

Az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon*

Az eltérő földrajzi régiókban élő népesség, illetve a különböző társadalmi csoportokhoz tartozók egészségi állapotában jelentős eltérések lehetnek, amelyeket biológiai, életmódbeli, környezeti, szociokulturális és egyéni tényezők határoznak meg. Az egészségeltérések egy része a társadalmi-gazdasági viszonyoktól független (például genetikai adottságok), azonban nagyobb részük a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek következménye (például Elstad 2005, Vitrai et al. 2010a). Ez utóbbiakat a szakirodalom és a szakpolitika is egyaránt egészségügyenlőtlenségeknek nevezi. Az egészségeltérések ún. egészségügyenlőtlenség része hatásos szakpolitikai eszközökkel és eredményes beavatkozással csökkenthető, a népesség egészségének javítása érdekében pedig csökkentendő is (Vitrai et al. 2010b).

Az egészségügyenlőtlenségek az egyének és csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetére vezethetők vissza, ezért azok igazságtalannak, méltánytalannak tekinthetők (Mackenbach–Bakker 2002). Egy ország egészségügyi ellátórendszere akkor működik hatékonyan és sikeresen, ha mind az egészségeltérésekben, mind az egészségügyenlőtlenségekben mérséklődés tapasztalható. Vagyis javul a teljes népesség egészségi állapota, csökken a társadalmi csoportok egészségében tapasztalható különbség, enyhül a hátrányos helyzetű földrajzi területek lemaradása az országos átlagokhoz képest a helyi lakosság életkilátásaiban, egészségmutatóiban. Az egészségügyenlőtlenségek alakulását számos egyidejűleg ható tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg. A meghatározó – például a társadalmi struktúrák – és a befolyásoló tényezők – a például lakókörnyezet, életkor, munkaerő-piaci pozíció stb. – megismerése (Raphael 2008), ok-okozati kapcsolataik feltárása tudományos bizonyítékkal szolgálhat, megfelelő tudást és egészséginformációt nyújtva a politikai döntéshozók számára.

A válság egészséghatásai kapcsán az alábbi feltételezésekből indultunk ki:

- A gazdasági válság miatt a megváltozott makrogazdasági feltételek bizonyos társadalmi csoportok esetében egészségromlást eredményeznek. Az így kialakult egészségeltérések elkerülhetőnek tekinthetők. Az ilyen jellegű „hátrányosság” nem az eltérő biológiai adottságokból fakad, hanem a válság eredményezte igazságtalanságokból, méltánytalanságokból.
- A válságok idején a valós és a vélt egészség szempontjából nemcsak a munkaerő-piaci pozíció és a jövedelemszint számít, hanem a meglévő társadalmi és egészségi

* A tanulmány a 2012. évi Thirring Gusztáv-pályázatra benyújtott pályázati anyag részét képezi. Elkészítését részben az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíja támogatta.

zségegyenlőtlenségek mértéke is. Az egészséggel összefüggő társadalmi esélyegyenlőtlenség minden országban jelen van, és nagymértékben függ a makrogazdasági feltételektől, amelyek fokozódását a válsághatások felerősítik. A válsághelyzetek egyaránt veszélyeztetik a lakosság fizikai és lelki állapotát, valamint az egészségügyi és a szociális ellátóhálózat működését.

Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségek mögött a gazdasági egyenlőtlenségek, az elosztási rendszerek igazságtalanságai, a kedvezőtlen munkaerő-piaci pozíció, az egészségügyi ellátáshoz és az oktatáshoz való hozzáférés akadályai, a rossz lakás- és életkörülmények, valamint az egészséges életre való esélytelenség állnak (Benach et al. 2008). Válság idején a munkanélküliség az egészségi állapotot közvetlenül és közvetetten is a leginkább veszélyeztető tényező (Böckerman és Ilmakunnas 2008). A munkahely elvesztése, a jövedelmek csökkenése, a háztartások pénzügyi tartalékainak apadása, az eladósodás mértékének növekedése egymással szorosan összefügg, a fogyasztási szokások jelentős átalakulásával jár, ami a legtöbb esetben az egészséges életmód lehetőségeinek beszűküléséhez vezet. A munkanélküliség beteggé tesz, hiszen negatív hatást gyakorol az egyén identitására, érzelmi világára, önértékelésére. A kilátástalanság a depressziós tünetek, valamint az öngyilkosság kockázatát növeli (Hegerl et al. 2008). Válság idején mindenki törekszik munkahelyének megőrzésére. Emiatt az állandó bizonytalanság, a fokozott stresszhatás következtében növekszik a fizikai és a pszichikai megbetegedések száma. A munkanélküliség okozta stressz a kockázatos magatartásformák (gyógyszerfogyasztás, alkoholizmus, mértéktelen dohányzás) széles körű elterjedéséhez vezet(het) (WHO 2008).

Tanulmányunkban alapvetően az 1990 utáni hazai gazdasági válságok egészségi állapotra (életkilátásokra) gyakorolt hatását értelmeztük a területi folyamatok vizsgálatán keresztül, ezért vizsgálatainkban elsődlegesen az egészségegyenlőtlenségek fogalmát használtuk. A strukturális válságok okán kialakuló egyenlőtlenségek mind az egészségi állapotban, mind pedig az egészségügyi rendszer színvonalában és igénybevételében utolérhetők, de ez utóbbival nem volt célkitűzésünk foglalkozni.

Vizsgálati kérdések és módszerek

Az 1990 utáni hazai gazdasági válságok különböző hullámokkal és intenzitással, eltérő térbeli hatásokkal jellemezhetők. Ez a fő oka annak, hogy a rendszerváltozás és az átmenet okozta krízis, illetve a jelenlegi elhúzódó válság egészségi állapotra gyakorolt hatását a munkanélküliség mint válságtényező tükrében elemeztük. Az egészség társadalmi meghatározói közül a lakóhelyet (kistérségi besorolás szerint) és a nemek szerinti megoszlást választottuk ki. Az egészségmutatók közül a leggyakrabban használt, nyilvánosan is hozzáférhető születéskor várható átlagos élettartam, mint az életésélyek releváns, egyben az egészségi állapot megbízható mutatója szerepelt az összefüggések elemzésében.

Összehasonlító elemzéseinkkel és területi szemléletű vizsgálatainkkal egyrészt a munkanélküliség¹ és a várható élettartam összefüggéseit, másrészt mindezek térbeli vetü-

¹ Az alkalmazott számítási módszertan: munkanélküliek aránya (%) = nyilvántartott (vagy regisztrált) álláskeresők száma (fő) / aktív korú népesség száma (fő).

letét tanulmányoztuk. Vizsgálati éveink és azok kiválasztási szempontjai a következők voltak:

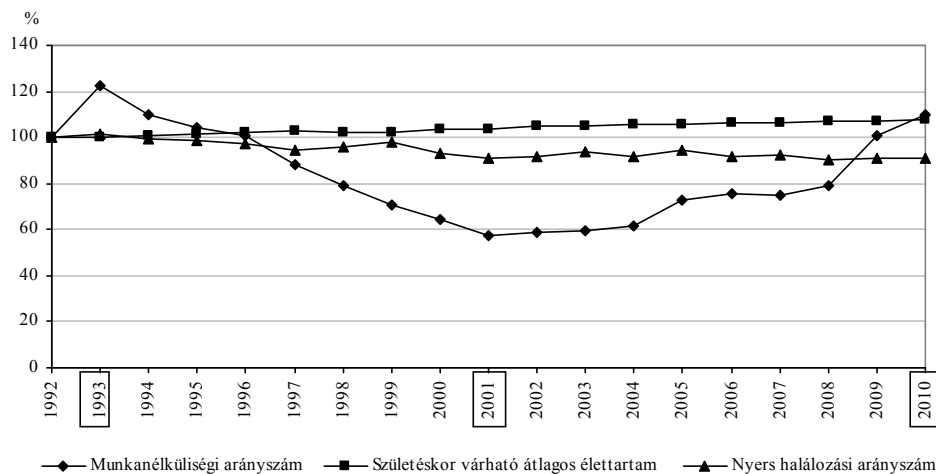
- 1993: a piacgazdaságba való átmenet népegészségügyi szempontból tipikus éve. A rendszerváltozást követően ekkor volt a legmagasabb a munkanélküliségi arány és a nyers halálzási arányszám, valamint a legalacsonyabb a születéskor várható átlagos élettartam (1. ábra).
- 2010: ebben az évben a jelenlegi válság hatása az egészségügyenlőtlenségek területi alakulására tipikusnak tekinthető. A munkanélküliség esetében a kedvezőtlenebb kistérségek rosszabbodása, a várható élettartam alapján pedig a kedvezőbbek javuló tendenciájának mérséklődése volt tapasztalható 2009-hez képest. Továbbá markánsabb volt a térbeliség mint magyarázó tényező szerepe mindkét mutató területi mintázatában 2009-hez képest, valamint szabályszerűbben alakultak a szomszédsági viszonyok a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában.
- 2001: referenciaévnak tekinthető. Az előbbi szempontok alapján kiválasztott „válságévek” egészséghatásainak értelmezéséhez szükséges volt egy olyan viszonyítási évet kijelölni, amelynek kapcsán a válság szerepe nem releváns, vagyis kiszűrhető az egészségügyenlőtlenségek alakulásából a kedvezőtlené vált makrogazdasági helyzet.

Az egészségügyenlőtlenségek területi elemzését kistérségi szinten végeztük el, mindhárom vizsgálati évben a 2007-es kistérségi besorolás alapján. Az egészségügyenlőtlenségek területi vizsgálatát a nyugat–kelet megosztottság kérdéskörének figyelembevételével valósítottuk meg, az alábbi feladatok meghatározásával:

- megnevezni a válság miatt az egészségfolyamatok tekintetében leszakadó területeket,
- megvizsgálni a nyugat–kelet megosztottság relevanciáját az egészségügyenlőtlenségek térszerkezetében,
- megfigyelni, hogy a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában felfedezhető-e szabályszerűség.

1. ábra

A munkanélküliségi arányszám, a születéskor várható átlagos élettartam és a nyers halálzási arányszám alakulása Magyarországon, 1992–2010 (1992 = 100%)



Forrás: KSH-adatok alapján saját szerkesztés.

A munkanélküliség strukturális átalakulása eredményezte, hogy a jelenlegi válság nem feltétlenül jár együtt az egészségi állapot romlásával, hiszen a válság miatt állástalanok között megjelentek a kedvezőbb munkaerő-piaci pozícióval, s így egészségmutatókkal rendelkezők. Hipotézisünk, hogy az egészségyenlőtlenségek térszerkezetében nincs számottevő átalakulás a jelenlegi válság következtében: továbbra is határozottan elkülönülnek az egészségmutatók alapján jobb és rosszabb helyzetű területek az országban, amelyek társadalmi-gazdasági leszakadása az országos átlagokhoz képest már az 1990-es évek közepétől megfigyelhető volt. Úgy gondoljuk, hogy a jelenlegi válság gazdaságilag a centrumterületeket erőteljesebben érintette, de ez a hatás az egészségfolyamatokban kevésbé érzékelhető. Az életkilátások alapján legkedvezőtlenebb területek (perifériák) lemaradásában a válsághelyzettől függetlenül továbbra is magyarázó tényező egyrészt az eleve hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet, másrészt a periférikus helyzettől adódó kedvezőtlen szomszédsági viszonyrendszer.

A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam közötti kapcsolat, vagyis a válság életkilátásokra kifejtett hatásának bizonyítására a Pearson-féle korrelációs együtthatót használtuk. A korrelációs számítások szignifikáns eredményeit egy korrelációs mátrixban összegeztük. Az egyenlőtlenségek mértékének meghatározásához a szóródás terjedelmét megadó helyzeti mutatószámot használtuk fel. Az adatsorban előforduló legnagyobb és legkisebb érték különbségén és arányán keresztül lényegében a szélső értékek alakulását értékeltük. A szóródás terjedelmét és a terjedelem arányát táblázatban foglaltuk össze. A térbeliség vizsgálatában a területi autokorreláció módszerét alkalmaztuk. A területi autokorreláció olyan területi modell, amely egy adott társadalmi jelenségnek egy adott helyen, illetve a hellyel szomszédos helyeken mért értékei közötti kapcsolatot, összefüggést mutatja ki (Nemes Nagy 1998, 217. o.). Szabályszerű elrendeződés esetén az egymással szomszédos területegységek (jelen tanulmányban a kistérségek) adatai egymáshoz hasonlóak, a nagy érték közelében nagy értéket/a kis érték közelében kis értéket találunk (pozitív autokorreláció), vagy a szomszédos területek külön-

bőznek egymástól, azaz a nagy értékű területek mellett kis értékű területek helyezkednek el, és fordítva (negatív autokorreláció) (Dusek 2004, 200. o.).

Az életesélyek és az állástalanság kapcsolata, valamint területi mintázata a válság idején

A rendszerváltozás körüli mély társadalmi és gazdasági krízis rövid időn belül képes volt erőteljes hatást kifejteni az egészségfolyamatokra, így a népesség egészére nézve, 1990 után a morbiditási és mortalitási statisztikák súlyosan romlottak. Ez annak ismeretében drámai következmény, hogy ugyan az 1960-as évek közepe óta rosszabbodtak egészségmutatóink, de azok stagnálása már az 1980-as évek közepén bekövetkezett. Ehhez képest pedig a társadalmi és gazdasági átalakulás pár éven belül az életesélyek újabb, és addig nem tapasztalt romlásával járt együtt. Ebből is kiindulva vizsgálataink elején azt feltételeztük, hogy a jelenlegi strukturális és pénzügyi válság során nem olyan szorosak a gazdasági és életesélybeli mutatók közötti összefüggések, mint ahogy azt az 1990-es évek elején tapasztalhattuk. Feltételezésünket a vizsgálati eredmények részben megcáfolták.

A vizsgált évek során egyre erősebbé vált a kapcsolat a munkanélküliség és az életesélyek között (1. táblázat), és természetesen ellentétes irányú együttmozgás figyelhető meg. A Pearson-féle korrelációs együttható $-0,488$ -ról $-0,727$ -re növekedett, tehát a közepes erősségű kapcsolat szorosabbá vált, ráadásul jelentős mértékben növekedett az értéke. Minden évben a férfiaknál volt szorosabb a kapcsolat a munkanélküliség és az életkilátások között, vagyis a férfiak életesélyeiben meghatározóbb az állástalanság, az sokkal inkább hatással van egészségükre. Figyelemre méltó, hogy a két nem értékeiben 2001-ben volt a legnagyobb az eltérés: a válság idején csak kismértékben szorosabb a munkanélküliség és az életkilátások közötti kapcsolat a férfiaknál, azaz a nők munkanélkülisége válság idején kockázati tényező, növekszik veszélyeztetettségük. A munkanélküliségi arány és a nyers halálozási arányszám között gyengébb kapcsolat volt tapasztalható minden évben, ez az összefüggés is főként a férfiaknál meghatározóbb.

1. táblázat

Az életesély- és a munkanélküliségi arány kapcsolata Magyarországon

Pearson-féle korrelációs együttható	Munkanélküliségi arány		
	1993	2001	2010
Életesély-mutatók			
Születéskor várható átlagos élettartam	-0,488	-0,692	-0,727
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi	-0,471	-0,710	-0,722
Születéskor várható átlagos élettartam, nő	-0,467	-0,637	-0,720
Nyers halálozási arányszám	0,293	0,270	0,339

Forrás: saját szerkesztés.

A vizsgált mutatók területi mintázatának változását térképen is ábrázoltuk (2. és 3. ábra). Ennek megvalósításához minden évben az országos átlaghoz való viszonyítást, majd az azonos kategóriák kialakítását dolgoztuk ki, ezért meghatároztuk az egyes mutatóértékeket az országos átlag százalékában. Definiáltuk, hogy az összes évet figyelembe véve milyen két szélsőérték között változtak a munkanélküliség- és az élettartamértékek. Végül az átlag feletti és az átlag alatti csoportok két-két részre bontása során a kategóriák

választóhatárát úgy húztuk meg, hogy éppen a kistérségek fele kerüljön az egyik, illetve a másik csoportba.

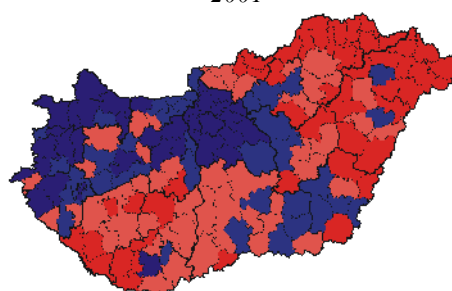
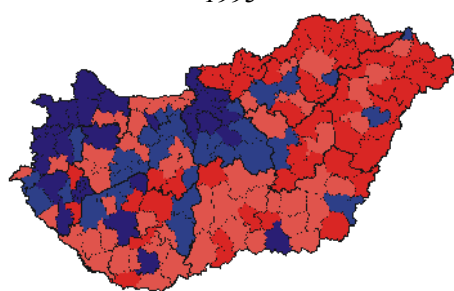
A munkanélküliek arányát tekintve (2. ábra) jól kirajzolódik az ország középső részének és a nyugati határ menti területeknek a legkedvezőbb, míg az ország keleti felének – néhány kivételtől eltekintve – szinte teljes egészében kedvezőtlen helyzete 1993-ban. A nyugati országrész helyzete összetett, fele-fele arányban voltak átlag alatti és átlag feletti értékekkel bíró kistérségek, bár a Dunántúlon lévő nagyvárosok Nyugat-Magyarországhoz és az országos átlaghoz képesti jobb értékei szintén megfigyelhetők ebben az évben. Összességében 111 kistérség volt átlag feletti, ami csaknem a kistérségek 2/3-át jelentette. 2001-ben kiegyenlítettebb volt a helyzet, de 2010-re ismét megnőtt az átlagon felüli munkanélküliségi aránnyal rendelkező kistérségek száma. 1993-hoz képest 2001-re még határozottabban elkülönültek egymástól az országban a jobb és rosszabb helyzetben lévő területek. Közép-Magyarország minden kistérsége csaknem a legjobb értékekkel rendelkezett, Közép- és Nyugat-Dunántúlon pedig többségbe kerültek a kedvezőbb értékkel rendelkező kistérségek, míg Dél-Dunántúlon egyértelműen hátrányos helyzet körvonalazódott (kivéve a Pécsi és Komlói kistérséget). Kelet-Magyarországon előnyösebb helyzetű kistérségek inkább csak a nagyvárosokhoz (például Kecskemét, Szeged, Debrecen, Nyíregyháza) voltak köthetők. A legrosszabb értékek a keleti és északkeleti országhatár menti kistérségekben koncentráálódtak. Ebben az évben volt a legnagyobb a különbség a legrosszabb és a legjobb helyzetben lévő kistérség között, hiszen míg az előbbi az országos érték négyszeresével rendelkezett, addig az utóbbi az országos érték negyedével. A munkanélküliség területi mintázatában 2010-ben megint egy jelentősebb átrendeződés történt 2001-hez képest. A legmagasabb munkanélküliség a keleti és a délnyugati területeken volt regisztrálható, míg a Közép-Dunántúlon újból megjelentek az országos átlaghoz képest magasabb munkanélküliségi mutatókkal bíró kistérségek. Közép-Magyarország délkeleti szektorában ugyan jobb, de nem a legjobb értékek figyelhetők meg. Az ország keleti felében Szeged, Eger, Kecskemét kistérségében volt kedvezőbb a munkanélküliség alakulása az átlaghoz viszonyítva.

2. ábra

A munkanélküliségi arány alakulása a kistérségekben

1993

2001



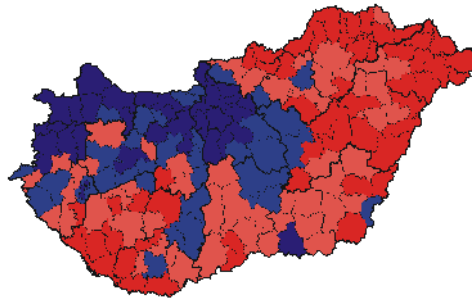
Munkanélküliek aránya (%)
(országos átlag= 100)

- 138 – 243 (55)
- 100 – 137 (56)
- 80 – 99 (32)
- 36 – 79 (31)

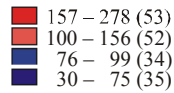
Munkanélküliek aránya (%)
(országos átlag= 100)

- 160 – 401 (50)
- 100 – 159 (49)
- 72 – 99 (38)
- 23 – 71 (37)

2010



Munkanélküliek aránya (%)
(országos átlag= 100)



Forrás: saját szerkesztés.

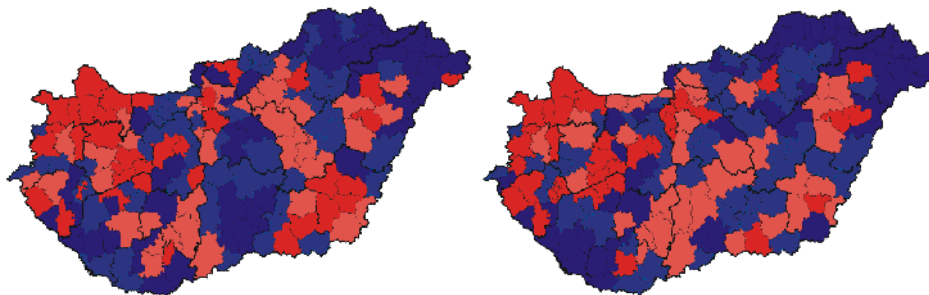
A születéskor várható átlagos élettartam alapján (3. ábra) az ország területi mintázata igen összetett volt 1993-ban. Területileg összefüggően, jobb és rosszabb helyzetben lévő kistérségek az északnyugati, valamint a délkeleti és az északkeleti országrészhez kötődtek. Közép-Magyarországon a legmagasabb várható élettartammal Budapest és a Szentendrei kistérség rendelkezett, a keleti szektorban az országos átlag alatt alakultak az életésélyek. Területileg összefüggően, azaz minden vagy szinte minden kistérségét érintve, rossz helyzetben volt Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Bács-Kiskun megye. 2001-re látványosan javult a középső és nyugati országrész helyzete. Például Közép-Magyarország nyugati és északi szektorában növekedett a legmagasabb értékekkel bíró kistérségek száma, Bács-Kiskun megyében már fele-fele arányban oszlottak el a jobb és rosszabb mutatójú kistérségek, Közép-Dunántúl helyzete jobbra fordult az életkilátások alapján, a keleti országrészben megjelentek a megyeszékhelyek és az azokkal szomszédos kistérségek, mint a kedvezőbb életessel azonosítható területi egységek.

3. ábra

A születéskor várható átlagos élettartam (év) alakulása a kistérségekben

1993

2001



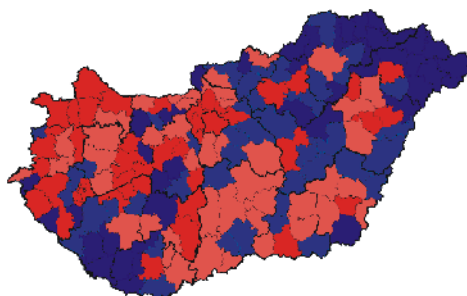
Születéskor várható átlagos élettartam (%)
(országos átlag = 100)

- 101,3 – 105,0 (36)
- 100,0 – 101,2 (37)
- 98,0 – 99,9 (50)
- 90,0 – 97,9 (51)

Születéskor várható átlagos élettartam (%)
(országos átlag = 100)

- 101,3 – 106,0 (36)
- 100,0 – 101,2 (38)
- 98,6 – 99,9 (51)
- 94,0 – 98,5 (51)

2010



Születéskor várható átlagos élettartam (%)
(országos átlag = 100)

- 101,4 – 106,0 (44)
- 100,0 – 101,3 (44)
- 98,9 – 99,9 (43)
- 95,0 – 98,8 (43)

Forrás: saját szerkesztés.

Az említett két évben az átlag feletti és az átlag alatti kistérségek aránya közel azonos volt, de az utóbbi csoport szerepelt nagyobb létszámmal. 2010-re viszont minden kategóriába csaknem azonos számú kistérség került. Ebben az évben viszont már határozott jelleget öltött a születéskor várható átlagos élettartam területi mintázata, így térbelileg jobban elkülönültek egymástól a kedvezőbb és kedvezőtlenebb életkilátással bíró kistérségek. Egyértelmű az ország megosztottsága: Nyugat-Magyarország, ahol többségben vannak a magasabb várható élettartam kistérségei, és Kelet-Magyarország, ahol egymás mellett, összefüggően a legtöbb az alacsony várható élettartammal bíró kistérség. Mégsem lehet teljes egészében a nyugati és keleti országrészt a jó vagy rossz helyzettel azonosítani: míg a Dunántúlon kirajzolódik a déli és délnyugati terület, ahol alacsonyabb a mutató értéke az országos átlaghoz képest, addig Kelet-Magyarország „egyöntetű” hátrányát feloldja Bács-Kiskun megye, a megyeszékhelyek és közvetlen kistérségi szomszédjaik az átlagnál magasabb várható élettartam értéke.

A munkanélküliség területi mintázata folyamatosan átalakult a megváltozott makrogazdasági feltételeknek megfelelően az elmúlt 20 évben, a születéskor várható átlagos élettartam térszerkezetében viszont jobban érvényesült a mozaikosság. Azonban mindkét mutatónál megállapítható, hogy a trendszerűbb, homogénebb térszerkezet felé közelítettek az évek során. Már 1993-ban megjelentek a leszakadó kistérségek, de ezek területileg 2001-re állandósultak: az így kialakult területi szerkezet pedig 2010-re sem változott jelentősen.

A területi egyenlőtlenségek mértékének meghatározására a terjedelem különbséget és terjedelem arányát alkalmaztuk. Mindhárom évben megneveztük a legkedvezőbb és a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő kistérségeket. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a statisztikai mutatók legjobb értékei – szinte minden esetben – a nyugati, a legrosszabbak a keleti országrészben elhelyezkedő kistérségekhez köthetők (2. táblázat).

A legtöbb mutató alapján mindhárom évben különösen kedvező helyzetben volt a Sopron-Fertődi és a Budaörsi kistérség. A legrosszabb helyzetben lévő kistérségek megjelenése igen változó volt, bár legtöbbször az északkeleti területen lévők közül kerültek ki. Különös, hogy csak néhány mutató kapcsán jelent meg Budapest pozitív példaként, viszont negatív példaként egyáltalán nem.

A három vizsgálati év eredményeinek összehasonlításakor látható, hogy a szóródás terjedelmének különbsége 1993-hoz képest 2001-re jelentős mértékben csökkent, s ez különösen igaz a férfi munkanélküliségre, valamint az életésély-mutatókra. Érdekes, hogy a terjedelem aránya szerint 2001-ben volt a legnagyobb a mutató értéke a munkanélküliség alapján, így az Abaúj-Hegyközi kistérségben csaknem 17-szer nagyobb volt a munkanélküliek aránya, mint a Budaörsi kistérségben. 2001-hez képest 2010-ben kis és közepes mértékű nagyobbodás volt tapasztalható a szóródás terjedelmében. A munkanélküliség szerint a legrosszabb és a legjobb helyzetben lévő kistérség közötti különbség a három évben 20–23 százalékpont között ingadozott, a születéskor várható átlagos élettartam tekintetében pedig 7–10 év között. Nemek szerint pedig mindkét mutató esetében a férfiaknál volt megfigyelhető a nagyobb területi különbség.

A korrelációs elemzésekkel arra jutottunk, hogy a munkanélküliség és a születéskor várható átlagos élettartam kapcsolatában nem 1993-ban, hanem 2010-ben volt tapasztalható a legerősebb összefüggés. A várt és a valós eredmények között tapasztalt eltérések okát többféle megközelítéssel magyarázzuk. Egyrészt nem hagyhatjuk figyelmen kívül a tanulmány korlátait, a vizsgálatba bevont statisztikai mutatók szűk körét. Másrészt az életkilátások alakulására nemcsak a makrogazdasági feltételek és a különböző társadalmi-gazdasági mutatók vannak hatással, hanem az azokkal egyidejűleg ható egészségfolyamatok is. Harmadrészt 1993-ban az egészségmutatók mélypontja eleve az 1960-as évek közepe óta tartó folyamatosan romló morbiditási és mortalitási statisztikák eredményeként következett be. Negyedrészt nemcsak a munkanélküliség, hanem más társadalmi-gazdasági válságtényezők is szerepet játszottak a mortalitás hirtelen növekedésében és magas szintű arányában, így az életésélyek romlásában 1993-ban. Az akkor meghatározó válságtényezők azonban a jelen válság alakulásában nem töltenek be olyan mértékű szerepet az egészségfolyamatokban.

2. táblázat

Az egyenlőtlenségek mértéke a vizsgált mutatók alapján

Mutatók	Minimum- érték	Minimum- értékkal rendelkező kistérség	Maximum- érték	Maximum- értékkal rendelkező kistérség	Terjedelem különbség	Terjedelem arány
1993						
Munkanélküliek aránya, %	4,0	Sopron-Fertődi	26,8	Abaúj-Hegyközi	22,8	6,7
Munkanélküliek aránya, férfi, %	5,0	Sopron-Fertődi	36,6	Encsi	31,5	7,3
Munkanélküliek aránya, nő, %	2,9	Sopron-Fertődi	20,9	Ózdi	18,1	7,3
Születéskor várható átlagos élettartam, év	62,6	Tokaji	72,6	Balatonalmádi	10,0	1,2
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi, év	57,4	Tokaji	69,1	Gárdonyi	11,7	1,2
Születéskor várható átlagos élettartam, nő, év	67,9	Tokaji	77,6	Balaton-	9,7	1,1

			almádi			
			2001			
Munkanélküliek aránya, %	1,3	Budaörsi	21,7	Abaúj-Hegyközi	20,4	16,7
Munkanélküliek aránya, férfi, %	1,1	Budaörsi	24,5	Abaúj-Hegyközi	23,3	21,3
Munkanélküliek aránya, nő, %	1,5	Budaörsi	18,5	Abaúj-Hegyközi	17,1	12,8
Születéskor várható átlagos élettartam, év	68,4	Bodrogközi	75,6	Balatonfüredi	7,2	1,1
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi, év	63,2	Bodrogközi	72,1	Balatonfüredi	8,9	1,1
Születéskor várható átlagos élettartam, nő, év	74,2	Kadarkúti	79,4	Körmen di	5,2	1,1
			2010			
Munkanélküliek aránya, %	2,8	Sopron-Fertődi	24,7	Abaúj-Hegyközi	21,9	9,0
Munkanélküliek aránya, férfi, %	2,8	Sopron-Fertődi	27,3	Abaúj-Hegyközi	24,6	9,9
Munkanélküliek aránya, nő, %	2,8	Sopron-Fertődi	21,7	Abaúj-Hegyközi	19,0	7,9
Születéskor várható átlagos élettartam, év	71,3	Bodrogközi	78,4	Budapest	7,0	1,1
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi, év	65,9	Bodrogközi	76,9	Budapest	11,0	1,2
Születéskor várható átlagos élettartam, nő, év	76,6	Kadarkúti	81,6	Körmen di	5,1	1,1

Forrás: saját szerkesztés.

Úgy gondoljuk, hogy a jelenlegi válsághelyzet leginkább a munkanélküliségen keresztül fejtette ki hatását az egészségmutatók alakulására. Ugyan a munkanélküliség folyamatosan veszélyezteti az egészségi állapotot – függetlenül a válságoktól –, de ennek valóban negatív következménye – mentális és fizikális betegségek megjelenése – az egyén szociokulturális helyzetétől függ.

A munkanélküliség és az életesélyek kapcsolatrendszerének területiségében számottevő hatások tapasztalhatók a megváltozott makrogazdasági helyzetnek megfelelően. A kilencvenes évek eleji krízis az ország egész területét hátrányosan érintette a vizsgált mutatók tekintetében. Azonban a 2000-es évek elejére határozottan elkülönültek a legjobb és legrosszabb helyzetben lévő kistérségek az országos átlagokhoz és egymáshoz képest is. Azóta ez a szakadék csak tovább növekedett: a jó helyzetűek jelentős mértékben javultak, a rossz helyzetűek mérsékelt javulást éltek meg. Igaz, ezt a nagyon lassan javuló tendenciát eddig a jelenlegi válság sem 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 eleve jobb makrogazdasági mutatókkal bíró nyugati kistérségekben az állástalanság az életkilátások rosszabbodására később sem lesz hatással.

A szomszédsgai relációk szerepe az életesélyek és az állástalanság kapcsolatában

Területi vizsgálatainkban célkitűzésünk volt megfigyelni, hogy a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában felfedezhető-e valamilyen szabályszerűség, vagy pedig véletlenszerű az adatok területi eloszlása. A korrelációs mérőszámokkal ugyan értelmezni tudtuk a két mutatószám közötti kapcsolat erősségét, de nem tudtuk vizsgálni a térbeli egymásra hatást („közelhatást”), és azok mértékét, szorosságát. Ennek számszerűsítését a területi autokorreláció módszerével valósítottuk meg. A területi autokorreláció számításának előfeltétele a szomszédsági kapcsolatok meghatározása (Jakobi–Jeney 2008). Ezen kapcsolatok meghatározására többféle lehetőség áll rendelkezésre, a vizsgálatok során a valós szomszédságot vettük alapul, vagyis ha két kistérség rendelkezik közös határral, akkor azokat egymás szomszédjaként értelmeztük.

Először a globális területi autokorreláció módszerét alkalmaztuk, amelynek a segítségével az országban meglévő szomszédsági viszonyokat egyetlen számmal jellemeztük (2. táblázat). Mind a munkanélküliség, mind a születéskor várható átlagos élettartam esetében pozitív területi autokorreláció figyelhető meg. Az is jól látszik, hogy a munkanélküliség tekintetében homogénebb térszerkezet jellemző, mint az életkilátások területi mintázatában. A két kiválasztott mutató együtthatójának értéke közötti különbség az évek során növekedett, elsősorban a munkanélküliség együtthatójának jelentős növekedése miatt. Azonban mindkét mutatóra igaz, hogy homogénebb térszerkezet felé közelítettek. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a szomszédság, az egymáshoz való közelség meghatározó a munkanélküliség és az életkilátások alakulásában.

A globális területi autokorreláció együtharó értékének változása a munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam alapján, 1993, 2001, 2010

Mutató	1993	2001	2010
Munkanélküliség aránya	0,474	0,623	0,618
Születéskor várható átlagos élettartam	0,327	0,347	0,373

Forrás: saját szerkesztés.

A globális területi autokorreláció mellett lokális területi autokorreláció számításokat is végeztünk, ugyanis ezek segítségével a térbeli struktúrák helyi sajátosságait tudjuk értelmezni. Míg a globális autokorreláció egyetlen értékben mutat rá az egymásra hatás mértékére, addig a lokális autokorreláció módszerével az összes megfigyelési egységre kapunk értékeket a Local Moran I képletének alkalmazásával.

A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam lokális területi autokorrelációjának kiszámítása után egy sajátos megközelítést dolgoztunk ki ahhoz, hogy a két mutató jellemzőit össze tudjuk hasonlítani. Ehhez először egyirányúsítani kellett az adatokat, így a munkanélküliségi arány reciprok értékével dolgoztunk. Erre az adatsorra, valamint a születéskor várható átlagos élettartam adatsorára számoltunk lokális területi autokorrelációt. Az így kapott számítási eredmények már önmagukban informatívak, viszont célunk az volt, hogy ezeket egymással összevegyük és egyszerre jelenítsük meg őket. Első lépésben megnéztük, hogy adott kistérség milyen jellemzővel (HH, HL, LH, LL) bír az egyik és a másik mutató szerint. Második lépésben kiemeltük azokat a térségeket, amelyeknek mindkét mutató szerint ugyanolyan jellemzője volt: például a születéskor várható átlagos élettartam és a munkanélküliségi arány reciproka szerint is HH. Harmadik lépésben még egy szűrést beiktattunk, amivel kiválogattuk a szignifikáns eredményeket. Ehhez a Local Moran I értékeket vettük alapul, így azok a kistérségek maradtak bent a számításban, amelyeknek mindkét mutató szerinti Local Moran I értéke kisebb volt mint $-0,2$, vagy nagyobb volt mint $0,2$. Ezzel az volt a célunk, hogy a szűrések után a számításban maradt kistérségek által jól lehatárolhatóak legyenek a mindkét mutató szerinti jó és rossz helyzetben lévő területek. Negyedik lépésben az összevonások és szűrések után kapott eredményeket térképen ábrázoltuk.

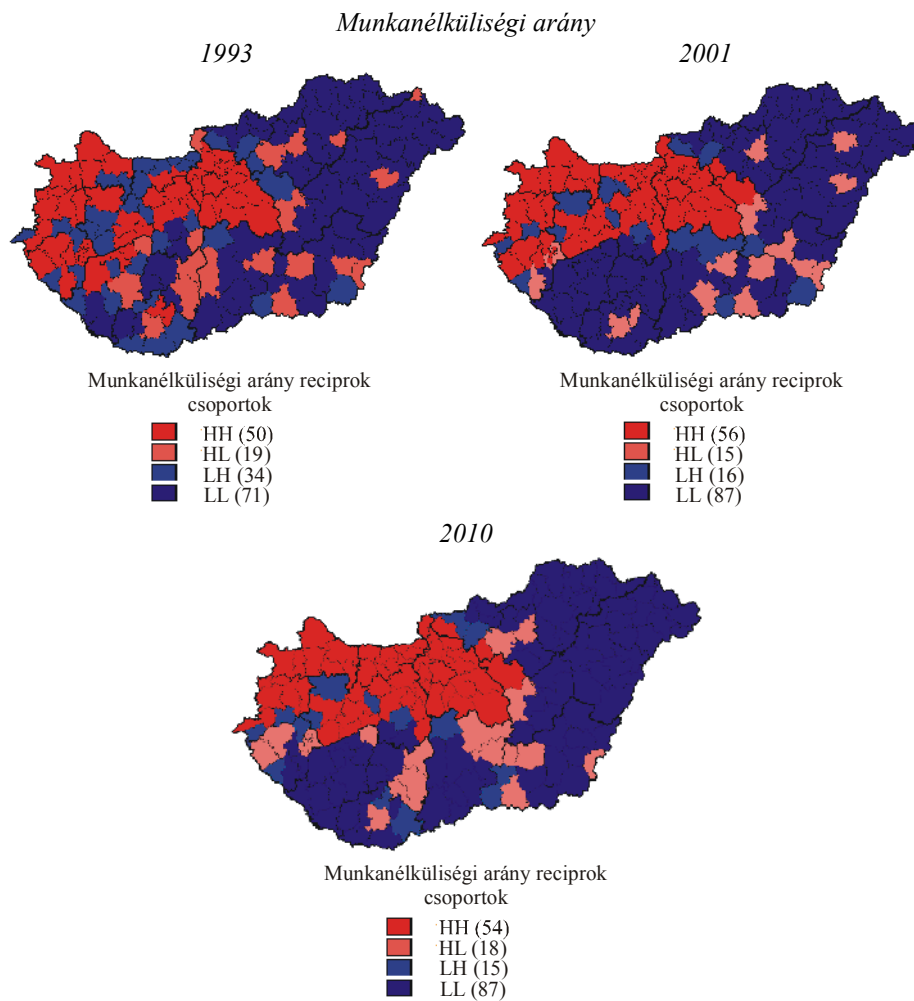
Az álltalanság és az életkilátások közötti legszembetűnőbb különbség, hogy előbbinél mindhárom évben sokkal több kistérség került a HH és LL csoportba. Ez alapvetően homogénebb térszerkezetre utal, amit a globális területi autokorreláció számítása is megerősített. A munkanélküliség alapján megállapítható, hogy az évek során Dél-Dunántúl egyre rosszabb helyzetbe került (4. ábra). Észak-Magyarország és Észak-Alföld keleti-északkeleti területeinek hátrányos helyzete markánsan megjelent, egyben elkülönült az ország többi részétől. Eközben Közép-Dunántúlon folyamatosan javuló helyzet tapasztalható. Közép-Magyarország az egyetlen olyan régió, amelynek pozíciója mindhárom évben kedvező volt.

A születéskor várható átlagos élettartam alapján jóval mozaikosabb területi mintázatot kaptunk eredményül, és kevésbé lehetett kijelölni nagy, összefüggő, homogénnek tekinthető területeket. Az északkeleti országrész kedvezőtlen helyzete már 1993-ban megjelent, amely aztán tovább „terjeszkedett” az ország középső részei felé: Heves és Jász-

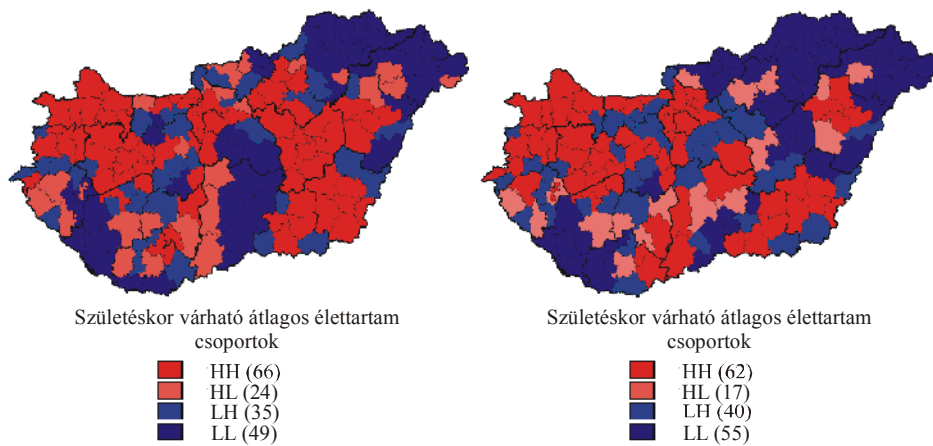
Nagykun-Szolnok megye értékei ugyan még jók voltak 1993-ban, de ez a később negatív irányban megváltozott. Ugyanez szintén megállapítható az ország délnyugati területeiről is: az évek folyamán egyre inkább elmaradtak az átlagos helyzetben lévő területektől. Az ország északnyugati része viszont folyamatosan elkülönült magas értékeivel, vagyis a lakosság hosszabb élettartamával az ország többi részétől.

4. ábra

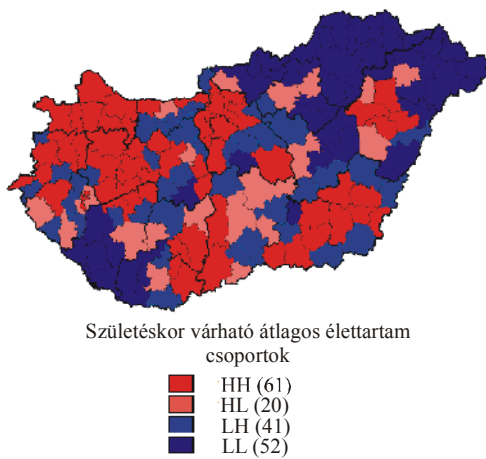
A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam lokális területi autokorrelációja, 1993, 2001, 2010



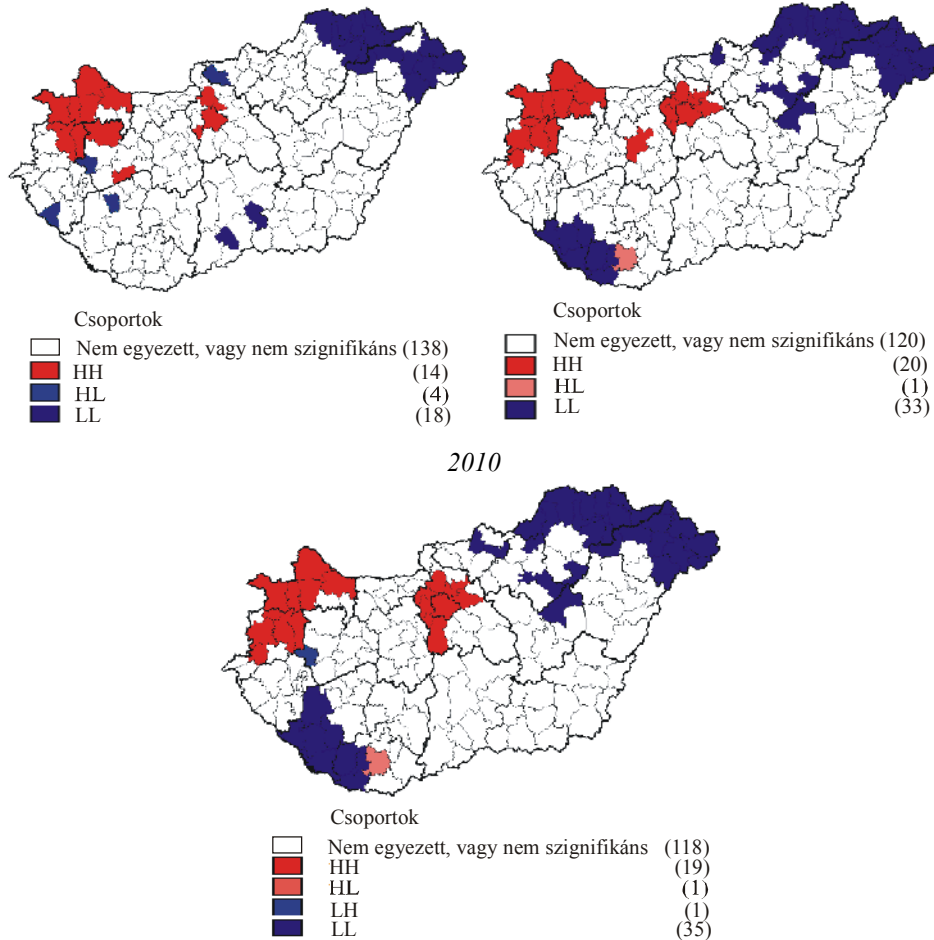
Születéskor várható átlagos élettartam



2010



Munkanélküliségi arány és születéskor várható átlagos élettartam összevont értékei



Forrás: saját szerkesztés.

A munkanélküliség és a születéskor várható átlagos élettartam azonos és szignifikáns jellemzőinek összevonása tájékoztat arról, hogy a szomszédos kistérségek milyen helyzetben voltak, illetve kerültek egymáshoz képest az évek során. Például Budapest mind a munkanélküliség, mind az életkilátások tekintetében HH besorolást kapott, tehát a szomszédos kistérségek hasonlóan jó helyzetűek voltak egymáshoz képest. A HH besorolás alapján 1993-ban 36, 2001-ben 54, 2010-ben pedig 56 ilyen kistérség volt az országban. A HH csoportba tartozó kistérségek száma a vizsgált évek során tehát folyamatosan növekedett, igaz, 2001-hez képest 2010-re a legkisebb mértékben. A HH csoport kistérségei minden évben az ország északnyugati részén, valamint Budapesten és a budapesti agglomeráció nyugati és északi szektorában helyezkedtek el. Ezek a kistérségek azokat a nagy, összefüggő területeket jelölték ki, amelyek a munkanélküliséget és az életkilátásokat

együttvéve a legjobb helyzetben voltak az országban. Az LL csoport kistérségei azok, amelyek mindkét mutató esetében a legkedvezőtlenebbek országosan. Az LL csoport kistérségei minden évben egyöntetűen az ország északkeleti részében, az országhatár menti periferikus területeken voltak. Ennek az összefüggő területnek a térbeli kiterjedése 2001-ről 2010-re nem változott, hanem állandósultak a kedvezőtlen kistérségek. Ugyanakkor a délnyugati területek kedvezőtlen helyzetű kistérségei 2001-től jelentek meg, térbeli kiterjedésük pedig egyértelműen tapasztalható volt 2001-ről 2010-re.

Az állástalanság és az életkilátások térbeli összefüggéseinek területi autokorrelációval történő vizsgálatával a következő főbb megállapításokra jutottunk:

- A területiség valóban meghatározó tényező a munkanélküliség és a várható élettartam kapcsolatrendszerében.
- A nyugat–kelet relevancia részben értelmezhető a területi egyenlőtlenségek alakulásában a válság egészséghatásaival összefüggésben.
- A munkanélküliség és az életesélyek kapcsolata alapján kirajzolódó területi mintázat – az 1990-es évek elejéhez képest – differenciált átalakulása történt.

Az ország egyes részeiben területileg állandósulni látszanak a jobb és a rosszabb helyzetben lévő kistérségek, míg máshol a kistérségek javulása vagy rosszabbodása következett be az elmúlt húsz év során. 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 kistérségek, amelyeknél jelentős javulás következett be az elmúlt két évtizedben, sőt jelenleg akár még az országos átlagokhoz képest is jobb mutatókkal bírnak. A nyugat–kelet meghatározottságú területi szerkezetben jelentős mértékben érvényesülnek a szomszédsági viszonyok, vagyis kisebb az esélye annak, hogy nagy számban szigetszerűen jelennének meg akár jó, akár rossz helyzetű kistérségek az országban. A szomszédsági kapcsolatok eredményeként növekedett a rossz helyzetűként definiált kistérségekből álló területek térbeli kiterjedése, ugyanez a jó helyzetű területek esetében kevésbé látványos, míg a közepes, átlagos helyzetű kistérségek térbelileg állandósulni látszanak.

A válság területi hatásai két módon érvényesülnek az életkilátásokban. Egyrészt a javuló tendenciával jellemezhető, vagy eleve jó helyzetű kistérségekben nem rosszabbodnak az életkilátások, még a romló makrogazdasági feltételek között sem. Másrészt a romló, vagy eleve rossz helyzetű kistérségekben a válság hatására lelassul a születéskor várható átlagos élettartam egyébként is mérsékelt javulása.

Összefoglalás

A válság népegészségügyi – tehát elsősorban egészségi – hatásainak bizonyítása összetett, komplex feladat a bonyolult összefüggések, illetve az egészségi állapotra ható számos társadalmi-gazdasági tényező miatt. Területi szemléletű vizsgálatunkban elsődlegesen a munkanélküliség – mint válságtényező –, valamint a születéskor várható átlagos élettartam – mint az életkilátások releváns mutatója – kapcsolatrendszerén keresztül értelmeztük az állástalanság meghatározó erejét az egészségügyenlőtlenségek területi alakulásában.

A jelenlegi gazdasági válság hazai egészséghatásainak megítélése egyelőre bizonytalan és ellentmondásos. Tény, hogy a válság hat jövedelmi viszonyainkra és fogyasztásai

szokásainkra, ezáltal egészségünkre és egészségmagatartásunkra. A megfelelő részletezésű és területi bontású adatok hiányában nehéz statisztikailag bizonyítani a tényszerű összefüggéseket. Azonban a hazai rossz egészségi állapot és a meglévő egészségyenlőtlenségek ismeretében feltételezhetjük, hogy a megváltozott gazdasági helyzet – a termelés visszaesése, a beruházások elmaradása, az állástalanság növekedése, az árak emelkedése, a fogyasztás visszaesése – a válság kezdete óta befolyásolta a társadalmi egyenlőtlenségekből fakadó egészségeltéréseket.

Magyarországon az 1990 utáni válságok egészséghatásaiban leginkább a társadalmi egyenlőtlenségek meglétét szükséges alapul venni. A hazai foglalkoztatás több mint 20 éve tartó bizonytalanságai, a korábban nem tapasztalt társadalmi pozícióvesztés, a sorozatos kudarcok mentális megélésének adaptációs zavarai (például szenvedélybetegségek) egyes társadalmi csoportok számára állandósult krízishelyzetet jelentenek. Ebben a kontextusban a globális folyamatok eredményeként elmélyülő jelenlegi gazdasági recesszió – az „új munkanélküliség” megjelenése mellett – ismételten a társadalmilag kirekesztett csoportok, rétegek számára jelenti a legnagyobb egészségkockázatot, amelynek területi megjelenése a hátrányos helyzetű kistérségekben, településeken nyilvánul meg a legmarkánsabban. Ez önmagában a területi egyenlőtlenségek erőteljes növekedésének veszélyét is magában rejt.

Egyetértünk a szakirodalmi előzményekkel abban (Daróczi 2004, Klinger 2007, Kovács 2006, Lackó 2010), hogy epidemiológiai szempontból a mindenkori válságok legveszélyeztetettebb csoportjai a – halmozottan – hátrányos helyzetűek: jelen tanulmányban őket a rendelkezésre álló adatok alapján a munkanélküliséggel és a kedvezőtlen földrajzi helyzettel, valamint szomszédsági viszonyokkal (periféria, félperiféria) azonosítottuk. A közepesen erős és igen erős korrelációs összefüggések megerősítették a munkanélküliség magyarzóerejét a válság egészséghatásaiban, másrészt a munkanélküliség és az életkilátások kapcsolatrendszerét egyfajta kettősség jellemzi. Sokan és sokféleképpen elemezték már a gazdasági mutatók életesélyekre kifejtett hatását (például Kovács 2011, Lalonde 1974, Marmot–Wilkinson 2006, Suhrcke et al. 2005), tehát a szakirodalom alapján elfogadhatjuk, hogy az összefüggés bizonyított, releváns és aktuális. Azonban az 1990 óta eltelt időszak során számtalan pozitív társadalmi hatás volt tapasztalható (például az iskolai végzettség javulása, az életszínvonal emelkedése, a jövedelmek növekedése), amelyek már a kilencvenes évek második felétől az életkilátások kitartó, bár lassú növekedését eredményezték. Vagyis, a jelenlegi válság egészséghatásait egyrészt a hazai viszonyokhoz képest is relatív kedvező egészségfolyamatok függvényében, másrészt a mostani válság újszerű strukturális hatásai ismeretében kell értelmezni. A mechanizmus feltárásában pedig azt is figyelembe kell venni, hogy a kor- és okspecifikus halálozási mutatók válság miatti rosszabbodása csak évekkel később lehet hatással az egészségben eltölthető átlagosan várható élettartam alakulására úgy, hogy a negatív következmények csak a társadalom egy részét érinthetik. A makrogazdasági helyzet drasztikus és rendkívül gyors kedvezőtlen meghatározottságát az egészségfolyamatokban csak a rendszerváltás környékén élhettük át. Ezzel kapcsolatban pedig ismételten hangsúlyozzuk, hogy az 1993-as epidemiológiai válság mélypontja nemcsak a társadalmi-gazdasági átmenet, hanem eleve az évtizedek óta romló morbiditási és mortalitási statisztikák eredményeképpen is körvonalazódott (Józan 1994a, b).

A válságok egészséghatásainak bemutatásában nem szabad figyelmen kívül hagyni a válságkezelő intézkedések közvetlen és közvetett népegészségügyi következményeit sem. Válság idején az egészségügyi ellátórendszerre fordított kiadások csökkentése, a betegségmegelőző és egészségmegőrző, egészségfejlesztő tevékenységek visszaszorítása, a kieső egészségbiztosítási bevételek miatt elmaradt fejlesztések nyilvánvalóan egészségvesztéssel járnak együtt. Ennek mértéke függ a nemzetgazdaság kiszolgáltatottságától, a nemzeti válságkezelő programok, beavatkozások gyorsaságától és hatékonyságától, valamint a leghátrányosabb társadalmi csoportok sérülékenységétől (Makara 2010).

A jelenlegi gazdasági helyzetben a legfőbb kihívás olyan módszertani és közpolitikai eszközök kidolgozása, amelyek alkalmasak a válság kedvezőtlen egészséghatásainak jövőbeli elkerülésére, a népesség egészségi állapotának védelmére, az egészségyenlőtlenségek csökkentésére. A kutatás tervezett folytatásaként céljaink között szerepel további társadalmi-gazdasági meghatározók bevonása a számításokba, valamint néhány népegészségügyi szempontból meghatározó jelentőségű betegséggel (például keringési, daganatos) kapcsolatos ellátási és területi egyenlőtlenség vizsgálata, a válsághatások értelmezésén keresztül. A mechanizmusok finomhangolású feltárásához szükségesnek tartjuk a jövőben olyan helyi szintű kérdőíves felmérések megvalósítását, amelyek alkalmasak a munkanélküliség miatt megváltozott életmód, fogyasztási szokások és a különböző betegségek közötti összefüggések alaposabb megismerésére.

IRODALOM

- Benach, J. – Muntaner, C. – Santana, V. (2008): *Employment Conditions and Health Inequalities*. WHO – CSDH, Montreal.
- Böckerman, P. – Ilmakunnas, P. (2008): Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics* 18 (2): 161–179.
- Daróczi Etelka (2004): A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban. In: Daróczi Etelka – Kovács Katalin (szerk.): *Halálzási viszonyok az ezredfordulón - társadalmi és földrajzi választóvonalak*. pp. 41–74. Kutatási Jelentések 77. KSH, Budapest.
- Dusek Tamás (2004): *A területi elemzések alapjai*. Regionális Tudományi Tanulmányok 10. ELTE Regionális Földrajzi Tanszék – MTA-ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport, Budapest.
- Elstad, J. I. (2005): The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: Bartley M. – Blane D. – Smith G. D. (ed.): *The Sociology of Health Inequalities*. pp. 39-58. Blackwell Publishers, Oxford.
- Hegerl, U. – Wittmann, M. – Arensman, E. – Van Audehove, C. H. – Bouleau, J.H. – Feltz-Cornelis, Ch. – Gusmao, R. – Kopp M. (2008): The “European Alliance Against Depression (EAAD)”: A multifaceted, community based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry* 9 (1): 51–59.
- <http://www.health-inequalities.eu>
<https://teir.vati.hu/>
- Jakobi Ákos – Jeney László (2008): A szomszédsági mátrix problematikájának megoldási lehetőségei – elmélet és gyakorlat. *Területi Statisztika*, 48 (3): 295–304.
- Józan Péter (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statisztikai Szemle*, 72 (3–4): 101–113.
- Józan Péter (1994b): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. *Statisztikai Szemle*, 72 (1–2) pp. 5–20.
- Klinger András (2007): A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. *Demográfia*, 50 (2–3): 252–281.
- 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*, 57 (9): 753–778.
- Lalonde, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians*. Working document. Government of Canada, Ottawa.
- Mackenbach, J. P – Bakker, M. (eds.) (2002): *Reducing Inequalities in Health: An European Perspective*. Routledge, London.
- Makara Péter 2010: A pénzügyi, gazdasági válság várható egészséghatásairól. *Egészségtudomány*, 54 (4): 83–90.
- Marmot, M. G. – Wilkinson, R. G. (2006): *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford and London.
- Nemes Nagy József (1998): *A tér a társadalomkutatásban. Bevezetés a regionális tudományba*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest.
- Raphael, D. (2008): Introduction to the social determinants of health. In: Raphael, D. (ed.): *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. pp. 2-19. 2nd Edition. Canadian Scholars' Press, Toronto.
- Suhrcke, M. – Mckee, M. – Sauto Arce, R. – Tsovalova, S. – Mortensen, J. (2005): *The contribution of health to the economy in the European Union*. European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxembourg, 2005. 140 p. (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf) (Letöltve: 2012. augusztus 6.)
- Vitrai József – Bakacs Márta – Kaposvári Csilla – Németh Rita (2010a): Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. *EgészségMonitor*, Budapest (http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf) (Letöltve: 2012. március 28.)
- Vitrai József – Bakacs Márta – Gémes Katalin – Kiss Norbert – Kövi Rita – Uzzoli Annamária (2010b): Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. *EgészségMonitor*, Budapest (<http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>) (Letöltve: 2012. március 28.)
- 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. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html) (Letöltve: 2011. július 18.)

www.ksh.hu

Kulcsszavak: gazdasági válság, egészségügyegyenlőtlenség, kistérség, területi autokorreláció.

Resume

It is unquestionable that the crisis has been taking effect on the people's state of health, although the impacts are complex. How did the crisis of transition result health deterioration for those social groups who are most affected by unemployment and poverty at the beginning of the 1990s? Does the present crisis have effects on health and life expectancy at all? The main goal of this study is to emphasize primarily the relationship between unemployment and life span, and is also analyse the spatial dimension of health inequalities during the terms of crisis in Hungary.