

TANULMÁNYOK

DR. UZZOLI ANNAMÁRIA – SZILÁGYI DÁNIEL

A nyugat–kelet és a centrum–periféria relációk a hazai egészségügyenlőtlenségek alakulásában az 1990 utáni válságok idején Magyarországon*

Szinte már közhely azzal kezdeni egy tudományos dolgozatot, hogy a középkorú magyar férfiak halandósága egyike a legrosszabbaknak a világon, hogy a hazai életkilátások 6-7 évvel maradnak el a nyugat-európai átlagtól, hogy hazánkban regisztrálják a legtöbb daganatos halálozást Európában, hogy az egészségügyi ellátórendszerünk az ellentmondások és társadalmi konfliktusok színtere. A problémák felsorolását tovább lehetne folytatni, a gazdasági válság idején pedig még inkább indokolt vizsgálatuk, sőt újszerű megközelítést is nyer értelmezésük, különösen az egészségügyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározói tekintetében.

Mind a tudomány, mind a szakpolitika, de még a köztudat számára is evidencia, hogy a kedvezőbb társadalmi-gazdasági körülmények jótékonyan hatnak az egészségre, egész egyszerűen azért, mert jobb az a feltételrendszer, amely között az ember élhet, dolgozhat, tanulhat, családot alapíthat, gyerekeket nevelhet, megőregedhet, kiteljesítheti magát, megvalósíthatja elképzeléseit, jól érezheti magát, egyáltalán „teljesebb” és „tartalmasabb” életet élhet. Következésképpen, a társadalmi-gazdasági környezetet alakító politikai erők nem mindenki számára tudják biztosítani az egészséges(ebb) élet optimális szintjét. A rövidebb élettartam, a krónikus megbetegedés és az időskori rokkantság nagyobb valószínűsége, a korai halálozás erőteljesebb valószínűsége tehát megszüntethető, elkerülhető (lenne) hatékony fejlesztéspolitikai eszközök hosszú távú bevonásával és alkalmazásával. Vagyis, a társadalmi igazságtalanságok markáns csoportját éppen az egészségügyenlőtlenségek képezik.

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói

Az egészség – s így a betegség – társadalmi-gazdasági meghatározottságának kutatása gazdag múlttra tekint vissza. Már a XIX. században több szerző is (Wirchow 1858, Durkheim 1897) arra az eredményre jutott, hogy a különböző betegségek és halálokok leginkább meghatározó okai a társadalmi viszonyokban, főként a szegénységben és a munkanélküliségben keresendők. Bő fél évszázaddal később felerősödtek az egészségi állapot és a társadalmi-gazdasági tényezők összefüggéseit feltáró elemzések, ezzel az egészségkutatásokban uralkodóvá vált az ún. posztmedikális irányzat (Pál-Tóth 2007). Az egészségi állapotra ható tényezőket összegző Lalonde-modell után (1974) elsődlegesen angolszász területeken születtek olyan egészségmodellek, amelyek különféle megkö-

* A tanulmány a Thirring Gusztáv (2012) pályázatra benyújtott pályázati anyag részét képezi. Elkészítését részben az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatta

zelltésekben definiálták az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóit (például Dahlgren–Whitehead 2006, Marmot–Wilkinson 2006). A nyolcvanas években a Black Report (Black et al. 1985), részben a Whitehall-tanulmányok nyomán (Marmot és Shipley 1996) alakult ki az egészségegyenlőtlenség fogalomköre, amely határozottan a társadalmi gradiens koncepciója mentén értelmezi azt a nagyon egyértelmű összefüggést, hogy minél hátrányosabb a társadalmi helyzet, annál rosszabb az egészségi állapot (például Jones–Moon 1987). Sőt, az egészség társadalmi meghatározottsága egyfajta intézményesült formát is öltött mára, hisz 2005-ben az ENSZ létrehozta az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságot (ETMB), azzal a feladattal, hogy összegezze az egészségegyenlőtlenségeket meghatározó társadalmi, gazdasági tényezőkre vonatkozó tudományos bizonyítékokat, és tegyen javaslatot egy átfogó globális stratégiára az egyenlőtlenségek csökkentésére. A bizottság 2008 augusztusában tette közzé jelentését („Számoljuk fel egy generáción belül az egészség-szakadékokat!”), amelynek középpontjában az egészségre ható legfontosabb társadalmi tényezők álltak. A bizottság munkája során megfogalmazta, hogy az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóin keresztül valósítható meg (WHO 2008).

Az ETMB munkájának eredményei beépültek az Európai Unió Egészség Cselekvési Programjába is (DETERMINE – EU Cselekvési Konzorcium az Egészség Társadalmi-Gazdasági Meghatározóiért). Ennek keretében olyan nemzeti szakpolitikákról gyűjtenek információkat, amelyek tevékenységeikbe bevonták az egészség valamelyik társadalmi tényezőjét, ezáltal javulást értek el az egészség terén (<http://www.health-inequalities.eu>). A kezdeményezés célja, hogy hosszú távon az EU összes tagállama az egészség terén jelentkező egyenlőséget szempontként kezeljék programjaik kialakítása során.

Az egészségegyenlőtlenségek befolyásoló tényezőit már sokan és sokféleképpen meghatározták, sőt ezek egyféle összegzéseként tckintheünk a változatos egészségmodellekre is. A legfontosabb tényezőket legtöbbször a PROGRESS mozaikszóval nevezi meg a szakirodalom (Oliver et al. 2008, Vitrai et al. 2008):

- *Place of Residence*: Lakóhely,
- *Race/Ethnicity*: Faji, etnikai hovatartozás,
- *Occupation*: Foglalkozás,
- *Gender*: Nemck szerinti megoszlás,
- *Religion*: Vallási hovatartozás,
- *Education*: Iskolai végzettség,
- *Socio-economic status*: Társadalmi-gazdasági helyzet, munkaerő-piaci pozíció,
- *Social capital/Resources*: Társadalmi tőke, társadalmi erőforrások.

Az egészségegyenlőtlenségek hazai kutatásának komoly hagyományai, számottevő előzményei vannak. Jelen munka keretében csak azokat a szakirodalmi forrásokat céltunk bemutatni, amelyek tapasztalatait, főbb megállapításait felhasználtuk vizsgálatainkhoz.

Kovács Katalin (2006) az egészségegyenlőtlenségeket öt egyenlőtlenségi dimenzió mentén vizsgálta: iskolai végzettség, jövedelem, depriváció, szegénység, munkaerő-piaci helyzet. Hablicsek László és Kovács Katalin közös tanulmányukban a halandósági viszonyok iskolai végzettség szerinti alakulását elemezték 1986–2004 között, a népszámlálási és becslési adatok segítségével. Kulcsfontosságú következtetéseik, hogy „a rendszerváltásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülmények terén, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a

magasabb iskolai végzettségük, különösen a diplomások voltak” (Habicsek és Kovács 2007, p. 34.). Szintén lényeges eredményük, hogy „a legmagasabb végzettségű nők és a legalacsonyabb végzettségű férfiak között több mint 20 év különbség mutatkozik a 30 éves korban várható élettartamban”. Kovács Katalin legutóbbi kutatásában a társadalmi egyenlőtlenségek szerepét értelmezte a hazai mortalitási viszonyok 1971–2008 közötti alakulásában, s továbbra is legmeghatározóbb magyarázótevézőként az iskolai végzettséget szerepeltette elemzésciben. Az epidemiológiai átmenet elméletek kapcsán többek között a következő konklúziókat fogalmazta meg: „az iparosodott, megfelelő közegészségügyi rendszerrel és közel mindenkire kiterjedő egészségügyi ellátással rendelkező közepes jövedelmű országban a kevésbé iskolázott népesség mortalitási hátrányai az egészségmagatartás magasabb iskolai végzettségűekhez képesti későbbi változásából, és az ahhoz kötődő halálozási többletből adódnak” (Kovács 2011, p. 48.).

Klinger András (2003, 2006a, 2006b, 2007) több munkájában a kistérségi szinten jelen lévő egészségügyenlőtlenségeket halandósági vizsgálatokon keresztül értelmezte: például gazdasági és infrastrukturális, a társadalmi-szociális és foglalkoztatási helyzetre vonatkozó mutatókkal komplex indexet számolt. Egyik legfontosabb eredménye, hogy a legmagasabb standardizált halandósági hányadosok északkeleten és délnyugaton tapasztalhatók.

Vitrai József és szerzőtársai egy kutatás-sorozat keretében az ellátási szükségletek, az ellátások igénybevételi és az azokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit tanulmányozták. Vizsgálataikba számos egyéni (nem, életkor, kockázati magatartásformák, jövedelem, foglalkozás stb.) és környezeti tényezőt (lakóhelyre, munkahelyre, ellátásra vonatkozók) vontak be (például OLEF 2001–2003-as adatok). Kistérségi standardizált halandósági elemzéseikkel kiszűrték az életkor és nem szerinti lakossági összetételből fakadó egészségi állapotbeli különbségeket. Így „a biológiai meghatározottságra visszavezethető különbségek kiegyenlítésével, a megváltoztatható és elfogadhatatlannak tekinthető egyenlőtlenségek földrajzi megoszlásáról” nyertek létfontosságú információkat (Vitrai et al. 2008, p. 9., 2010a, 2010b).

Daróczi Etelka az egészségügyenlőtlenségeket a gazdasági fejlettség és az életkilátások kapcsolatában kutatta, pl. olyan makrotényezőket bevonva, mint a jövedelemegyenlőtlenség, a munkanélküliség, az iskolai végzettség, az egészségügy fejlettsége, az egészségtudatos magatartás stb. Megállapította, hogy „ezek a mutatók nem közvetlenül befolyásolják a halandóságot, hanem többszörös áttétellel hatnak a várható élettartamra” (Daróczi 2004, p. 57.).

Józan Péter (1994a, 1994b) tartalmas munkásságából céljaink tekintetében csak azokra az eredményekre hivatkozunk, amelyekkel a rendszerváltozás és az átmeneti időszak hazai egészségi viszonyait jellemezte, értékelte. Egyrészt az 1990 utáni egészségromlás és várható élettartam-csökkenés lényeges okaként a felnőtt férfi halálozás drámai rosszabbodását nevezte meg, másrészt az 1993-ra mélypontját „elérő” epidemiológiai válság magyarázatát a hatvanas évek közepétől kezdődött romló mortalitási és morbiditási viszonyokra vezette vissza.

Lackó Mária (2010, p. 23.) tanulmánya témafeldolgozásunk szempontjából azért fontos, mert megállapítja: „Magyarországon a munkanélküliség új jelenség volt a rendszerváltást követően, így ennek sokkhatása nyilvánvalóan nem hagyta érintetlenül az emberek egészségi állapotát. Ugyanakkor azt is láhattuk, hogy a rendszerváltás pillanatában a

magyar dolgozó korú felnőttek (különösen a férfiak) halálozási rátája már rendkívül magas volt, így érvényesülhetett az a hatás is, amely az egészségromlásból vezet a munkanélküliséghez. A két hatás azonban egyirányú: nagyobb arányú munkanélküliséggel rosszabb egészségi állapot jár együtt". A szerző utal arra is, hogy a munkanélküliség és az egészségi állapot negatív kapcsolata nem egyértelmű, bár ő a lehetséges egészségjavulást az egészségre káros munkahelyek megszűnésében látja.

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói, valamint az egészségegyenlőtlenségek befolyásoló tényezői determinálják, hogy a gazdasági válságok hatással vannak a népesség egészségi állapotára. Az ok-okozati összefüggések bonyolultak, bár a hátrányos folyamatok szerepe egyértelmű az egyének munkaerő-piaci pozíciója és a háztartások fogyasztási szokásai megváltozásában, átalakulásában.

Az összefüggések elemzésének módszerei a hipotézis tükrében

Magyarország 1990 utáni történelme lehetőséget ad a társadalmi-gazdasági válságok egészségi állapotra gyakorolt hatásának hosszú távú kutatására. A jelenlegi európai strukturális és pénzügyi válság, valamint a hazai gazdasági recesszió egyúttal olyan jelenségek mint a létbizonytalanság, a munkanélkülivé válás, az életszínvonal-csökkenés, a társadalmi pozícióvesztés, a fokozódó stresszhatás egészségegyenlőtlenségek alakulásában betöltött szerepének tanulmányozására is alkalmasak.

A válságok egészséghatásainak vizsgálata két okból is elengedhetetlen Magyarországon:

- Válság időszakában a munkanélküliség az egyik legmeghatározóbb kockázati tényező, ezért az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetővé tétele az egyik legeredményesebb módszere a társadalmi és az egészségegyenlőtlenségek mérséklésének.
- Válság idején csökkennek az egészségbiztosítási bevételek, növekednek az egészségügyi rendszerek fenntartási költségei, vagyis középtávon még inkább szükséges az egészségügyi erőforrások szükséglet szerinti leghatékonyabb felhasználása.

A jelen tanulmány fő célkitűzése a hazai egészségegyenlőtlenségek alakulásának értelmezése, különös tekintettel a piaccgazdaságba való átmenet okozta és a jelenlegi válság szerepére, valamint a tapasztalatok közreadása a szakpolitikai döntéshozatal számára. Kutatásunk során nem volt célkitűzés a válság az egészségügy finanszírozására, a szolgáltatások színvonalára és az ellátórendszer működésére gyakorolt szerepének átfogó vizsgálata.

Összehasonlító területi elemzésekben továbbra is a munkanélküliség és a várható élettartam összefüggéseire fókuszáltunk a nyugat-kelet megosztottság (nyugat-kelet lejtő/emelkedő) és a centrum-periféria-dichotómia (Budapesttől mért távolság) relevanciájának meghatározásán keresztül a 2007-es kistérségi besorolás alapján (Szilágyi-Uzzoli 2013).

A KSII- és TeIR-adatbázisból származó vizsgált statisztikai mutatóink a következők:

- Az egészségegyenlőtlenségek mérésére szolgáló indikátor: születéskor várható átlagos élettartam.
- A válsághatások értelmezésére szolgáló indikátor: munkanélküliségi arányszám (nyilvántartott vagy regisztrált álláskereső száma/aktív korú népesség száma).

A 2008 őszi bekövetkező hitel- és pénzügyi válság hazai munkaerő-piaci hatásai leginkább 2009 tavasza és 2010 ősze között voltak tapasztalhatók, ezért 2009-cel és 2010-zel azonosítottuk a jelenlegi válságot. Azonban az egyenlőtlenségek vizsgálatokor külön figyelmet szenteltünk a jelenlegi válság tipikus évének kiválasztására. Az összes vizsgálatot, elemzési eljárást elvégeztük mind a 2009-es, mind a 2010-es adatsorokra vonatkozóan, majd az eredmények birtokában döntöttünk az utóbbi „válságév” használatáról. A rendszerváltozás „tipikus” válságévé 1993-as adatokkal jelent meg a kutatásban: 1990 után ekkor volt a legmagasabb a munkanélküliségi arány, és a legalacsonyabb a születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon. Referenciaévként 2001-et választottuk ki, amikor mindkét vizsgált mutató alakulásában „átlagos” értékek voltak tapasztalhatók, tehát a válsághatások kiszűrhetők a 2001-es adatsorból.

A vizsgálati célkitűzésünk megvalósításához a következő hipotézist fogalmaztuk meg:

A munkanélküliség és az életésélyek összefüggéseiben a területiségnek/térbeliségnek meghatározó szerepe van.

Továbbra is úgy gondoljuk, hogy a jelenlegi válság a jobb gazdasági helyzetben lévő területeket erőteljesebben érintette, de ez a hatás az egészségfolyamatokban kevésbé érzékelhető. Markánsan elkülönül a kedvezőbb helyzetben lévő nyugati és a kedvezőtlenebb helyzetben lévő keleti országrész a munkanélküliség és az életésélyek kapcsolatrendszerében, ezért célul tűztük ki a két terület között húzódó észak–dél irányú határvonal meghatározását.

Korábbi vizsgálatainkban részben bizonyítottuk, hogy az életkilátások alapján legkedvezőtlenebb területek lemaradásában a válsághelyzettől függetlenül is magyarázótegyező egyrészt az eleve hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet, másrészt pedig a periférikus helyzetből adódó kedvezőtlen szomszédsági viszonyok (Szilágyi–Uzzoli 2013). Mostani vizsgálatainkban többek között arra kerestük a választ, hogyan változott a centrum- és a perifériaterületek kiterjedése az egészségyenlőtlenségek tekintetében a rendszerváltozás óta.

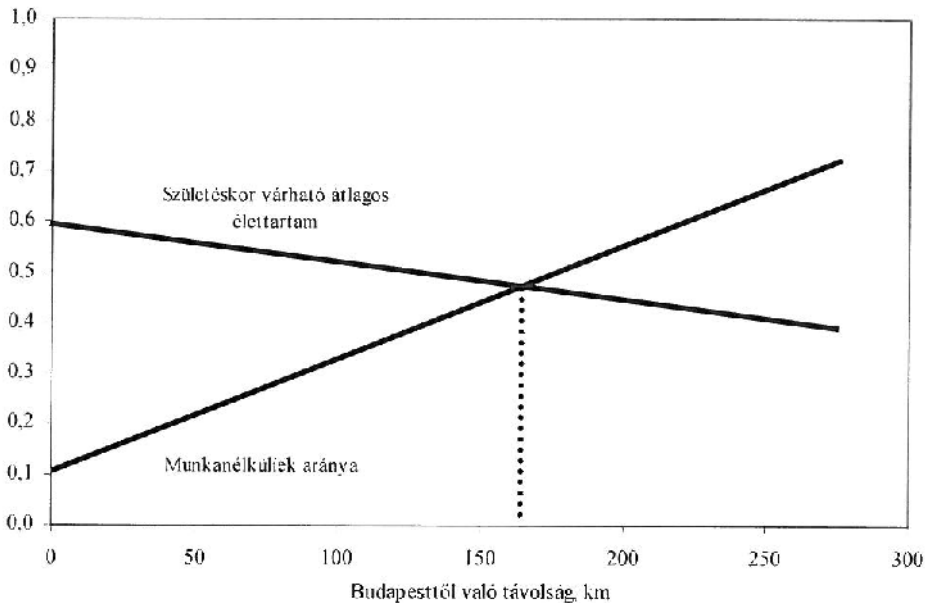
Az alkalmazott vizsgálati módszereket hipotézisünkhöz igazítottuk, majd az eredmények birtokában értékeltük azok feltételezésünket bizonyító vagy éppen cáfoló erejét. Jelen tanulmányunkban a nyugat–kelet megosztottság és a centrum–periféria relációk vizsgálatában a regressziószámítás különböző formáira, lehetőségeire helyeztük a hangsúlyt.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy nyugat–kelet viszonylatban a születéskor várható átlagos élettartam, valamint a munkanélküliség milyen jellemzővel bír. A születéskor várható átlagos élettartam tekintetében nyugat–kelet lejtő rajzolódik ki, míg a munkanélküliség szerint nyugat–kelet emelkedő. A két regressziós egyenes metszéspontjának földrajzi koordináták által való meghatározása azért volt fontos, mert ettől a koordinátaértéktől nyugatra kedvező (magas várható élettartam és alacsony munkanélküliség), keletre pedig kedvezőtlen (alacsony várható élettartam és magas munkanélküliség) helyzetű terület figyelhető meg. A koordináta meghatározásához átalakítottuk az egyes mutatók értékeit úgy, hogy közös értékészletük legyen, ezáltal összevethető legyen a két regressziós egyenes. Mindkét mutatónál az x tengely megegyezett, amely a nyugat–kelet-koordinátákat jelölte. Az y tengely mentén viszont eltérő értékek szerepeltek: ennek megszüntetéséhez normalizáltuk az adatokat, így az y tengelyen mind a születéskor vár-

ható átlagos élettartam, mind pedig a munkanélküliség arány értékek 0 és 1 közé estek. A regressziós egyenesek egyenletét összevetettük, egyenletrendszerként kezeltük, és kiszámoltuk a két egyenes metszéspontját. Így olyan koordinátaértéket kaptunk, amely mentén meghúzható az elvi észak–dél határvonal a jobb és a rosszabb helyzetben lévő országrészek között. Szintén feladatunk volt értelmezni a határvonal „vándorlását”. A számításokat mindhárom vizsgálati évré elvégeztük, így nyomon követhetjük az elvi észak–dél határvonal elmozdulását 1993 és 2010 között.

1. ábra

Elvi sematikus ábra a munkanélküliség és a várható élettartam alapján kirajzolódó regressziós egyenesek metszéspontjának meghatározásához



Forrás: saját szerkesztés

A centrum és a periféria fogalmakat duális elméleti modellként a társadalmi tagozódás leírására alkalmazva, megkülönböztethetünk helyzeti, fejlettségi, hatalmi centrum–periféria viszonyt (Nemes Nagy 2009). Vizsgálatunkban a helyzeti és a fejlettségi centrum–periféria összehasonlítását foglaltuk meg. A földrajzi/helyzeti és fejlettségi centrumot Budapesttel azonosítottuk. Kiszámoltuk a kistérségi középpontoknak a fővárostól való légvonalbeli távolságát. Ezt követően a kistérségekhez tartozó születéskor várható átlagos élettartam és munkanélküliség aránya értékeket normalizáltuk, majd pontdiagramon ábráztuk: független változóként a Budapesttől való távolság, függő változóként pedig a két választott mutató normalizált értékei szerepeltek. A két mutatóra kirajzolódó regressziós egyenesek ellentétes dőlésűek, mivel a születéskor várható átlagos élettartam a fővárostól távolodva csökken, míg a munkanélküliség nő.

A regressziós egyenesek egyenletét összevetettük, egyenletrendszerként kezeltük, és kiszámoltuk a két egyenes metszéspontját. Ez a metszéspont tehát azt mutatta meg, hogy

Budapesttől számítva ezen távolságon belül magas születéskor várható átlagos élettartam és alacsony munkanélküliség jellemző (centrum), míg azon túl éppen fordítva (periféria). A metszéspontot tehát az elvi határkörvonal kijelöléséhez volt szükséges meghatározni (1. ábra). A továbbiakban az volt a feladatunk, hogy kiderítsük, hol húzódik ez az elvi határkörvonal, valamint időben merre mozgott a vizsgált évek során.

Az életkilátások és a munkanélküliség összefüggésének területi vonatkozásai

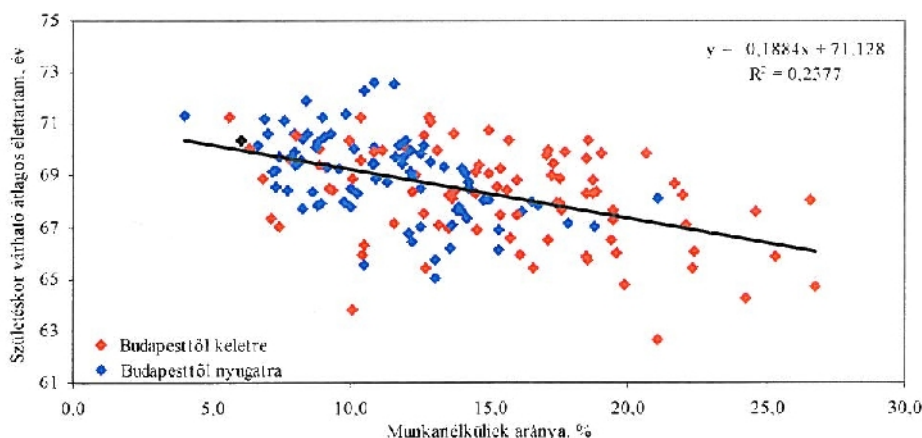
A vizsgált évek során egyre erősebbé vált a kapcsolat a munkanélküliség és az életesélyek között, és természetesen ellentétes irányú együttmozgás figyelhető meg (Szilágyi–Uzzoli 2013). A Pearson-féle korrelációs együttható $-0,488$ -ról $-0,727$ -re növekedett, tehát a közepes erősségű kapcsolat szorosabbá vált. Minden évben a férfiaknál szorosabb volt a kapcsolat a munkanélküliség és az életkilátások között, vagyis a férfiak életesélyeiben meghatározóbb az állástalanság, sokkal inkább hatással van egészségükre.

A munkanélküliség és az életesélyek kapcsolatának vizsgálatában a lineáris regressziószámítás módszerét is felhasználtuk (2. ábra). A kettő között a kapcsolatot az évek során szorosabbá vált. Az egyenesek lejtésének mértékét megfigyelve azt a következtetést vonhatjuk le, hogy 2001-ben volt a legmeredekebb a regressziós egyenes, vagyis a munkanélküliek arányának minden 1 százalékpontos növekedése ekkor járt együtt a legnagyobb mértékű születéskor várható átlagos élettartam-csökkenéssel. A pontthalmazok esetében megfigyelhető, hogy egyrészt 1993-ban sok kistérség valós értéke jelentősen eltért a becsült értéktől, míg 2010-ben jóval kisebb mértékű szóródás figyelhető meg. A 2. ábrán az is jól látszik, hogy a két válságévvvel szemben 2001-ben a kistérségek nagy része igen alacsony és szűk munkanélküliségi arány-intervallumban helyezkedett el.

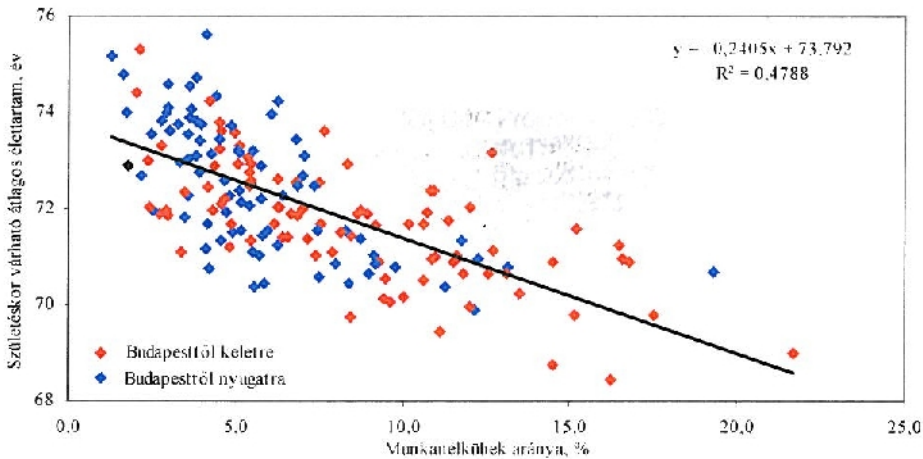
2. ábra

A munkanélküliek aránya (%) és a születéskor várható átlagos élettartam (év) összefüggése kistérségi szinten

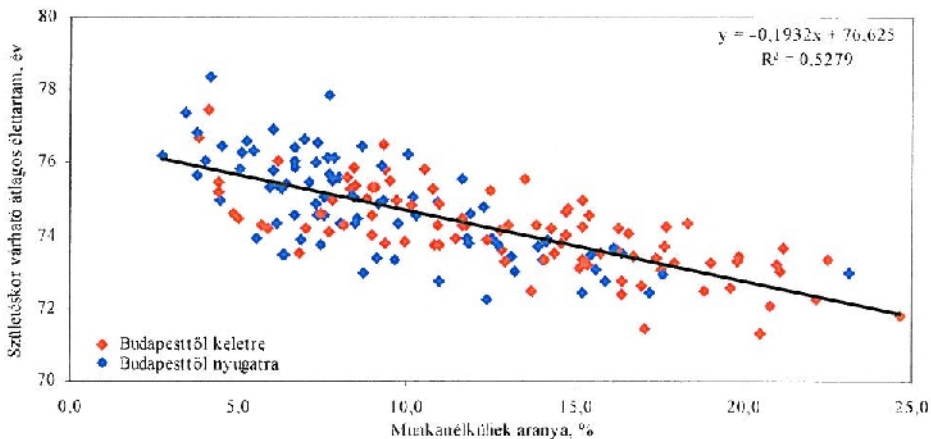
1993



2001



2010



Forrás: saját szerkesztés.

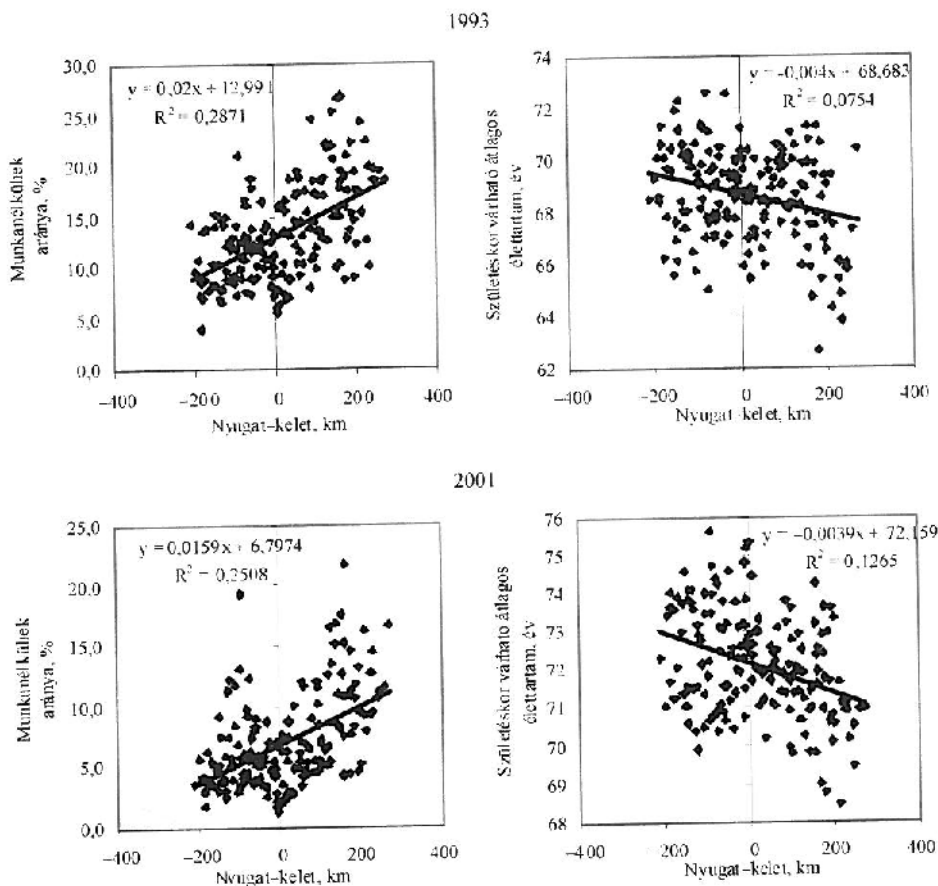
A regressziós vizsgálatok során a kistérségeket jelölő pontokat elkülönítettük Budapesthez képesti pozíciójuk (földrajzi helyzetük) szerint. Megfigyelhető 1993-ban, hogy a magas munkanélküliséggel rendelkező kistérségek közé csak néhány nyugaton elhelyezkedő kistérség került. Szintén kirajzolódik 1993-ban, hogy a Budapesttől keletre elhelyezkedő kistérségek szóródása nagyobb mértékű a regressziós egyenes körül. Ezek a „szabályszerűségek” 2001-ben kevésbé figyelhetők meg. Ugyan 2010-ben nem annyira markáns a nyugat-kelet-ellentét, mint a rendszerváltás után, viszont ekkor a Budapesttől nyugatra elhelyezkedő kistérségek szóródtak jobban a regressziós egyenes körül.

Az életkilátások és a munkanélküliség összefüggése a nyugat–kelet-megosztottság alapján

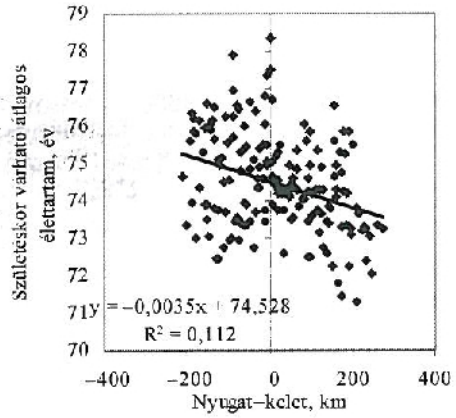
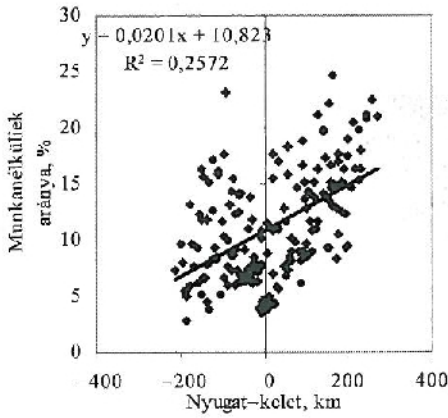
A regressziószámítás módszerével szintén elemeztük a nyugat–kelet pozíció és a két vizsgált mutató közötti kapcsolatot. A munkanélküliség és az életesélyek regressziós egyenese ellentétes lejtésű, hiszen a munkanélküliség esetében nyugat–kelet emelkedő figyelhető meg, míg az életkilátásoknál nyugat–kelet lejtő (3. ábra).

3. ábra

A nyugat–kelet pozíció, valamint a munkanélküliség aránya és a születéskor várható átlagos élettartam összefüggése kistérségi szinten



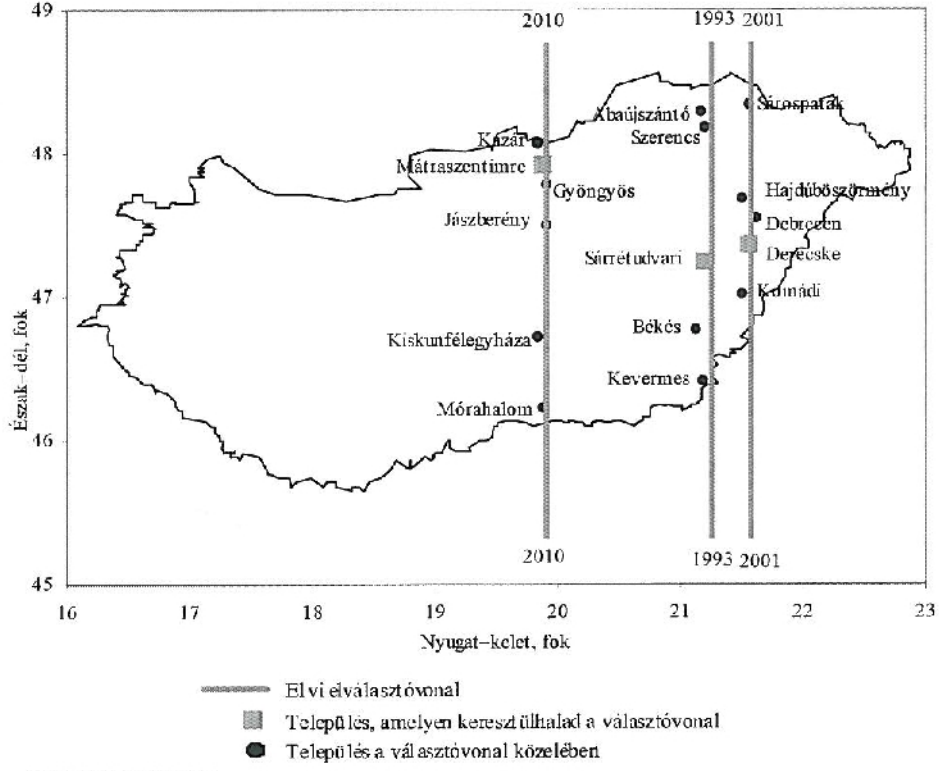
2010



Forrás: saját szerkesztés.

4. ábra

Elvi észak-déli irányú választóvonal meghatározása a munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam regressziós egyenesének metszéspontja alapján



Forrás: saját szerkesztés.

A születéskor várható átlagos élettartam és a munkanélküliségi arány kapcsolattrend-szerében kedvező és a kedvezőtlen helyzetű területek közötti választóvonal meghatározásához ezeket a regressziós egyeneseket alkalmaztuk a korábban vázolt módszertan szerint. A regressziós egyenesek metszéspontját kiszámolva tehát megkaptuk azt a nyugat-kelet koordinátaértéket, amely mentén behúzhatunk egy elvi, képzeletbeli észak-déli irányú egyenest, amely elválasztja a jó helyzetben (alacsony munkanélküliség, magas várható élettartam) lévő nyugati és rossz helyzetben (magas munkanélküliség, alacsony várható élettartam) lévő keleti országrészt (4. ábra).

Alapvető kérdésünk az volt, hogy hol húzódik ez a választóvonal, és milyen irányba mozdult el az évek során. Megfigyelhető, hogy mindhárom vizsgálati évben az elvi választóvonalat jelentő egyenes az ország keleti felében helyezkedett el, legkeletebbre éppen 2001-ben. 1993-ról 2001-re az egyenes kisebb távolságot (kb. 30 km) mozgott keletre, 2010-re pedig csaknem 130 km-t vándorolt nyugati irányba. Vagyis, 1993-hoz képest 2001-re nőtt a jobb helyzetű területek kiterjedése az országban, majd 2001-hez képest 2010-re jelentős mértékben csökkent. Összességében 1993-ban az ország keleti periferiáján elhelyezkedő terület volt rossz helyzetben, 2010-re ennek a területnek a nagysága megnőtt, és így – az alkalmazott módszerünk alapján – a jó és rossz helyzetben lévő területek egymáshoz képesti aránya kiegyenlítődni látszik.

Az életkilátások és a munkanélküliség összefüggése a centrum–periféria relációk alapján

A nyugat-kelet megosztottság vizsgálatában alapvetően az alapidagramok eredményeit tekintettük szignifikánsnak, de az eredmények finomhangolású értelmezésében és a nyugat-kelet viszony meghatározásához fontosnak tartottuk a regressziós egyenesek különválasztását a Budapesthez képesti nyugati, illetve keleti földrajzi fekvésnek megfelelően (5. ábra).

A munkanélküliség esetében látható, hogy az ország keleti felére eső regressziós egyenesek mindhárom évben meredekebbek voltak a nyugati országrészhez tartozó regressziós egyeneseknél. A keleti országrészt vizsgálva megfigyelhető, hogy az évek során a regressziós együtthatók értékei növekedtek, a regressziós egyenesek egyre meredekebbé váltak, vagyis a keleti országhatár menti periferikus területek egyre rosszabb helyzetbe kerültek a munkanélküliség alapján. A nyugati országrészt tekintve is érdekes eredményeket kaptunk. 1993-ban a nyugat-kelet emelkedő meredeksége 2001-re csökkent, 2010-re pedig a lejtésirány is megváltozott nyugat-kelet lejtőre. Ez tehát arra utal, hogy az ország középső részének pozíciója folyamatosan javult, a nyugati, de periferikus területek helyzete pedig romlott.

Az életkilátásokat vizsgálva a keleti országrészben 2001-ben volt a legnagyobb a nyugat-kelet irányú lejtő meredeksége, 2010-re pedig a meredekség az 1993-as szintre csökkent. A nyugati országrészénél a nyugat-kelet lejtő meredeksége csökkent 1993-ról 2001-re, 2010-re – hasonlóan a munkanélküliséghez – a lejtés iránya megváltozott, így már nyugat-kelet emelkedő volt megfigyelhető.

Összefoglalva, a munkanélküliség és az életkilátások tekintetében a földrajzi centrumban elhelyezkedő kistérségek társadalmi-gazdasági szempontból egyre meghatáro-

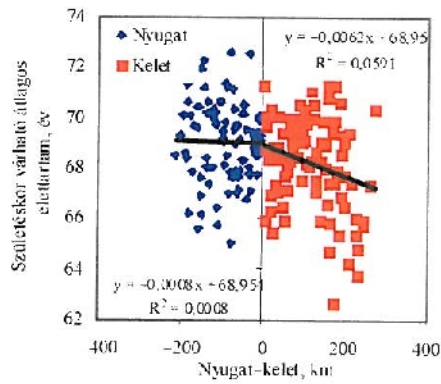
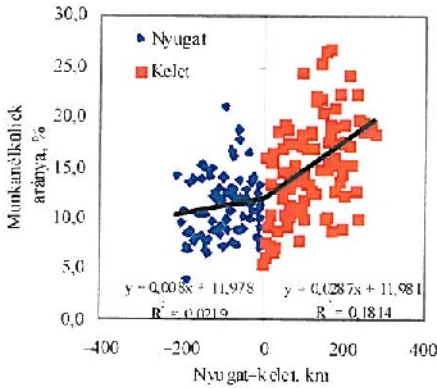
zőbbá váltak az ország periferikus területeihez képest, tehát a centrum-periféria közötti különbség folyamatosan növekedett.

A centrum-periféria viszonyt másik módszer alapján is vizsgáltuk, a módszertani részben leírtak alapján. A regressziós egyenesek metszéspontjainak kiszámítása során minden évre megkaptuk azt a Budapesttől mért távolság értéket, amelyen belül alacsony munkanélküliség és magas várható élettartam (centrum), kívül pedig magas munkanélküliség és alacsony várható élettartam a jellemző (periféria). Ez a távolságérték 1993-ben 233 km, 2001-ben 218 km, 2010-ben pedig 154 km volt, amely értékekkel megegyező sugarú, Budapest központú köröket térképen ábrázoltuk minden évre vonatkozóan (6. ábra).

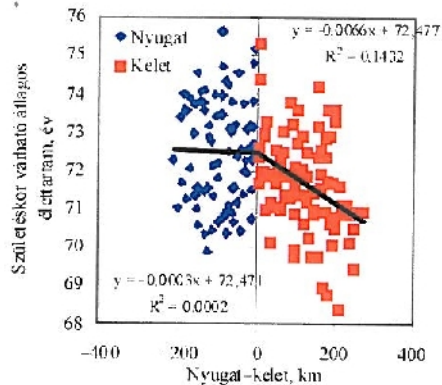
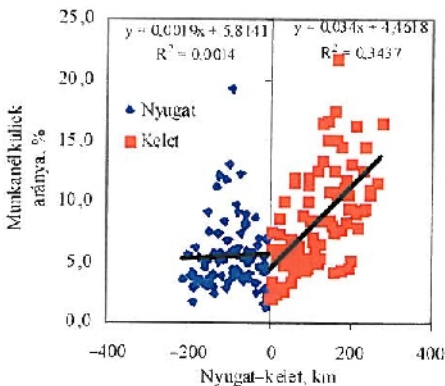
5. ábra

A nyugat-kelet pozíció, valamint a munkanélküliség aránya és a születéskor várható átlagos élettartam összefüggése kistérségi szinten a kistérség Budapesttől való földrajzi elhelyezkedése alapján

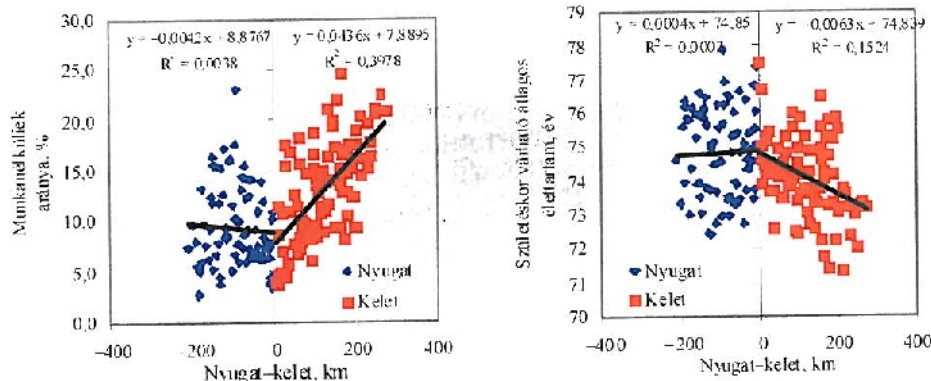
1993



2001



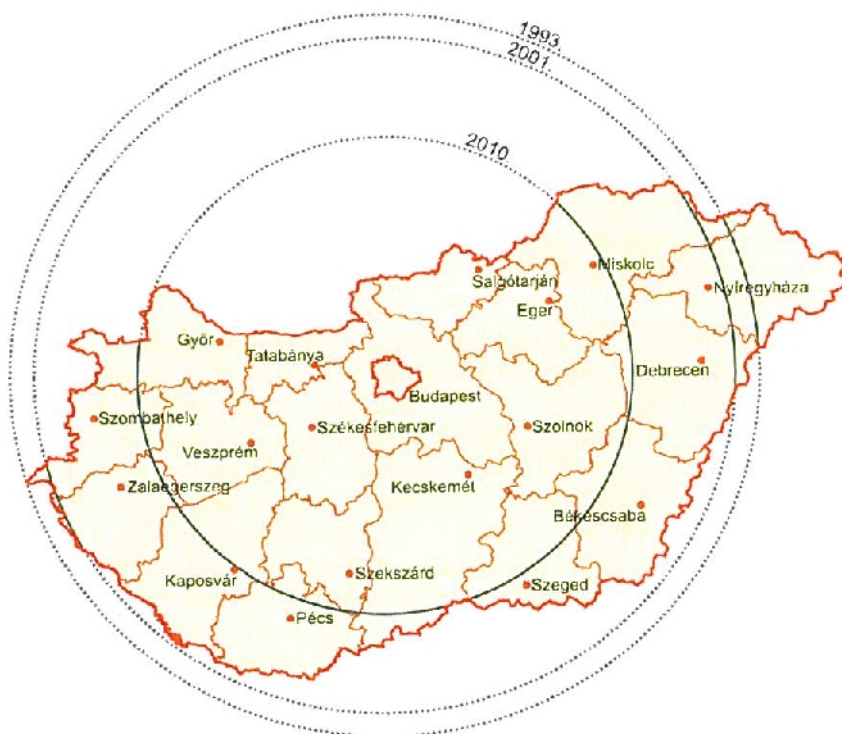
2010



Forrás: saját szerkesztés

6. ábra

Centrum- és perifériaterület közötti határvonal változása 1993 és 2010 között



Forrás: saját számítási eredmények alapján Tolnai Gábor (2012) készítette

A körök kerülete és területe az évek során csökkent, 2001-ről 2010-re jóval nagyobb mértékben, mint korábban. 1993-ban 89 638 km²-t, 2001-ben 87 876 km²-t, 2010-ben 54 932 km²-t fedett le az ország területéből a körön belüli terület. A számítási eredmé-

nyekkel és az ábrázolással arra a tendenciára hívjuk fel a figyelmet, hogy a vizsgált 17 év során egyre inkább szűkült – a módszertanunk alapján – centrumterületként azonosítható országrész, míg az ugyanígy definiált perifériaterület egyre nagyobb kiterjedésű lett.

Összefoglalás

Vizsgálati eredményeink birtokában hangsúlyozzuk, hogy míg az egészségügyi rendszer finanszírozásában bekövetkező változások akár már rövid távon kifejtik népegészségügyi hatásaikat, addig a válságok feltételezett következményei sokszor csak évtizedes távlatból értelmezhetők. Úgy tapasztaltuk, hogy a rendszerváltozás drámai krízise és egyben szerepe a hazai epidemiológiai válságban statisztikailag már a kilencvenes évek elején bizonyítható volt. Ugyanakkor a jelenlegi válság kedvezőtlen egészséghatásaiban egyaránt definiálhatók a társadalmi-gazdasági átmenet hosszú távú következményei, és a mostani válság befolyásoló szerepe.

Regressziószámítási eredményeink bizonyították, hogy a területiség meghatározó tényező a munkanélküliség és a várható élettartam kapcsolatrendszerében. Ebben a relációban is létezik – több más társadalmi-gazdasági mutatóhoz hasonlóan – a nyugat-kelet relevancia. A munkanélküliség és az életesélyek kapcsolatrendszerének területiségében számottevő hatások tapasztalhatók a válság miatt megváltozott makrogazdasági helyzetnek megfelelően.

A kilencvenes évek eleji krízis az ország egészét érintette hátrányosan a vizsgált mutatók tekintetében, azonban a 2000-es évek elejére határozottan elkülönültek a legjobb és legrosszabb helyzetben lévő kistérségek. Azóta ez a szakadék csak tovább növekedett: a jó helyzetűek jelentős mértékben javultak, a rossz helyzetűek igen mérsékelt javulást éltek meg: igaz, ez utóbbit a jelenlegi válság sem nagyon állította meg. A mostani válság a munkanélküliség növekedésén keresztül kedvezőtlenebbül érintette a Nyugat-Magyarországon található kistérségeket, de ennek egészséghatása egyelőre nem tapasztalható, legalábbis két vizsgálati év távlatában. Azt gondoljuk, ha tovább is tart a jelenlegi krízis, a munkanélküliség rohamos emelkedése már nem lesz tapasztalható, s az eleven jobb makrogazdasági mutatókkal bíró nyugati kistérségekben az életkilátások alakulására később sem lesz hatással az állástalanság.

A nyugat-kelet relevancia tehát értelmezhető a területi szemléletű vizsgálatokban: azonban hangsúlyozni kell, hogy az összességében kedvező helyzetű Nyugat-Magyarországon is vannak az országos átlagokhoz képest, lényegében 1990 óta leszakadó területek, míg Kelet-Magyarország sem teljes egészében kedvezőtlen helyzetű. Ez utóbbi esetében vannak olyan területek, amelyek jelentős javulást éltek meg az elmúlt másfél évtizedben, s akár még az átlagokhoz képest is jobb mutatókkal bírnak. Ezek elsősorban a nagyobb városokhoz és a közvetlen szomszédságukban elhelyezkedő kistérségekhez köthetők.

A nyugat-kelet megosztottság mellett a centrum-periféria kapcsolatoknak is van befolyásoló szerepe a területiség alakulásában. Ezt főként a Budapesttől mért távolsággal azonosítottuk. Számítási eredményeink azt mutatták, hogy a centrum és periféria közötti „szakadék” az évek során folyamatosan nőtt. Azonban a pontosabb eredményekhez és az alaposabb elemzésekhez további célzott vizsgálatokra van szükség.

IRODALOM

- Black, D. – Morris, J. N. – Townsend, P. (1985): *Inequalities in health. The Black Report*. Penguin Books. Hammondswoth, Middlesex.
- Dahlgren, G. – Whitehead, M. (2006): *European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health*. Number 3 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf) (Letöltve: 2012. 03. 02.)
- Daróczy Etelka (2004): A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban. In: Daróczy Etelka – Kovács Katalin (szerk.): *Halálozási viszonyok az ezredfordulón - társadalmi és földrajzi változások* pp. 41–74. Kutatási Jelentések 77. KSH, Budapest.
- Durkheim, E. (fordította Józsa Péter) (1967, 1982): *Az öngyilkosság*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Hablicsek László – Kovács Katalin (2007): *Az életköltségek differenciálódása iskolázottság szerinti, 1986–2005*. pp. 1–171. Kutatási Jelentések 1. KSH, Budapest
<http://www.health-inequalities.eu>
<https://teir.vati.hu/>
- Jones, K. – Moon, G. (1987): *Health, disease and society: A Critical Medical Geography*. Routledge and Kegan Paul Ltd., Portsmouth Polytechnic. London – New York.
- Józan Péter (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statistikai Szemle* 73 (3–4): 101–113.
- Józan Péter (1994b): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. *Statistikai Szemle* 73 (1–2): 5–20.
- Klinger András (2003): A kistérségek halandósági különbségei. *Demográfia* 46 (1): 9–43.
- Klinger András (2006a): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (I.). *Demográfia* 49 (2–3): 197–231.
- Klinger András (2006b): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II.). *Demográfia* 49 (4): 342–365.
- Klinger András (2007): A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. *Demográfia* 50 (2–3): 252–281.
- Kovács Katalin (2006): *Egészség-esélyek. Életünk fordulópontjai*. KSH, Budapest.
- Kovács Katalin (2011): *Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971–2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete*. Kutatási Jelentések, 2. KSH, Budapest.
- Lackó Mária (2010): A magyarországi rossz egészségi állapot lehetséges magyarázó tényezői. *Közgazdasági Szemle* (9): 753–778.
- I. alonde, M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians*. Working document. Government of Canada, Ottawa.
- Marmot, M. G. – Shipley, M. J. (1996): Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal* (313): 177–1180.
- Marmot, M. G. – Wilkinson, R. G. (2006): *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford and London.
- Nemes Nagy József (2009): *Terek, helyek, régiók – A regionális tudomány alapjai*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Oliver, S. – Kavanagh, J. – Caird, J. – Lorenc, T. – Oliver, K. – Harden, A. – Thomas, J. – Greaves, A. – Oakley, A. (2008): *Health promotion, inequalities and young people's health. A systematic review of research*. EPPi-Center Report No. 1611. University of London, London 105 p. (<http://cppl.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=mVu6mYIcwbc%3D&tabid=2410>) (Letöltve: 2013. 02. 06.)
- Pál Viktor – Tóth József (2007): *Egészségföldrajz*. Lomart Kiadó, Pécs–Gyula.
- Szilágyi Dániel – Uzzoli Annamária (2013): Az egészséggyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika* (2): 130–147.
- Vitrai József – Hermann Dóra – Kabos Sándor – Kaposvári Csilla – Lőw András – Páthy Ádám – Várhalmi Zoltán (2008): *Egészséggyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térsé-*

- gi egyenlőségeinek becsüléséhez.* EgészségMonitor, Budapest (<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf>) (Letöltve: 2012. 03. 28.)
- Vitai József – Bakacs Márta – Kaposvári Csilla – Németh Rita (2010a): *Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőségei Magyarországon.* EgészségMonitor, Budapest (http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf) (Letöltve: 2012. 03. 28.)
- Vitai József – Bakacs Márta – Gémes Katalin – Kiss Norbert – Kóvi Rita – Uzzoli Annamária (2010b): *Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőségei Magyarországon.* EgészségMonitor, Budapest (<http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>) (Letöltve: 2012. 03. 28.)
- Virchow, Rudolf (1858): *A celluláris patológia.* (www.korbl.sote.hu/downloads) (Letöltve: 2010. 07. 15.)
- World Health Organization (2008): *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* WHO, Commission on Social Determinants of Health, Geneva. 256 p. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html) (Letöltve: 2011. 07. 18.)
- www.portal.ksh.hu

Kulcsszavak: életéselyek, munkanélküliség, centrum–periféria dichotómia, nyugat–kelet megosztottság, regresszió.

Resume

The interpretation of the social factors defining health inequalities presumes that during a crisis, not only does the labour market position and the level of income count from a health point of view, also the level and growth of already existing social and health inequalities count. How did the economic regime and the appearance of unemployment influence life chances after 1990? Do regional differences unequivocally prove a western–eastern split in health inequalities? Does favourable socio-economic environment and low unemployment always mean better life chances? To answer these questions, we used regional analytical methods. In order to explain cause-and-effect correspondences, we justified the link between unemployment and life chances with regression calculations. The micro-regional difference between the most and least favourable average life expectancy at birth is 7.1 years, which is larger than in the counties (3.1 years). The connection between unemployment and life expectancy is of medium-strength on the level of micro-regions, and from 2009 to 2010 it has become stronger, especially in the case of males' life span. Fundamentally, socio-economic environment and quality of life influence health conditions; therefore, the current task is to interpret the inequalities of health-related quality of life within Hungary, from the national level through the county level to the level of micro-regions and settlements.