, amelynek legfontosabb megállapításait a zárójelentés önálló fejezetében közlöm. Természetesen az egyes területi vizsgálati szintek kutatási témái kapcsán fontossá vált fogalmak (pl. egészségmagatartás, életminőség) definiálása a zárójelentés megfelelő fejezetében található meg.

A gyakorlati munka során mind kvalitatív (kérdőív, interjú), mind pedig kvantitatív (matematikai-statisztikai számítások) módszerekkel egyaránt foglalkoztam, bemutatásukra a megfelelő fejezetben kerül sor. Azonban szeretném jelezni, hogy az interjúkészítés tapasztalatait több helyen is felhasználtam, alkalmaztam, ezekre külön ugyan nem kívánok kitérni, viszont a fejezet végén felsorolom a legfontosabb interjúalanyokat. Szintén szeretném megjegyezni, hogy az elmúlt három évben előadóként és hallgatóként is részt vettem számos, a kutatási témához kapcsolódó szakmai rendezvényen, konferencián, kerekasztal-beszélgetésen. A szakmai részvétel időpontjait, helyszíneit (pl. konferencia előadás, poszter prezentáció) szakmai önéletrajzomban megjelenítem, azonban az egyéb olyan rendezvényeket, ahol igazán hasznos információkhoz, ismeretekhez jutottam, szintén a fejezet végén – a teljesség igénye – nélkül összesítem.

Jelen zárójelentésem szerkezeti felépítésében, az egyes fejezetek kidolgozásában egyrészt az eredeti munkatervemet követem, másrészt pedig az egyes területi vizsgálati szintek eredményeit prezentálom.

2. A munkaterv megvalósítása

A kutatási tervben foglalt célkitűzések és kérdések tükrében a munkaterv megvalósítása során az egyes vizsgálati témákhoz kötődően a következő tudományos előadások és publikációk születtek (OTKA-támogatás feltüntetésével):

Téma: A szakirodalmi előzmények feldolgozása

1. Pluhár F. Zsuzsanna – Uzzoli Annamária – Pikó F. Bettina (2006): Az egészségföldrajz szerepe a pszichoszociális egészség alakulásában. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2006/4. pp. 311-328. (ISSN 1419-8126)
2. Uzzoli Annamária (2008a): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben I. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 77 p.

Téma: A hazai egészségi állapot nemzetközi és európai összehasonlítása

1. Uzzoli, A. (2006): The spatial structure of health inequalities in Europe. Geographical Phorum – Geographical studies and environment protection research 2006/5. University of Craiova, Romania pp. 101-113. (ISSN 1583-1523)
2. Uzzoli, A. (2007c): The Hungarian health status in comparison with the European countries. *Abstract*. 15th European Public Health Association Conference. Helsinki, Finland 11th – 13rd October, 2007 The 15th EUPHA Conference. European Journal of Public Health 17. p. 220. (ISSN 1101-1262) *(+ Poszter előadás)*
3. Uzzoli, A. (2008b): Health inequalities in the world. Geneva Health Forum – Towards Global Access to Health. *Abstract Book*. Geneva University Hospitals. Geneva, Switzerland May 25th-28th, 2008. p. 207.
4. Uzzoli Annamária (2008a): Az egészségi állapot világméretű különbségei. Földrajzi Értesítő 2008/3-4. pp. 399-415. (ISSN 0015-5403)

Téma: A hazai egészségi állapot regionális különbségei

1. Uzzoli Annamária (2006a): A hazai egészségi állapot változásai 1990 után. In: A III. Magyar Földrajzi Konferencia tudományos közleményei. CD-ROM. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest (ISBN 963 9545 120)
2. Uzzoli, A. (2006b): The regional inequalities of health in Hungary. 7th IUHPE European Conference – Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices. *Book of Abstracts*. Budapest 2006. október 18-21. p. 145. (+ *poszter előadás*)
3. Uzzoli Annamária (2007a): A magyar „betegségügy” földrajzi vizsgálata. Disputák Délidőben. Az ELTE TTK Földrajz- és Földtudományi Intézet előadássorozata. 2007. április 26. (*tudományos előadás*)

4. Uzzoli, A. (2007b): The socio-economic inequalities of health in Hungary. Local Governance and Sustainable Development. CD-ROM. The 47th Congress of the European Regional Science Association. Paris, France August 29th-September 2nd, 2007. (+ *konferencia előadás*)
5. Uzzoli Annamária (2007c): Az egészségi állapot regionális és lokális különbségei Magyarországon. A Magyary Zoltán Felsőoktatási Közalapítvány és az OTKA Posztdoktori Ösztöndíjasok Találkozója. *Absztrakt kötet*. Széchenyi István Egyetem, Győr 2007. november 22-23. p. 26-30. (+ *konferencia előadás*)
6. Uzzoli Annamária (2007d): Az egészségi állapot változásai és különbségei Magyarországon. „Humán erőforrás fejlesztése a civil szektorban". Magyary Zoltán Felsőoktatási Közalapítvány, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Oktatási és Kulturális Minisztérium. Budapest, 2007. december 12. (*konferencia előadás*)
7. Uzzoli Annamária (2008a): Egészségünk állapota – Területi különbségek Magyarországon. Élet és Tudomány 2008/11. pp. 332-334.
8. Uzzoli Annamária (2008b): Az egészséggel összefüggő életminőség különbségei Budapesten. HUNGEO 2008 – Magyar Földtudományi Szakemberek IX. Világtalálkozója. Absztrakt kötet. Budapest, 2008. augusztus 20-24. pp. 56-57. (*konferencia előadás*)
9. Éva Izsák – Ferenc Probáld – Annamária Uzzoli (2009a): Local differences in quality of life and property values in Budapest: the impact of physical and social environment. Journal of Housing and Built Environment. (megjelenés alatt)
10. Uzzoli, A. (2009b): The mortality situation and its spatial dimension in Hungary. Czech Regional Studies. (megjelenés alatt)

Téma: Az egészségügyi rendszer területi jellemzői

1. Uzzoli Annamária (2007d): A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. Tér és Társadalom 2007/3. pp. 103-115. (ISSN 0237-7683)
2. Uzzoli Annamária (2008b): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben II. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 93 p.

Téma: Az egészségmagatartás vizsgálata a „rajzolj és írj" kérdőíves módszerrel

1. Pluhár F. Zsuzsanna – Uzzoli Annamária – Pikó F. Bettina (2006): Gyermekek és a környezet I. A környezet okozta ártalmak megjelenése 9-11 éves gyermekek kockázatészlelésében. Magyar Epidemiológia 2006/3. pp. 235-242. (ISSN 1786-1489)
2. Pluhár F. Zsuzsanna – Keresztes Noémi – Uzzoli Annamária – Pikó F. Bettina (2007a): A rendszeres fizikai aktivitás reprezentációja a 9-11 éves gyermekek környezetről alkotott képében. Magyar Sporttudományi Szemle 8. évf. 29. szám pp. 11-18. (ISSN 1586-5428)
3. Pluhár, F. Zs. – Uzzoli, A. – Pikó, B. (2007b): "What do you think, what happen to people, who never go out to open air?"- Experiences of a questionnaire on "draw-and-write" technique. The 65th Annual Scientific Conference of the American Psychosomatic Society. Frontiers in Psychosomatic Medicine: From Bench to Bedside to Community. *Abstracts*. Budapest 2007. március 7-10. p. 38. (+ *poszter előadás*)

4. Uzzoli, A. – Pluhár, F. Zs. – Pikó, F. B. (2007c): Effects of urban and rural environment on children's health in Hungary. Adapting of a questionnaire on "draw-and-write" technique. 4th International Conference of Children's Health and the Environment. Reducing environmental risks for our children. *Book of Abstracts*. In: Environmental Medicine - Journal of Polish Society of Environmental Medicine. 2007. Vol. 10. No. 1. Supplement 1. p. 116. (ISSN 1505-7054) [Vienna, Austria June 10th-12th, 2007.]
5. Uzzoli, A. – Pluhár, F. Zs. – Pikó, F. B. (2007d): Influence of Environmental Risk Factors on Children's Health in Hungary. First International Conference on Geographies of Children, Youth and Families. *Book of Abstracts*. Reading, England September 17th-18th pp. 44.
6. Uzzoli Annamária – Pluhár F. Zsuzsanna – Pikó F. Bettina (2008): A lakókörnyezet szerepe az egészségmagatartás alakulásában. In: Orosz Z. – Fazekas I. (szerk.): Települési környezet. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen pp. 58-63. (ISBN 978-963-473-101-6) (+ *konferencia előadás*)

Téma: A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete

1. Uzzoli Annamária – Varga Tünde (2007): A kórházszerkezet átalakítás hatásai a Közép-Magyarországi Régióban. Comitatus 2007/9. pp. 17-24. (ISSN 1215-315X)
2. Uzzoli Annamária (2008b): Az egészségi állapot területi különbségei a Közép-Magyarországi Régióban. Területi Statisztika 2008/3. pp. 357-366. (ISSN 0018-7828)
3. Uzzoli Annamária (2008): Az egészséggel összefüggő életminőség különbségei Budapesten. HUNGEO 2008 – Magyar Földtudományi Szakemberek IX. Világtalálkozója. *Absztrakt kötet.* Budapest, 2008. augusztus 20-24. pp. 56-57. (+ *konferencia előadás*)
4. Uzzoli Annamária (2009a): A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete. In: Közép-Magyarországi Régió. Csiszér Kiadó, Bp. (könyvfejezet – megjelenés alatt)
5. Uzzoli Annamária (2009b): A Közép-Magyarországi Régió szociális helyzete és intézményhálózata. Csiszér Kiadó, Bp. (könyvfejezet – megjelenés alatt)

A fejezetben felhasznált szakirodalom

- Black, D. – Morris, J. N. – Smith, C. – Townsend, P. (1985): Inequalities in health. The Black Report. Penguin Books, Hammondsworth, Middlesex, England
- Elliott, P. (1993): Global epidemiology. In: Environmental change and human health. CIBA Foundation Symposium 175. John Wiley and Sons, London
- Jones, K. – Moon, G. (1987): Health, disease and society: A Critical Medical Geography. Routledge and Kegan Paul Ltd.: London – New York. Portsmouth Polytechnic

3. Melléklet

1. A kutatómunka során készített interjúk, 2006-2008:

1. 2006. április 13. Dr. Lengyelné Koczka Szilvia – tudományos munkatárs (ÁNTSZ Pest Megyei Intézete, Nem Fertőző Betegségek Osztálya, Budapest)
2. 2006. május 9. Pásztor Istvánné – korábbi egészségügyi gazdasági osztályvezető (Százhalombatta Egészségügyi Intézete, Százhalombatta)
3. 2006. június 1. Dr. Pluhár F. Zsuzsanna – rezidens orvos (Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged)
4. 2006. szeptember 29. Dr. Beke Szilvia – szakreferens, egészségnevelő, főnővér (Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula)
5. 2006. október 20. Újváriné Dr. Siket Adrienn – főiskolai docens (Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Központ, Debrecen)
6. 2006. október 22. Dr. Pikó F. Bettina – tanszékvezető egyetemi tanár (Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged)
7. 2007. január 15. Dr. Antal Géza – betegjogi képviselő (Veszprém megye)
8. 2007. február 1. Dr. Kalmár Gabriella – osztályvezető (Erzsébet Kórház, Sopron)
9. 2007. március 8. Varga Tünde – sebészeti asszisztens (Flór Ferenc Megyei Kórház, Kerepestarcsa)
10. 2007. június 13. Jónás Katalin – újságíró (Origo Tudomány)
11. 2008. június 2. Kajtor Erzsébet – gazdasági vezető (Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján)

2. A kutatómunka során <u>hallgatóként</u> való részvétel szakmai rendezvényeken, 2006-2008 (nem teljes lista!)

1. ELTE Regionális Földrajzi Tanszék: Regionális modellek. Budapest, 2008. november 18.
2. Országos Egészségfejlesztési Intézet: Egészségfejlesztés a közoktatási intézményekben. Budapest, 2006. november 23-34.
3. Friedrich Ebert Alapítvány: Egészség és kommunikáció. Budapest, 2007. április 17.
4. ELTE Szociológiai Intézet: Az egészségügyi biztosítási rendszer jövője. 2007. május 3-4.
5. ELTE Regionális Tudományi Tanszék: A történelem nyomai az új térszerkezetben. Budapest, 2007. november 17.
6. MTA Szociológiai Kutatóintézet: Városrészek, térbeli társadalmi egyenlőtlenségek és konfliktusok. Budapest, 2007. november 19.
7. VÁTI Kht.: A klímaváltozás hatása a városokra. 2008. október 18.
8. Országos Egészségfejlesztési Intézet: EHV – Érték-e az egészség a döntéshozatali folyamatban? 2008. október 30.
9. Egészségbiztosítási Felügyelet: Egészség-egyenlőtlenség. Budapest, 2008. november 12.
10. Országos Egészségfejlesztési Intézet: 50 éves az OEFI. Budapest, 2008. december 4.

II. A szakirodalmi előzmények ismertetése

Magyarországon gazdag múltra tekint vissza az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeinek vizsgálata. Már a XVI. századtól elsősorban magyar orvosok által írt úgynevezett „orvosi helyiratokban" találkozhatunk utalásokkal különböző betegségek földrajzi megjelenésére. A XX. század elejétől hangsúlyossá váltak a területi összehasonlításokra épülő szociográfiai elemzések, melyek már az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer különbségeit is vizsgálták. A század közepétől az egészségkutatások interdiszciplináris jellegéből következőleg több tudományterület kezdett el foglalkozni a hazai egészségügyi egyenlőtlenségek felmérésével, s ezzel különböző kutatási irányzatok alakultak ki a hazai szakirodalomban. A hatvanas évektől megindult a téma orvosi szociológiai kutatása, melynek során elsősorban a társadalmi státus és az egészségi állapot közti összefüggéseket vizsgálták. Az egészségi állapot fokozatos romlása következtében ettől az időszaktól kezdve a morbiditási kutatások mellett egyre inkább előtérbe kerültek a népesség halálozási viszonyait elemző mortalitási vizsgálatok Magyarországon. A hetvenes évektől megjelentek a statisztikai, demográfiai, epidemiológiai és társadalom-orvostani elemzések. A nyolcvanas években előtérbe került az egyén életmódjának vizsgálata, valamint a halálozás okainak és az elkerülhető halálozás megállapításának magyarázata.

A kilencvenes években főként a magyar népesség egészségi állapotában kialakult epidemiológiai válságot (**Józan P. 1994a, 1994b; Gárdos É. 1996; Losonczi Á. 1998**), valamint a magyar egészségügyi rendszer krízishelyzetét (**Orosz É. 1989, 1993, 1996, 1998**) bemutató elemzések láttak napvilágot, és szintén az elmúlt évtizedben került előtérbe a magyar népesség lelki egészségének részletesebb kutatása (**Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. 1995a, 1995b, 1999, 2000).** A kilencvenes évek végére pedig az ezredvég egészségi állapotát bemutató összefoglaló tanulmánykötetek (**MTA Stratégiai Kutatások 1998-2008; Józan P. 2001b; Paksy A. 2002; Ádány R. 2003**) jelentek meg.

A magyarországi egészségkutatásokban elsősorban a hetvenes évektől vált meghatározó kutatási témává az egészségi állapot területi egyenlőtlenségeinek és földrajzi tényezőinek vizsgálata. Kezdetben a betegségek kialakulása és a környezeti tényezők összefüggéseinek vizsgálata jellemezte ezt az irányzatot. Később adott mintaterületek egészségügyi helyzetének bemutatása került előtérbe mind a régiók és megyék (**Pénzes I. – Tóth J. 1973; Kiss É. 1994**) mind a kistérségek (**Pál V. 1997, 1998**), mind pedig a települések szintjén (**Pénzes I. – Tóth J. 1970; Galambos J. – Tózsa I. 1992; Uzzoli A. 2000**).

Az utóbbi években egyre több egészségügyi szakember, illetve kutató vállalja fel az egészségföldrajz módszertanát és ismeretanyagát a komplex egészségügyi helyzetértékelések kapcsán. Az eddig igen nagy alapossággal vizsgált mintaterületek az elmúlt néhány évben a következők voltak:

- Északkelet-Magyarország: Ádány Róza kutatásvezető irányításával (**Ádány R. 2009**).
- Dél-Alföld: Tóth József és Pál Viktor vezetésével, s pl. Beke Szilvia közreműködésével (**Pál V. – Tóth J. 2007, Beke Sz. 2009**).
- Közép-Magyarországi Régió: Uzzoli Annamária (zárójelentés VII. fejezet)
- Nógrád megye: Kajtor Erzsébet által (**Kajtor E. 2007**).
- Nyugat-Magyarország: Kalmár Gabriella vizsgálataival (**Kalmár G. 2008**).

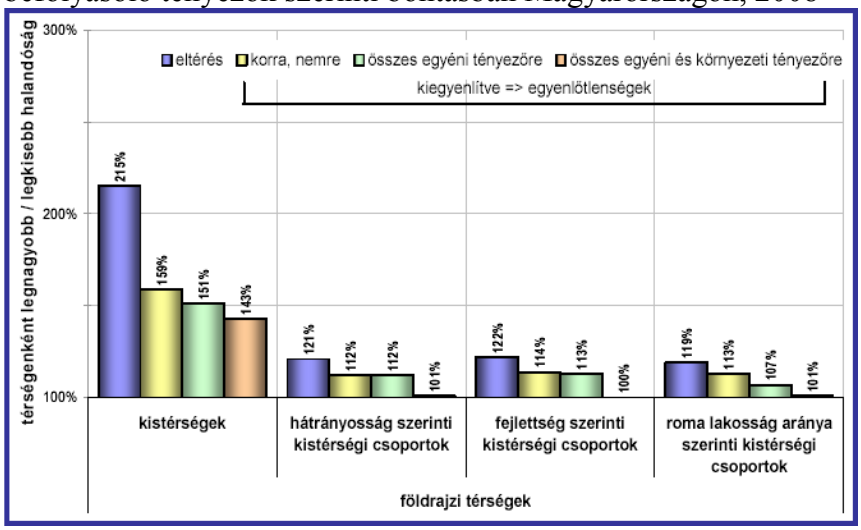
Az egészségföldrajz regionális szemléletű vizsgálata másrészről sajátos egészségügyi problémák felvetését teszik meg:

- Betegjogok regionális különbségei (**Tóth J. – Pál V. – Antal G. 2005, - Antal G. 2006**)
- Betegforgalmi adatok területi különbségei (**Pál, V. – Kiss, J. – Tipei, A. 2006; Kiss J. – Mattányi Zs. 2007**)
- Életkilátások kistérségi különbségei a HDI becslések alapján (**Csite A. Németh N. 2008**)
- Morbiditás regionális eltérései (**Vitrai J. – Bakacs M. – Hermann D. – Kabos S. - Németh R. 2004; Hoffer G. 2004)**
- Lelki egészség területi egyenlőtlenségei **(Kopp M- Skrabski Á. 2007; Buda B. 2007)**
- Egészségmagatartás regionális és lokális jellemzői **(Keresztes és mtsai. 2005)**

Az egészség-egyenlőtlenségek területi vizsgálata különböző földrajzi térségek társadalmi-gazdasági környezetének leírását, valamint az egészségi állapotra gyakorolt hatásmechanizmusainak elemzését jelenti. Az egészség-eltérések okai ugyan biológiai tényezők is lehetnek, azonban területi megjelenésüket legmarkánsabban társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák (1. ábra). Érdemes differenciáltan kezelni az egészség-egyenlőtlenség és az egészség-eltérés definícióját. Az egészség-eltérések tulajdonképpen az ellátási szükségletekben jelentkező földrajzi vagy társadalmi különbségeket jelenítik meg a szakpolitika számára, míg az egészség-egyenlőtlenségek az egészség javítását célzó programokhoz, fejlesztésekhez nyújtanak megfelelő információt (**Vitrai J. 2008**).

1. ábra

Földrajzi térségek között összhalálozásban mért halandósági eltérések és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban Magyarországon, 2008

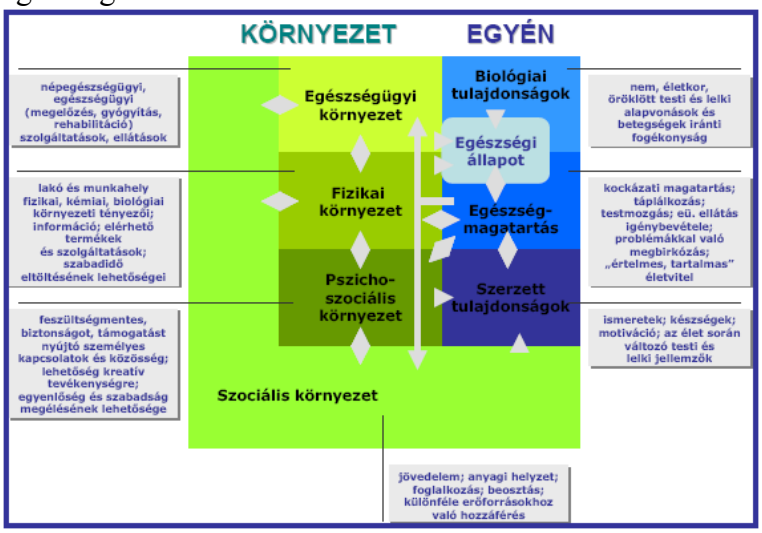


Forrás: Vitrai J. 2008. (www.egeszsegmonitor.hu)

Az egészség-egyenlőtlenségek számtalan egyéni és környezeti tényező bonyolult összefüggésrendszerének értelmezésére hívja fel a figyelmet, ami a nemzetközi és a hazai szakirodalomban is kedvelt kutatási téma. Kutatási célkitűzésemhez szorosan nem kötődik ennek vizsgálata, azonban áttételesen, a területi aspektus tekintetében néhány fontosabb információt szeretnék kiemelni.

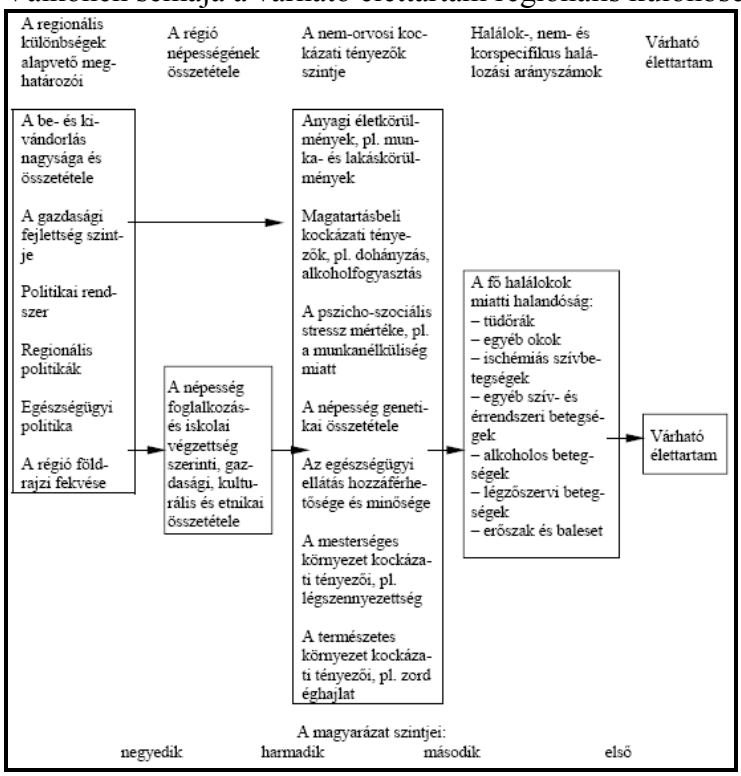
Az egészséget meghatározó és befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét ún. egészségmodellekben ábrázolják (Magyarországon pl. **OLEF2000; Vitrai J. 2007; Varga-Hatos K. – Karner C. 2008),** amelyek lehetőséget adnak a területi jellemzők statisztikai módszerekkel történő elemzésére (2. ábra, 3. ábra). Az OLEF (Országos Lakossági EgészségFelmérés) 2000-ben egy összetett egészségmodellt adaptált a nemzetközi gyakorlatból (**Vitrai J. – Vokó Z. 2004**). AZ OLEF2000, majd a MIKROLEF2005 tapasztalataira épülve készült egy átfogó tanulmány az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez (**Vitrai J. 2008**). Ebben az egészség-eltérések és egészség-egyenlőtlenségek földrajzi térségi elemzését kistérségekre, megyékre, továbbá a hátrányosság, a fejlettség és a roma lakosság aránya szerint képzett kistérségi csoportokra végezték el. A társadalmi csoportokra vonatkozó elemzések a nem, az életkor, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás, valamint – a korlátozottság esetében – az anyagi helyzet és a társas támogatottság szerint képzett csoportokra történt.

2. ábra
Egészségi állapotot befolyásoló egyéni és környezeti tényezők kapcsolatrendszerét bemutató egészségmodell



Forrás: Vitrai J. 2008. (www.ebf.hu/letoltes/**egeszseg**_egyenlotlensegek.pdf*)*

3. ábra
Valkonen sémája a várható élettartam regionális különbségeinek magyarázatára



Forrás: Daróczi E. – Kovács K. 2004.

Jelen fejezetben nagyon röviden áttekintést – adtam a teljesség igénye nélkül – azokról a kutatási irányzatokról, valamint vizsgálati eredményekről, amelyek segítséget adtak saját kutatási projektem szervezésében. Természetesen, a választott vizsgálati témámhoz

közvetlenül és közvetetten kötődő nemcsak egészségföldrajzi, hanem egyéb más rokon-, társ- és segédtudományok tapasztalatairól is beszámolok a zárójelentés megfelelő fejezetében, amelyeket mindig a fejezet végén összesítek. Igen széleskörű, s tág értelemben is hasznosítható szakirodalmi források mind nemzetközi, mind pedig hazai szinten rendelkezésre állnak, ezért elsősorban a magyarországi helyzetre fókuszálva az utóbbiakat tettem hangsúlyossá. De például a hazai tudományos életben új, vagy újszerű fogalmak magyarázatában (pl. „draw-and-write" módszer) nagymértékben támaszkodom a nemzetközi előzményekre.

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. Ádány R. (szerk.) (2009): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
2. Antal G. 2006: Betegjogok Magyarországon – Földrajzi, jogi és etikai megközelítésben. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem, TTK Doktori Iskola, Pécs
3. Beke Sz. (2009): Békés megye népességének egészségi állapota és egészségügyi ellátása. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem, TTK Doktori Iskola, Pécs
4. Buda B. (2007): Egészség-kommunikáció. Konferencia előadás. OEFI, Budapest
5. Bényi M. (szerk.) (2008): Népegészségügyi Jelentés 2008. Készítette az OSZMK nem-fertőző betegségek epidemiológiája osztálya (http://www.oszmk.hu/index.php?m=31)
6. Csite A. – Németh N. (2008): A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországán. Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás 2008/1. pp. 257-289.
7. Galambos J. – Tózsa I. (1992): Józsefváros egészségügyi információs rendszere. Kézirat. MTA FKI, Budapest
8. Gárdos É. (1996): Az egészségügyi ellátóhálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. Demográfia 1. pp. 38-53.
9. Glatz F. (szerk.) (1998a): Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
10. Glatz F. (szerk.) (1998b): Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
11. Glatz F. (szerk.) (2001): Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
12. Glatz F. (szerk.) (2002): Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
13. Glatz F. (szerk.) (2003): Egészségmegtartás, betegségmegelőzés. Műhelytanulmányok. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
14. Hoffer G. (2004): Népegészségügyi Jelentés 2004. Szakértői változat. Morbiditás. (http://www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2004_morbiditas.pdf)
15. Józan P. (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. Statisztikai Szemle 1-2. pp. 5-20.; pp. 101-113.
16. Józan P. (2001): A századvég halandóságának földrajzi különbségei Magyarországon. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

17. Kajtor Erzsébet (2007): Az életminőség kihívásai Nógrád megyében, a morbiditási és mortalitási mutatók alapján. Területi Statisztika 2007/2. pp. 151-169.
18. Kalmár G. (2008): Az orvosi diagnosztikai laboratóriumok és az életminőség területi összefüggései. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem, TTK Doktori Iskola, Pécs
19. Keresztes N. – Makó M. – Klembucz E. - Hanusz K. - Pikó B. (): Magatartási kockázati tényezők összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a dél-alföldi ifjúság körében. Magyar Epidemiológia 2005/3. pp. 217-228.
20. Kiss É. (1994): A Közép-Tisza-vidék népességének egészségügyi helyzete. Statisztikai Szemle 1. pp. 46-58.
21. Kiss J. – Mattányi Zs. (2007): Stroke-ellátó központok és körzeteik optimalizálása a legrövidebb eljutási idő alapján. Kézirat. MTA-ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport, Budapest
22. Kollányi Zs. – Imecs O. (2007): Az egészség - befektetés: az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre. Demos Magyarország, Budapest (http://www.demos.hu/Tevekenyseg/Projektek/egeszseggazdasag)
23. Kopp M. – Skrabski Á. (1995a): Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Corvinus Kiadó, Budapest
24. Kopp M. – Skrabski Á. (1995b): Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest
25. Kopp M. (1999): A mentálhigiénés megelőzés alapelvei. Népegészségügy 1999/80. pp. 4-21.
26. Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. (1999): A testi és a lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia 1999/1-2. pp. 88.
27. Kopp M. – Skrabski Á. (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. Demográfia 2000/2-3. pp. 252-277.
28. Kopp M. - Székely A. - Skrabski Á. (2007): Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálozási arányait? Polgári Szemle 2007. 6. sz. (http://www.polgariszemle.hu/app/interface.php?view=v_article&ID=196&paging=1)
29. Kovács K. (2006): Egészség-esélyek. Budapest, KSH Népességtud. Kut. Int. (http://www.demografia.hu/Muhelytanulm/muhtan5.pdf)
30. Losonczi Á- (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
31. OLEF2000 (2002): Egészségmodell. Epinfo 2002/16-17. (www.oek.hu/oekfile.pl?fid=1515)
32. Orosz É. (1989): Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – Az újraértelmezés szükségességéről. Tér és Társadalom 2. pp. 3-19.
33. Orosz É. (1993): A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. Társadalmi - területi egyenlőtlenségek Magyarországon. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest pp. 231-255. Orosz É. (1996): Félúton vagy tévúton? – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest
34. Orosz É. (1998): Reformillúziók és valóság. A magyar egészségügy a kilencvenes években. Társadalmi Szemle 8-9. pp. 93-111.
35. Paksy A. (2002): A népesség egészségi állapota. In: Életminőség és egészség. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest pp. 1-59.
36. Pál V. (1997): Egészségföldrajzi folyamatok elemzési lehetőségei a makói kistérségben. Geográfus Doktoranduszok II. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány. ELTE TTK Földrajz Tanszékcsoport, Budapest 1997. november 21-22.
37. Pál V. (1998): Kistérségek egészségföldrajzi vizsgálatának problémái. Geográfus Doktoranduszok III. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány, Debrecen

38. Pál, V.– Kiss, J.– Tipei, A. (2006): A Survey of Regional Differences in Health conditions of Hungarian Patients on the Basis of Hospital Admissions. Magyar Epidemiológia 2. pp. 83-97.
39. Pál V. – Tóth J. (2007): Egészségföldrajz. Lomart Kiadó, Pécs – Gyula 268 p.
40. Pénzes I. – Tóth J. (1970): Szeged egészségügyi vonzáskörzete és igazgatási-szervezési szerepköre. Földrajzi Értesítő 1970/3. pp. 303-315.
41. Pénzes I. – Tóth J. (1973): A Dél-Alföld egészségügyi központjainak egymás közötti és külső kapcsolatai. Földrajzi Értesítő 1973/4. pp. 467-477.
42. Tóth József - Pál Viktor - Antal Géza (2005): Társadalomföldrajz és egészség – A magyar egészségföldrajz néhány elméleti kérdése. Magyar Epidemiológia 2005/4. pp. 261-281. (id. p. 278.) (ISSN 1786-1489)
43. Uzzoli A. (2000): Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében. Comitatus 2000/július-augusztus pp. 48-56.
44. Varga-Hatos K. – Karner C. (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/2. pp. 25. (http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008maj/25-33.pdf)
45. Vitrai J. – Vokó Z. (2004): Népegészségügyi Jelentés 2004.- Szakértői változat. Egészségmodell. (http://www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2004_egeszsegmodell.pdf)
46. Vitrai J. – Bakacs M. – Hermann D. – Kabos S. – Németh R. (2004): Előrejelzés egészségügyi ellátás tervezéséhez 2021-ig. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest
47. (www.egeszsegmonitor.hu/dok/ElorejelzesEllatasTervezesehez.pdf)
48. Vitrai J. (2007): Egészség információ rendszer. TÁRKI – Egészség Tudásközpont, Budapest (www.tarki.hu/hu/services/hrc/files/20070601/i_3.pdf)
49. Vitrai J. (szerk.) (2008): Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Egészségmonitor Kft., Budapest (www.egeszsegmonitor.hu)

Internetes források

www.oek.hu/oekfile.pl?fid=1515
www.egeszsegugy.info/az_egeszseg
http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/halalozasok07.pdf
http://www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2004_osszefoglalo-bevezetes.pdf

III. Nemzetközi kitekintés

1. Célok és módszerek

Napjainkra már bebizonyosodott, hogy a WHO hetvenes években megfogalmazott „Egészséget mindenkinek 2000-re!” (**WHO Alma-Ata Charta 1978**) célkitűzés nem valósult meg, sőt nehezen valósítható meg. Az emberek egészségi állapotát tekintve jelentős különbségek tapasztalhatók a világ országai között. Az egészségi állapot világméretű különbségeinek mérséklése nemcsak egészségügyi, hanem egyben társadalmi, gazdasági, sőt politikai kérdés is. A különféle betegségek és halálokok területi eloszlása hűen tükrözi a társadalmi-gazdasági fejlettség világszintű eltéréseit. Sőt, bizonyos egészségmutatók (pl. várható élettartamok, csecsemőhalandóság) a fejlettségi szint releváns mérőszámai. Az egészségügyi egyenlőtlenségek mind az egészségi állapotban, mind pedig az egészségügyi ellátórendszer működésében egyaránt értelmezhetőek. Azonban ezek okai és következményei más-más tényezők által determináltak a fejlett és a fejlődő országokban (**Haggett, P. et al. 2004**).

A nemzetközi szintű vizsgálatokkal egyrészt célom volt az egészségi állapotban jelenleg világszinten tapasztalható különbségek rövid áttekintése[1], másrészt pedig Magyarország egészségügyi helyzetének definiálása a fejlett világ országai között. Az elsődlegesen európai összehasonlítás során külön kezelem a fejlett nyugat-európai, illetve a közép- és kelet-európai rendszerváltó országokat, és ezen országcsoportok viszonylatában értékelem a fő egészségmutatók alakulását meghatározó folyamatokat. Milyen fordulópontot okozott az epidemiológiai átmenet a fejlett országok egészségi/egészségügyi helyzetében? Mit jelent a „kelet-nyugati szakadék” Európa halandósági viszonyaiban? Magyarország egészségi állapota miként definiálható a világ és Európa országai között? A vizsgálati kérdések megválaszolása a kutatási előzmények ismertetésével, valamint a WHO statisztikák elemzésével történt meg.

2. Az epidemiológiai átmenet kihívásai a fejlett országokban

A történelem folyamán egészen a XIX. század utolsó harmadáig hasonló körülmények határozták meg a morbiditási és mortalitási helyzetet a világ országaiban (**Szántó Zs. 2002**).

[1] A világszintű összehasonlítás során nem térek ki a fejlődő országok népegészségügyi problémáinak elemzésére, mivelhogy az egészségügyi egyenlőtlenségek ilyen jellegű területi aspektusának értelmezése nem tartozik szűken vett kutatási területemhez.

A halálozások gyakoriságát főként a fertőző betegségek (pl. pestis, lepra) ismétlődő hullámai szabták meg. A több országra, sőt kontinensekre kiterjedő járványok (pandémia) tizedelték a lakosságot. Az ipari forradalom gyors népességnövekedést idézett elő, az egyre inkább zsúfolttá váló városokban a rossz higiénés feltételek között akadálytalanul terjedtek a fertőző betegségek (pl. tbc, hastífusz, himlő, kolera). Ettől kezdve a fejlettebb társadalmak mortalitásában a helyi jelentőségű járványok (endémia) kezdtek hangsúlyossá válni. A gazdasági növekedés hosszú története aztán a fejlett országokban a XX. század közepére ún. epidemiológiai átmenetet eredményezett (**Wilkinson, R. 1996**). Ennek lényege, hogy az életszínvonal emelkedése és az életminőség folyamatos javulása megteremtette a jó egészséghez szükséges alapvető feltételeket. A közegészségügyi és járványügyi fejlődés, illetve a gyógyító-megelőző intézkedések hatására a fertőző betegségek visszaszorultak, valamint jelentős mértékben csökkent a fiatalkori halálozások aránya. Ugyanakkor az életmód és a korösszetétel átalakulása új betegségek megjelenésével és a haláloki struktúra megváltozásával járt együtt. Az idült nemfertőző, krónikus degeneratív, civilizációs vagy urbanizációs betegségek (**Gray, A. 1985**) előretörése az ötvenes-hatvanas évektől új kihívások elé állította a jóléti államok egészségügyi rendszerét. Ezek a jóléti betegségek többségében hosszabb lefolyású (limiting longstanding illness), s egyben gyógyulási idejűek, kezelésük költségesebb, így sokkal inkább rónak terheket a társadalomra (pl. államháztartási kiadások) és az egyénre (pl. járulékfizetési kötelezettségek) (**Jee, M. – Or, Z. 1999**).

A betegségek nemzetközi nómenklatúrája (BNN) 21 főcsoportjából 4 haláloki (daganatos, keringési rendszeri, légző- és emésztőrendszeri) főcsoport okozza a halálozások több mint 90%-át az OECD országokban. Köztük is a keringési rendszeri betegségek a halálozások legalább 50%-át, míg a rosszindulatú daganatok pedig a halálozások minimum 25%-át okozzák. A fertőző betegségek évszázadokon keresztül döntően befolyásolták a halálozások alakulását a világon, azonban a XX. század második felében az iparilag fejlett országokban elveszítették jelentőségüket. A nyolcvanas évektől kezdődően a HIV/AIDS, valamint a kilencvenes évektől Kelet-Európában újból megjelenő tüdőgümőkór (**Curtis, S. 2004**) okozta halálozások számának emelkedése ismét – ugyan kismértékben – növelte a fertőzések okozta halálozások arányát ebben az országcsoportban. A légzőrendszer betegségei közül leggyakrabban az obstruktív tüdőbetegségek (idült hörghurut, tüdőtágulat, asztma), a hörgtágulat betegségek, valamint a tüdőgyulladás okoz halálozást. A légzőrendszeri halálozások részarányának ingadozását a néhány évenként tapasztalható influenza-járványok befolyásolják. Az emésztőszervi betegségek közül leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély, az idült májgyulladás (krónikus hepatitisz) és a májzsugor (májcirrózis) okozta halálozás. A

WHO előrejelzései alapján elsősorban az egészségkockázati magatartás következményeként a cukorbetegség egyre inkább népbetegséggé válik a fejlett országokban, és a diabétesz okozta halálozások akár kétszeres növekedése várható 2025-re (**WHO Jakarta Charta 1997**).

A megváltozott népegészségügyi helyzet a magas jövedelmű országokban markáns szemléletváltást eredményezett a nemzetközi egészségfejlesztési mozgalmakban is. Ugyan kissé megkésve, de a WHO a nyolcvanas évek közepétől kezdte tudatosan külön kezelni a fejlett és a fejlődő országok egészségügyi problémáit, s egyben próbált hatékony megoldási javaslatokat megfogalmazni (**WHO Ottawa Charta 1986**). A magas jövedelmű országok esetében napjainkban, s valószínűleg középtávon a jövőben is a következő egészségügyi konfliktusok kezelését szükséges hangsúlyozni a nemzeti népegészségügyi programok kidolgozásában (**Uzzoli A. 2008a**):

- A fejlett országokban az egészségi állapot különbségeinek mérséklése elsősorban a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, rétegek számára alapvető célkitűzés az esélyegyenlőség megteremtésében.
- A fejlett országokban a vezető halálokok kialakulásában az életmóddal kapcsolatos kockázati tényezőknek jelentős szerepe van, ezek társadalmi meghatározottsága egyben az egészségügyi egyenlőtlenségek velejárója.
- A fejlett országokban a XX. század közepétől az epidemiológiai átalakulás demográfiai átmenettel párosult, amelynek napjainkig egyik meghatározó eleme a népesség folyamatos elöregedése.

A XX. század közepétől bekövetkező epidemiológiai átmenet ugyan csökkentette az iparilag fejlett országok között az egészségi állapotban tapasztalható különbségeket, azonban társadalmi értelemben az egészségügyi egyenlőtlenségek fokozódásához vezetett. A leggazdagabb országokban az egészségi állapot különbségei tehát ma már kevésbé az országok közötti fejlettségbeli különbségekkel magyarázhatók. Az országon belüli jövedelemkülönbségek egyre inkább hangsúlyosabbá teszik az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát. Egyes fejlett társadalmakban gyakran két-háromszor magasabb a halálozási arány az alacsonyabb társadalmi státusúak körében, mint a magasabb státusban lévők között (**Wilkinson, R. 2006**). A hátrányos munkaerőpiaci-pozíció – pl. alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, csökkent munkaképesség stb. – a közvetetten a legjelentősebb kockázati tényezője az egészségi állapot megromlásának és a különböző betegségek kialakulásának. Nemcsak az egyén, hanem az egyes társadalmi csoportok, rétegek egészségi

állapotát leginkább a kedvezőtlen szociális helyzetből fakadó ún. pszichoszociális kockázatok befolyásolják (**Elstad, J. 1998**). A társas támogatás hiánya, a meggyengült társadalmi kapcsolatok, a fiatalkori stressz és szorongás magatartási zavarokhoz, végső soron az alkotó- és munkaképesség csökkenéséhez vezethet. Többek között a stressz átélése közrejátszhat különféle szenvedélybetegségek, vagy éppen az öngyilkosság létrejöttében. Önmagában nem a rosszabb szociális helyzet, hanem annak következtében kialakult depressziós tünetegyüttes, azaz a lemaradás szubjektív átélésének érzése a leglényegesebb egészséget veszélyeztető tényező (**Macleod, J. – Davey Smith, G. 2005**). A szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünetegyüttes súlyosságán keresztül érvényesül. Egyes vélemények szerint a rossz szociális helyzet egészséget kockáztató hatása akár súlyosabb lehet az egészségtelen életmódnál is (**Tunstall, H. et al. 2004**).

A vezető halálokok kialakulásában az életmóddal kapcsolatos kockázati tényezőknek meghatározó szerepe van (**Stokols, D. 1992**), amelyek főként a rizikó-, vagyis az egészségkárosító magatartással függenek össze. Ezek közé olyan viselkedésformák tartoznak, amelyek igen fontos szereppel bírnak az életút folyamán bizonyos krónikus betegségek megjelenésében, és legtöbbször azok súlyosbodásában. A dohányzás, az alkohol- és kábítószer-fogyasztás, az evészavarok (elhízás, kóros soványság) egyben pszichoszociális egészségindikátorok (**Csoboth Cs. 2001**), így kialakulásuk társadalmilag meghatározott. A nagyvárosi népesség egészségi állapotának (urban health) egyik igen jelentős meghatározó tényezője a mozgás- és sportszegény életmód nem szenvedélybetegség, hanem elsődlegesen civilizációs ártalom (**Curtis, S. – Jones, I. 1998**). A rendszeres testmozgás hiánya közvetlenül szerepet játszik az emberi szervezet ellenálló képességének csökkenésében, amely előbb vagy utóbb különböző betegségek kialakulását eredményezi. Számos egészségtudományi kutatás bizonyította, hogy az egyén társadalmi státusa (socioeconomic position) szoros kapcsolatban áll a fizikai aktivitással (**McNeill, L. et al. 2006**). Az alacsonyabb társadalmi státusúak inkább munkájukhoz, foglalkozásukhoz kötött testmozgást végeznek, míg a magasabb státusúakra leginkább a rekreációs, szabadidős fizikai aktivitás a jellemző (**Giles-Corti, B. – Donovan, R. 2002**). Napjainkban az életmód-kutatások kapcsán egyre inkább előtérbe kerülnek azok a vélemények, amelyek a fejlett országokban a halálozások legalább felét a három legfőbb rizikótényezővel (dohányzás, alkoholizmus, elhízás) és a négy fő halálokkal (szívinfarktus, agyér-görcs, tüdődaganat, májzsugor) magyarázzák (**Planning, S. 2008**).

A fejlett ipari országokban a népesség fokozatos elöregedése egyrészt az alacsony születésszámmal, másrészt pedig az átlagos élettartam folyamatos hosszabbodásával

magyarázható. Az időskorú népesség (60 éves és annál idősebb) arányának évtizedek óta tartó növekedése az egészségügyi konfliktusok és egyenlőtlenségek kiéleződéséhez vezet. Az idős emberek megbetegedési és halálozási mutatói a legmagasabbak az összes többi korcsoporthoz képest. Az életkor előre haladtával nagyobb a valószínűsége az egészségi állapot fizikai és mentális-lelki romlásának, így az idősek veszik leggyakrabban igénybe a különféle egészségügyi szolgáltatásokat. Ugyanakkor a felnőtt lakosság más korcsoportjaihoz képest az idősek körében a legmagasabb a hátrányos helyzetűek és a szegények aránya. Végeredményben az előrehaladott életkor a társadalmi helyzetből eredő szociális hátránnyal párosulva fokozott veszélyeztető tényezője lehet az egészségi állapotnak (**Gyukits Gy. – Ürmös A. 2002; Helman, C. 2003**).

3. A közép-európai „egészség paradoxon”

A hatvanas évektől kezdődően a megbetegedési és halálozási viszonyokban végbement változások hatására az ipari országok két csoportja alakult ki Európában: az egyikhez tartoznak a nyugat-európai államok, a másikhoz pedig Közép- és Kelet-Európa rendszerváltó országai. A két csoport szétválásának oka elsősorban az epidemiológiai korszakváltással magyarázható: az idült, nemfertőző betegségek epidemiológiai korszaka fokozatosan átalakult a késleltetett, krónikus, nemfertőző betegségek epidemiológiai korszakává (**Józan P. 1989**). A megbetegedési és halálozási viszonyok strukturálisan azonosak a két országcsoportban, a kor- és okspecifikus halálozási arányok azonban az előbbiben alacsonyabbak, az utóbbiban pedig magasabbak. Ráadásul a nyugat-európai országokban a populáció öregedése már jóval korábban megkezdődött, mégis az idősek növekvő részaránya ellenére csökkent a halálozások gyakorisága a XX. század utolsó harmadától (**Cornia, G. 2001**). A nyolcvanas évek elejétől a különböző életkorokban várható átlagos élettartamok jelentősen meghosszabbodtak, s főleg idős- és öregkorban javultak az életesélyek. Ennek az epidemiológiai fejlődésnek kiemelkedően fontos jelensége az öregek (70 év felettiek) és aggastyánok (80 év felettiek) mortalitásának csökkenése (**Józan P. 2002a**). Sőt, idős- és öregkorban a hosszabbodó várható átlagos élettartamok jórészt rokkantság nélkül járnak, beleértve az időskorral járó képességek csökkenését. Az ilyen jellegű változásokra a volt szocialista országokban sem akkor, sem azóta nem került sor.

Az egészségi állapot és az életminőség szempontjából fontos mutató az egészségben várható átlagos élettartam. Ennek alacsony értéke feltételezi adott népesség „rossz” egészségi állapotát. Az 1. táblázat adatai alapján a legkedvezőbb egészségi állapotú európai

országokban több mint 70 év az egészségben eltölthető várható átlagos élettartam, a nők esetében pedig a 75 évet is meghaladhatja. Ugyanakkor az egészségi állapot szempontjából leghátrányosabbak csoportjában a mutató értéke a 65 évet sem éri el, sőt, a férfiaknál még a 60 évet sem (pl. szovjet utódállamok). Ezekben az országokban rendkívül magas a korai halálozások aránya, így a krónikus betegségek miatt elvesztett életévek száma magasabb, mint egy hasonló korösszetételű országban.

1. táblázat

Az egészségben várható átlagos élettartam Európában, 2005

Rangsor	Ország	Mindkét nem (év)	Férfiak (év)	Nők (év)
1.	Franciaország	73,1	69,3	76,9
2.	Svédország	73.0	71,2	74,9
3.	Spanyolország	72,8	69,8	75,7
4.	Olaszország	72,7	70.0	75,4
5.	Görögország	72,5	70,5	74,6
6.	Svájc	72,5	69,5	75,5
7.	Hollandia	72.0	69,6	74,4
8.	Egyesült Királyság	71,7	69,7	73,7
9.	Norvégia	71,7	68,8	74,6
10.	Belgium	71,6	68,7	74,6
11.	Ausztria	71,6	68,8	74,4
12.	Luxemburg	71,1	68.0	74,2
13.	Izland	70,8	69,2	72,3
14.	Finnország	70,5	67,2	73,7
15.	Málta	70,5	68,4	72,5
16.	Németország	70,4	67,4	73,5
17.	Ciprus	69,8	68,7	70,9
18.	Írország	69,6	67,5	71,7
19.	Dánia	69,4	67,2	71,5
20.	Portugália	69,3	65,9	72,7
21.	Szlovénia	68,4	64,9	71,9
22.	Csehország	68.0	65,2	70,8
23.	Horvátország	67.0	63,3	70,6
24.	Örményország	66,7	65.0	68,5
25.	Szlovákia	66,6	63,5	69,7
26.	Grúzia	66,3	63,1	69,4
27.	Lengyelország	66,2	62,3	70,1
28.	Szerbia	66,1	64,2	68,1
29.	Montenegró	66,1	64,2	68,1
30.	Bosznia és Hercegovina	64,9	63,4	66,4
31.	Bulgária	64,4	61,2	67,7
32.	**Magyarország**	**64,1**	**60,4**	**67,9**
33.	Litvánia	64,1	60,6	67,5
34.	Macedónia	63,7	61,8	65,6
35.	Azerbajdzsán	63,7	60,6	66,7
36.	Észtország	63,1	58,1	68,1
37.	Ukrajna	63.0	58,5	67,5
38.	Románia	62,3	58,8	65,8
39.	Lettország	62,2	57,1	67,2

40.	Fehéroroszország	61,7	56,2	67,2
41.	Moldova	61,5	58,5	64,5
42.	Oroszország	61,3	56,1	66,4
43.	Albánia	60.0	56,5	63,4

Adatok forrása: www.workmall.com/wfb2005/

A legutóbbi három évtizedben kialakult krónikus epidemiológiai válság meghatározó jelensége a 35-64 év közötti – főleg férfiak – halálozási gyakoriságának emelkedése (korai halálozás) (**Arjan, G. et al. 1999**), amely az Elbától keletre minden országra jellemző (**Losonczi Á. 1998**). Az elhúzódó epidemiológiai válság oka, hogy Közép- és Kelet-Európa átmeneti országaiban az életkörülmények javulása az egészségi állapot és az életkilátások rosszabbodásával járt együtt (**Józan P. 2002b**), és végeredményben sem az egészségpolitika, sem pedig az emberek egészségmagatartása részéről nem történt hatékony válaszadás a fogyasztói kultúra kihívásaira. Tulajdonképpen paradox epidemiológiai jelenség a térségben, hogy a növekvő jólét feltételei között egyre több, élete delén lévő férfi halt, illetve hal meg (**Józan P. 2002a**).

Európában a kelet-nyugati „halandósági szakadék" (**Vågerö, D. – Leinsalu, M. 2005**) növekedésében elsődlegesen a középkorú népesség mortalitásának rosszabbodása a meghatározó tényező. Általában az idült, krónikus betegségek tünet- és panaszmentesen valószínűsíthető megjelenése már 30 éves kor előtt bekövetkezik, amelyek esetleg két-három évtized alatt okozzák a beteg halálát, igen gyakran már 35-64 év között (**Forster, D. – Józan, P. 1990**). A kockázati tényezők több évtizedes hatásával (pl. dohányzás, alkoholizmus, elhízás) függ össze, hogy középkorú népesség halálozási viszonyainak rosszabbodásában viszonylag kisszámú halálok gyakoribbá válásának (pl. infarktus, tüdődaganat, májzsugor) van meghatározó jelentősége (**Józan P. 1994a**).

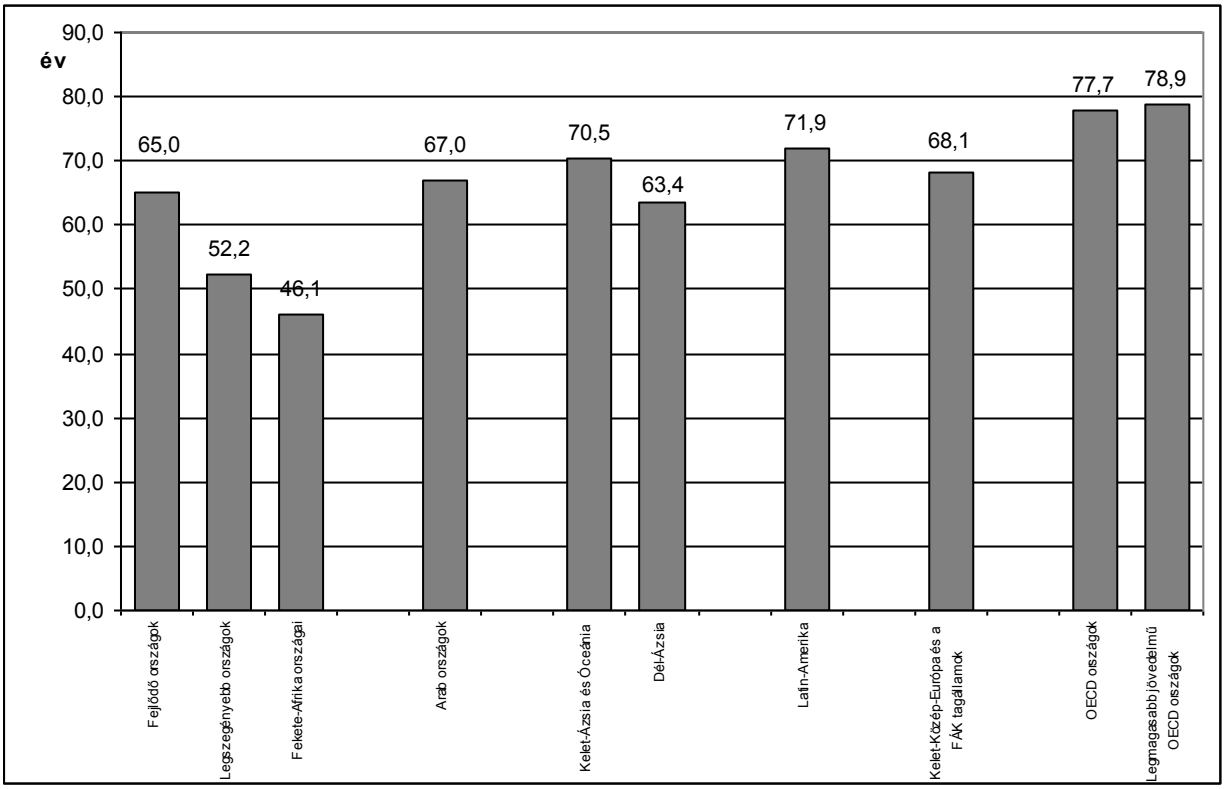
Az ún. közép-európai „egészség paradoxon" lényege (**Cornia, G. – Panicia, R. 2000**), hogy a népesség egészségi állapota rosszabb annál, mint ami az adott ország gazdasági helyzetéből következne (**Kopp M. – Kovács M. 2006**). Miközben Nyugat-Európa államaiban az utóbbi években egyfajta értékmérő vált az egészség, illetve az egészségre orientált életmód, addig Európa középső és keleti felének reformer országaiban az átmeneti folyamatok az populáció egészségi állapota romlásához és az egészségügyi egyenlőtlenségek kiéleződéséhez vezettek. A társadalmi-gazdasági-politikai átalakulás okozta létbizonytalanság, a romló lakásviszonyok, a fokozódó szociális problémák (munkanélküliség, szegénység, hajléktalanság), az évtizedek óta folytatott egészségromboló életmód bizonyos társadalmi rétegek és csoportok középkorú tagjai számára drámai következményekkel jártak együtt. A rendszerváltozás egészségi állapotra gyakorolt hatása leginkább a volt Szovjetunió lakosságát

érintette. Az orosz férfiak 40 éves korban még várható átlagos élettartama 22,4 év, ami 8,8 évvel alacsonyabb a nyugat-európai, és 3,8 évvel rövidebb a közép-európai átlagnál (**Andreev, E. et al. 2003**).

A születéskor várható átlagos élettartam világszintű különbségei (1. ábra) szoros összefüggésben vannak a gazdasági fejlettséggel. Az életkilátások világszinten a legrosszabbak a legszegényebb ázsiai és fekete-afrikai országokban, ahol még az 50 évet sem éri el a mutató értéke (**Birg, H. 2005**). Ha alapvetően a fejlődő, a fejlett és a rendszerváltó országok szintjén elemezzük az életesélyeket, akkor a fejlődő országok (65 év) csoportja után világszinten a közép- és kelet-európai átmeneti országokban a legrosszabbak az életesélyek (68,1 év). A fejlődő országok csoportjában azonban jelentős eltérések vannak az országok társadalmi-gazdasági helyzete alapján. Még a viszonylag kismértékű gazdasági növekedés is jelentős javulást eredményezhet a fejlődő országok lakosságának életesélyeiben (pl. Latin-Amerikában, Kelet-Ázsiában).

1. ábra

A születéskor várható átlagos élettartam (év) a különböző országcsoportokban, 2005



Adatok forrása: http://epp.eurostat.ec.europa.eu

4. Magyarország egészségmutatói a világ és Európa országai között

Magyarország a lakosság egészségi állapota alapján a világ országai között a középmezőnyhöz tartozik, bár bizonyos mutatók esetében ténylegesen egyike vagyunk a legrosszabb népegészségügyi helyzettel bíró országoknak (**Uzzoli A. 2003**). A WHO tagországai (192 állam) között rosszabbodott az ország rangsor helyezése az elmúlt hat évben (2. táblázat), annak ellenére, hogy a vizsgált egészségmutatók ugyan kismértékben, de folyamatosan javultak hazánkban. Azonban halálozási viszonyaink évtizedeken keresztül tartó romlása csak 1993 után állt meg, amely 1996-tól eredményezte a születéskor várható átlagos élettartam lassú emelkedését. Mindeközben a közepes jövedelmű országok egy részének egészségmutatói olyan mértékben javultak, hogy ma már kedvezőbbek az életkilátásaik, mint Magyarországnak (**Uzzoli, A. 2007**).

2. táblázat

Magyarország helyzete a WHO tagországai között néhány egészségmutató alapján, 2001 és 2007

Főbb egészségmutatók	Rangsor helyezés 2001-ben	Rangsor helyezés 2007-ben
Születéskor várható átlagos élettartam	60.	79.
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi	84.	91.
Születéskor várható átlagos élettartam, nő	50.	68.
5 éves kor alatti halálozás, férfi	40.	46.
5 éves kor alatti halálozás, nő	36.	41.
15-59 év közötti halálozás, férfi	120.	127.
15-59 év közötti halálozás, nő	70.	74.

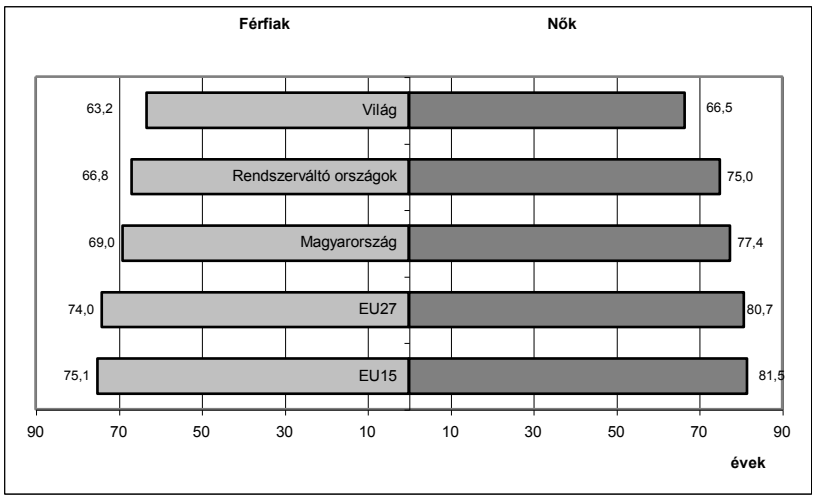
Adatok forrása: http://www.who.int/whosis/country

Az életesélyek és a halálozási valószínűségek alapján hazánkat a legtöbb esetben újonnan iparosodó ázsiai országok (pl. Dél-Korea, Tajvan, Szingapúr stb.), latin-amerikai államok (pl. Argentína, Kuba, Mexikó stb.), illetve észak-afrikai (pl. Algéria, Líbia, Tunézia) és kőolajtermelő arab országok (pl. Kuvait, Irak stb.) előzik meg a WHO rangsorban. Az egészségmutatóink főként a férfiak esetében maradnak el a legfejlettebb OECD országokhoz képest. Magyarországon átlagosan 5-6 évvel rövidebb élettartamra számíthatnak az emberek,

mint Nyugat-Európában (**Uzzoli, A. 2008b**). A magyar férfiak születéskor várható átlagos élettartama jelenleg a 70 évet sem éri el (2. ábra), miközben az EU15 csoportban a mutató értéke 75,1 év. Ugyan a magyar nők átlagosan 77 évre számíthatnak, de ez szintén néhány évvel elmarad a nyugat-európai mutatókhoz képest (EU15-ben 81,6 év). Ráadásul Magyarországon a két nem életesélyeiben közel 9 év a különbség, ami világszinten is kimagasló a biodemográfiai számításokkal bizonyított 1-2 évhez képest. Igaz, ez a mutató eleve magas az egész európai kontinensen (átlagosan 4-5 év). A rendkívül kedvezőtlen életkilátásaink összefüggésben vannak a felnőtt népesség nagyon rossz halálozási helyzetével (3. táblázat). Ennél rosszabb helyzetben csak a balti államok és a szovjet utódállamok vannak (**Uzzoli, A. 2006**).

2. ábra

A születéskor várható átlagos élettartam (év) Magyarországgal összehasonlítva, 2007



Adatok forrása: www.allcountries.org/wfb2007/

3. táblázat

Mortalitási helyzet Európában, 2007

	Ország	Felnőtt férfi népesség (15-60 év közötti) halálozási aránya (ezer főre)	Felnőtt női népesség (15-60 év közötti) halálozási aránya (ezer főre)	Férfiak születéskor várható átlagos élettartama (év)	Nők születéskor várható átlagos élettartama (év)
1.	Izland	79	52	79,2	82,9
2.	Svédország	82	51	78,9	83,0
3.	Málta	82	48	77,1	81,5
4.	Svájc	87	49	78,9	83,5
5.	Hollandia	89	63	77,4	82,7

6.	Olaszország	91	47	77,9	82,9
7.	Norvégia	93	57	77,8	82,7
8.	Ciprus	94	47	76,5	81,3
9.	Írország	105	60	76,0	81,0
10.	Egyesült Királyság	106	63	77,4	81,9
11.	Görögország	110	46	77,1	82,0
12.	Németország	112	58	76,4	81,9
13.	Spanyolország	113	45	77,3	83,2
14.	Ausztria	114	55	77,5	82,3
15.	Dánia	117	72	76,4	80,4
16.	Luxembourg	118	59	76,1	82,6
17.	Belgium	122	65	76,0	82,3
18.	Franciaország	132	60	76,9	83,5
19.	Finnország	137	62	75,6	82,3
20.	Portugália	144	61	75,3	81,6
21.	Szlovénia	158	67	73,4	80,9
22.	Horvátország	160	66	71,8	78,8
23.	Csehország	161	69	73,2	79,9
24.	Albánia	171	96	69,7	73,4
25.	Bosznia és Hercegovina	188	88	70,2	77,7
26.	Szerbia	191	98	72,4	79,5
27.	Montenegró	191	98	72,4	79,5
28.	Lengyelország	198	79	70,9	79,8
29.	Macedónia	198	84	71,6	76,7
30.	Szlovákia	203	76	71,2	79,1
31.	Bulgária	217	92	68,9	76,6
32.	Románia	232	100	68,9	75,8
33.	**Magyarország**	**249**	**108**	**69,0**	**77,4**
34.	Moldáviai Köztársaság	300	150	60,9	69,9
35.	Lettország	300	115	66,7	76,9
36.	Észtország	301	108	61,0	77,9
37.	Litvánia	304	102	69,7	79,7
38.	Fehéroroszország	377	135	63,8	74,9
39.	Ukrajna	386	144	65,1	75,0
40.	Oroszország	485	180	62,0	74,7

Adatok forrása: http://www.who.int/whr/2007/annex/06_annex1_en.pdf

A közép-európai egészség paradoxon igaz Magyarországra is (**Pál V. – Uzzoli A. 2008**). Azonban a társadalom mélyreható átalakulása a régió összes országához képest lényegesen nagyobb mértékű egészségromlást eredményezett a középkorú magyar férfiak körében (**Kopp M. – Skrabski Á. 2007**). A társadalmi-gazdasági környezet és az egészségi állapot összefüggéseinek értelmezésében lényeges szempont a viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás (**Gidai E. 2007**), az iskolai végzettség és a nemi különbségek vizsgálata (**Daróczi E. – Kovács K. 2004**). Mackenbach és munkatársai bizonyították, hogy az iskolai

végzettség szerinti halálozási hányados a magyar férfiak között lényegesen magasabb, mint Európa más országaiban. Az érettséginél alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya 1,78-szor magasabb, mint a magasabb végzettségűeké. Ezzel szemben a középkorú nők között ez az iskolázottság szerinti halálozási különbség csupán 1,28-szoros (**Mackenbach et al. 1999**) .

5. Összefoglalás

A WHO előrejelzései szerint a 21. század társadalmi-gazdasági, sőt egészségügyi szempontból is legnagyobb kihívása a szegénység csökkentése lesz. Az utóbbi évtizedekben a legnagyobb szegénységben élők száma nagyobb mértékben nőtt, mint a teljes populáció. Napjainkban a lakosság egyötöde ebbe a csoportba sorolható (**Haggett, P. 2006**). A 2008 utolsó negyedévében bekövetkező, majd 2009 első félévében elmélyülő világgazdasági válság a szegénység fokozódásához járul hozzá, közvetlen és közvetett szociális és egészségügyi következményeinek kezelésére a fejlett világ államainak fel kell készülnie.

A világméretű egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklésében 2025-ig egyrészt legalább tíz évvel csökkenteni kell a legjobb és a legrosszabb életkilátással bíró országok különbségét. Másrészt minimum 10%-kal csökkenteni szükséges a szintén legjobb és legrosszabb egészségi állapotú országok halálozási viszonyaiban tapasztalható eltéréseket. Végül a jövőbeli közegészségügyi helyzet javítása érdekében a legszegényebb országokban cél 20 ezrelék alá szorítani a csecsemőhalálozást (**WHO 2007**).

A WHO felmérései alapján az egészségi állapot országok között tapasztalható különbségeinél ma már egyre inkább meghatározóbbak az országon belüli eltérések. Nemcsak hazánkban, hanem a fejlett országokban is jelentős egyenlőtlenségek mutathatók ki az egészségi állapot, a különböző megbetegedések és vezető halálokok területi folyamataiban.

Magyarország a népesség egészségi állapota alapján a világ országai között a középmezőnyhöz, Európában a sereghajtók közé tartozik. Az egészségmutatók évtizedek óta tartó romlása következtében hazánkban minden életkorban rosszabbodtak az életkilátások. Különösen a középkorú lakosság körében magas halálozási valószínűségek a magyar népesség egészségromboló életmódjára, a káros szenvedélyek széleskörű elterjedésére, s igen sok esetben az egészségmagatartással kapcsolatos hiányos ismeretekre vezethető vissza.

A születéskor várható átlagos élettartam összetett módon fejezi ki az életesélyeket, hisz a mutató alakulásában meghatározóak a halálozási viszonyok. Magyarország halálozási

viszonyai Európában mindig rosszak voltak a XX. század folyamán, ez különösen a születéskor várható átlagos élettartam európai átlagtól való eltérésében figyelhető meg. Az Európai Unióban a férfiak átlagosan 7, a nők átlagosan 4 évvel tovább élnek, mint hazánkban A magyar férfiak életkilátásai több mint 9 évvel voltak rosszabbak tíz évvel ezelőtt az EU=15 tagországokhoz képest, ami mára kevesebb mint 7 év különbségre csökkent: ez együtt járt a magyar férfiak életesélyeinek közel 3,5 évvel történő javulásával. A magyar nők születéskor várható átlagos élettartama kedvezőbb a magyar férfiakéhoz képest, európai mércében mégis kedvezőtlenebb, bár tíz év alatt közel 3 évvel javult. Az Európai Unióhoz csatlakozó országok között is igen kedvezőtlen a helyzetünk: míg Máltán, Cipruson, Szlovéniában és Csehországban 75 év felett alakul a mutató értéke, addig ez Magyarországon csupán 73,1 év (2007), s ennél alacsonyabb érték csak Bulgáriában, Észtországban, Romániában és Lettországban tapasztalható. Életesélyeink csak a szovjet utódállamokhoz képest kedvező(bb) az európai kontinensen, hisz nálunk legalább a kilencvenes évek közepétől 70 év fölé emelkedett ez a halálozási mutató.

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. Andreev, E. M. – McKee, M. – Shkolnikov, V. (2003): Health expectancy in the Russian Federation. A new perspective on the health divide in Europe. Bulletin of WHO, Geneva pp. 778–787.
2. Arjan, G. – Tomassini, C. – Vaupel, J. W. (1999): Male-female Differences in Mortality in the Developed World. MPIDR Working Paper WP, July 1999. (www.demogr.mpg.de)
3. Birg, H. (2005): A világ népesség. Dinamikus növekedés és leselkedő csapdák. – Corvina Kiadó, Budapest 156 p.
4. Cornia, G. A. – Panicia, R. (2000): The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford University Press, Oxford 104 p.
5. Cornia, G. A. (2001): Globalization and health: results and options. Bulletin of WHO 79., Geneva pp. 834–841.
6. Curtis, S. – Jones, I. R. (1998): Is there a place for geography in the analysis of health inequality? Sociology of Health and Illness 20. pp. 645–672.
7. Curtis, S. (2004): Health and inequality. Sage Publications, London 329 p.
8. Csoboth Cs. (2001): Magatartás-epidemiológia. In: Buda B. – Kopp M. – Nagy E. (szerk.): Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest pp. 715–728.
9. Elstad, J. I. (1998): The psycho-social perspective on social inequalities in health. In. Bartley, M. – Blane, D. – Smith, G. D. (eds.): The sociology of health inequalities. Blackwell Publishers Ltd., Oxford pp. 39–58.
10. Forgács I. (2004): A változások hatása az egészségre. In: Bácsy E.–Mikola I. (szerk.): Civilizáció és egészség. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest pp. 85–97.
11. Forster, D. P. – Józan, P. (1990): Health in Eastern Europe. Lancet 24. pp. 458–460.
12. Gidai E. (2007): Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országaiban. Magyar Tudomány 2007/9. pp. 1145-1151.

13. Giles-Corti B. – Donovan, R. J. (2002): Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and percieved access to a supportive physical environment. Preventive Medicine 35. pp. 601–611.
14. Gray, A. (1985): World Health and Disease. Open University Press. 129 p.
15. Gyukits Gy. – Ürmös A. (2002): Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. In: Szántó Zs. – Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest pp. 47–65.
16. Haggett, P. – Cliff, A. – Smallman-Raynor, M. (2004): World atlas of epidemic diseases. Qxford University Press. p. 256.
17. Haggett, P. (2006): Geográfia – Globális szintézis. Typotex Kiadó, Budapest pp. 615-655.
18. Helman, C. G. (2003): Kultúra, egészség és betegség. Medicina Kiadó, Budapest 315 p.
19. Józan P. (1989): A halálozási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon. Info-Társadalomtudomány pp. 37–46.
20. Józan P. (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. Statisztikai Szemle 1-2. pp. 5-20.
21. Józan P. (1994b): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. Statisztikai Szemle 3-4. pp. 101–113.
22. Józan P. (2002a): Az ipari országok halandóságának néhány jellegzetessége az 1990-es években. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest pp. 209–242.
23. Józan P. (2002b): A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány 4. pp. 419–439.
24. Jee, M. – Or, Z. (1999): Health outcomes in OECD countries: A framework of health indicators for outcome-oriented policymaking. Labour market and Social policy, Occasional papers 36. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 23 p.
25. Kopp M. – Kovács M. E. (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest 550 p.
26. Kopp M. – Skrabski Á. (2007): A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány 9. pp. 1149–1154.
27. Losonczi Á. (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest 238 p.
28. Mackenbach, J. – Kunst, A. – Groenhof, F. – Borgan, J. – Costa, G. – Faggiano, F. – Józan, P. – Leinsalu, M. – Martikainen, P. – Rychtarikova, J. – Valkonen, T. (1999): Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. American Journal of Public Health 89. pp.1800–1808.
29. Macleod, J. – Davey Smith, G. (2005): Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? Journal of Epidemiology and Community Health 57. pp. 565–570.
30. Mcneill, L. H. – Kreuter W. M. – Subramanian, S. V. (2006): Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. Social Science on Medicine 3. pp. 1011–1022.
31. OECD Health Project (2006): OECD Health Data 2005. OECD Publishing, Bedfordshire, UK (CD-ROM)
32. Pál Viktor – Uzzoli Annamária (2008): Az emberiség egészsége – 21. század kihívásai. Földrajzi Közlemények 2008/4. pp. 471-488.
33. Planning, S. K. (2008): How business can change behaviour. In: Strengthening health systems and the global health workforce, Geneva p. 49.
34. Stokols, D. (1992): Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. American Psychologist, 1. pp. 6–22. (www.healthpromotioncenter.uci.edu)

35. Szántó Zs. (2002): Betegség, gyógyítás, társadalom. In: Szántó Zs. – Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest pp. 15–32.
36. Townsend, P. – Davidson, N. (1982): Inequalities in health. The Black Report. Penguin Books, Middlesex, England 246 p.
37. Tunstall, H. V. Z. – Shaw, M. – Dorling, D. (2004): Glossary: Places and health. Journal of Epidemiolgy and Community Health 58. pp. 6–10.
38. Uzzoli A. (2003): A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. Földrajzi Közlemények 1-4. pp. 131–156.
39. Uzzoli, A. (2006): The spatial structure of health inequalities in Europe. Geographical Phorum – Geographical studies and environment protection research 2006/5. University of Craiova, Romania pp. 101-113.
40. Uzzoli, A. (2007): The Hungarian health status in comparison with the European countries. Abstract. The 15th EUPHA Conference. European Journal of Public Health 17. p. 220. [Helsinki, Finland October 11th-13th, 2007]
41. Uzzoli A. (2008a): Az egészségi állapot világméretű különbségei. Földrajzi Értesítő. 2008/3-4. pp. 399-415.
42. Uzzoli, A. (2008b): Health inequalities in the world. Geneva Health Forum – Towards Global Access to Health. Abstract Book. Geneva University Hospitals. Geneva, Switzerland May 25th-28th, 2008. p. 207.
43. Vågerö, D. – Leinsalu, M. (2005): Health inequalities and social dynamics in Europe. BMJ 33 pp. 186–187
44. WHO (1978): Alma-Ata Charta. International conference on primary health care. Alma-Ata, USSR September 6-12th, 1978. (http://www.phmovement.org/charter/almaata.html)
45. WHO (1986): Ottawa Charta. Ottawa Charter for health promotion. Ottawa, Canada November 21st, 1986. 128 p.
46. WHO (1997): Jakarta Charta. WHO, Geneva
47. WHO (2007): World Health Report 2007 - A safer future. Global public health security in the 21st century. WHO, Geneva
48. Wilkinson, R. G. (1996): Unhealthy societies. The afflictions of inequality. Routledge, London 272 p.
49. Wilkinson, R. G. (2006): Társadalmi korrózió, egyenlőtlenség és egészség. In: Giddens, A.–Patrick, D. (szerk.): Írások az egyenlőtlenségről, az egyenlősdiről és az új egyenlőtlenségekről. Napvilág Kiadó, Budapest pp. 238–257.

Internetes források

www.allcountries.org/wfb2007/
http://epp.eurostat.ec.europa.eu
www.workmall.com/wfb2005/
http://www.who.int/whosis/country
http://www.who.int/whr/2007/annex/06_annex1_en.pdf

IV. Az egészségi állapot regionális különbségei Magyarországon

1. Célok és módszerek

Magyarország a népesség egészségi állapota alapján igen kedvezőtlen helyzetű ország Európában, sőt a világon is. A lakosság egészségi állapota rosszabb annál, mint ami az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne. Évek óta növekszik a fiatalabb korcsoportok halálozási mutatója, rendkívül magas az idő előtti halálozások száma, világviszonylatban is kimagasló a középkorú férfiak halandósága. Nemzeti egészségpolitikánk legnagyobb kihívása a mortalitási (halálozási) és morbiditási (megbetegedési) statisztikák javítása, valamint az egészségen alapuló életminőség társadalmi feltételeinek megteremtése.

A hazai rendkívül kedvezőtlen egészségi állapot ráadásul igen markáns területi különbségekkel jár együtt. Míg a születéskor várható átlagos élettartam különbsége a legjobb és legrosszabb megye között átlagosan 2,5 év, addig ugyanez az érték közel 10 évet jelent a budapesti kerületek között! Döbbenetes, hogy a XXI. század első évtizedében egy budapesti férfi átlagosan 4,5 évvel, míg egy fővárosi nő pedig 2,3 évvel hosszabb életre számíthat, mint azok, akik az ország keleti felében születtek és élnek (**Uzzoli A. 2008a**).

Mi a legfőbb oka annak, hogy egyrészt ennyire rossz az egészségi állapotunk, másrészt ekkora különbségek tapasztalhatók az országon belül? Melyek a legjobb és a legrosszabb helyzetű régiók hazánkban? Mely tényezők határozzák meg, illetve befolyásolják leginkább egészségmutatóink alakulását? Egyáltalán lehet-e egyértelműen a társadalmi-gazdasági körülményekben, az egészségügyi és szociális ellátórendszer működésében keresnünk a kedvezőtlen egészségügyi helyzet kiváltó okait?

A regionális szintű vizsgálatokban elsősorban a statisztikai adatelemzés módszeréhez folyamodtam, és a területi egyenlőtlenségi mutatók alkalmazásával bizonyítottam az egészségmutatókban tapasztalható területi különbségek meglétét. Ennek során egy már meglévő saját adatbázist frissítettem, aktualizáltam és egészítettem ki, így lehetőségem nyílt az elmúlt néhány évben bekövetkező változások, újszerű tendenciák értelmezésére. Ezekben a vizsgálatokban továbbra is leginkább a halálozási mutatószámokat használtam (pl. várható élettartam, nyers, illetve kor- és okspecifikus halálozási arányszám), az ok-okozati összefüggések magyarázatára pedig részben demográfiai (pl. öregedési index), részben pedig gazdasági jelzőszámokat (pl. munkanélküliség) alkalmaztam, és például korrelációs számításokkal igazoltam a társadalmi-gazdasági környezet, valamint az egészségi állapot

alakulása közti kapcsolatot. Jelen vizsgálatokban a területi dimenziót az országos, valamint a régiók és a megyék szerinti területi szintek képviselték.

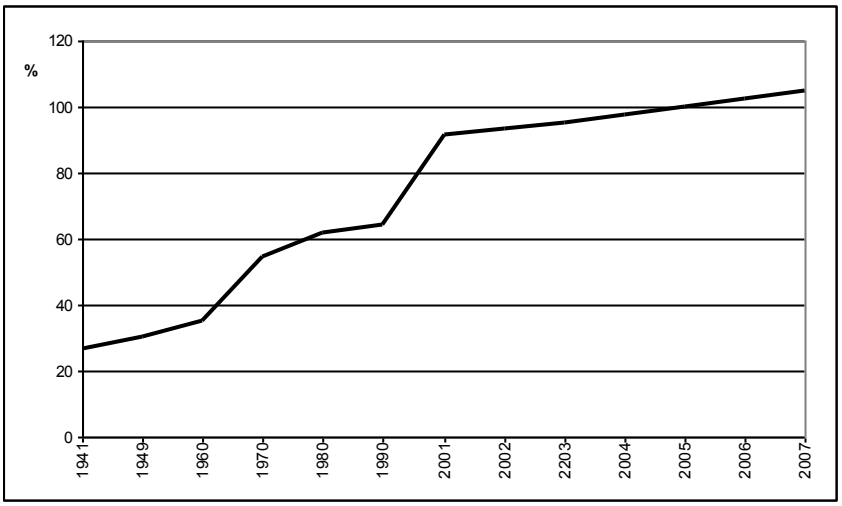
2. Halálozási viszonyaink történeti változása

A mai Magyarország területét alapul véve a XIX. század közepétől kezdődött a halálozások csökkenő tendenciája hazánkban. A XIX. század első felében a nyers halálozási arányszám 38‰, a század utolsó évtizedében 30‰ volt. A XX. század első felében a háborús eseményektől és következményeiktől – elsősorban a járványoktól – eltekintve jelentős javulás következett be az egészségi állapotban a XIX. századhoz képest, elsősorban a fertőző megbetegedések – közülük is leginkább a tbc – visszaszorításával, illetve a csecsemő- és gyermekhalandóság, valamint az anyai halálozás csökkenésével párhuzamosan. Ez a javulás 1945 után tovább folytatódott, ugyanis minden életkorban, különösen a 35 éven aluliak körében javultak a halálozási viszonyok: például 1955-1960 között évente a halálozások száma nem haladta meg a 100.000 főt. Lényegében a hatvanas évek közepéig a halandóság hazánkban hasonlóképpen javult, mint a többi európai országban, sőt a fertőző betegségek visszaszorítása révén nagyobb mértékben mint a fejlett európai országokban (**Józan P. 1994a**). Azonban az 1966. évtől kezdve folyamatos romlásnak indult hazánk nyers halálozási arányszáma (**Klinger A. 1985**), s azóta az egészségi állapot folyamatos rosszabbodásának, illetve kedvezőtlen alakulásának vagyunk szemtanúi.

A magyarországi halálozások kedvezőtlen alakulása a XX. század második felében részben magyarázható az ország demográfiai helyzetéből. A népesség fokozatos elöregedése (1. ábra), valamint az 1981 óta tartó természetes fogyás (2. ábra) a halálozások növekedését eredményezte az elmúlt évtizedekben. Hazánkban az időskorú népesség arányának fokozatos növekedése a hatvanas évek óta tart. Az elöregedés kezdetben lassan és fokozatosan meginduló tendenciáját a kilencvenes években egy hirtelen növekedés követte, amikor az időskorúak 60%-os aránya 90%-a fölé emelkedett. Ennek a folyamatnak a végeredménye, hogy 2006 óta a 65 év felettiek részaránya a társadalomban meghaladja a 15

1. ábra

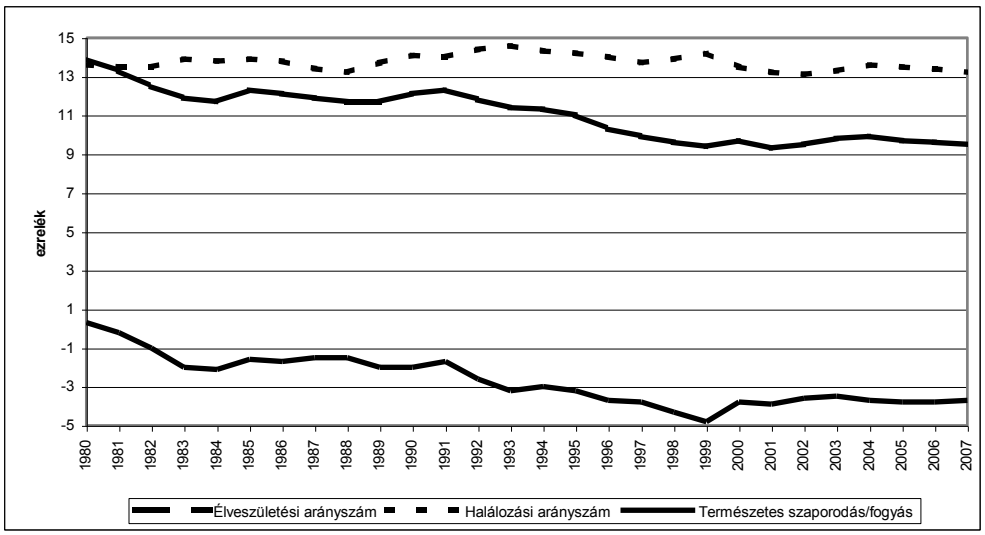
Az öregedési index alakulása Magyarországon, 1941-2007



Adatok forrása: Demográfiai Évkönyv 2007.

2. ábra

A természetes szaporodás/fogyás hazai alakulása, 1980-2007



Adatok forrása: Demográfiai Évkönyv 1980-2007.

éven aluliak arányát. Mindezek az időskori halálozások emelkedését vonták maguk után. Ugyanakkor emellett szintén növekvő tendencia figyelhető meg a 30 évnél idősebb, de még 60 évnél fiatalabb korcsoportok halálozási viszonyaiban. Ez utóbbi az ún. korai, idő előtti halálozásoknak a hatvanas évek közepétől kezdetben lassúbb, majd később gyorsabb romlása következett be. A korösszetétel megváltozásával párhuzamosan Magyarországon több mint 27 év óta tart a népesség fogyása, annak mértéke is fokozatosan növekedett, így a halálozások

kedvezőtlen alakulását az élveszületések sem tudják ellensúlyozni. A természetes fogyás jelenlegi értéke (-3,7 ‰) Európa országai között is kiugróan magasnak számít.

Különösen a középkorú lakosság körében magas halálozási valószínűségek a magyar népesség egészségromboló életmódjára, a káros szenvedélyek széleskörű elterjedésére, s igen sok esetben az egészségmagatartással kapcsolatos hiányos ismeretekre vezethető vissza. Hosszú évtizedek óta megfigyelhető, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok értékrendjében rendkívül alacsony helyet foglal el az egészség és/vagy az egészséges életvitel megítélése, ráadásul számukra egyenlőtlen a hozzájutás az egészséges életmód kialakításához és fenntartásához szükséges feltételekhez (Ádány R. 2003). Másrészt a családi háttér és neveltetés már a korai gyermekkortól befolyásolja az egyén egészséggel összefüggő viselkedését, s a későbbi életszakaszokra jellemző az egészséget támogató avagy azt veszélyeztető magatartásformák kialakulását. Ez utóbbi magyarázat lehet arra, hogy igen magas azoknak az aránya Magyarországon, akik komoly és súlyos betegségek, például rosszindulatú daganatok esetében a betegség már előrehaladott és gyógyíthatatlan stádiumában fordulnak orvoshoz.

Magyarországon a XX. század második felében a halálozási viszonyok egyrészt javuló tendenciája 1947-1965 között (3. ábra), másrészt romló, ill. stagnáló tendenciája tapasztalható 1966 és napjaink között (4. ábra). Míg az 1945 után néhány évig a háborús események következményei miatt (pl. sérülések, halálozások, táplálkozási hiányosságok) rossz volt a hazai egészségi állapot, addig 1947-től nyolc éven keresztül nemzetközi szinten is jelentős javulás következett be a magyarországi halálozásokban és életesélyekben. Ebben az időszakban az öregedés lassan meginduló folyamata is csak alig befolyásolt ezt a folyamatot, és a születéskor várható átlagos élettartam 61,9 évről 69,4 évre emelkedett. Azonban 1966-tól megkezdődött a halálozások számának és a lakosság számához viszonyított arányának fokozatos emelkedése, a magyar népesség egészségi állapotának romlása. A rosszabbodás leginkább a 35-70 év közötti népességet érintette az idült nemfertőző betegségek arányának növekedésével. Ebben az időszakban a halálozási arány emelkedő irányzata 73%-a a népesség öregedésével, 27%-a a kor szerinti halálozások növekvő gyakoriságával magyarázható (**Józan P. 1991**). A folyamatos rosszabbodás először 1983-ban és 1985-ben érte el mélypontját 13,9‰-es értékkel (évi 147.000 fős halálozás); majd a rendszerváltozás után 1993-ban 14,6‰-kel (évi 150.000 halálozás). Ekkor már a halálozások igen kedvezőtlen alakulása már nemcsak az öregedési folyamat kilencvenes években bekövetkező nagymértékű előre

haladásának a következménye volt, hanem a 40-59 év közötti magyar férfiak halálozási valószínűségének további rohamos rosszabbodásának is (**Józan P. 2002a**). A kilencvenes évek második felétől nem romlottak tovább halálozási mutatóink, azóta kismértékben mérséklődtek, illetve magas szinten állandósultak (**Vukovich G. 2002**). Mindeközben lassú növekedésnek indult a születéskor várható átlagos élettartam, s elérte, majd meghaladta a 70 évet (2007-ben 73,2 év). Jelenleg a nyers halálozási arányszám értéke 13,2‰ (2007). Azonban az életkilátások nagymértékű javulása ellenére a várható élettartam még 2006-ban is 1,8 évvel alacsonyabb volt a gazdasági fejlettség alapján prognosztizáltnál (**Józan P. 2008a**).

Nyugat-Európában az elöregedés évtizedek óta tartó folyamat ellenére napjainkban is megfigyelhető, hogy idős- és öregkorban javulnak az életesélyek. Így ezekben az országokban, ahol eleve magasabb az időskorú népesség részaránya, mégis a halálozási arányszám alacsonyabb értéke tapasztalható, sőt, az elmúlt években a halálozások

3. ábra

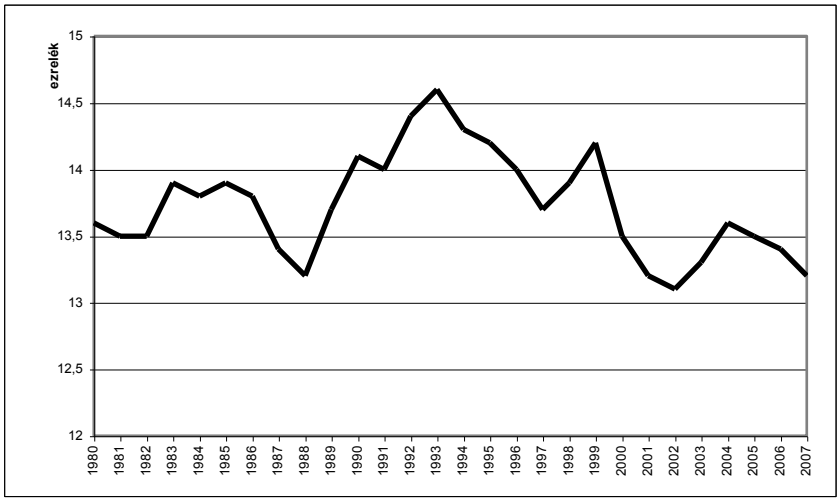
A nyers halálozási arányszám 1945-1980 között ötéves átlagokban

Adatok forrása: Demográfiai Évkönyv 2007.

gyakorisága is csökkenni látszik (**Kovács K. 2006**). Ezzel szemben Közép- és Kelet-Európában az elhúzódó epidemiológiai válság eredménye, hogy 1990 után az életkörülmények javulása az életkilátások rosszabbodásával járt együtt (**Józan P. 2002b**).

4. ábra

A nyers halálozási arányszám változása 1980-2007 között



Adatok forrása: Demográfiai Évkönyv 2007.

Halálozási viszonyaink, s így egészségi állapotunk romlásának legfontosabb demográfiai oka a népesség fokozatos elöregedése[2], epidemiológiai tényezője pedig a korai halálozás növekvő részaránya volt (**Józan P. 2008b**). Mindezek következménye volt, hogy a kilencvenes évek elejére epidemiológiai válság következett be Magyarországon, amely lényegében az egész felnőtt lakosságot sújtotta és minden korcsoportban az életkilátások romlásával járt együtt" (**Józan P. 1994b**).

3. Életkilátásaink területi különbségei

A születéskor várható átlagos élettartam összetett módon fejezi ki az életesélyeket, hisz a mutató alakulásában meghatározóak a halálozási viszonyok. A halálozási arányok a kormegoszlástól függenek: ha a népesség öregszik, akkor a halálozási arány növekszik és fordítva. A különböző kormegoszlású népesség mortalitásának összehasonlítását a születéskor várható átlagos élettartam kiszámítása teszi lehetővé. Így egy adattal lehet a populáció halandósági szintjét jellemezni. Minél jobbak a halálozási viszonyok, annál magasabbak a születéskor várható átlagos élettartamok.

Magyarország kedvezőtlen egészségi helyzete a XX.. század második felében bekövetkezett mortalitási, morbiditási, demográfiai folyamatok következménye. Míg az

[2] A hazai demográfiai krízishelyzet kialakulásának okai: a népesség fogyása, a népesség elöregedése és a teljes termékenységi mutatószám rendkívül alacsony értéke (Gárdos É. 2001).

előbbi a civilizációs megbetegedések előretörését, és minden korcsoportban a halálozások számának növekedését, addig az utóbbi a népesség fokozatos elöregedését és 1981-től a népesség folyamatos csökkenését jelenti. Ráadásul a rendszerváltozás átmeneti folyamatai, azok társadalmi-gazdasági-szociális hatásai[3] meghatározó területi különbségek kialakulásához vezettek. A rendszerváltozásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülményekben, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a magasabb végzettséggel rendelkezők, különösen a diplomások (**Hablicsek L. - Kovács K. 2007**), amelyben területileg szintén igazolható. Így például az egészségben megélt várható átlagos élettartam a hazai férfiak esetében 2001-ben 10,4 évvel maradt el az EU15 államok átlagától. Sőt, még a csatlakozó országokban is 4,1 évvel magasabb a férfiak születéskor várható egészséges életéveinek száma, mint hazánkban (www.vati.hu/static/otk/int/jelentes200598.pdf). Mindkét nem esetében a magasabb iskolai végzettséghez nemcsak hosszabb várható élettartamok tartoznak, de rövidebb betegidőszakok is (kivéve a közép- és felsőfokú végzettségű nők várható élettartama közötti fordított viszonyt). Annak valószínűsége, hogy egy férfi megéli a 65. életévét, ma Magyarországon csupán 64 %, az érettséginél alacsonyabb végzettségű rétegekben 50 %-nál is kevesebb. A nők esetében ez az arány Magyarországon 83,5 % (**Kopp M. – Skrabski Á. 2007**).

Az életesélybeli különbségek a hatvanas évek közepe óta jellemzőek Magyarországra, azonban az életkilátások rosszabbodása 1990 után különböző mértékben érintette a megyéket. A korábban is kedvezőtlen helyzetű megyéket (pl. Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg) érintette a leghátrányosabban a halálozási viszonyok romlása; míg a nyolcvanas években már jobb életesélyű megyékben a kilencvenes években csak kisebb mértékben romlott a mutató értéke.

A születéskor várható átlagos élettartam alapján jelentős területi különbségek tapasztalhatók hazánkban. Az életesélybeli eltérések már léteztek a rendszerváltozás előtt is, az életkilátások rosszabbodása 1990 után különböző mértékben érintette a megyéket (**Uzzoli A. 2006a**). A korábban is kedvezőtlen helyzetű megyéket (pl. Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg) érintette a leghátrányosabban a halálozási viszonyok romlása; míg a nyolcvanas években már jobb életesélyű megyékben a kilencvenes években csak kisebb mértékben romlott a mutató értéke. Így 1989-ben a születéskor várható átlagos élettartam országos átlagát meghaladó megyék a következők voltak: Békés, Csongrád, Fejér, Győr-

[3] Az életkilátások rosszabbodása Közép-Európában a hatvanas évektől egyrészt a személyes és családi megrázkódtatásokra, másrészt a az emberi és tárgyi erőforrások rossz hasznosítására, harmadrészt pedig a szocialista rendszer dogmatikus szemléletére vezethető vissz (**Daróczi E. 2003**).

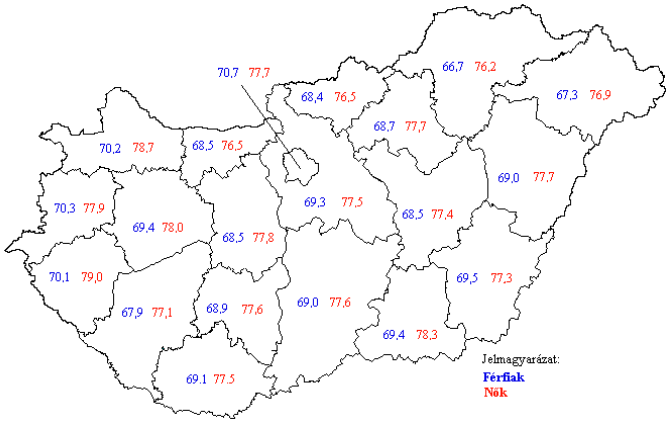
Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Tolna, Vas, Veszprém, Zala, illetve Budapest. Tíz évvel később pedig Hajdú-Bihar, Tolna és Zala megye kivételével maradtak szintén ezek a legkedvezőbb helyzetű megyék (**Uzzoli A. 2008b**).

Ha a kilencvenes évek folyamán a születéskor várható átlagos élettartam tíz éves átlagát vizsgáljuk, akkor körvonalazódik egy kedvező (Győr-Moson-Sopron, Vas, Veszprém megyével Északnyugat-Magyarország) és egy kedvezőtlen (Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyével Északkelet-Magyarország) helyzetű térség (3. ábra). Ez utóbbi megyékben a születéskor várható átlagos élettartam az elmúlt évtizedben mindig az országos átlag alatt volt legalább 1-1,5 évvel. A legjobb (Győr-Moson-Sopron) és a legrosszabb (Borsod-Abaúj-Zemplén) helyzetű megye lakosságának életesélyében 2,6 év volt a különbség úgy, hogy Győr-Moson-Sopron megyében 1999-ben már másfél évvel jobbak voltak az életesélyek az országos átlagnál.

Jelenleg (5. ábra) a férfiak életkilátásai legjobbak Budapesten, átlagosan 70,5 évre számíthatnak, míg a Győr-Moson-Sopron megyében élő nők 78,1 évvel a legkedvezőbb helyzetűek. Legrosszabbak az életesélyek továbbra is Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, ahol a férfiak 4,5 évvel, a nők pedig 2,7 évvel rövidebb életre számíthatnak, mint a legjobb helyzetű megyékben élők.

5. ábra

A születéskor várható átlagos élettartam megyei különbségei, 2007



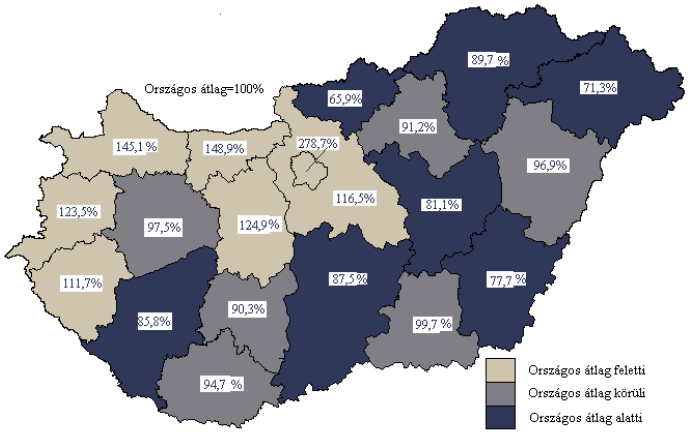
Adatok forrása: Területi Statisztikai Évkönyv 2007.

A születéskor várható átlagos élettartam és a gazdasági fejlettség közötti összefüggések befolyásolják az életesélyek területi különbségeit is. Az egy főre jutó GDP (6. ábra) és a munkanélküliségi arány (7. ábra) alakulása hatással van a mutató alakulására. Minél magasabb a gazdasági fejlettség és a jövedelemszint, annál kedvezőbbek az életkilátások.

Azonban a magas munkanélküliségi arány általában alacsonyabb születéskor várható átlagos élettartammal jár együtt. Az egy főre jutó GDP megoszlása alapján Budapest kimagasló gazdasági fejlettsége meghatározó, annak ellenére, hogy a születéskor várható átlagos élettartam alacsonyabb, mint Győr-Moson-Sopron megyében. A munkanélküliségi arány szerint azonban a főváros fejlettsége már kevésbé döntő a születéskor várható átlagos élettartam alakulásában.

6. ábra

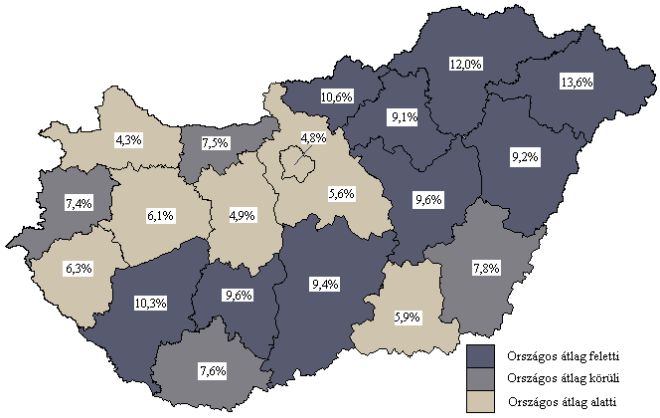
A GDP/fő megyei értékei az ország átlagában, 2007



Adatok forrása: Területi Statisztikai Évkönyv 2007.

7. ábra

A munkanélküliségi arány megyei különbségei, 2007



Adatok forrása: Területi Statisztikai Évkönyv 2007.

A 45 éves korban még várható átlagos élettartam a középkorú népesség életesélyeit fejezi ki, amely hazai szempontból különösen a férfiak halandósági viszonyai miatt fontos információ-hordozó. A férfiak 45 éves korban még várható átlagos élettartama 1980 és 1990 között csökkent, 1990 és 1999 között gyakorlatilag nem változott. 1980 és 1990 között a vizsgált mutató legnagyobb mértékben Borsod-Abaúj-Zemplén (-2,1 év) és Nógrád (-2,0 év) megyében romlott, s alig változott a fővárosban (-0,2 év). Az 1990 és 1999 közötti változások kapcsán minden megyében javultak 45 éves korban az életesélyek, kivéve Somogy megyét, ahol 0,9 évvel romlott. A nők 45 éves korban még várható átlagos élettartam 1980 és 1990 között a férfiakéval ellentétben alig változott, 1990 és 1999 között pedig enyhén növekedett: 1999-ben a mutató legkedvezőbb értéke Győr-Moson-Sopron (33,1 év), Veszprém (32,8 év) és Heves (32,7 év) megyében volt, a legkedvezőtlenebb pedig Somogy (31,2 év) és Borsod-Abaúj-Zemplén (31,5 év) megyében. 1990 és 1999 között a nők 45 éves korban még várható átlagos élettartam növekedése Komárom-Esztergom (1,5 év) és Baranya (1,3 év) megyében volt a legnagyobb (**Uzzoli, A. 2006b**).

A 65 éves korban még várható átlagos élettartam az idősödő népesség még hátralevő életkilátásairól tájékoztat. A férfiak 65 éves korban még várható átlagos élettartama 1980 és 1999 között lényegében nem változott: 1999-ben a mutató alapján a 65 éves korú férfiak a leghosszabb várható átlagos élettartamra Győr-Moson-Sopron megyében és Budapesten (12,8 év), legrövidebbre Somogy és Nógrád (11,3 év) számíthattak. A nők 65 éves korban még várható átlagos élettartama 1980 és 1990 között alig változott, 1990 és 1999 között valamelyest emelkedett: 1999-ben a mutató értéke a legjobb a fővárosban (16,2 év), Győr-Moson-Sopron és Csongrád (16,1 év) megyében, a legrosszabb pedig Somogy (15,1 év), Nógrád (15,2 év) és Pest (15,3 év) megyében volt. 1990 és 1999 között a nők 65 éves korban még várható átlagos élettartam növekedése Komárom-Esztergom (1,4 év), Fejér (1,2 év) és Baranya (1,1 év) volt a legnagyobb (**Uzzoli, A. 2006c**).

Az elmúlt 35 évben – 1970 és 2005 között – az egyes területi egységeken belül általában az országoshoz hasonló kettős változás következett be: előbb 1970 és 1990 között romlott a halandóság, csökkent – elsősorban a férfiaknál – a születéskor várható átlagos élettartam, majd 1990 és 2005 között fokozatos halandóság-javulás következett be, ami megnövelte a várható élettartam hosszát (**Klinger A. 2007**). A férfiak születéskor várható átlagos élettartamát tekintve 1970-ben több mint négy év volt a különbség a legjobb és a legrosszabb megye között, 1980-ra csaknem egy évvel csökkent ez a szám, ezáltal a területi különbségek is mérséklődtek. A rendszerváltozás hatására azonban a kilencvenes évek elején

a területi különbségek nőttek, 1994-ben már több mint öt év volt a különbség a legkedvezőbb és a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő megye között. A kilencvenes évek második felében azonban a különbségek mérséklődtek, ám az ezredforduló után ismét a területi különbségek növekedése figyelhető meg, 2007-ben a különbség 4,5 év. A nőknél szinte épp ellenkezőleg alakultak a területi különbségek: 1970-ről 1980-ra nőttek, 1980-ról 1990-re ismét nőttek, de a rendszerváltozás nem növelte a területi különbségeket, 1994-re ismét csökkentek a különbségek, és azóta kb. 2,5 év körül mozog a különbség értéke.

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama a vizsgált időszak alatt átlagosan 3,8 évvel, a nőké 3,8 évvel emelkedett. Ha a folyamatos javulás térszerkezetét vizsgáljuk, akkor mindkét nem esetében kirajzolódik egy ország középső és délnyugati területe, mint kedvező régió.

Az életkilátások településtípusok szerint szintén releváns különbségeket mutatnak. Minél inkább növekszik a településnagyság (község – város – megyei jogú város – főváros) annál inkább megfigyelhető a hosszabbodó élettartam, a rövidebb betegidőszak, azaz végső soron a hosszabb egészségben eltölthető várható átlagos élettartam (**Faragó M. 200**7).

4. A kor- és okspecifikus halálozások területi jellemzői

Magyarországon az elmúlt 40 évben gyorsan növekedett a civilizációs ártalmakból eredő haláloki főcsoportok részaránya, amelyek ma együttesen az összhalálozások több, mint 90%-át teszik ki. Főként a szívinfarktus és a tüdődaganat halálozások alapján igen rossz helyzetű Kelet-Magyarország, s a nyugat-keleti megosztottság határának Nógrád, Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megyék tekinthetők. A Dunántúlon Somogy megye egészségmutatói rosszabbak a régió és az ország átlagaihoz képest; a Tiszántúlon pedig Csongrád megye az, ahol országosan is viszonylag jó az egészségi állapot.

Az életkor, mint biológiai és demográfiai tényező jelentős mértékben befolyásolja a halálozások korcsoportok szerinti alakulását. A kor szerinti halandóság egy torzult „U" alakú görbének feleltethető meg: az „U" egyik szára a csecsemő-, a másik az öregkori (60 év feletti) halandóság. A csecsemőhalálozások magasabb arányát a csökkenő gyermekhalandóság követi, mely minimumát 10-20 éves életkorok között éri el. A harminc éves életkortól kezdődően folyamatosan emelkedik a felnőtt halandóság, gyorsuló ütemben 60-70 éves életkortól, mivel az öregedés az ellenálló- és alkalmazkodó-képesség gyengülését jelenti, így

a halálozás az öregkorban a leggyakoribb. A fejlett országokra az „U" alakú görbe második szárának (öregkori halálozások) elnyújtott alakzata jellemző az életkor kitolódásának megfelelően.

A korspecifikus halálozások tekintetében alapvető változások történtek Magyarországon a hatvanas évek közepétől kezdődően. A 30 éven aluliak halandósága kedvezően alakult elsődlegesen a csecsemő- és gyermekhalandóság javulása miatt. A fiatal felnőttek esetében ez a javulás kevésbé volt látványos, sőt a rendszerváltozás után romló tendencia következett be. A 30-59 év közötti korcsoportokban egyértelmű halandóság romlás volt tapasztalható, mely leginkább a 40-49 év közöttieket érintette. A 60 évnél idősebb korcsoportokban a kor szerinti halandóság viszont alig módosult annak ellenére, hogy a népesség kormegoszlása változott a 60 évesek és idősebbek növekvő részarányának megfelelően. Ez pedig a középkorúak halandóságának tényleges rosszabbodásával magyarázható. A legnagyobb gondot az okozza, hogy a 15-39 évesek halálozásainak viszonylagos súlya a legutóbbi évtizedben nagyobb mértékben nőtt, mint részarányuk a népességben. A kilencvenes évek közepén nagyobb volt a 40-59 évesek részesedése az összes halálozásból, mint tíz évvel korábban (**Józan P. 1996**), jóllehet arányuk a népességben 1980-1994 között alig emelkedett.

A középkorú nők halálozási viszonyai kedvezőbbek, bár a hatvanas évek második felétől szintén növekedett a nők korspecifikus halandósága hazánkban. Azonban a 30 évnél idősebb női népességben kevesebb korcsoportra és sokkal kisebb mértékben igaz a halálozási viszonyok romlása, mint a férfiaknál (**Józan P. 1999**). Alapvető gondot jelent az, hogy hazánk népességének halandósága általában minden korcsoportban magasabb a fejlett egészségi kultúrájú ipari országok népességeinek korspecifikus mortalitásánál, ami igaz a férfi és a női populációra is (**Józan 1994b**).

Az egy éven belül meghalt csecsemők aránya igen érzékenyen fejezi ki egy adott terület társadalmi-gazdasági fejlettségét, a lakosság szociális viszonyait, a helyi egészségügyi ellátás színvonalát (**Paksy A. 2002**), azért igen jellemző információ-hordozó az életesélyekről is. A csecsemőhalálozások hazánkban a XX. század folyamán folyamatosan és igen nagymértékben csökkentek, amely együtt járt a megyék közötti eltérések mérséklődésével is. A különbségek bizonyítására a Hoover-indexet alkalmaztam A Hoover-index alapján a csecsemőhalálozások legnagyobb területi különbségei a nyolcvanas évek elején voltak (H=21,2%), azóta a felére csökkent a mutató értéke, annak ellenére, hogy a kilencvenes évek elején egy kisebb fokozódás volt tapasztalható a különbségekben a nyolcvanas évek második feléhez képest. A kilencvenes évek közepétől a csecsemőhalálozások területi különbségei stagnálnak, a Hoover-index értéke jelenleg 10% körüli. A csecsemőhalálozások számának

csökkenése és a területi különbségeinek mérséklődése elsősorban az egészségügyi ellátóhálózat javulásával magyarázható. Azonban a Hoover-index értéke az országos adatokat figyelembe véve a neonatális időszakban magasabb (**Uzzoli, A. 2009**),

Nemcsak országos szinten, hanem minden megyében folyamatosan csökkent a csecsemőhalálozások száma az elmúlt 22 évben (Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ugyan a mutató 1985-89 közötti átlaga egy kisebb növekedést mutat 1980-84 átlagához képest). Azonban az élveszületések magasabb száma 1992-ig Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és 1999-ig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében biztosítani tudta a természetes szaporodás pozitív egyenlegét az országon belül, elsősorban a cigány népesség országos átlaghoz képesti igen magas aránya miatt. Tehát a magasabb és kisebb mértékben növekedő élveszületési szám maga után vonta kissé magasabb csecsemőhalálozást is ebben a két megyében.

Tekintettel arra, hogy évenként is jelentős ingadozások vannak egy-egy megye csecsemőhalálozásában, ezért ennek kiegyenlítésére 1980-89 és 1990-99, illetve 2000-2007 átlagával dolgoztam. A megyei csecsemőhalálozások tízéves átlagának ugyanezen időszakok országos átlagától való eltérései a következő eredményekre vezettek: nőtt azon megyék száma, melyek a kilencvenes években a nyolcvanas évekhez képest az országos átlag alá kerültek a csecsemőhalálozási arányszám alapján. A legnagyobb mértékű javulás Pesten és Budapesten tapasztalható, a javulás 20 év alatt több mint 19 százalékpont volt. Fejér megyében azonban romlás következett be: a megye a nyolcvanas években több mint öt százalékponttal az országos átlag alatt volt, azonban a kilencvenes években körülbelül ugyanennyi százalékponttal az országos átlag fölé került. A nyolcvanas években a vizsgált mutató alapján legkedvezőbb Csongrád, legkedvezőtlenebb helyzetű pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megye volt; míg a kilencvenes évek legkedvezőbb helyzetű megyéje Vas, legkedvezőtlenebbje pedig ismételten Szabolcs-Szatmár-Bereg megye volt. A csecsemőhalálozási arányszám 2007. évi adatai alapján a legrosszabb helyzetű megyék Borsod-Abaúj-Zemplén, valamint a Dunántúlról Vas, Zala és Tolna megyék. A legjobb helyzetű Hajdú-Bihar, Pest, Veszprém és Baranya megye.

A halálok-specifikus halálozási arányszám alakulása Magyarországon megfelel a fejlett országok haláloki struktúrájának, így minden évben a halálozások legalább felét a keringési rendszer betegségei, legalább negyedét pedig a különböző daganatok okozzák, melyek elsősorban a civilizációs ártalmakból (életmód, szenvedélybetegségek, környezeti ártalmak, stresszhatás stb.) következnek (1. táblázat). A BNO X. Revíziója haláloki főcsoportjaiban a

hazai halálozások százalékos megoszlása a következőképpen alakult 2007-ben: I. fertőző és élősdiek okozta betegségekből eredő halálozások 0,4%; II. daganatos halálozások 25,2%; IX. keringési rendszeri halálozások 50,6%; X. légző- és XI. emésztőrendszeri halálozások 3,8, ill. 6,8%; míg XIX. a sérülések és mérgezések, valamint XX. a mortalitás és morbiditás külső okai kapcsán 7,2, ill. 6,8 %-os a halálozás.

1. táblázat

A halálozások alakulása haláloki főcsoportok és terület szerint (100.000 lakosra), 2007

Területi egység	Daganatok	A keringési rendszer betegségei	A légző-rendszer betegségei	Az emésztő-rendszer betegségei	A morbiditás és mortalitás külső okai
Közép-Magyarország	**317,9**	**621,4**	**54,2**	**90,4**	**66,4**
Budapest	349,9	660,3	59,2	90,3	67,2
Pest	271,2	564,8	47,0	90,6	65,2
Közép-Dunántúl	295,6	641,2	57,1	92,8	70,8
Nyugat-Dunántúl	295,6	636,0	49,3	80,6	60,8
Dél-Dunántúl	329,0	656,2	66,6	88,8	74,3
Észak-Magyarország	310,7	730,5	79,0	69,5	82,6
Észak-Alföld	296,2	664,0	60,2	72,0	73,4
Dél-Alföld	316,7	693,1	75,0	73,8	89,4
Ország összesen	**310,6**	**660,9**	**62,4**	**85,8**	**75,4**

Forrás: www.ksh.hu

A rendszerváltozás egészségi állapotra gyakorolt hatásainak elemzésében jó lehetőség az okspecifikus halálozások területi különbségeinek, ill. azok változásainak értelmezése. Ehhez a területi egyenlőtlenségi mutatókat (súlyozott szórás, súlyozott relatív szórás) hívtam segítségül, és a vizsgálatok során a négy haláloki főcsoport 1980-2007 közötti alakulását elemeztem. A súlyozott szórás eredménye alapján csak a daganatos haláloki főcsoportban következett be növekedés a területi különbségekben a vizsgált időszakban (2. táblázat). A keringési rendszeri és emésztőrendszeri haláloki főcsoportban 1990 előtt növekedtek, utána pedig csökkentek a területi különbségek, míg a légzőrendszeri haláloki főcsoportban az elmúlt években egyértelműen területi kiegyenlítődés ment végbe.

2. táblázat

A négy haláloki főcsoport területi egyenlőtlenségei a súlyozott szórás alapján a vizsgált időszakok átlagában (100.000 főre)

Halálok	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2007	Tendencia
Daganatos	227	247	276	292	293	N-N-N-N
Keringési rendszeri	648	656	943	643	618	N-N-Cs-Cs
Légzőrendszeri	74	63	64	56	49	Cs-Cs-Cs-Cs
Emésztőrendszeri	65	71	96	94	87	N-N-Cs-Cs

(N=növekedés; Cs=csökkenés)

Adatok forrása: www.ksh.hu

A súlyozott relatív szórás érzékenyebb mutatója a területi különbségek változásának. A légzőrendszeri halálozásokat nem számítva a három haláloki főcsoportban erőteljes területi differenciálódás történt 1990-ben, legnagyobb mértékben az emésztőrendszeri és daganatos haláloki főcsoportban. Okai nem egyértelműen a rendszerváltozás körüli átmeneti folyamatokkal magyarázhatók, ugyanis mindkét halálok kialakulása hosszan tartó folyamat eredménye. Azoknál az elsősorban 45-54 év közötti férfiaknál, akik ebben a két halálokban haltak meg 1990 körül, már 10-15 évvel korábban is jelentkezhettek panaszok, tünetek, azonban a túlhajszolt életmódból következőleg nem fordultak orvoshoz. A rendszerváltozás eredményezte életkörülmény-változások – például munkanélküliség – pedig rövid időn belül halálozáshoz vezettek.

A daganatos haláloki főcsoportban – hasonlóan a keringési rendszeri főcsoporthoz – mind 1990 előtt, mind pedig utána területi kiegyenlítődés ment végbe, vagyis az ország egész területére jellemző, hogy az emberek többsége ebben a két haláloki főcsoportban hal meg. A légzőrendszeri haláloki főcsoport területi különbségei 1984-től, illetve 1997-től növekedtek úgy, hogy közben 1989-1996 között folyamatosan területi kiegyenlítődés történt. Az emésztőrendszeri halálozások területi különbségei 1990 előtt nagyobbak voltak, majd 1994-től elkezdődött a jelenleg is tartó területi kiegyenlítődés.

A két legjelentősebb haláloki főcsoport – a keringési rendszeri és a daganatos –, amelyek az összhalálozás több mint 70%-át teszik ki Magyarországon: megállapítható, hogy a rendszerváltozás előtt és után ugyanazok a megyék voltak az országos átlag feletti, illetve alatti megyék. 1985-ben és 1995-ben mindkét haláloki főcsoportban a halálozások alapján átlag feletti terület volt Budapest és Borsod-Abaúj-Zemplén megye, azonban 10 év alatt a romlás leginkább Bács-Kiskun és Pest megyét érintette. A vizsgált tíz év alatt csak Hajdú-Bihar megyében rosszabbodott a helyzet a keringési rendszeri halálozásokban.

A négy haláloki főcsoporton belül a tüdődaganat, a szívinfarktus és a májzsugor halálozások száma a legmagasabb Magyarországon. A fő halálokok lényegében az egész népességet sújtják, területi differenciálódásuk különböző az egyes halálokokat tekintve, amelynek bemutatására a súlypontszámítást alkalmaztam. A vizsgált hosszú időszak (1980-2005) miatt ötéves átlagokat vettem alapul, tömegként (súlyként) abszolút volumenek (összes szívinfarktus, tüdődaganat, májzsugor haláleset) szerepelnek. 1980-2005 között a „halálozási" súlypontok keleti eltolódása tapasztalható, melynek legintenzívebb szakasza 1980 és 1994 között volt. Ugyanebben az időszakban a népességi súlypont mozgása jelentős mértékben nem változott Magyarországon, illetve a megyék jövedelem súlypontjai nyugatra mozdultak el. Minden évben a legtöbben szívinfarktusban halnak meg: a szívinfarktus súlypontjainak keletre tolódása a halálok területi kiéleződését jelzi. A tüdődaganat súlypontjai 1980 és 1994 között fokozatosan keletre mozdultak, ezzel a területi differenciálódást bizonyítva. Azonban az utóbbi években (1995-99 és 2000-2005 átlaga között) a súlypont nyugatra való visszatérése a területi kiegyenlítődésre utal. Ennek hátterében az áll, hogy a kilencvenes évek közepétől a tüdődaganatos halálozási arány enyhe csökkenése tapasztalható hazánkban. A májzsugor súlypontjainak fokozatos keleti eltolódása figyelhető meg 1980 óta. Ennek egyik alapvető oka, hogy Magyarországon kiemelkedően magas a májbetegségek halálozási aránya, azon belül is az alkoholos eredetű májzsugorodásé. A májzsugor kialakulásában a túlzott alkoholfogyasztás mellett a fertőző májgyulladásnak (Hepatitis B) is van szerepe. Ez összefüggésben van az ország keleti részében jelen lévő szociális problémákkal (például munkanélküliségből eredő alkoholabúzus és alkoholizmus).

A különféle gazdasági mutatószámok és a standardizált halálozási mutatók közötti szoros, valamint közepesen szoros kapcsolat bizonyítására a Pearson-féle korrelációs együtthatót használtam fel (3. táblázat). Az adatokat megyei szinten 2007-re vonatkozólag gyűjtöttem össze. Az eredmények alapján elmondható minél alacsonyabb a megye fejlettségi szintje, annál rosszabb az ott élő lakosság halálozási helyzete. Főként a jellemzően a társadalmilag meghatározott betegségek (pl. tbc) összefüggnek a népesség társadalmi-gazdasági helyzetével (**Uzzoli, A. 2007**).

3. táblázat

A Pearson-féle korrelációs együttható értékei megyei szinte, 2007

Standardizált halálozási arányszám 100 000 főre	Népesség	GDP/fő	Jövedelem	Munkanélküliségi arány
Keringési rendszer	-0,76	-0,45	-0,51	0,57
Daganatok	0,73	0,48	0,49	0,53
Légzőrendszer	-0,43	0,39	-0,38	0,50
Emésztőrendszer	0,39	-0,27	0,44	0,45
Tuberkulózis	0,60	-0,40	0,59	0,76

Adatok forrása: Területi Statisztikai Évkönyv 2007.

5, Összefoglalás

A legtöbb vizsgált statisztikai mutató alapján az ország jó egészségi állapotú régiója Északnyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Veszprém megye), míg a rossz helyzetű régió Északkelet-Magyarország (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén megye). Továbbá az országos átlagokhoz képest kedvező egészségi állapotú nyugati országrészben legrosszabb Somogy megye, illetve a kedvezőtlen keleti országrészben legjobb Csongrád megye helyzete.

A magyar lakosság nemzetközi szinten is igen kedvezőtlen népegészségügyi helyzete komoly társadalmi problémákra hívja fel a figyelmet. Hosszú évtizedek óta megfigyelhető, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok értékrendjében rendkívül alacsony helyet foglal el az egészség és/vagy az egészséges életvitel megítélése, ráadásul számukra egyenlőtlen a hozzájutás az egészséges életmód kialakításához és fenntartásához szükséges feltételekhez. Másrészt a családi háttér és neveltetés már a korai gyermekkortól befolyásolja az egyén egészséggel összefüggő viselkedését, s a későbbi életszakaszokra jellemző az egészséget támogató avagy azt veszélyeztető magatartásformák kialakulását. Ez utóbbi magyarázat lehet arra, hogy igen magas azoknak az aránya Magyarországon, akik komoly és súlyos betegségek, például rosszindulatú daganatok esetében a betegség már előrehaladott és gyógyíthatatlan stádiumában fordulnak orvoshoz. Az országon belüli társadalmi különbségek egyik megnyilvánulási formája az egészségi állapotban megfigyelhető területi különbségek.

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. Ádány R. (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
2. Daróczi E. (2003) (szerk.): Kettős szorításban. A középgenerációk élete és egészsége. Budapest 2003/1, KSH NKI Kutatási jelentések 74.
3. Daróczi E. - Kovács K. (2004): Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. Budapest 2004/2, KSH NKI Kutatási jelentések 77.
4. Demográfiai Évkönyv 1980-2007. KSH, Budapest
5. Faragó M. (2007): Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. [Cserekiadvány]: egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére. KSH, Budapest 2007 (http://mek.oszk.hu/06000/06093/06093.pdf)
6. Gárdos É. (2001): Magyarország lakosságának halandósága, egészségi állapota az ezredfordulón. Demográfia 2001/1-2. pp. 7-44.
7. Hablicsek L. – Kovács K. (2007): Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. Kutatási Jelentések 2007. 1. sz. (http://www.demografia.hu/kutj.html)
8. Józan P. (1991): A halandóság néhány jellegzetessége Magyarországon az 1980-as években. Info – Társadalomtudomány pp. 339-350.
9. Józan P. (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. Statisztikai Szemle 1-2. pp. 5-20.
10. Józan P. (1994b): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. Statisztikai Szemle 3-4. pp. 101-113.
11. Józan P. (1996): Halálozások, halandóság. In: Klinger A. (főszerk.): Demográfia. KSH, Budapest pp. 243-410
12. Józan P. (2002a): A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány 2002/4. pp. 419-439.
13. Józan P. (2002b): A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999. Nemzeti Népesedési Program. KSH, Budapest
14. Józan P. (2008a): Javuló életkilátások. Figyelő 2008/3. (www,figyelo,net/jozan,html)
15. Józan P. (2008b): Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest 126 p.
16. Klinger A. (1985): Magyarország népesedése az elmúlt negyven évben. Statisztikai Szemle 1985/4-5. pp. 370-388.
17. Klinger A. (2007): A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. Demográfia 2007/ 2-3. pp. 252-281. (http://www.demografia.hu/Demografia/2007_2-3/Klinger3.pdf)
18. Kopp M. – Skrabski Á. (2007): A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány 2007. 9. sz. pp. 1149-1153. (http://www.matud.iif.hu/07sze/07.html)
19. Kovács K. (2006): Egészség-esélyek. Budapest, KSH Népességtud. Kut. Int. (http://www.demografia.hu/Muhelytanulm/muhtan5.pdf)
20. Paksy A. (2002): A népesség egészségi állapota. In: Életminőség és egészség KSH 2002
21. Területi Statisztikai Évkönyv 1980-2007. KSH, Budapest
22. Uzzoli A. (2006a): A hazai egészségi állapot változásai 1990 után. In: A III, Magyar Földrajzi Konferencia tudományos közleményei. CD-ROM. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest
23. Uzzoli, A (2006b): The regional inequalities of health in Hungary. 7th IUHPE European Conference – Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices. Book of Abstracts. Budapest 2006. október 18-21 .p. 145.

24. Uzzoli, A. (2006c): The spatial structure of health inequalities in Europe. Geographical Phorum – Geographical studies and environment protection research 2006/5. University of Craiova, Romania pp. 101-113.
25. Uzzoli, A. (2007): The socio-economic inequalities of health in Hungary. Local Governance and Sustainable Development. CD-ROM. The 47th Congress of the European Regional Science Association. Paris, France August 29th-September 2nd, 2007.
26. Uzzoli A. (2008a): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben I. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 77 p.
27. Uzzoli A. (2008b): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben II. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 93 p.
28. Uzzoli, A. (2009): The mortality situation and its spatial dimension in Hungary. Czech Regional Studies. (megjelenés alatt)
29. Vukovich G. (2002): Főbb népesedési folyamatok. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi riport. Társadalomkutatási Intézet Rt., Budapest pp. 138-151.

Internetes források

www.webio.hu/huon
www.ksh.hu
www.vati.hu/static/otk/int/jelentes200598.pdf

V. A magyar egészségügyi ellátórendszer területi elvű struktúrája

1. Célok és módszerek

Kutatási tervem kidolgozásakor (2005-ben) célkitűzésként fogalmaztam meg a magyar egészségügyi szolgáltatások működésében, területi jellemzőiben érvényesülő szakmai stratégiai dokumentumok és törvényi szabályozások értékelését abból a szempontból, hogy az egészségpolitika/szociálpolitika területi prioritásai mennyire vannak összhangban területfejlesztési politika egészségügyi/szociális prioritásaival. A kutatás kezdetén (2006-ban) hipotézisem az volt, hogy az egészségügy szabályozásának törvényi hátterében még kevésbé érvényesülnek a területi szempontok. Végül a 2007-es egészségügyi struktúra területi elvű átalakítása újszerű megközelítést jelentett a vizsgálati téma kidolgozásában.

Az egészségben és az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségek egymástól elválaszthatatlan és egymással szorosan összefüggő fogalmak, ezért az egészségi állapot területi különbségeinek vizsgálata nem történhet meg az egészségügyi erőforrások területi eloszlásának összevetése nélkül. Ez volt a fő oka annak, hogy kutatási munkatervemben a hazai egészségügyi egyenlőtlenségek értelmezése kapcsán különös hangsúlyt fektettem a politikai tényezők szerepének definiálására is. Egyrészt az ország kedvezőtlen népegészségügyi és demográfiai helyzete jelentős terheket ró az államháztartásra és az aktív, munkaképes korúak járulékfizetési kötelezettségeire. Másrészt az egészségügyi rendszer működésében jelenlévő anomáliák hosszú évtizedek alatt kiélezett konfliktus- és válsághelyzet kialakulását eredményezték. Napjaink hazai egészségpolitikájának legnagyobb kihívása az egészségügyi ellátás fejlesztésének, valamint a lakosság egészséggel összefüggő életminőségének és így az életesélyek javulásának megteremtése közép- és hosszútávon.

A magyar egészségügyi ellátórendszer korábbi struktúrájának és finanszírozásának átalakítása a 2006. évi CXXXII. Törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről hatályba lépésével kezdődött meg 2007 első hónapjaiban. A folyamat jelentőségét növeli, hogy az új struktúra megteremtése kifejezetten területi szempontok alapján történt, ezért az aktuális szakpolitikai intézkedések elemzése mindenféleképpen indokolta a politikai dimenzió vizsgálatának időszerűségét. Ennek során elsődleges célkitűzésem volt az egészségügyi rendszer átalakításának intézményi és területi vonatkozású következményeinek bemutatása. Mivel a szerkezet-átalakítás során prioritást kapott a kórházi ellátás strukturális és területi

racionalizálása, ezért a leíró jellegű vizsgálatokban főként a fekvőbeteg-ellátásra fókuszáltam, s a következő kérdésekre kerestem a választ a különböző szakpolitikai intézkedések és szakmai dokumentumok értékelése során:

- Milyen mértékben változtatta meg a szerkezet-átalakítás a működő kórházi ágyak számát és szerkezetét az egyes régiókban?
- Sikerült-e enyhíteni a fekvőbeteg-ellátására jellemző Budapest-központúságot?
- A struktúra-váltás önmagában képes-e megoldani a magyar egészségügy alapvető problémáit és konfliktusait?

Az új struktúra alapelve a működő kórházi ágyak csökkentése és a valós igényekhez igazítása, valamint a területi ellátási kötelezettségek előtérbe helyezése. Végső soron mindezekkel cél az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítása, vagyis az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható területi különbségek csökkentése.

2. Az egészségügyi ellátóhálózat felépítése a struktúra-átalakítás után

A Kórházfejlesztési Törvény az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítására született. Legfontosabb célkitűzése egy fenntartható, hatékony és minőségi ellátást biztosító rendszer kialakítása. Megvalósításában az új ellátási hierarchia létrehozása és működtetése, illetve a területi kapacitások meghatározása volt a legfontosabb feladat (**Terápia 2007**).

A magyar egészségügyi ellátórendszer lépcsőzetesen egymásra épülő alap-, szak- és speciális ellátásfajtái szolgálnak az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, az egészségi állapot javítására és az életveszély elhárítására (**Osváth S. 2004**). Ennek az ún. progresszív rendszernek a lényege, hogy a gyógykezelés specializált szakmai és technikai igényétől, bonyolultságától, a betegség jellegétől függően fokozatokba rendeződik (**Bugovics E. 2005**). Így beszélünk a háziorvosi betegellátásról, a járóbeteg-szakrendelőintézeti és a fekvőbeteg-ellátásról (**Forgács és mtsai 1995**). Ez utóbbi területi ellátási kötelezettségek szerinti újjászerveződése a leglátványosabb az egészségügyi reformok kapcsán. Az új ellátórendszer az alapvetően háromfokozatú struktúrát nem, hanem végeredményben az ellátási szintek számát csökkentette négyre: ezek a kiemelt kórházak (korábbi megyei kórházak és országos intézetek), a területi kórházak (korábbi városi kórházak), a területi egészségügyi központok (járóbeteg-központok: rendelők és gondozók) és az alapellátás szintjei. A változtatások fő célja, hogy a különböző egészségügyi intézmények bizonyos

közúti távolságon és/vagy utazási időn belül elérhetők legyenek a rászorulók számára. A területi elérhetőség elvét úgy szervezték meg, hogy a súlyponti kórházak átlagosan 55 km-en belül – vagy egyórányi utazással –, a területi kórházak átlagosan 30 km-en belül, a járóbeteg-intézetek átlagosan 20 km-en belül és a mentőállomások mindenki számára 15 percen belül elérhetőek legyenek. Területi szempontok alapján szintén prioritást kapott az a másik alapelv, miszerint a 20 km-en belüli ellátási körzetekben meg kell szűntetni a párhuzamosságot, vagyis adott szolgáltatást nyújtó osztályból egynél több nem működhet a körzetben.

Az egészségügyi rendszer hierarchiájában az alapellátás jelenti az első orvos-beteg találkozót: ide sorolható a felnőtt és gyermek háziorvosi hálózat, a fogászati alapellátás, az iskola-egészségügyi szolgálat, a foglalkozás-egészségügy, a körzeti védőnői szolgálat, valamint a házi beteg- és szakápolás. A korábbi körzeti orvosi hálózat jogilag 1992-ben – 6/1992. (III.31.) sz. kormányrendelet – alakult át a mai háziorvosi szolgáltató rendszerré, megteremtve a szabad orvosválasztás lehetőségét. Ez a folyamat az 1990 utáni egészségügyi reformok eddigi egyik legsikeresebbikje volt. A 2007. évi egészségügyi fejlesztések az alapellátás megerősítésére, a háziorvosi praxisok bevételeinek növelésére, illetve az indokolatlan orvos-beteg találkozók csökkentésére irányultak. Ezzel tovább erősítették a háziorvosok kapuőr szerepét, illetve hangsúlyozzák a háziorvos felelősségét a betegutakban, s azok folyamatos nyomon követésében. A háziorvosi hálózat az egészségügyi ellátás területileg legkiegyenlítettebb alkotóeleme, a területi különbségek főként a település hierarchia szerint jelentkeznek (**Molnár D. 2001**). Az aprófalvas térségekben egy háziorvosi körzetbe akár 8-10 község lakosságának ellátása is beletartozik.

Az alapellátás keretei között már nem kezelhető, de alapvetően kórházi ellátást még nem igénylő egészségügyi feladatok és szolgáltatások (pl. diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok) tartoznak a járóbeteg-szakellátáshoz. Ennek működtetése az utóbbi harminc évben többször módosult: 1975-ben következett be a korábban külön intézményként működő kórházak és járóbeteg-szakrendelők integrálása, míg 1990 után már lehetőség volt kórházi háttér nélküli szakrendelők működtetésére is. Sőt, a rendszerváltozás szintén megteremtette a feltételeit a magántulajdonú magánszakrendelések, az ún. poliklinikák kialakulásához. A jelenlegi törekvések célja, hogy a kiemelt és területi kórházak köré szerveződő ún. területi egészségügyi központokat hozzanak létre a korábbi rendelőintézetekből, illetve újak kialakításával. A jövőben ezek lennének hivatva a lakosság közeli járóbeteg-szakellátásra. Továbbfejlesztési lehetőségeik egyrészt az alapellátással való szorosabb szakmai

együttműködésben, másrészt az egynapos sebészeti beavatkozások megteremtésében[4], harmadrészt pedig az egyes intézményekhez kötődő mentő és légimentő központok kialakításában körvonalazódik. A tervek között szerepel legalább 46 egészségügyi intézményben a nappali kórház feltételeinek kialakítása, amely lehetőséget adna a jelenleg krónikus ellátással foglalkozó kórházak számára a sebészeti beavatkozásokra, illetve a korábbi műtők és műtéti felszerelések aktív használatára. Magyarországon az ilyen jellegű szolgáltatások aránya alig haladja meg a 2%-ot, míg Európa legfejlettebb országaiban akár az 50%-ot is túllépi. A szakrendelési intézmények igénybevételének területi különbségei igen nagyok, ami függ egyrészt a kulturális-műveltségi tényezőktől, másrészt a települési struktúrától és az ellátottság színvonalától: például a budapestiek háromszoros gyakorisággal veszik igénybe a rendelőintézeteket, mint a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élők (**Illés I. 2005**).

Az ország 174 kistérsége közül nyolcban egyáltalán nincs[5], 21-ben pedig új rendelő kialakítása szükséges[6], illetve 37 kiemelten fejlesztendő kistérségnek[7] minősül. A szakpolitika tervei alapján a meglévő területi aránytalanságok és ellátási hiányok megszűntetésére a leépítésre kerülő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások 20%-ának megfelelő mennyiségű potenciális többlet kapacitása jelent fedezetet (www.eum.hu).

A kórházi szakellátás szervezeti felépítése korábban a városi és megyei kórházakra, valamint az országos intézetekre épült (1. ábra). Az új hierarchiában a korábbi városi kórházak alakultak át ún. területi kórházzá, míg a megyei és országos kórházak közül csupán 39 válhatott ún. súlyponti kórházzá.

A progresszivitás legmagasabb szintjét képviselő kiemelt, súlyponti kórházak egyben országos szakmai központok, ahol nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítják a súlyos, a speciális és/vagy a ritka betegségek kezelését. Csak itt láthatják el a daganatos eseteket; kizárólag ezekben végezhetnek szívműtétet és szervátültetést; valamint katasztrófa és járvány esetén 3. illetve 6 órán belül biztosított plusz ágyak bevonásával vesznek részt a veszély elhárításában. A kiválasztásuk szempontjai között szerepelt a jelenlegi felszereltség, a kiemelkedő szakmai és szervezeti tapasztalat, a sokoldalúság és a területi elhelyezkedés is. A

[4] A struktúra-átalakítás révén az első egynapos sebészetet a főváros XIII. kerületi Szegedi úti szakrendelőjében adták át 2007. június 29-én.

[5] Az Abai, Balatonföldvári, Bátonyterenyei, Bélapátfalvai, Gárdonyi, Hajdúhadházi, Lengyeltóti, Polgári kistérségekben jelenleg nincs járóbeteg-szakrendelő.

[6] Többek között a Kőszegi, a Téti, a Sásdi, a Rétsági, a Kiskunmajsai, a Szeghalomi, a Bodrogközi, a Vásárosnaményi vagy a Derecske-Létavértesi stb. kistérségekben új szakrendelő kialakítása szükséges.

[7] A Közép-Dunántúlon 9, a Nyugat- és Dél-Dunántúlon 7-7, Észak-Magyarországon 4, az Észak-Alföldön 7, a Dél-Alföldön pedig 3 olyan kistérség található, ahol kiemelt feladat a rendelőintézetek fejlesztése.

kiemelt kórházak az év minden napján 24 órás ügyeletet tartanak, s önmagukban is képesek régiós, vagy a régión túlterjeszkedő centrumok működtetésére.

Az általános és krónikus ellátást a területi, régiós kórházak biztosítják, ahol az egyszerű, rutinesetek kezelése történik. Ezek a kórházak szintén szakosodhatnak egy-egy kiemelt területre (például szemészet, belgyógyászat, szülészet). Számukra az aktív ellátás mellett a jövőben nagyobb szerep jut a rehabilitáció, a krónikus ellátás és az ápolás terén. Súlyos megbetegedés észlelése esetén továbbküldik a beteget a területileg illetékes kiemelt kórházba.

Az egészségügyi fejlesztések egyik eleme, hogy a sürgősségi ellátás keretében működő mentőállomások szorosabban kötődjenek a területi egészségügyi központokhoz. Cél, hogy a mentők mindenki számára 15 percen belül elérhetők legyenek. Országosan 21 új állomás létrehozása[8], valamint további 9 állomás (Csorna, Mosonmagyaróvár, Zalaszentgrót, Zalaegerszeg, Letenye, Siófok, Tab, Sárbogárd, Dombóvár településeken) fejlesztése a megoldandó feladat.

3. A fekvőbeteg-ellátás regionális átalakulása

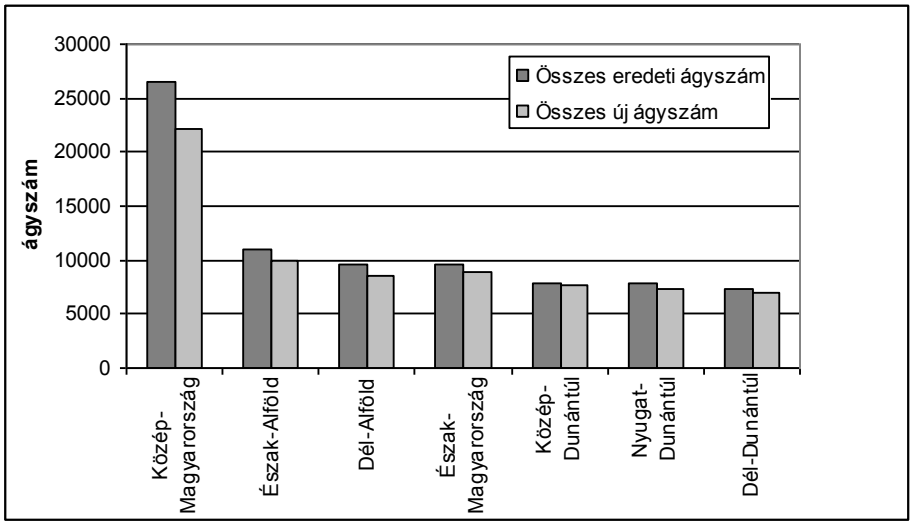
Az Egészségügyi Minisztérium a miniszter ajánlásával 2007. január 8-án hozta nyilvánosságra a kórházi ágyak elosztásával kapcsolatos javaslatait. Ez kórházakra lebontva azt tartalmazta, hogy az egyes intézmények hány ággyal és hány osztállyal működhetnek a jövőben, amellyel tulajdonképpen régiókon belüli kapacitások felosztását tették meg. Minden régióban az ún. Regionális Egészségügyi Tanács (RET) évente ellenőrzi a kihasználtságot és az esetleges kapacitásbővítési igényeket. Ennek függvényében évről évre módosulhat az államilag garantált támogatott ágyak elosztása és száma. Ha a RET döntésképtelen, akkor a mindenkori egészségügyi miniszter dönt. Ez utóbbi történt, amikor 2007. március 8-án bejelentették az új kapacitásokat, majd április 1-én hivatalosan is kezdetét vette a kórházszerkezet átalakítás. A Kórháztörvény értelmében az aktív ágyak száma 60.058-ról 44.215-re csökkent. ezzel párhuzamosan pedig a krónikus fekvőbeteg ellátásban, a rehabilitációban és az ápolásban elérhető krónikus ágyak száma 20.124-ről 27.169-re nőtt. Végeredményben országosan 8.798 kórházi ágy megszűntetésére került sor (1. ábra). A legnagyobb mértékű, vagyis több mint 4.300 ágy leépítése a Közép-Magyarországi Régióban történt meg, ami az összes ágyszám csökkenés közel 50%-a. Az összes eredeti ágyszámhoz

[8] Új mentőállomások a jövőben a következő településeken létesülnek: Aggtelek, Bátaszék, Böhönye, Budapest északi részében kettő állomás, Igal, Jánoshalma, Kadarkút, Kölcse, Kőtelek, Krasznokvajda, Mezőberény, Recsk, Sárospatak, Sásd, Söjtör, Szentlőrinc, Tarpa, Tótkomlós, Visegrád, Veszprémvarsány.

képest több mint 10%-os leépítés még a Dél-Alföldi Régióban volt tapasztalható, míg a legkisebb mértékű csökkentés – kevesebb mint 4% – Közép- és Dél-Dunántúlon következett be.

1. ábra

Az összes kórházi ágyszám változás terület szerint, 2007



Adatok forrása: www.eski.hu (2007) alapján saját szerkesztés

A fekvőbeteg-gyógyintézetek kapacitásai az aktív kórházi ágyak csökkentése, illetve a krónikus ágyak növelése folytán jelentős mértékben módosultak (1. táblázat). Az ország korösszetételének megfelelően a 10.000 lakosra jutó krónikus ágyak száma közel 30%-kal emelkedett. A legjelentősebb javulás a Dél-Dunántúlon tapasztalható, ahol egyrészt az időskorú népesség részaránya meghaladja az országos átlagot, másrészt pedig ahol korábban a krónikus ellátás kapacitásai kevésbé tükrözték a régió demográfiai helyzetét. Az aktív kórházi ágyak kihasználtsága korábban az aktív ellátásban 75,7%-os, míg a krónikus ellátásban 87%-os volt (**OEP 2006**). Egy aktív kórházi ágy fenntartása évente 5,5 millió forintba kerül, s mivel évek óta 20-25%-uk üresen áll (**Zöld Könyv 2006**), ezért nagymértékben csökkent 10.000 lakosra jutó arányuk.

1. táblázat

A fekvőbeteg-gyógyintézetek kapacitása terület szerint

	2007. április 1. előtt				2007. április 1. után			
Területi egység	**Aktív kórházi ágyak összesen**	**Krónikus kórházi ágyak összesen**	**Aktív kórházi ágyak száma 10.000 lakosra**	**Krónikus kórházi ágyak száma 10.000 lakosra**	**Aktív kórházi ágyak összesen**	**Krónikus kórházi ágyak összesen**	**Aktív kórházi ágyak száma 10.000 lakosra**	**Krónikus kórházi ágyak száma 10.000 lakosra**
Közép-Magyarország	19146	7345	66,7	25,6	13654	8507	47,8	29,8
Közép-Dunántúl	5247	2681	47,7	23,0	4143	3467	37,4	31,3
Nyugat-Dunántúl	5371	2546	53,2	25,5	3893	3396	38,2	33,9
Dél-Dunántúl	5883	1651	59,3	15,1	4330	2670	44,6	27,5
Észak-Magyarország	7271	2314	57,6	17,7	5481	3404	43,4	26,9
Észak-Alföld	9216	1842	59,8	11,8	6919	3028	45,1	19,7
Dél-Alföld	7924	1745	58,6	12,5	5795	2697	43,0	20,0
Ország összesen	**60058**	**20124**	**59,3**	**19,4**	**44215**	**27169**	**43,9**	**27,0**

Forrás: **OEP (2006)** 161-163. o. Forrás: www.oep.hu adatai alapján saját számítás

A végleges kapacitásprogram szerint az országban 39 kiemelt és 132 területi kórház működőképes önálló intézményként. Ez utóbbiak közül 50 csak krónikus ellátással foglalkozik: 52%-uk 50 vagy annál kisebb ágyszámmal bír, míg 38%-uk 100 vagy annál több ággyal rendelkezik. Közülük is a legnagyobb kapacitású a fővárosi Szent Rókus Kórház 300 krónikus ággyal. A kórházi ágyszámok csökkentése a Közép-Magyarországi Régióban járt együtt intézmények bezárásával. Azonban körházi intézmények összevonására több helyen került sor az országban, például a miskolci Nefrológiai Központ, a kecskeméti Magyar Honvédség Repülőkórház, a Parádfürdői Állami Kórház alkalmazottai más épületben és intézményi keretek között gyógyítanak tovább.

4. A kórházi kapacitások területi megoszlása

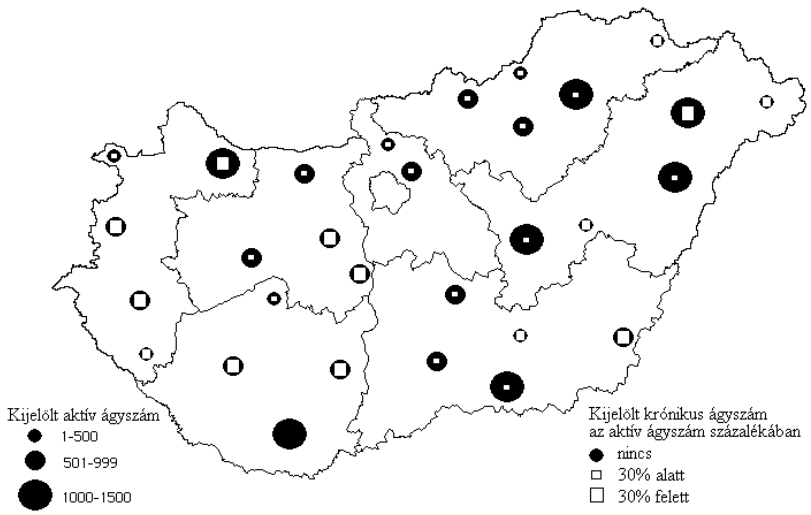
A kiemelt kórházak kapacitásuk egy részét garantáltan megkapják, ezen felül pályázhatnak további kapacitásokért régiós szinten, valamint lehetőségük van a számukra előírt kereten belül a kapacitás legfeljebb 10%-át átcsoportosítani a szakterületek között. Teljesítményükről évente referál az egészségügyi miniszter a Parlament Egészségügyi Bizottsága előtt, így évente változhat a listájuk.

A súlyponti kórházak tervezete a korábban ismertetett 31 intézményt tartalmazó változathoz képest 39-re bővült 2006 decemberében (2. ábra). Így került a listára a soproni, a

siófoki és a karcagi kórház, valamint öt fővárosi intézmény (Szent János, Szent Imre, Bajcsy-Zsilinszky, Jahn Ferenc, Uzsoki utcai Kórház). Sopron 412-vel, Siófok 327-tel, míg Karcag 342-vel csökkentette az adott Regionális Egészségügyi Tanácsban eloszthatható aktív ágyak számát. Ez különösen Sopron esetében okozott vitát, mivel a városi kórház súlypontivá minősítésével alig hatszázra csökken azoknak az aktív ágyaknak a száma, amelyeken a Nyugat-Dunántúli Régió több mint egy tucat intézménye osztozhatott. Továbbá bővült a debreceni, szolnoki és salgótarjáni kórházak kapacitása, valamint a Közép-Dunántúli és az Észak-Magyarországi Régió ágyszáma. Azonban az országos összes ágyszám nem növekedett, ezért a Közép-Magyarországi Régióban 2.717-tel, a Nyugat-Dunántúli Régióban pedig 500-zal kevesebb aktív ággyal gazdálkodhattak a területi kórházak. Ez az oka annak. hogy az aktív kórházi ágyak regionális elosztásában a legnagyobb vesztes maga a Közép-Magyarországi Régió (**Uzzoli A. 2007**). Ugyanakkor az ország 39 kiemelt kórházából 11 ebben a régióban – közülük pedig 9 a fővárosban – található: ez az összes súlyponti kórház kapacitásának közel 30%-a. A kiemelt kórházak legnagyobb kapacitásai továbbra is az egyetemi klinikákkal rendelkező (pl. Debrecen), valamint a nagy – akár a határon átnyúló – vonzáskörzettel bíró nagyvárosokban (pl. Győr) koncentrálódnak. A 2. ábrán az is megfigyelhető, hogy az orvosképzést szolgáló súlyponti kórházak főként az aktív ellátásra fókuszálnak, így például a Pécsi Klinikák intézménye krónikus ágyszámmal nem is rendelkezik.

2. ábra

A kiemelt kórházak kapacitása, 2007



Forrás: www.eum.hu (2007) adatai alapján saját szerkesztés

A területi kórházak kapacitásait keretszámok után a Regionális Egészségügyi Tanácsok döntik el. Ennek megfelelően 2007-ben összesen 15.346 aktív és 17.247 krónikus fekvőbeteg-szakellátási ágyszám került elosztásra (2. táblázat). Regionálisan a fennmaradó ágyszámokra pályázó területi kórházaknak akkor nagyobb az esélye az évenkénti kapacitáselosztásban, ha képesek sürgősségi feladatokat is ellátni. A Központi Régión kívül az ország összes területi kórházából kizárólag krónikus ellátással foglalkoznak Szikszón, Várpalotán, Oroszlányban, Zircen, Kapuváron, a Soproni Állami Szanatóriumban, Mezőkövesden, Komlón, Harkányban, Hévízen, Sárváron, Sümegen, Balatonfüreden, Szentgotthárdon, a miskolci Szent Ferenc Kórházban és a dorogi Szent Borbála Kórházban. Némi aktív ellátással – kevesebb mint 50 aktív ággyal – bír a siklósi, a celldömölki, a kisbéri és a bonyhádi kórház.

2. táblázat

A területi kórházak kapacitása régiók szerint. 2007

Területi egység	Aktív kórházi ágyak összesen	Krónikus kórházi ágyak összesen	Aktív kórházi ágyak száma 10.000 lakosra	Krónikus kórházi ágyak száma 10.000 lakosra
Közép-Magyarország	5556	6362	19,5	22,3
Közép-Dunántúl	1271	2225	11,5	20,1
Nyugat-Dunántúl	517	350	5,2	20,6
Dél-Dunántúl	1252	1903	12,9	19,6
Észak-Magyarország	2168	2767	17,2	21,9
Észak-Alföld	2478	1882	16,2	12,3
Dél-Alföld	2104	1756	15,6	13,0
Ország összesen	**15346**	**17245**	**15,2**	**12,9**

Forrás: www.eum.hu alapján saját számítás

A területi kórházak kapacitása alapján továbbra is a Közép-Magyarországi Régió helyzete a legkedvezőbb a 10.000 lakosra jutó aktív és krónikus ágyszámok alapján (2. táblázat). Ebben természetesen kimagasló szerep jut Budapest kórházainak. A Nyugat-Dunántúl az egyetlen olyan régió, ahol az országos átlagtól jóval elmarad a régiós kórházak aktív kapacitása. Különösen kedvezőtlen Vas megye helyzete, hisz a régió összesen 11 területi kórházából csupán négy található meg a megyében, s azok közül is kettő kizárólag krónikus ellátással foglalkozik. Így a területi ellátási elv alapján a régió betegeit a Közép- és Dél-Dunántúl intézményeiben is ellátják, sőt bizonyos esetek kezelése a fővárosban történik.

Hasonló a helyzet az Észak-Alföld krónikus ellátásában, hisz az Észak-Magyarországi Régió országosan is jelentős számú krónikus ággyal rendelkezik.

5. Összefoglalás

A magyar egészségügyi rendszer évtizedek óta fennálló válsághelyzete (**Szalai J. 1986; Orosz É. 1989. 2001; Losonczi Á. 1998**) nem csupán a kórház- és Budapest központúsággal, a jelentős mértékű kapacitáskülönbségekkel és a nem megfelelő finanszírozással magyarázhatók. Sokkal nagyobb problémának látom, hogy az egészségi állapot évtizedekig tartó romlására, és a jelenleg is tapasztalható jelentős területi különbségeire eddig nem tudott hatékony megoldást nyújtani (**Uzzoli A. 2008**). Az aktuális reformok az egyenlő hozzáférés, a progresszív betegellátás és a méretgazdaságosság jegyében erőteljesen hangoztatják az egyén felelősségét életkörülményei, életmódja, és így egészségi állapot alakulásában. Azonban az életmód, amely az igények, lehetőségek és az ezekkel kapcsolatos választások, döntések eredménye, maga is társadalmilag meghatározott (**Pikó B. 2002**). A választási keretek minden társadalmi réteg számára erősen behatároltak, különösen a társadalmi hierarchia alacsonyabb fokain. Mindezek következménye, hogy az egészségügyi rendszer reformja elképzelhetetlen a szociális ellátórendszer hatékonyabbá tétele nélkül (**Beke Sz. – Kalmár G. 2007**).

A 2007-ben kialakult kórházi területi struktúra az egészségpolitika két alapelvének, a gazdasági hatékonyságnak és az esélyegyenlőségnek a megvalósítását hivatott megoldani (**Pál V. 2008**). Az eddig is létező, azonban hangsúlyossá igazán csak most váló területi ellátási kötelezettségek a kezdeti nehézségek után valószínűleg ésszerűbbé teszik az egészségügy működését. Egyébként 1990, de még inkább 2000 után az egészségügy átalakítására irányuló egészségpolitikai kezdeményezések már egyre inkább hangoztatták a területi szempontokat az ellátási feladatokban (**Simon K. G. 2008**). Többek között az állami finanszírozású és a biztosítási elvekre épülő egészségügyben a területi elv megvalósulásának lehetőségeit a regionális modell (**Mihályi P. 2000**) kialakításában körvonalazták.

Mindenesetre az elkövetkezendő években a magyar egészségügy működésének és a finanszírozásának racionalizálása igen komoly szervezési feladatokkal, illetve társadalmi és egyéni áldozatvállalással jár majd együtt.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének 2007-ben bevezetett elemei azóta részben változtak, részben pedig kiegészültek:

- Húszmilliárd forintos uniós, valamint tízmilliárd nemzeti forrásból tovább folytatódott 2008-ban a járóbeteg-ellátás fejlesztése (www.hvg.hu), aminek célja a kevesebb kórházi

ággyal, viszont több járóbeteg-ellátó hellyel működő egészségügyi rendszer kialakítása. Ennek során 16 hátrányos helyzetű kistérség átlagosan 900 millió forinthoz jutott, valamint hét kistérség (siklósi, szikszói, sárvári, bonyhádi, pásztói, kapuvári, móri) további hétmilliárdhoz, amelyekben megszűnt az aktív ellátás. A tervek szerint zöldmezős szakrendelők épülhetnek olyan kistérségekben (pl. szécsényi, rétsági, gönci, cigándi, tokaji, sarkadi, kiskunmajsai, jánoshalmi, sellyei, csurgói. tabi, ercsi, pannonhalmi), ahol nincs 20 percen belül elérhető vagy 15 kilométernél közelebb lévő belgyógyászati, gyerekorvosi, sebészeti szakrendelés.

- Az elveiben elfogadott Budapest Egészségügyi Modell (BEM) kapcsán körvonalazódik a 90 telephelyen foglalkoztató 12 intézmény működtetésének reformja.
- A súlyponti kórházak kijelölése, azok ágyszámának garantálása maga után vonja a súlyponti kórházak körének felülvizsgálatát, mert a gyakorlatban sokuk nem tudja teljesíteni feladatait (pl. várólisták kialakulása).
- A 2007 januárjában megalakult Egészségbiztosítási Felügyelet legfontosabb feladata a betegek (biztosítottak) jogvédelme, az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok kivizsgálása, a szolgáltatók jogszerű működésének ellenőrzése, széleskörű tájékoztatás a kórházak és más intézmények szolgáltatásairól, azok hozzáférhetőségéről, minőségéről.

Véleményem, hogy az ellátásszervezés átalakításával felszabaduló forrásokat a jövőben olyan népegészségügyi és egészségfejlesztési programok megvalósítására szükséges fordítani, amelyek ténylegesen a népegészségügyi helyzet javulását eredményezhetik. A betegségmegelőzésben és a szűrőprogramok sikerében sokkal hatékonyabbá kell tenni az egészségkommunikációt, hogy a mindennapok embere számára is egyértelművé váljon az egészségügyi átalakításának fontossága (**Uzzoli A. 2007**).

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. A 2006. évi CXXXII. Törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. (http://www.eski.hu/new3/politika/regios/T-1375.pdf)
2. Beke Sz. – Kalmár G. (2007): Regional inequalities of source of power of the Hungarian health care are on the eve of the 21st century. Revista Medicala Oradeana (megjelenés alatt)
3. Bugovics E. (2005): A fenntartható egészségügy. avagy az egészségügy kórtana. Medicina Kiadó, Budapest 413 p.
4. Egészségügyi Minisztérium (2006): Zöld Könyv az egészségügyről. (www.zoldkonyv.hu)
5. Egészségügyi Minisztérium (2007): Terápia 2007 – Egészségügyi reform. (www.terapia2007.hu)
6. Forgács I. – Paksy A. – Pauka T. (1995): Népegészségtan. HIETE, Budapest 159. p.
7. Illés I. (2005): Az egészségügyi ellátás rendszere. In: Perczel Gy. (szerk.): Magyarország társadalmi-gazdasági földrajza. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest pp. 484-502.

8. Központi Statisztikai Hivatal (2007): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2006. Budapest
9. Központi Statisztikai Hivatal (2007): Demográfiai Évkönyv 2006. Budapest
10. Losonczi Á. (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest 315 p.
11. Magyar Köztársaság Kormánya (2006): T/1375. számú törvényjavaslata az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. (www.eum.hu)
12. Mihályi P. (2000): Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Springer Kiadó, Budapest 232 p.
13. Molnár D. L. (2001): Területi ellátási egyenlőtlenség az egészségügyben. (http://www.sociomed.hu/includes/terulm2.pdf)
14. Orosz É. (1989): Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – Az újraértelmezés szükségességéről. Tér és Társadalom 2. pp. 3-19.
15. Orosz É. (2001): Félúton vagy tévúton? – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Alapítvány, Budapest 329 p.
16. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2005): Fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátó intézetek Évkönyve 2004. OEP – ÁNTSZ, Budapest
17. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2006): Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve 2005. OEP, Budapest
18. Osváth S. (2004): Az egészségünk napjainkban Magyarországon. G-Mentor Kiadó, Budapest 128 p.
19. Pál V. (2008): Az egészségpolitika és a területi esélyegyenlőség összefüggései Magyarországon. In: Szabó V. – Orosz Z. – Nagy R. – Fazekas I. (szerk.): IV. Magyar Földrajzi Konferencia. Debreceni Egyetem, Debrecen pp. 349-355.
20. Pikó B. (2002): Egészségszociológia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest 190 p.
21. Simon Kis G. (2008): Egészségügyi reform. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/1. pp. 2-14.
22. Szalai J. (1986): Az egészségügy betegségei. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest 200 p.
23. Uzzoli A. (2007): A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. Tér és Társadalom 2007/3. pp. 103-115.
24. Uzzoli A. (2008): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben I. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 77 p.
25. Uzzoli A. (2009): A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete. In: Közép-Magyarországi Régió. Csiszér Kiadó, Budapest 22 p. (megjelenés alatt)
26. Varga T. (2007): Az egészségügyi ellátórendszer területi jellemzői a Közép-Magyarországi Régióban. Szakdolgozat. ELTE TTK Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest 55 p.

Internetes források

www.antsz.hu
www.dr.info.hu/drinfo
www.eski.hu
www.eum.hu
www.hvg.hu
www.medicinenet.hu
www.oep.hu
www.terapia2007.hu
www.zoldkonyv.hu
www.weborvos.hu

VI. A nagyvárosi környezet szerepe az egészségi állapot alakulásában

1. Célok és módszerek

A hazai egészségügyi egyenlőtlenségek területi dimenziójának definiálása különböző vizsgálati szinteken történhet meg. Az alapvetően empirikus kutatásomban célkitűzésem volt olyan kérdőíves felmérés szervezés, amelynek segítségével elsősorban lokális szinten elemezhetjük a társadalmi környezet szerepét az egészségi állapot alakulásában. Egy speciális kérdőíves technika kidolgozását, lebonyolítását és elemzését végül egy interdiszciplináris kutatás során közösen dolgoztuk ki magatartástudományi szakemberekkel[9]. Ennek a vizsgálatnak az előzményeiről, illetve eredményeiről szeretnék ebben a fejezetben beszámolni.

A fejlett országokban az egészségi állapotot komplex módon az életmódbeli tényezők (kb. 43%), a genetikai adottságok (kb. 27%), a közvetlen és a közvetett környezeti hatások (kb. 19%), valamint az egészségügyi ellátórendszer minősége és hozzáférhetősége (kb. 11%) határozza meg (**Mead, M. S. – Earickson, R. J. 2000**). Ez az oka, hogy napjainkban az egészségfejlesztési programokban és az egészségnevelésben kiemelt szerephez jut az egészséges életmód, az egészségre orientált életvitel, az egészségtudatosság hirdetése. Az egészségre ártalmas kockázati tényezők már egészen a korai életszakasztól befolyásolják az egyén egészségmagatartását, azaz az egészséggel és/vagy betegséggel kapcsolatos viselkedését, attitüdjét (**Pikó B. 2005**). A gyermekkorban kialakuló életmód nagymértékben hatással van a felnőttkori szokásokra, ezért nagyon fontos a fiatalok egészségmegőrző magatartásának befolyásolása (**Pluhár F. Zs. – Keresztes N. – Uzzoli A. – Pikó F. B. 2007a**).

Az egyes korosztályok egészségmagatartásának, illetve egészségfejlesztése lehetőségeinek vizsgálata igen gazdag szakirodalmi háttérrel rendelkezik hazánkban, köztük is a leginkább preferált a 12-24 évesek köre. Interdiszciplináris kutatásunkban a 9-11 évesek ismereteit elemeztük az egészségre ártalmas kockázati tényezők megítélésében. Ehhez a nemzetközi szakirodalomból adaptáltuk az ún. „draw and write”, vagyis a „rajzolj és írj” módszert (**Backett-Milburn, K. – Mckie, L. 1999**).

[9] A kutatásban részt vett Pikó F. Bettina MD, PhD egyetemi docens, és Pluhár F. Zsuzsanna MD rezidens (Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet).

A kutatás során egyrészt közösen szerveztük meg, majd értékeltük ki a felmérés tapasztalatait és eredményeit, másrészt pedig egészségföldrajzban szerzett tapasztalataim birtokában feladatom volt a területi különbségek értelmezése.

Napjainkban egyre nagyobb hangsúlyt kap az egészségfejlesztési és népegészségügyi programokban a fiatalok és gyermekek egészségnevelése. A jól és hatékonyan működő programok kidolgozásához azonban fontos adott korosztály egészséggel és/vagy betegséggel kapcsolatos ismereteinek felmérése. Gyerekek körében végzett kérdőíves vizsgálatok módszertanilag sokszor felvetik azt a problémát, hogy bizonyos korcsoportok még kevésbé érettek arra, hogy írásos formában jól és megfelelően fejezzék ki magukat (**Pridmore, P. – Bendelow, G. 1995**). Ez volt a fő oka annak, hogy a vizsgálat módszereként a nemzetközi gyakorlatban igen sokszor alkalmazott ún. „draw and write" technikát választottuk. A projektív, kvalitatív elemekre épülő módszer lényege, hogy a kérdőív nyitott kérdéseire egyaránt lehet írásban és rajzban is válaszolni. E technika használatával az adott korosztályra jellemző kognitív fejlődésbeli különbségek kiküszöbölhetők, mivel a gyerekek rajzos asszociációk segítségével jobban ki tudják magukat fejezni (**Malchiodi, C. 1998**).

Kérdőíves felmérésünkre 2006 szeptemberében került sor hat különböző általános iskolában; 3.. 4. és 5. osztályos (9-11 éves) tanulók körében (N=448). A megkérdezett tanulók 44.6%-a fiú, 55.4%-a pedig lány volt. A felmérést önkitöltéses és anonim feladatlapokkal végeztük, amelyek a szocio-demográfiai adatokon (nem, életkor, szociális helyzet, családnagyság, lakókörnyezet típusa) kívül a következő nyitott kérdéseket tartalmazta:

- Mi jut eszedbe a környezetről?
- Szerinted mi okoz betegséget a környezetben?
- Tudod-e, melyek azok a betegségek, amelyek a környezetből erednek?
- Milyennek képzelsz el egy olyan környezetet, ahol mindenki jól érzi magát és egészséges?
- Mit gondolsz, mi történik azzal, aki keveset van a szabadban?

A felmérésben résztvevő általános iskolákat vizsgálati kérdéseinknek megfelelően területi elhelyezkedésük alapján választottuk ki. A fővárosban, mint nagyvárosi környezetben törekedtünk a jellemző lakóhely-típusok reprezentálására. Budapest IV. kerületében található iskola Újpest egyik legnagyobb lakótelepének közepén található; míg a XI. kerületi intézménybe olyan tanulók járnak, akik vagy a kerület nagy lakótelepein, vagy családi házas részein, vagy a közeli IX. kerület bérházaiban laknak. A főváros vonzáskörzetében Nagykáta

mint kisvárosi környezet elsődlegesen a vidéki, családi házas lakóhely-típust képviselte. Két Tisza-parti város, Szolnok és Szeged esetében az iskolák városon belüli elhelyezkedése volt releváns a kutatási kérdések tekintetében: a szolnoki iskola a belvárosban, míg a szegedi külvárosi részen (Kecskéstelep) áll. Végül Elek városában található iskola tanulói a vidéki kertes és családi házas lakókörnyezetet reprezentálták.

A vizsgálati eredmények feldolgozásában, valamint azok területi különbségeinek értelmezésében elsődlegesen a lakókörnyezet szerepét elemeztem, s a következő kérdésekre kerestem a választ:

- Milyen módon jelenik meg a lakókörnyezet hatása a tanulók kockázatészlelésében?
- A társadalmi környezet mely elemeit tartják az egészségi állapotot közvetlenül és közvetetten veszélyeztető tényezőnek?
- Egyáltalán vannak-e jellemző területi különbségek a tanulók egészség- és/vagy betegségképében?

Kutatási célkitűzéseinknek megfelelően a lakókörnyezet összetett hatását a gyermekek egészségmagatartásának alakulásában az egészségföldrajzi metodika alapján értékeltem (**Bolam, B. – Murphy, S. – Gleeson, K. 2006**). A népesség egészségi állapotához és egészségmagatartásához köthető összetett társadalmi folyamatok térbeli jellemzőit bemutató interdiszciplína (**Mohan, J. – Curtis, S. 1989. Kearns, R. – Moon, G. 2002**) leginkább a jelen vizsgálat területi vonatkozású eredményeinek értékelésében játszott fontos szerepet.

2. A gyerekek egészségi kockázatészlelésének területi különbségei

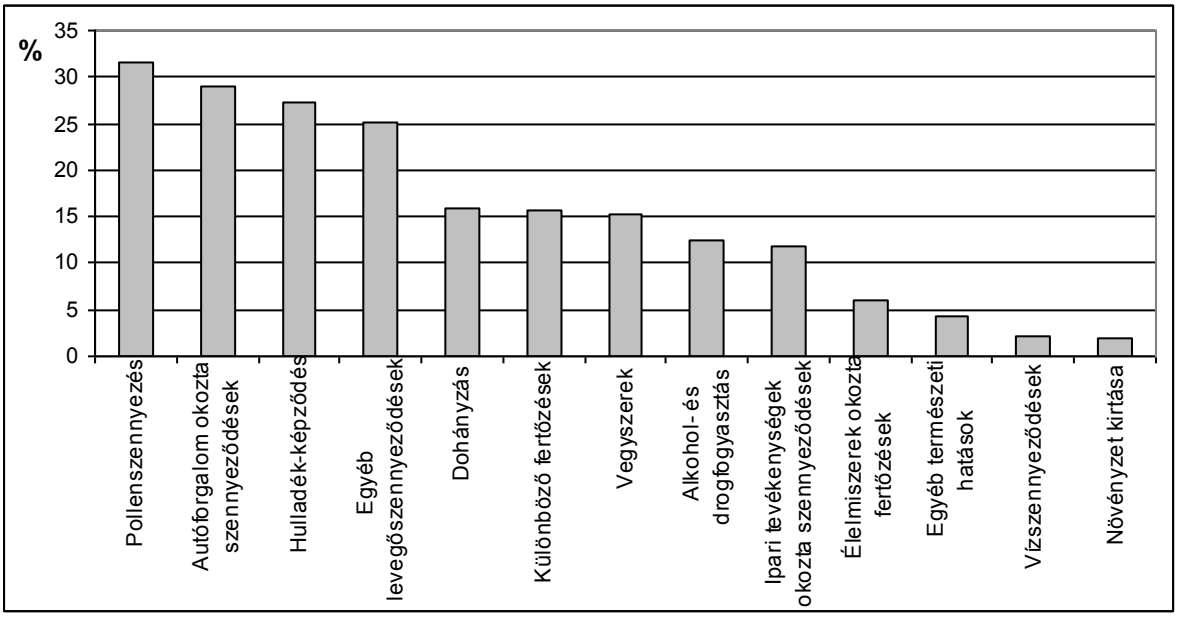
A „rajzolj és írj” technikára épülő kérdőíves felmérésben az egyes kérdésekre adott válaszok kategorizálása és összesítése után nyilvánvalóvá vált, hogy a 9-11 éves gyermekek egészség/betegségképét, illetve egészségmagatartását nemcsak a közvetlen (pl. családi és iskolai nevelés), hanem a közvetett (pl. lakókörnyezet. média) tényezők is igen jelentős mértékben befolyásolják (**Pluhár F. Zs. – Uzzoli A. – Pikó F. B. 2006a**). Mindezen hatások közül elsődlegesen a területi elhelyezkedés (nagyváros vs. vidék), és a lakóhely-típusok (lakótelep, belváros, kertváros, külváros) szerepét szeretném értelmezni.

A környezet betegséget okozó elemei és tényezői alapján a megkérdezett tanulók egyértelműen felismerik az összefüggést a környezetszennyezés és a különböző emberi tevékenységek között (1. ábra). Az egészséget, illetve a betegségek kialakulását leginkább

befolyásoló környezeti elemek között azonban túlságosan hangsúlyossá váltak a környezetszennyezés különböző formái, főként a levegőszennyezés, a közlekedés okozta környezetterhelés vagy a hulladék-képződés. Mindezen tényezők a válaszok több mint 70%-ban megjelentek. Ugyanakkor közvetlen életmódbeli hatásokat – például a dohányzást, az alkohol- és drogfogyasztást – szintén környezeti tényezőként értelmeztek a tanulók (több mint 20%), míg magának a vízszennyezésnek a következményei feltűnően alulprezentáltak a válaszokban (kevesebb mint 5%). Az eredmények alátámasztják azt a feltevést, hogy a gyermekek egészségképében, valamint a betegségek kialakulásáról és megelőzéséről kialakított véleményükben a kockázati elemek szorosan összefüggenek. gyakorta összemosódnak egymással (**Pluhár F. Zs. – Uzzoli A. – Pikó F. B. 2006b**). A kockázati magatartás (pl. káros szenvedélyek) észlelésében és értékelésében a kérdőíves felmérés alapján nem egyértelmű a gyermekek egészségtudatos motivációja. Tén,. hogy a tanulók egyre több információval rendelkeznek egészségükről.

1. ábra

A környezet betegséget okozó tényezői a tanulók válaszai alapján. 2006



Forrás: Uzzoli A. – Pluhár F. Zs. – Pikó F. B. 2008

valamint a betegségek okairól, azonban ezek az ismeretek még kevésbé pontosak és „életszerűek” (**Pluhár. F. Zs. et al 2009a**). Sokszor azt tapasztaltuk, hogy a tanulók általában az egészséget és az egészséges életmód lehetőségeit elvont, absztrakt fogalomként értelmezik, s gyakorta saját életüktől függetlenítik. További vizsgálatokat igényel annak eldöntése, hogy

az ismerethiány, avagy a tudatos, illetve tudattalan érzelmi motiváció eredményezi azt, hogy már ebben a korban a gyermekek a különböző betegségek kialakulásában a külső tényezők (környezeti) vagy a belső tényezők (életmódbeli) szerepét teszik döntő fontosságúvá. Hipotézisünk, hogy alapvetően a család életvezetése befolyásolja a gyermekek egészségmagatartását abban a kérdésben, hogy mennyire teszik döntővé az egyén felelősségét az egészségtudatos cselekvésben (**Pluhár. F. Zs. et al 2009b**).

A környezeti tényezőkre visszavezethető kockázati magatartás észlelésében a tanulói vélemények alapján felismerhető a helyi társadalmi környezet, a lakókörnyezet szerepe (**Pluhár F. Zs. – Uzzoli A. – Pikó F. B. 2007b**).

A „Szerinted mi okoz betegséget a környezetben?" nyitott kérdésre adott válaszok önmagukban is információhordozók a közvetlen lakókörnyezetre vonatkozóan:

„Mivel az M5-ös mellett lakom, azért a kipufogógáz." (11 éves fiú. Szeged)

„A házunk mellett van egy üzem, ott mindig poros a levegő." (9 éves lány. Budapest IV.)

„A Tétényi út nagy autóforgalma." (11 éves fiú. Budapest XI.)

„A buszmegálló mellett lakunk, mindig büdös van, zajos és koszos."
(10 éves lány. Budapest. XI.)

A vízszennyezést és a ciánszennyezést, mint az egészségre ártalmas környezetszennyező forrásokat csak a Tisza-parti mintaiskolákban nevezték meg a megkérdezett tanulók:

„Sokan beledobálják a szemetet a Tiszába." (10 éves lány. Szolnok)

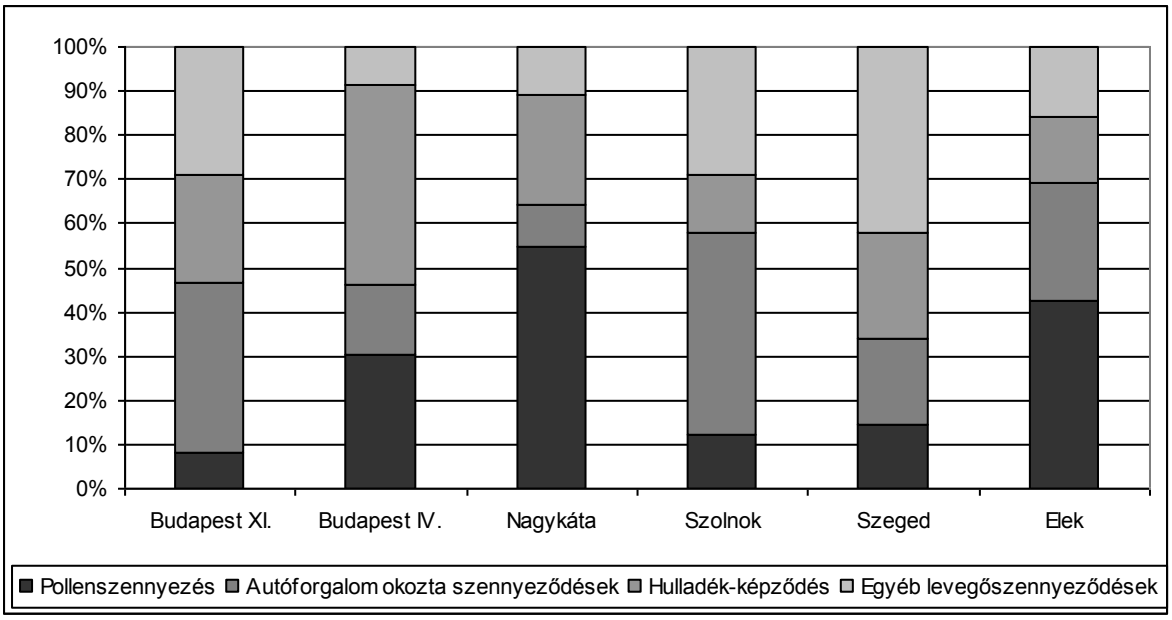
„Ciánszennyezés." (10 éves fiú. Szolnok)

„A Tisza szennyezése." (9 éves lány. Szeged)

Az egészségre ártalmas környezeti tényezők közül kiválasztottam azokat, amelyek a legmarkánsabban – legalább 25%-ban – jelentkeztek a tanulói válaszokban, s azokat elemeztem a tanulók lakóhelye, illetve a különböző lakókörnyezeti típusok alapján (2. ábra). Feltűnő, hogy a gyermekek igen nagy jelentőséget tulajdonítanak a pollenszennyeződéseknek (az összes válasz több mint 30%-a), ami egyrészt környezeti ismereteikből adódik, másrészt

2. ábra

Az egészségre ártalmas környezeti tényezők megítélése a lakókörnyezet szerint. 2006



Forrás: **Uzzoli A. – Pluhár F. Zs. – Pikó F. B. 2008**

pedig úgy vélem, hogy maga a tömegtájékoztatás is jelentősen befolyásolja véleményalkotásukat. Előzetes feltevésem alapján azonban ennek a környezeti elemnek a szerepe kevésbé a nagyvárosi, sokkal inkább a vidéki környezetben vált dominánssá. Természetesen a külvárosokban és a rurális területeken a parlagfű és virágpor allergének okozhatják az allergiás és asztmás megbetegedések magasabb arányát, de a nagyvárosi környezetben a házi és levegő porszennyeződések még inkább előidézhetik az ilyen jellegű panaszokat.

A környezeti betegség-források között az autóforgalom és annak káros következményei szintén meghatározó szereppel bírnak a kérdőíves felmérésben (az összes válasz közel 30%-a), mégis szignifikáns különbség tapasztalható a helyi lakókörnyezet függvényében. Az eredmények elemzése után azt állapítottam meg, hogy nem csupán a gyermekek lakóhelyének, hanem magának az iskolának a területi elhelyezkedése is befolyásolja azt a döntésüket, hogy mekkora jelentőséget tulajdonítanak ennek a környezetszennyezési formának. Nagykátán (3. ábra) és Eleken (4. ábra) minden tanuló kertes családi házban él. Kellemes, viszonylag kisforgalmú környezetben, ami egyben „enyhítette” a közlekedés káros hatásainak megítélését. Szeged (5. ábra) és Szolnok (6. ábra) példája kapcsán elsősorban az oktatási intézmény városon belüli elhelyezkedése befolyásolta a tanulók véleményét, hisz mindkét településen a megkérdezett többsége családi vagy társasházban él. Azonban az iskola Szeged csendesebb külvárosi részében áll, Szolnokon pedig éppen a város forgalmas központjában. Szintén ugyanez a magyarázat a fővárosi iskolák esetében is: míg a XI. kerületi

(7. ábra) intézmény Dél-Buda egyik közlekedési csomópontjának közelében helyezkedik el, addig a IV. kerületi (8. ábra) Újpest lakótelepének közepén, s így részben az autóforgalomtól „védett” helyen áll.

Az egészségkárosító környezeti tényezők között a hulladék-képződés szerepe főként a nagyvárosi környezetben értékelődött fel a tanulói válaszokban. Figyelemre méltó, hogy a fővárosi XI. kerületi 12 évfolyamos gimnáziumában az ilyen jellegű válaszok aránya elmarad

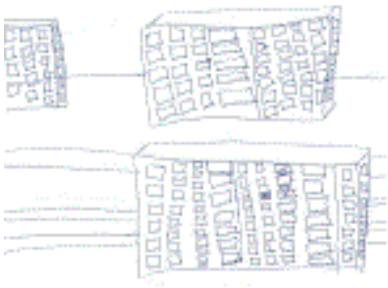
3. ábra Nagykáta lakókörnyezete a tanulói rajzok alapján
(10 éves fiú. Nagykáta)

4. ábra Elek lakókörnyezete a tanulói rajzok alapján
(9 éves lány. Elek)

5. ábra Szeged lakókörnyezete a tanulói rajzok alapján
(9 éves fiú. Szeged)

6. ábra Szolnok lakókörnyezete a tanulói rajzok alapján
(9 éves fiú. Szolnok)

7. ábra Budapest XI. kerület lakókörnyezete a tanulói rajzok alapján (11 éves lány. Budapest XI. kerület)



8. ábra Budapest IV. kerület lakókörnyezet a tanulói rajzok alapján (10 éves fiú. Budapest IV. kerület)

a IV. kerületihez képest. Ennek oka pedig abban keresendő, hogy az iskola helyi tanterve 1985 óta a környezeti nevelésre épül, s a tanulók környezettudatos oktatása mindhárom tagozatban kiemelt pedagógiai célkitűzés.

A káros környezeti hatások között fontosnak láttam a közlekedés okozta ártalmaktól elkülöníteni az egyéb, például ipari tevékenységek következtében fellépő levegőszennyeződéseket (az összes válasz 25%-a). Budapest XI. kerületben, Szegeden és Szolnokon több mint 30%-os volt a válaszadók aránya, míg az összes többi mintaterületen 10-15% közötti volt ez az arány. Ugyan minden területen igen jelentős volt ezen környezeti hatás megítélése, azonban Eleken és Nagykátán nagyobb üzemek, gyárak hiányában nem vált még hangsúlyosabbá ez a kategória.

3. Összefoglalás

Nagyvárosi környezet az állandó alkalmazkodás, a gyorsan változó élethelyzetek folyamatos kihívásának helyszíne. Az életfeltételek és az életkilátások is változnak. A modern életfeltételekhez való alkalmazkodás társadalmilag meghatározott (Kopp M. 2008). A (többszörösen is) hátrányos helyzetű társadalmi csoportok adaptációs zavarai az egészséggel összefüggő életminőség tartós romlását eredményezi. Jellemző, hogy a kedvezőbb társadalmi-gazdasági helyzet boldogtalansággal, elégedetlenséggel párosulva kockázati tényezője az

egészségi állapotnak. Ez az ún. „fejlődési paradoxon” (Kopp M. – Skrabski Á. 2003. Kopp M. 2008) az egészségmagatartásban is érzékelhető, valamint már a gyermekek korosztályait is érintik.

A kérdőíves felmérésünkkel közvetlenül a gyermekek egészség/betegségképét, közvetetten az egészségi állapot jellemzőit vizsgáltuk. A feldolgozott eredmények segítségével elsősorban az egészségi állapotot befolyásoló környezeti tényezők területi különbségeit próbáltam meg értelmezni. Úgy véljük, a gyermekek környezet- és egészségtudatos nevelésében igen jó és hatékony programok léteznek, ezeket azonban sokkal nagyobb mértékben szükséges a helyi környezeti sajátossághoz (pl. lakókörnyezet állapota, minősége, lehetőségei) igazítani.

Kutatásunk tudományos eredményeinek jelentősége egyrészt egy nemzetközi kérdőíves módszer hazai adaptálásában, másrészt a korosztály-specifikus betegségkép értelmezésében körvonalazódik. A közös kutatás megszervezésékor mind a vizsgálati kérdésekben, mind pedig a vizsgálati eredmények értékelésében az interdiszciplináris megközelítésre törekedtünk. Kutatásunkkal szerettük volna hangsúlyozni a komplexitás szerepét az egészségi állapot és annak területi különbségeinek elemzésében. Különböző tudományterületek képviselőiként kísérletet tettünk a hazai egészségi állapot különböző (pl. területi) dimenziók és módszerek menti bemutatására. Jelen kutatásunk eredményeivel alapvetően szeretnénk felhívni a figyelmet az egészségtudatosság korosztályi jellemzőire. Ezzel egyrészt pontosabb képet kaphatunk a gyermekek egészséggel kapcsolatos kockázatészleléséről, másrészt ezen ismeretek birtokában értelmezhetővé válik a környezet (lakókörnyezet, lakásminőség) szerepe az egészségmagatartás alakulásában. E tudás segítségével elsődlegesen az intézményi szintű egészségnevelő programok kidolgozását és hatékony megvalósulását szeretnénk elősegíteni.

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. Backett-Milburn, K. – Mckie, L. (1999): A critical appraisal of the draw and write technique. Health Education Research 1999/14. pp. 387-398.
2. Bolam, B. – Murphy, S. – Gleeson, K. (2006): Place-identity and geographical inequalites in health: A qualitative study. Psyhology and Health 2006/6. pp. 399 – 420.
3. Kearns, R. – Moon, G. (2002): From medical to health geography: novelty. place and theory after a decade of change. Progress in Human Geography 2002/26 pp. 605-625.
4. Kopp M. – Skrabski Á. (2003): Alkalmazott magatartástudomány. Corvinus Kiadó, Budapest 214 p.

5. Kopp M. (szerk.) (2008): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest 526 p.
6. Malchiodi, C. (1998): Understanding children's drawings. Guilford New York
7. Mead, M. S. – Earickson. R. J. (2000): Medical Geography. Guilford, New York
8. Mohan, J. – Curtis, S. (1989) The Geography of Ill-health and Health Care. In: Lewis, J. – Townsend, A. (1989): The North South Divide: Regional Change in Britain in the 1980s. Paul Chapman, London pp. 175-191.
9. Pikó B. (2005): Ifjúság. káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban. L'Harmattan, Budapest
10. Pluhár F. Zs. – Uzzoli A.– Pikó F. B. (2006a): Gyermekek és a környezet I. A környezet okozta ártalmak megjelenése 9-11 éves gyermekek kockázatészlelésében. Magyar Epidemiológia 2006/3. pp. 235-242.
11. Pluhár F. Zs. – Uzzoli A. – Pikó F. B. (2006b): Az egészségföldrajz szerepe a pszichoszociális egészség alakulásában. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2006/4. pp. 311-328.
12. Pluhár F. Zs. – Uzzoli A. – Pikó F. B. (2007a): Gyermekek és a környezet II. A környezet okozta betegségek megjelenése 9-11 éves gyermekek betegségképében. Magyar Epidemiológia 2007/1. pp. 29-36.
13. Pluhár F. Zs. – Keresztes N. – Uzzoli A. – Pikó F. B. (2007b): A rendszeres fizikai aktivitás reprezentációja a 9-11 éves gyermekek környezetről alkotott képében. Magyar Sporttudományi Szemle 8. évf. 29. szám pp. 11-18.
14. Pluhár F. Zs. – Kovács S. – Pikó F. B. – Uzzoli A. (2008): Egészség és szabad levegő. Gyermekek véleménye a bezártságról. Lege Artis Medicinae 2008/1. pp. 64-69.
15. Pluhár, F. Zs. – Pikó, F. B. – Kovács, Sz. – Uzzoli, A. (2009a): ''Air pollution is bad for my health'': Hungarian children's knowledge of the role of environment in health and disease. Health and Place 15. pp. 239-246.
16. Pluhár, F. Zs. – Pikó, F. B. – Keresztes, N. – Uzzoli, A.– Randy, R. P.– Czigány, L. –Dúll, A. (2009b): Children's images of physical activity and the environment: Representations of physical activity in Hungarian children's environment-related images. Journal of Urban Health. (megjelenés alatt)
17. Pridmore, P. – Bendelow, G. (1995): Images of health: exploring beliefs of children using the"draw and write" technique. Journal of Health Education 1995/54. pp. 473 – 488.
18. Uzzoli A. – Pluhár F. Zs. – Pikó F. B. (2008a): A lakókörnyezet szerepe az egészségmagatartás alakulásában. In: Orosz Z. – Fazekas I. (szerk.): Települési környezet. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen pp. 58-63.

VII. A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete

1. Célok és módszerek

Magyarországon igen jelentős területi különbségek alakultak ki az egészségi állapotban és az egészségügyi szolgáltatásokban, bár a Közép-Magyarországi Régió viszonylagos kedvező helyzete tapasztalható a többi régióhoz képest. A főbb halálozási és megbetegedési mutatók alapján általánosságban megállapítható, hogy a főváros egészségi állapota jobb az országosnál. A születéskor várható átlagos élettartam meghaladja az országos átlagot; ritkább a csecsemőhalálozás; kevesebb a balesetek áldozatainak száma; bizonyos betegségekből – kivéve a rosszindulatú daganatokat – évről évre egyre többen gyógyulnak meg. Ráadásul a magyar egészségügyi rendszer egész spektruma, azaz minden egyes egymásra épülő alap-, szak- és speciális ellátásfajta megtalálható a régióban. Budapest orvos-ellátottsága közel duplája a vidéki átlagnak, az orvos létszám legnagyobb növekedése éppen itt volt tapasztalható az elmúlt harminc évben (**Uzzoli A. 2008a**), számos országos intézet található meg, és a főváros tekinthető az ország legnagyobb kórházi központjának. Ennek ellenére egyes fővárosi kerületekben nagyon rossz az egészségi állapot és markáns különbségek alakultak ki, amelyek okai leginkább a helyi társadalmi környezetből (alacsony jövedelemszint, munkanélküliség, halmozottan hátrányos szociális helyzet, hajléktalanság stb.) adódnak. Összességében Pest megye lakosságának egészségi állapota az országos szint körüli, a fővároshoz képest részben kedvezőtlenebb, bár bizonyos egészségmutatók alapján a budapesti agglomeráció településeinek jobb helyzete körvonalazódik (**KSH 2007**).

A lokális szintű vizsgálatokban tehát mintaterületem a Közép-Magyarországi Régió volt, a egészségügyi egyenlőtlenségek területi dimenzióit pedig a következő kérdések segítségével elemeztem:

- Hogyan értelmezhető a régió egészségügyi helyzete az ország „egészségi" térszerkezetében?
- Mely társadalmi tényezők határozzák meg, illetve befolyásolják leginkább Budapest egészségmutatóinak alakulását?
- Milyen területi relációk mentén definiálhatók a régióra jellemző egészségügyi konfliktusok?

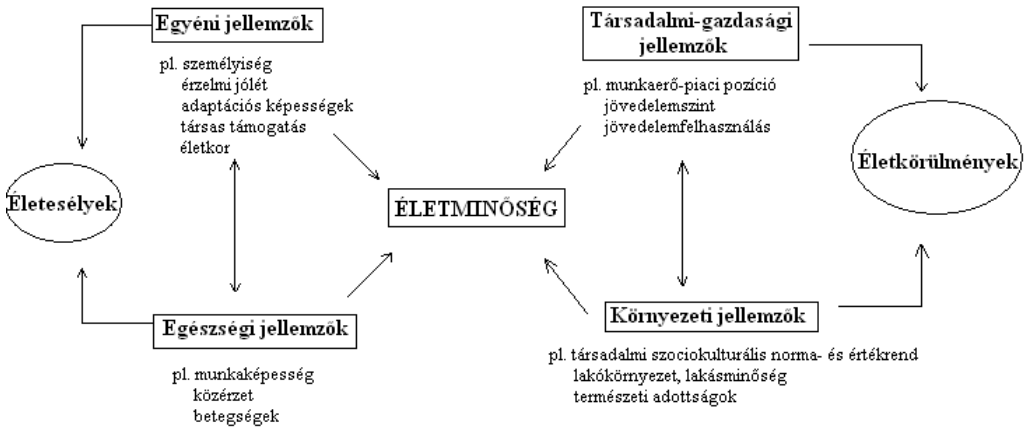
A kérdések megválaszolására az ún. egészségföldrajz szemléletét, módszereit és eredményeit hívtam segítségül. Az egészségföldrajz olyan interdiszciplináris tudományterület,

amely az egészségügyi egyenlőtlenségekkel összefüggő összetett társadalmi jelenségek értelmezésében hangsúlyozza az egészség szocio-kulturális tényezőit, valamint ezek vizsgálatát földrajzi alapokra helyezi (**Mohan, B. 1989. Kearns, R. 1993. Pál V. – Tóth J. 2007**).

A Közép-Magyarországi Régió komplex egészségföldrajzi értékelésében előtérbe helyeztem az egészséggel összefüggő életminőség vizsgálatát, amivel lehetőségem nyílt az egészségügyi egyenlőtlenségek hátterében álló társadalmi-gazdasági-szociális tényezők finomabb szövetű elemzésére is. Az egészséggel összefüggő életminőség többdimenziós fogalom (**Kopp M. – Kovács M. E. 2006**), amely összetett módon fejezi ki az egyén társadalmi-gazdasági helyzetét (**Nordenfelt, L. 1993**), azzal való elégedettségét (**McCall, S. 1975., Argile. M. 1996**), valamint ezek összefüggésében egészségi állapotát (**Kopp M. 2008**). Értelmezésében multidiszciplináris megközelítés szükséges (**Berger-Smitt, R. – Noll. H. 2000**), amely egyaránt lehetővé teszi az életminőség objektív – pl. munkaerő-piaci pozíció, jövedelemszint, egészségi állapot – és szubjektív – pl. általános elégedettség, boldogság – komponenseinek mérését (**Gillingham, R. – Reece, W. S. 1979; Williams, A. 1999; Allardt, E. 1993**). A különféle vizsgálatokba és számításokba bevont objektív tényezők csoportosításából végül egy multifaktoriális modellt alkottam (1. ábra), s a kiválasztott tényezők aggregálásával a fővárosi egészséggel összefüggő életminőség területi különbségeit elemeztem.

1. ábra

Az életminőség objektív tényezői



Forrás: saját szerkesztés

2. Az egészséggel összefüggő életminőség területi különbségei Budapesten

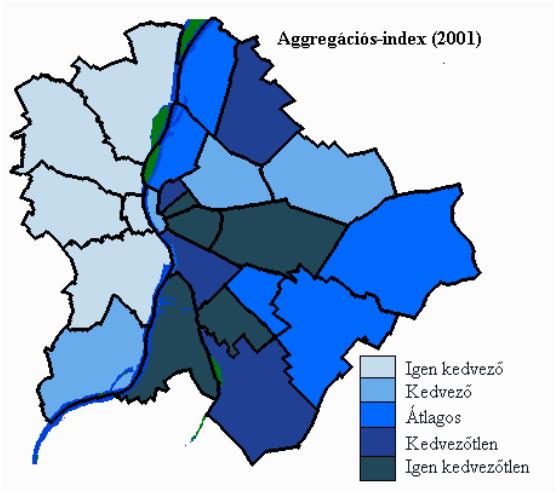
A nagyvárosok lakóhelyi környezete olyan speciális életfeltételeket biztosít, amelyek befolyásolják a helyi lakosság életminőségét és egészségi állapotát (**Izsák É. és mtsai 2008**). A fővárosi kerületek szintjén végzett elemzésben alkalmazott objektív tényezőket a 2001-es népszámlálási adatok alapján választottam ki (**KSH 2007**) mind a 23 kerültre vonatkozóan. Ezen tényezőkből és mutatószámokból a következő csoportokat hoztam létre:

- A társadalmi-gazdasági helyzet mutatószámai: pl. adóköteles jövedelem, felsőfokú végzettségűek aránya, munkanélküliek aránya, alkalmazásban állók, illetve fizikai munkások aránya.
- Környezeti tényezők: a lakókörnyezet (pl. tulajdonolt lakások és komfort nélküli lakások aránya, alapterület, laksűrűség stb.) és a természeti környezet (pl. közparkok és zöldterületek aránya) mutatószámai alapján.
- Az egészségi állapot mutatószámai: pl. születéskor várható átlagos élettartam, csecsemő- és felnőtt halálozási arány, szocio-demográfiai tényezők (pl. öregedési index, egyedülállók aránya stb.).

Minden egyes vizsgált mutatószám esetében előzetesen eldöntöttem, hogy a kicsiny, illetve a nagy értékek jelzik-e a kedvezőbb állapotot, majd a kedvező értékektől a kedvezőtlenebb értékek felé haladva rangsoroltam a fővárosi kerületeket. Így minden kerület kapott egy rangsorbeli helyezést adott mutatószám alapján, ahol a rangsor elején való elhelyezkedés a kedvezőbb (pl. 1., 2., 3. stb.), míg annak végén való elhelyezkedés a kedvezőtlenebb helyzetet jelezte (pl. 21., 22., 23.). Végül adott kerület összes rangsorbeli helyezését összeadtam, amivel megkaptam adott kerület aggregációs-indexét. Minél alacsonyabb volt a vizsgált kerület aggregációs-index értéke, annál inkább jelezte a kerület magasabb társadalmi-gazdasági státusát, értékesebb lakókörnyezetét, a helyi lakosság jobb egészségi állapotát, összességében tehát a kedvezőbb életminőséget. Az aggregációs-index térképi ábrázolásában az index értékeiből öt kategóriát alakítottam ki (2. ábra), így a legkedvezőbb és a legkedvezőtlenebb értékek közötti skálán árnyaltabban tudtam vizsgálni a fővárosi életminőség területi különbségeit.

2. ábra

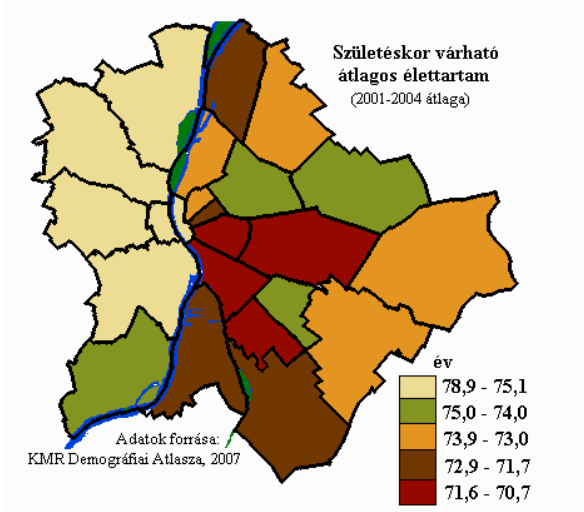
Az aggregációs-index budapesti különbségei, 2001



Forrás: saját szerkesztés

Az aggregációs-index értékei alapján Buda és Pest, illetve a belső és a külső kerületek relációjában meghatározó különbségek tapasztalhatók az életminőségben. Az objektív tényezőkből számított életminőség legmagasabb szintje azokban a budai kerületekben figyelhető meg, ahol a több szempontból is igen kedvező társadalmi környezet (**Izsák, É. et al 2009**) évtizedek óta a legjobb életkilátásokat eredményezi Budapesten (3. ábra).

3. ábra



Az életkilátások fővárosi különbségei

Forrás: saját szerkesztés

A 2. és a 3. ábra összehasonlítása egyértelműen bizonyítja Buda kedvező, míg Pest kedvezőtlen helyzetét mind az egészségi állapot, mind pedig az életminőség alapján. A pesti kerületek egészségmutatóinak értékei egyrészt elmaradnak a budai kerületekétől, másrészt differenciáltabb helyi lakosság társadalmi-gazdasági helyzete (**Uzzoli. A. – Izsák. É. 2009**). A szegregáció által érintett belső kerületek (VI.. VII.. VIII.), valamint a rendszerváltozás után leértékelődött ipari területek (pl. X.) a leghátrányosabb helyzetűek. Ugyanakkor a budapesti city területe (V. kerület), a tömbrehabilitáció által többé-kevésbé érintett IX. kerület, a zöldövezetben található XIV. kerület, a kertvárosias XVII. kerület, vagy a „beruházás-barát" XIII. kerület kedvezőbb helyzete tapasztalható Pesten (**Uzzoli A. 2008b**).

Adott kerület társadalmi-gazdasági helyzete (pl. munkanélküliségi arány, egy főre jutó adóköteles jövedelem) igen szoros összefüggést mutat az életesélyekkel (pl. születéskor várható átlagos élettartam): a Pearson-féle korrelációs együttható értéke az előbbi esetben $r = - 0.8$; míg az utóbbi esetben $r = 0.8$.

3. Az életesélyek kistérségi különbségei

Az életesélyek területi jellemzőinek vizsgálatában főként az egyes életkorokban várható átlagos élettartam mutatókat és a halálozási mutatószámokat alkalmaztam, ugyanis az életesélyek alakulását alapvetően a halálozási viszonyok határozzák meg (**Józan P. 2001**).

A születéskor várható átlagos élettartam és a gazdasági fejlettség közötti összefüggések befolyásolják az életesélyek területi különbségeit: minél magasabb a gazdasági fejlettség, annál magasabb a mutató értéke. Ez az oka annak, hogy 1990 után minden régióban rosszabbodtak az életkilátások Magyarországon, azonban a legkisebb mértékben éppen a Közép-Magyarországi Régióban (**Klinger A. 2006a, 2006b**), s így napjainkban a Nyugat-Dunántúli Régióhoz hasonlóan az itt élők számíthatnak a leghosszabb élettartamra az országban: a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 70,1 év, a nőké 77,6 év (országos átlagok 69,0 év és 77,4 év) (**Demográfiai Évkönyv 2007**). A régión belül egyértelműen Budapest teszi hangsúlyossá az eredményeket (**Klinger A. 2003a, 2003b**), ahol a kilencvenes években mindvégig a születéskor várható átlagos élettartam közel egy évvel haladta meg az országos szintet (**Budapest Statisztikai Évkönyv 1990-2007**). A nyolcvanas évek elejéhez képest a budapesti férfiak életesélyei több mint két évvel, a nőké négy évvel javultak. Jelenleg a fővárosi férfiak születéskor várható átlagos élettartama 70,7 év, a nőké 77,7 év. Ezzel szemben Pest megyében rosszabbak az életkilátások Budapesthez, sőt részben az országos értékekhez képest is. Jelenleg a megye férfi lakosságának születéskor várható átlagos

élettartama 69,3 év, a nőké 77,5 év (2007). Míg országosan a Pest megyében élő férfiak születéskor várható átlagos élettartamánál – ami egyébként megfelel a csongrádi férfiakénak – csupán három megyében jobbak az életkilátások (Győr-Moson-Sopronban, Veszprémben, Zalában), addig a nőkét a Dunántúlon kettő kivételével (Komárom-Esztergom, Somogy) mindegyik megye meghaladja.

A férfiak életesélyei a 40 és 60 éves korban még várható átlagos élettartam alapján a régió, a főváros és a megye viszonylatában is meghaladják az országos átlagot, legkisebb mértékben éppen a megyei férfi lakosság tekintetében (**Epinfo 2001-2008**). A többi megyéhez viszonyítva a Pest megyei férfiak életesélyei országosan még kedvezőnek mondhatók 40 éves korban: jobb értékek csak Győr-Moson-Sopron, Veszprém és Zala megyékben regisztrálhatók. Ez az előny azonban 60 éves korra jelentős hátránnyá növekszik, és a megyék sorrendjében országosan csak a 8. legmagasabb várható átlagos élettartam tapasztalható Pest megyében. A Pest megyében élő nők 40 és 60 éves korban várható átlagos élettartama országosan csak az északkelet-magyarországi és észak-alföldi megyékénél jobb.

Az elmúlt 25 évben az országos átlag körüli volt a váci és szentendrei kistérségben élő férfiak, valamint az aszódi, ceglédi, gödöllői, ráckevei, váci és szentendrei kistérségben élő nők életesélyei. 1980-hoz képest a születéskor várható átlagos élettartam több mint öt éves javulása férfiak esetében a pilisvörösvári, a nők esetében pedig a budaörsi kistérségben volt tapasztalható a kilencvenes évek végén. Az életesélyek nemek szerinti bontásában a dabasi kistérség a legrosszabb helyzetű.

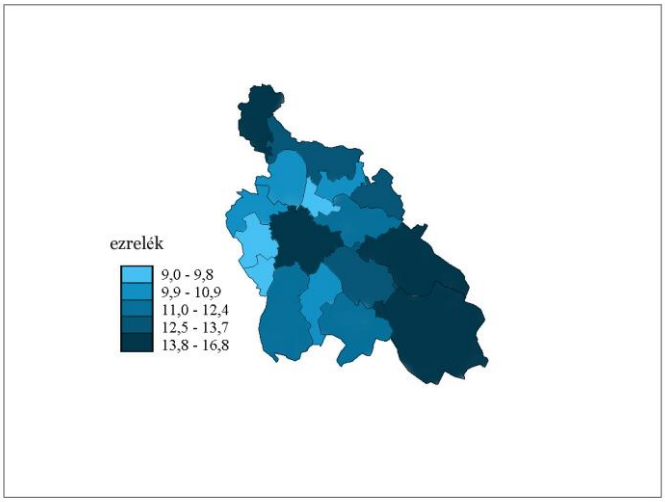
A csecsemőhalálozások hazánkban a XX. század folyamán folyamatos és igen nagymértékű csökkenése, valamint a területi különbségek mérséklődése következett be, mely elsősorban az egészségügyi ellátások javulásával magyarázható (**Szauer E. 2000**). Az utóbbi huszonöt évben a legnagyobb mértékű javulás Budapesten és Pest megyében történt, a csökkenés mértéke az elmúlt tíz év alatt több mint 19 százalékpont volt. A mutató alapján Pest megye nemcsak a többi megyéhez, hanem Budapesthez képest is rendkívül jó helyzetben van. Pest megyében ugyan a legkedvezőbb a csecsemőhalandóság az országban, mégis a kistérségek között országosan is nagy eltérések vannak: a szobi kistérségben 13,4‰ a mutató értéke, a veresegyházi kistérségben pedig 5,1‰ (2001-2004 átlaga alapján). A megye átlaga alatti a csecsemőhalálozás az aszódi, dunakeszi, gyáli, monori, pilisvörösvári, ráckevei, szentendrei kistérségekben.

A halálozások gyakorisága, valamint kor- és okspecifikus megoszlása hűen tükrözi a demográfiai és népmozgalmi helyzetet, amelyet a Régióra jellemző, a főváros és vonzáskörzete kapcsolatát alapvetően meghatározó migráció szintén befolyásol. Így a

korösszetétel eredményezi, hogy a nyers halálozási arányszám Budapesten (13,4‰) mind a Régió (12,7‰), mind pedig az ország (13,1‰) átlagát meghaladja, míg Pest megyében (11,5‰), kiváltképp az agglomerációban jóval kedvezőbb a halálozás alakulása (**Balogh K. – Bezerédj B.-né 2000**). A nyers halálozási arányszám legalacsonyabb (10‰ alatti) a Budaörsi, Dunakeszi, Érdi és Veresegyházi, legmagasabb (13‰ feletti) pedig az Aszódi, Ceglédi, Monori, Nagykátai, Szobi és Váci kistérségben (4. ábra).

4. ábra

A nyers halálozási arányszám (ezer főre) a kistérségekben, 2007



Adatok forrása: Pest megye Statisztikai Évkönyve 2007.

Országosan a halálozások aránya a kilencvenes évek második felétől mérséklődött, mely a Régióban a férfiakat nagyobb mértékben érintette. A jelentős mértékű javulás – főleg Pest megyében – elsősorban a 2000. évtől tapasztalható. Néhány esetben megfigyelhető, hogy kistérségi szinten a legmagasabb és a legalacsonyabb halálozási értékeket képviselő kistérségek nem esnek egybe a két nem esetében: például az ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganatos halálozása alapján a Szobi kistérség a férfiaknál a legrosszabb, míg a nőknél a legjobb helyzetű (**Uzzoli A. 2009a**). A standardizált halálozási arányszám – amely a népesség korösszetételéből eredő különbségeket szűri – vizsgálata során némileg módosulnak az előbbi eredmények: ha a Régióban az országossal megegyező korösszetételt vesszük alapul, akkor a Budapesten és Pest megyében is alacsonyabb a halálozások valószínűsége. A két nem együttes standardizált halálozási hányadosa alapján legjobb helyzetű a Szentendrei kistérség, illetve Budapest előnye vitathatatlan a legkedvezőbb értékű vidéki kistérségekhez képest is.

A halálozási arányszám korcsoportonkénti alakulása leginkább a felnőtt népesség halálozása miatt lényeges, ugyanis a 45-54 év közötti férfiak halálozási valószínűsége alapján hazánk egyike a legrosszabb egészségi állapotú országoknak a világon. A felnőtt népességet sújtó korai halálozás a Közép-Magyarországi Régióban 40 és 59 éves kor között volt a legjelentősebb a kilencvenes évek első felében, melynek legmagasabb értéke a Dunakeszi kistérségben volt megfigyelhető. A kilencvenes évek második felében országosan mérséklődés következett be a halálozásokban, amely a Régió lakosságát korösszetétel szerint különbözőképpen érintette. A halandóság a korcsoportok többségében csökkent, s a javulás egyes korcsoportokban meglehetősen nagyarányú volt. Például a 0-4 éves korú népesség körében a halálozások száma az 1990. évi 3,2‰-ről 1999-ben 1,7‰-re; az 50-59 éveseknél 13,5‰-ről 12‰-re mérséklődött, és számottevő volt a javulás a 30-39 éves korúaknál is. Némi növekedés csak a 40-49 évesek, valamint a 60 évesek és idősebbek korcsoportjában tapasztalható. Ez utóbbi, vagyis az időskori halálozás érzékenyen érintette Budapestet, hisz a kilencvenes években növekedett a magasabb mortalitású 60 év felettiek és az alacsonyabb mortalitású 15 év alattiak aránya. Ez az oka annak, hogy a halálozási szint javulása lassúbb folyamat a fővárosban (**Csaba K. 2002**).

A két nem ún. korspecifikus halálozási arányszámai között is általában igen jelentősek a különbségek vannak korcsoportok szerint (**ÁNTSZ 2008**). A Közép-Magyarországi Régióban a középkorú népesség halálozási arányszáma a nyolcvanas években mindkét nem esetében kedvezőtlenül alakult, az emelkedés mértéke azonban a férfiak körében lényegesen nagyobb arányú volt, mint a női népesség esetében. A kilencvenes években a növekvő tendencia már nem folytatódott, sőt az ezekbe a korosztályokba tartozó népesség halandósága némileg csökkent is. Bár a javulás a térségen belül Pest megyében volt nagyobb arányú, a középkorú férfi népesség halandósági gyakorisága a megyében változatlanul magasabb, mint a fővárosban. A férfi népesség halandósága szinte minden korcsoportban – a magasabb korcsoportok felé haladva egyre nagyobb arányban – felülmúlja a nőkét. A férfiak és a nők halandósági gyakorisága között legnagyobb különbség az 50-59 évesek korosztályában mutatkozik. A közép-magyarországi népességnek ebben a csoportjában 1000 férfira 2,3-szer – ezen belül Pest megyében 2,6-szer – annyi halálozás jutott, mint a nőknél (**Területi Statisztikai Évkönyv 2007**).

A Közép-Magyarországi Régióban kistérségi szinten egy északi (szentendrei és dunakeszi) és egy nyugati (pilisvörösvári és budaörsi) kedvezőbb helyzetű övezet rajzolódik ki a helyi lakosság egészségi állapota nyomán (főként a mortalitás alapján). A régió délkeleti

részén, a nagykátai, monori és dabasi kistérségekben az országoshoz képest is kedvezőtlen a halálozások alakulása.

4. Egészségügyi ellátás a régióban

Az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, az egészségi állapot javítására és az életveszély elhárítására szolgáló egészségügyi ellátórendszer legoptimálisabb feltételei a Közép-Magyarországi Régióban alakultak ki.

Az egészségügyi ellátások első fokozata az alapellátás, amely a beteg első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel: ide tartozik a háziorvosi és házi gyermekorvosi hálózat, a fogászati alapellátó szolgálat, az iskola- és foglalkozás-egészségügyi ellátás és a védőnői szolgálat.

A felnőtt- és gyermek háziorvosi hálózat az egészségügyi alapellátás területileg legkiegyenlítettebb alkotóeleme, bár a jelentkező területi különbségek a település hierarchiából erednek. A háziorvosok száma és az optimális praxisnagyság alapján a Közép-Magyarországi Régió a legjobb adottságokkal bír: az ország háziorvosainak és házi gyermekorvosainak 30%-a (1.971) a Régióban dolgozik (1. táblázat). A csökkenő népességszám ellenére sok háziorvos praktizál a fővárosban, míg az egyes növekvő lakosságszámú agglomerációs településen kevés a kapuőr szerepet betöltő háziorvos. Míg Budapesten az egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos száma 1.457 fő, addig az agglomerációs övezetben ez 1.802 (városokban 1.748, községekben 1.882). Budapesten 1995-ben 1.446 háziorvos működött, számuk tíz évvel később 966-ra csökkent, a házi gyermekorvosok száma pedig 343 volt. Pest megyében az egy háziorvosra és az egy házi gyermekorvosra jutó lakos száma (2.449. illetve 1.770) meghaladja az országos átlagot (2.001. illetve 1.525). Ezzel Pest megye egyike a legnagyobb lélekszámú körzeteknek a Dél-Alföld és Észak-Magyarország után. Egyébként az Európai Unió ezt a normát 1200 fő/háziorvos értéknél állapítja meg. Különösen az agglomeráció keleti szektorában, a 10-15 ezer fős városokban alakultak ki 2.000 főt meghaladó háziorvosi praxisok. Budapesten belül a külső kerületek felé egyre növekszik az egy háziorvosra jutó lakos száma: a körzetnagyság az 1.000 főt sem éri el az I., V. és VI.. míg 1.500 főt meghaladja a IV., XVI. és XVII. kerületekben. A legtöbb háziorvos és házi gyermekorvos a III., XI. és XIV. kerületekben dolgozik. Kistérségi szinten a Szobi kivételével mindenhol az országos és az optimális szint

fölötti körzetek alakultak ki, amely a háziorvosok túlterhelését eredményezi (**Uzzoli A. 2009b**).

1. táblázat

Az egészségügyi ellátórendszer kapacitása terület szerint, 2006

Területi egység	Praktizáló orvosok összesen	Praktizáló orvosok száma 10.000 lakosra	Háziorvos összesen	Házi gyermek-orvos összesen	Egy háziorvosra jutó lakos	Egy házi gyermek-orvosra jutó lakos
Közép-Magyarország	**14763**	**51,4**	**1450**	**521**	**1981**	**1457**
Budapest	12419	73,2	971	341	1747	1293
Pest	2343	19,9	479	180	2456	1785
Közép-Dunántúl	2795	25,2	531	166	2086	1589
Nyugat-Dunántúl	3387	33,9	503	138	1987	1559
Dél-Dunántúl	3473	35,9	514	144	1883	1471
Észak-Magyarország	3140	25,1	606	159	2065	1636
Észak-Alföld	4246	27,8	717	219	2127	1630
Dél-Alföld	4757	35,4	681	210	1917	1506
Ország összesen	**36563**	**36,3**	**5002**	**1557**	**2012**	**1535**

Adatok forrása: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2006.

Az egészségügyi ellátások második fokozatának fő feladata a háziorvos által már nem ellátható, de még kórházi kezelést nem igénylő esetek kezelése, illetve egészségügyi feladatok és szolgáltatások (pl. diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok) elvégzése. Intézményei lehetnek kórházi rendelőintézetek, kórházi háttér nélküli rendelők, települési önkormányzatok vagy egyéb fenntartó (pl. egyház) által működtetett egészségügyi szakrendelők, illetve magántulajdonban lévő, OEP által finanszírozott vagy kizárólag magánszakrendelésként működő ún. poliklinikák (**OEP 2006**).

A Közép-Magyarországi Régióban összesen 660 járóbeteg-szakellátó intézet található: ebből 96 önkormányzati, 53 állami, 16 alapítványi és 4 egyházi tulajdonú; 472 saját vállalkozás; 2 MÁV tulajdonban lévő és 17 egyéb fenntartó általi. A fővárosban valamennyi szakrendelési ág megtalálható, az egyes rendelőintézetek országos betegellátási feladatokat is végeznek. Minden kerületben van fővárosi önkormányzat által fenntartott szakrendelő intézet, melyet a XV. kerületben kiegészít egy kerületi fenntartású rendelő. A járóbeteg-szakellátás legnagyobb koncentrációja a belső kerületekben (VI., VIII., IX., XIII., XII.) tapasztalható, ahol sok esetben a Semmelweis Egyetem és a Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem klinikai tevékenységhez kapcsolódik. Budapesten az országosnál háromszor többen veszik

igénybe a rendelőintézeti ellátást, ugyanis az egészségügyi szolgáltatások rendszeres igénybe vétele függ a kulturális és műveltségi szinttől, az ellátás színvonalától és az elérhetőségétől. A fővárosban egyenletes a szakrendelők elhelyezkedése, amelyeket tömegközlekedési eszközökkel 20-25 perc alatt érnek el a budapesti betegek. Az országos állami járóbeteg-ellátó intézetek közül az Országos Vérellátó Szolgálat, a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat található a Budapesten. A fővárosban 400 fölötti a saját vállalkozás formájában működő szakorvosi tevékenység (**ÁNTSZ – OEP 2005**), amelyek teljes körű ellátást nyújtanak betegeik számára. Sokuk magánklinikaként, magánkórházként biztosítja a páciensek számára a rendelőintézeti szakellátást. Többségük a következő ellátásfajtákra és tevékenységekre specializálódott: fogászat és fogtechnika (pl. fog-, száj- és arcsebészet; implantológia; fogszabályzás stb.); nőgyógyászat és urológia (pl. rákszűrés, meddőségkezelés); plasztikai sebészet (pl. hajpótlás, zsírleszívás stb.); radiológia (pl. lézerkezelés, MR-CT, ultrahang stb.); pszichiátria (pl. stresszkezelés, ideggyógyászat stb.); addiktológia (pl. alkohol- és drogelvonás). A magánklinikák és szakrendelők elhelyezkedése jellemző térszerkezetre utal a fővárosban: a legtöbbjük nagyobb közlekedési csomópontokban (pl. V. kerület) és forgalmas útvonalak (pl. Nagykörút) mentén található, mások inkább a zöldövezetbe (pl. XI.; XIV. kerületbe) települnek, sokuk pedig a magasabb státusú rétegek által lakott negyedekbe (pl. II.; XII. kerületbe) költöznek.

Pest megyében összesen 35 járóbeteg-szakellátó intézet található, melyeket a vállalkozásban működtetett rendelők kivételével városi önkormányzatok tartanak fenn. Az ÁNTSZ Pest Megyei Igazgatósága viszont Budapest III. kerületében található.

A járóbeteg-szakrendelők száma és felszereltsége országosan is a legkedvezőbbnek mondható a Közép-Magyarországi Régióban (**KSH 2004**).

A fekvőbeteg-szakellátás lényege, hogy a megelőző-ellátó-gyógyító-rehabilitációs tevékenységek során a beteg legalább 24 órát az intézményben tartózkodik. A heveny vagy tartós állapotromlással járó esetek kezelése az aktív betegellátó osztályok feladata, míg a hosszú ápolási idejű megbetegedések a krónikus betegek ellátására szolgáló osztályokra kerülnek.

A Közép-Magyarországi Régióban jelenleg összesen 13.654 aktív, és 8.507 krónikus ágy működik a kiemelt és a területi kórházak együttesében. A korábbi 19.148 és 7.376 aktív-krónikus ágyszám arányt 13.654, illetve 8.507 arányban határozták meg az új elosztás szerint. A régió összes kórházi ágyszáma 26.524-ről 22.161-re csökkent. Ez 4.363 kórházi ágy leépítését jelentette úgy, hogy az aktív ágyak száma 5.494-gyel csökkent, a krónikus ágyaké

pedig 1.131-gyel növekedett. A kiemelt kórházak ágyszáma összesen 2.385-tel csökkent (12.628-ról 10.243-ra): az aktív ágyak száma 10.346-ról 8.098-ra, a krónikus ágyak száma pedig 2.282-ről 2.145-re csökkent. Így megállapítható, hogy a korábbi aktív ágyszám nagyobb volt, mint a jelenlegi intézkedésekkel meghatározott összes ágyszám a kiemelt kórházakban a Közép-Magyarországi Régióban (**Uzzoli A. – Varga T. 2007**). A kórháztörvény értelmében a krónikus ágyszám a kiemelt kórházakban csökkentésre, a területi kórházakban viszont növelésre kerül. Ez az oka annak, hogy a régió területi kórházaiban az aktív ágyak száma 8.802-ről 5.556-ra csökkent, viszont a krónikus ágyaké 5.094-ről 6.362-re nőtt. Végső soron a területi kórházak összes működő ágyszáma 1.957-tel csökkent (13.896-ról 11.918-re).

A régió legnagyobb kapacitású intézményeit elsősorban Budapest kiemelt kórházai között találjuk (5. ábra): a Semmelweis Egyetem klinikáin 2.086; a négy intézmény összevonásával létrehozott Központi Kórházban 1.196; a Szent János Kórházban pedig 792 aktív ágy működőképes. A kistarcsai és a váci súlyponti kórházak ehhez képest 725, illetve 442 aktív ággyal rendelkeznek. A területi kórházak között a ceglédi Toldy Ferenc Kórház 468 aktív és 272 krónikus; valamint a VII. kerületi Péterfy Sándor Utcai Kórház 678 aktív és 680 krónikus ággyal a legnagyobbak közé tartoznak (6. ábra). A krónikus ellátás tekintetében a Szent Rókus Kórházban működik a legtöbb ilyen jellegű ágy.

5. ábra

Budapest súlyponti kórházainak kapacitása, 2007

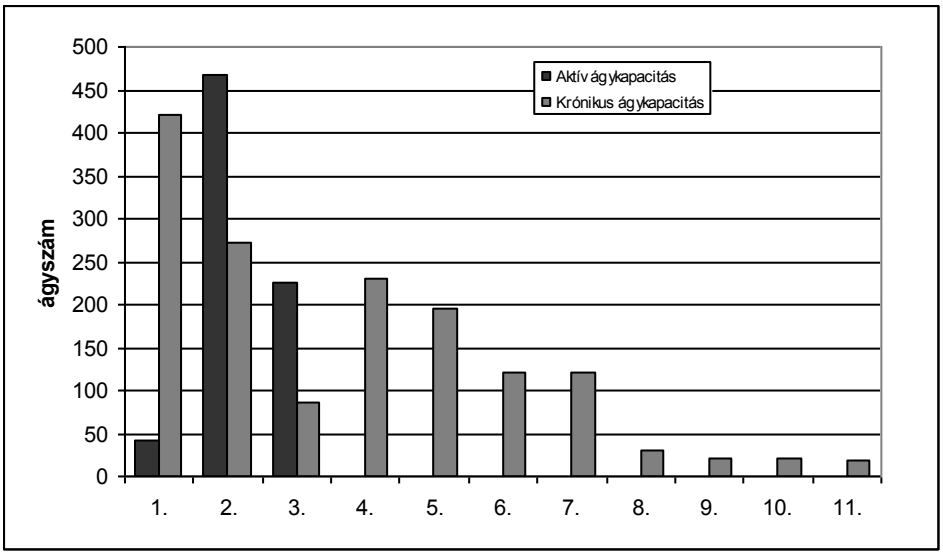
Adatok forrás: www.antsz.hu (2007)

A kórházi ágyszámok csökkentése országosan csak a Közép-Magyarországi Régióban járt együtt intézmények bezárásával, így erre a sorsra jutott a Svábhegyi Országos

Gyermekallergológiai Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, valamint a Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ. Összességében a három intézmény 1.209 kórházi ágy leépítését jelentette (köztük 656 aktív. és 559 krónikus ággyal), feladatkörük tárgyi és személyi feltételeit más intézmények vették át 2007 végéig. Például az OPNI egyes osztályai a Nyírő Gyula Kórházban és a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Neurológiai Klinikáján működnek tovább. A Schöpf-Merei Ágost Kórház jelenleg magánkórházként üzemel, így mint intézmény egyelőre működőképes. További intézmények, illetve telephelyeik megszűnését eredményezte a régióban a 2007. július 1-ével a Magyar Honvédség Központi Honvéd Kórház, a Belügyminisztérium Központi Kórház és Intézményei, a MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, illetve az Országos Gyógyintézeti Központ egyesítéséből létrehozott ún. Állami Egészségügyi Központ. Az új Központi Kórház (a Honvéd Kórház telephelyén - XIII. Róbert K. körúton) létrejöttével

6. ábra

Területi kórházak Pest megyében, 2007



Adatok forrása: www.oep.hu (2007)

Jelmagyarázat:

1. Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Központ, Pomáz
2. Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd
3. Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
4. Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház, Visegrád
5. Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet, Nagykőrös
6. Magyar Honvédség Betegotthon, Verőce

7. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Kórháza, Vác
8. Misszió Egészségügyi Központ, Veresegyház
9. Szigethalom Önkormányzata Egyesített Szociális Gondozási és Ápolási Intézet, Szigethalom
10. Segítő Kéz Alapítvány, Gödöllő
11. Evangéliumi Pünkösdi Közösség Rehabilitációs Otthon, Dunaharaszti

önálló intézményként teljes mértékben megszűnt a Szabolcs utcai Kórház és a BM Kórház, illetve magával az összevonással a korábbi négy intézmény kapacitásának 52%-a épült le. Egyébként már korábban is történtek hasonló intézményi összevonások a fővárosban, hisz 2006 februárjától a Heim Pál és a Madarász Utcai Gyermekkórház közös igazgatás alatt funkcionál. A közeljövő tervei között tartják számon egy észak-budai kórházi integrációt a Budai Gyermekkórház, a Szent Margit Kórház, a Szent János Kórház és a Kútvölgyi úti Kórház összeolvasztásával, valamint a fővárosi gyermekellátás egyközpontúvá tételét.

Intézményi szinten bekövetkező átalakítások elsősorban a kórház ágyak összetételében jelentettek változásokat a régióban. Az aktív ellátás teljes megszűntetése következett be a Szent Rókus Kórházban és Nagykőrös Szakkórházában. Ágyszám növekedés az aktív ellátásban egyetlen intézményben. a kistarcsai Flór Ferenc Kórházban történt, ahol 17-tel növelték az ilyen jellegű ágyak számát.

5. Összefoglalás

Az egészségi állapot hazai romlása és rossz helyzete ellenére a Közép-Magyarországi Régió halálozási és megbetegedési mutatószámai viszonylag kedvezően alakulnak az országos átlagokhoz képest. A régió népességének halandósági szintje nem tér el lényegesen az országostól, bár a halálozások száma 1990 és 2000 között az országos tendenciáktól eltérően mérséklődött. Pest megyében az átlagosnál nagyobb arányú volt ez a csökkenés, a halandóság szintjében a megye javára már korábban fennálló különbség fokozódott. A halálozások halálokok szerinti összetétele az elmúlt években módosult, a változás egyes esetekben meglehetősen jelentős volt. A halálozások okai között változatlanul a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkezett, valamint a daganatos eredetű halálesetek állnak az első két helyen. Az 1990. évihez képest legszámottevőbben (3,2 százalékponttal) a daganatos betegségek által előidézett halálozások aránya emelkedett, legjobban (2,4 százalékponttal) pedig a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozásoké csökkent, és jelentősen mérséklődött a morbiditás és a mortalitás külső okaira visszavezethető halálozások

aránya is a régióban. A halálozások halálokok szerinti struktúrája a régió két térségében némileg eltér: Budapesten a keringési rendszer betegségeiből, a daganatos betegségekből eredő halálozások valamivel nagyobb, a légzőrendszer, az emésztési rendszer betegségei miatti, valamint az erőszakos eredetű halálozások pedig kisebb arányban fordultak elő az elmúlt tíz évben, mint Pest megyében.

Az ország „egészségi" térszerkezetében Budapest ellentmondásos helyzete értelmezhető. A népesség egészségi állapota és a helyi egészségügyi szolgáltatások tekintetében kedvező adottságai a jobb életkörülményekben és életesélyekben, a ritkább csecsemőhalálozásokban és a legmagasabb szintű egészségügyi ellátásban körvonalazódik. Ugyanakkor, ha a fővárosi kerületek életesélybeli különbségeit, vagy éppen a budapesti daganatos halálozások országosan is legmagasabb arányát tekintjük, akkor egyértelmű Budapest igen kedvezőtlen helyzete Magyarországon (2. táblázat).

2. táblázat

Budapest ellentmondásos helyzete az ország „egészségi" térszerkezetében, 2007

Főbb mortalitási mutatószámok	**Magyarország**	**Pest megye**	**Budapest**	**Budapest eltérése az országos értékekhez képest**	**Kerületi maximum értékek**	**Kerületi minimum értékek**	**Kerületi különbség**
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi (év)	69,0	69,3	70,7	1,7 évvel jobb	**II.** 75,8	**VIII.** 66,2	9,6 év
Születéskor várható átlagos élettartam, nő(év)	77,4	77,5	77,7	0,3 évvel jobb	**II.** 81,4	**XX.** 74,9	6,5 év
Nyers halálozási arányszám (ezrelék)	13,1	11,5	13,4	1%-kal jobb	**I.** 18,3	**IV.** 11,4	60%
Csecsemőhalálozási arányszám (ezrelék)	6,2	4,9	5,8	7%-kal jobb	**VIII.** 10,3	**XXI.** 1,4	7-szeres
Daganatos halálozási arányszám (100.000f főre)	317,8	289,2	358,6	13%-kal rosszabb	**IV.** 350,2	**XVIII.** 301,5	16%

Adatok forrása: www.ksh.hu

A Közép-Magyarországi Régió egészségi és egészségügyi helyzetét vizsgálva alapvető konfliktusok definiálhatók a különböző területi egységek relációiban:

- Budapesten: Buda – Pest, illetve belváros – külváros viszonylatban
- Pest megyében: Budapest – agglomeráció viszonylatban

- Kistérségek között: északnyugat – délkelet viszonylatban

A régióra jellemző egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulása a társadalmi-gazdasági környezet függvénye. Bizonyításuk során egyrészt az egészséggel összefüggő életminőség kerületi különbségeit elemeztem Budapesten, másrészt pedig az egészségi állapot kistérségi különbségeit értelmeztem Pest megyében. Ez utóbbi esetében fontos hangsúlyozni, hogy a társadalmi-gazdasági átalakulás során Magyarország kistérségei eltérő növekedési pályákon haladtak a kilencvenes évek folyamán, amelyek segítségével jellemző térségtípusok különböztethetők meg. A dinamikusan fejlődő típusból 10, a fejlődőből 5, a felzárkózóból pedig 3 található a Közép-Magyarországi Régióban, míg stagnáló és lemaradó egyáltalán nem fordul elő (**KSH 2006**). A dinamikusan fejlődő kistérségek a Budaörsi, a Dunakeszi, az Érdi, a Gödöllői, a Pilisvörösvári, a Ráckevei, a Szentendrei, a Váci, valamint maga a főváros. A fejlődő kistérségek az Aszódi, a Dabasi, a Gyáli, a Monori és a Veresegyházi; illetve a felzárkózók a Ceglédi, a Nagykátai és a Szobi. Ez utóbbiak közül a Ceglédi és Nagykátai kistérségben az agrárszektor túlsúlya, a Szobi kistérségben pedig a kedvezőtlen közlekedésföldrajzi helyzet eredménye a régió többi részéhez képesti viszonylagos lemaradás. Ez a gazdasági helyzet alapvetően befolyásolja a kistérségekben jelentkező szociális és egészségügyi problémákat.

A fejezetben felhasznált szakirodalom

1. Allardt, E. (1993): Having. loving. being: An alternative to the Swedish model of welfare research. In: Nussbaum. M & Sen. A. (Eds.): The Quality of life. Clarendon Press, Oxford pp.
2. Argile, M. (1996): Subjective well-being. In: Offer. A. (Ed.): Pursuit of the quality of life. Oxford University Press, Oxford pp. 172-187.
3. Balogh K. – Bezerédj Béláné (2000): A budapesti agglomeráció lakosságának egészségi állapota és egészségügyi ellátása. Területi Statisztika 2000/3. pp. 221-239.
4. Berger-Smitt, R. & Noll, H. (2000): Conceptual framework and structure of a European system of social indicators. EU Reporting Working Paper. 9. ZUMA, Mannheim
5. Budapest Statisztikai Évkönyve. 2006. KSH, Budapest 2007.
6. Csaba K. (2002): A fővárosi lakosság egészségi állapotának néhány összefüggése (2001). Budapesti Népegészségügy 2002/4. pp. 299-305.
7. Demográfiai Évkönyv 1980 … 2007. KSH, Budapest
8. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2006. KSH, Budapest 2007.
9. Epinfo – Epidemiológiai Információs Hetilap. Országos Epidemiológiai Központ, Bp. 2001-2008.

10. Fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátó intézetek évkönyve I-II. 2004. ÁNTSZ – OEP, Budapest 2005.
11. Fővárosi Önkormányzat (2000): A lakosság egészségi állapota a Közép-Magyarországi Régióban. (www.kozpontiregio.hu/17_doc/euhelyzet.doc)
12. Gillingham, R. & Reece, W. S. (1979): A new approach to quality of life measurement. Urban Studies. 16. pp. 329-332.
13. Izsák É. – Probáld F. – Uzzoli A. (2008): Természeti adottságok és életminőség Budapesten. In: Szabó V. – Orosz Z. – Nagy R. – Fazekas I. (szerk.): IV. Magyar Földrajzi Konferencia. Debreceni Egyetem, Debrecen pp. 265-270.
14. Izsák, É. – Probáld, F. – Uzzoli, A. (2009): Local differences in quality of life and property values in Budapest: the impact of physical and social environment. Journal of Housing and Built Environment. (megjelenés alatt)
15. Józan P. (2001): A századvég halandóságának földrajzi különbségei. KSH, Budapest
16. Kearns. R. (1993): Place and health: Towards a reformed Medical Geography. Professional Geographer. 45 (2): p. 141.
17. A kistérségek társadalmi. gazdasági helyzete – Közép-Magyarország. KSH, Budapest 2006.
18. Klinger A. (2003a): A kistérségek halandósági különbségei. Demográfia 2003/1. pp. 9-42.
19. Klinger A. (2003b): A budapesti kerületek halandósági különbségei. Demográfia 2003/3. szám pp. 177-202.
20. Klinger A. (2006a): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről. Demográfia 2006/2-3. pp. 197-231.
21. Klinger A. (2006b): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről. Demográfia 2006/4. pp. 342-365.
22. Kopp M. – Kovács M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest 552 p.
23. Kopp M. (szerk.) (2008): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest 620 p.
24. KSH (2007): A Közép-Magyarországi Régió demográfiai atlasza. CD-ROM. KSH, Budapest
25. Közép-Magyarországi Régió demográfiai atlasza. Népesség és népesedés az ezredfordulón és a 21. század első éveiben. KSH, Bp. 2007.
26. Közép-Magyarországi Régió Regionális Népegészségügyi Jelentés 2007. ÁNTSZ Budapesti Intézete - ÁNTSZ Pest Megyei Intézete, Bp. 2008.
27. Közlemények a budapesti agglomerációról 14. Társadalmi. gazdasági jellemzők. KSH, Bp. 2007.
28. McCall, S. (1975): Quality of life. Social Indicators Research 2. pp. 229-248.
29. Mohan, B. (1989): Medical Geography: Competing diagnoses and prescripitons. Antipode21 2. p. 176.
30. Nordenfelt, L. (1993). Quality of life. Health and happiness. Atheneum Press, Newcastle upon Tyne
31. Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve 2005. OEP, Bp. 2006.
32. Pál V. – Tóth J. (2007): Egészségföldrajz. Lomart Kiadó, Pécs – Gyula 268 p.
33. Pest megye Statisztikai Évkönyve 2007. KSH, Bp. 2008.
34. Szauer E. (2000): A csecsemőhalandóság és a terhesgondozás területi alakulása a ’90-es években. Demográfia 2000/4. pp. 514-528.
35. Területi Statisztikai Évkönyv. 2007. KSH, Bp. 2008.
36. Tervezési-statisztikai kistérségek Pest megyében. KSH, Budapest 2004.
37. Uzzoli A. – Varga T. (2007): A kórházszerkezet átalakítás hatásai a Közép-Magyarországi Régióban. Comitatus 2007/9. pp. 17-24.

38. Uzzoli A. (2008a): Az egészségi állapot területi különbségei a Közép-Magyarországi Régióban. Területi Statisztika 2008/3. pp. 357-366.
39. Uzzoli Annamária (2008b): Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben II. ELTE munkafüzet. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 93 p.
40. Uzzoli A. (2009a): A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete. In: Közép-Magyarországi Régió. Csiszér Kiadó, Budapest 22 p. (megjelenés alatt)
41. Uzzoli A. (2009b): A Közép-Magyarországi Régió szociális helyzete és intézményhálózata. Csiszér Kiadó, Budapest 17 p. (megjelenés alatt)
42. Uzzoli, A. – Izsák, É. (2009): Natural and Social Determinants of Health Related Quality of Life – Case Study in Budapest. Health and Society. Cyprus Sociological Association. Nicosia. Cyprus April 3rd-5th . 2009. 5 p.(megjelenés alatt)
43. Williams A. (1999): Why and how to measure quality of life? British Medical Journal 291. pp. 326-329.

Internetes források

www.antsz.hu
www.eum.hu
www.ksh.hu
www.oep.hu

VIII. Összegzés

A kutatási projekt három éves időszakában területi elemzéseimmel elsődlegesen a magyar a népesség egészségi állapota és az egészségügyi rendszer jellemző térszerkezetét kívántam bemutatni.

A magyar lakosság nemzetközi szinten is igen kedvezőtlen népegészségügyi helyzete komoly társadalmi problémákra hívja fel a figyelmet. Hosszú évtizedek óta megfigyelhető, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok értékrendjében rendkívül alacsony helyet foglal el az egészség és/vagy az egészséges életvitel, ráadásul számukra egyenlőtlen a hozzájutás az egészséges életmód kialakításához és fenntartásához szükséges feltételekhez. Másrészt a családi háttér és neveltetés már a korai gyermekkortól befolyásolja az egyén egészséggel összefüggő viselkedését (egészségmagatartását), s a későbbi életszakaszokra jellemző az egészséget támogató avagy azt veszélyeztető magatartásformák kialakulását. Ez utóbbi magyarázat lehet arra, hogy igen magas azoknak az aránya Magyarországon, akik komoly és súlyos betegségek, például rosszindulatú daganatok esetében a betegség már előrehaladott és gyógyíthatatlan stádiumában fordulnak orvoshoz. Az országon belüli társadalmi különbségek egyik megnyilvánulási formája éppen az egészségi állapotban megfigyelhető területi különbségek. Társadalmi szinten tehát az egészséget leginkább veszélyeztető tényező a rossz szociális helyzet.

Halálozási viszonyaink hatvanas évek közepe óta tartó romlása egészségi állapotunk folyamatos rosszabbodását eredményezte, amelynek mélypontja először a nyolcvanas évek közepén, másodszor a kilencvenes évek elején következett be. Azóta sem történt javulás, sőt az európai tendenciákkal ellentétben hazánkban még mindig növekszik bizonyos daganatos halálozások (tüdő, emlő, vastagbél) száma. A hazai egészségi állapot XX. századi változásait meghatározó és befolyásoló társadalmi és demográfiai folyamatok mellett a rendszerváltozás átmeneti folyamatai szintén hatást gyakoroltak a népesség egészségi állapotára. Ez utóbbi folyamatok hatásai azonban csak rétegspecifikusan értelmezhetők: az átmenet „győztes” és „vesztes” társadalmi csoportjainak, rétegeinek egészségi állapotában jellemző társadalmi-területi különbségek vannak.

Az 1990 utáni további rosszabbodás, valamint a területi különbségek növekedése részben magyarázható a rendszerváltozás hatásaival. Rossz egészségi állapotunk egyrészt az évtizedek óta tartó rosszabbodás eredménye, másrészt az egészségi állapot területi különbségeinél hangsúlyosabbak a társadalmi különbségek. Az átmeneti folyamatok „vesztes” társadalmi csoportjait, rétegeit hatványozottan érinti a tömegesen elterjedt egészségtelen

életmód, illetve közülük sokan végleg kiszorulnak azokból a lehetőségekből (egyáltalán az alapszintű egészségügyi ellátások igénybevétele; anyagi fedezet hiánya az egészséges életmód fenntartására; információszerzés az egészségmegőrző/betegségmegelőző programokról), amelyek egészségi állapotuk javulását, vagy legalább is további romlását megakadályozhatnák. A nagyarányú idő előtti halálozás nem magyarázható genetikai okokkal, mivel a hatvanas évek közepéig a magyar statisztikák jobbak voltak a nyugati országokénál. A lakosság elszegényedése sem érv, hiszen a legnagyobb visszaesés a nyolcvanas évek közepén volt, ugyanakkor ez idő alatt a legszegényebb rétegek anyagi helyzete nem romlott. Azóta az egészségügyi ellátás színvonala még javult is. A fejlett országokban az utóbbi évtizedekben az egészségi állapotot egyre inkább veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-társadalmi lemaradás. Minél nagyobbak az országon belüli társadalmi különbségek, annál nagyobbak a különbségek a morbiditási és mortalitási viszonyokban.

Egyre inkább fokozódnak az egészségügyi egyenlőtlenségek Nyugat- és Kelet-Magyarország között. A leghátrányosabb helyzetű északkeleti térségben (Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg) egyrészt több évvel rövidebbek az életkilátások, másrészt pedig a szociálisan igen rossz helyzetű társadalmi csoportok, rétegek esetében megsokszorozódik a népbetegségek aránya. Az egészségi állapotban észlelhető egyenlőtlenségek a társadalmi-gazdasági különbségekkel, valamint az egészségügyi szolgáltatások rossz elérhetőségével, eltérő színvonalával és a megelőzés/felvilágosítás hiányával magyarázható.

Úgy vélem, a jelenlegi gazdasági válság világszinten az egészségi állapot romlásához fog vezetni, különösen a leginkább érintett társadalmi csoportok, rétegek esetében. Ez nemcsak a leghátrányosabb fejlődő országokban – ahol eleve egyéb más okok miatt is nagyon rossz a népesség egészségi állapota – lesz releváns, hanem éppen a legfejlettebb államokban. A csökkenő jövedelmek, a munkanélküliség, a visszafogott fogyasztás nagy valószínűséggel az egészségtudatos életmód lehetőségeinek beszűküléséhez fog vezetni. Ugyan egyik oldalról felértékelődik az egészség, hisz ez az egyik leghatékonyabb egyéni tényező a munkaerő-piaci pozíció megtartásában, azonban a másik oldalon az emberek az egészségük rovására kezdenek majd takarékoskodni. Sajnos, az előbb említett folyamatok hazánkban a rossz, és évtizedek óta romló, illetve az eleve gyenge egészségtudatosság „egészség recessziót” fog eredményezni.

Megítélésem szerint a kutatásból várható eredmények minden olyan szakterületen felhasználhatók, ahol a humán erőforrás helyzetének felmérésére szükség van. A területfejlesztés, területi tervezés folyamatában a népesség egészségi állapota fontos információhordozó a helyi lakosság életminőségéről, életkörülményeiről, népesedési helyzetéről. Ezek az ismeretek pedig nemcsak az egészségügyi ellátórendszer szervezésében, hanem a meglévő egészségügyi szolgáltatások bővítésében, s azok háttér infrastruktúrájának (például szociális háló, gyógyszertárak, tanácsadói és felvilágosító hálózat, egészségmegőrző/betegségmegelőző programirodák stb.) kiépítésében, egy „egészséges" társadalmi környezet megteremtésében szintén meghatározó érvényűek. Meggyőződésem, hogy az egészségügy prioritásának kijelölése, a szakpolitikai stratégiai dokumentumoknak, szakmai programoknak a kidolgozása eredményre vezethet az egészségi állapot javításában és az egészségügy problémáinak megoldásában. A kutatási eredmények nagymértékben hozzájárulnak az egészségföldrajzi tudásunk bővüléséhez. Az empirikus vizsgálatok tapasztalatai és ismeretanyaga háttér- és/vagy esettanulmányként alkalmazhatók az egészségfejlesztés gyakorlatában, pl. helyi egészségtervek készítésében.