

## TÁRSADALOMORVOSTAN

## SOCIAL MEDICINE

**A válság és egészség Magyarországon – Feltételezések és vélemények****Crisis and health in Hungary – Assumptions and opinions****UZZOLI ANNAMÁRIA PHD**

**Tudományos munkatárs, Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi  
Kutatóközpont, Regionális Kutatások Intézete, Budapest**

**Research fellow, Hungarian Academy of Sciences, Research Centre for Economic and Regional Science,  
Institute of Regional Studies,**

**Összefoglalás:** A válság népegészségügyi hatásainak bizonyítása sokrétű feladat a bonyolult összefüggések, illetve az egészség állapotra ható számos társadalmi-gazdasági tényező miatt. A szakértői interjúk tapasztalatai és a kérdőíves felmérés eredményei lehetőséget adnak a makrogazdasági változások és az egészségfolyamatok közötti kapcsolatrendszer komplex értelmezéséhez. Az empirikus vizsgálatok tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a válság kedvezőtlen egészséghatásaiban egyaránt definiálhatók a rendszerváltozás hosszú távú következményei, valamint a jelenlegi krízis befolyásoló szerepe.

**Kulcsszavak:** egészség, egyenlőtlenségek, kvalitatív módszerek

**Abstract:** Besides of applied quantitative methods earlier now I also used qualitative research tools as semi-structured interviews and a questionnaire in Budapest to analyse the role of crisis on health inequities in Hungary. Macroeconomic processes have direct impact on the population's state of health. At the beginning of the 90's the transition into the market economy created a similar crisis situation in Hungary. The current prolonged crisis does not attract so much attention to the direct relationships as compared with the crisis twenty years ago.

**Key words:** health, inequities, qualitative methods

**EGÉSZSÉGTUDOMÁNY  
HEALTH SCIENCE**

Közlésre érkezett:

Submitted:

Elfogadva:

Accepted

**57/3 10-27 (2013)**

**57/3 10-27 (2013)**

2013. április 26

April 26 2013

2013. Május 10

May 10 2013

**UZZOLI ANNAMÁRIA PhD**

MTA KRTK RKI

H-7621 Pécs, Papnövelde u. 22.

e-mail: uzzoli@rkk.hu

## Bevezetés

A világ fejlettebb országaiban, de kiváltképp Európában tapasztalható gazdasági (strukturális) és pénzügyi (likviditási) válság rosszul, vagy egyáltalán nem kezelt társadalmi-gazdasági konfliktushelyzetek sorozata miatt alakult. A kibontakozó válsághelyzetnek már 2007. közepétől egyértelmű jelei voltak (pl. másodrendű jelzáloghitel piac megjelenése az Amerikai Egyesült Államokban), ami 2008. szeptember 15-én a *Lehman Brothers* bankintézet csődjéhez vezetett. 2008. október az értékpapírok és az értéktőzsde fekete hónapjaként elhíresült időszakhoz köthető a válság globalizálódásának kezdete. A pénzügyi válság, amelynek során a pénz utáni kereslet jóval meghaladta a kínálatot, gazdasági következményei (pl. beruházások elmaradása, növekvő munkanélküliség) már 2008. év végétől megfigyelhetők voltak a világ fejlett országaiban. A kedvezőtlené váló pénzpiaci folyamatok (infláció, defláció, árfolyam-ingadozások) közvetetten is hozzájárultak ahhoz, hogy 2009. első negyedévtől kezdődően a pénzügyi és gazdasági válság hatásai erősödtek a munkaerőpiacon. A munkavállalók bizonytalanná váló munkaerő-piaci helyzete, a háztartások jövedelmének csökkenése, a családok eladósodása, a makrogazdasági változások (pl. beruházások elmaradása, termelés csökkenése, GDP-visszaesés) 2010-ben már szerepet játszottak a fogyasztás visszaszorulásában, a kereskedelem beszűkülésében. Ez az öngerjesztő folyamat – több más tényezővel egyetemben – a válság elhúzódását eredményezte, tüneteivel napjainkban is szembe kell nézni, egyben fel kell készülni kezelésükre.

Magyarország 1990. utáni történelme lehetőséget ad a társadalmi-gazdasági válságok egészségi állapotra gyakorolt hatásának hosszú távú kutatására. A jelenlegi globális és európai válság olyan tömeges jelenségek, mint a létbizonytalanság, a munkanélkülivé válás, az életszínvonal-csökkenés, a társadalmi pozícióvesztés, a fokozódó stresszhatás egészségszennyezőtlenségek alakulásában betöltött szerepének elemzésére is alkalmasak. A válság társadalmi következményeinek megítélése egyelőre ellenmondásos: egyrészt statisztikailag csak néhány év távlatában lehetséges az összefüggéseket vizsgálni, másrészt módszertanilag szűk a vizsgálatba bevonható társadalmi-gazdasági mutatók köre, harmadrészt nehéz meggyőzően bizonyítani a makrogazdasági és az egészségfolyamatok közötti bonyolult kapcsolati mechanizmusokat. Tény, hogy a mindenkori gazdasági helyzet közvetlenül és áttételesen is hatással van a népesség életmódjára, egészségmagatartására, az egészségügyi ellátórendszer működésére, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére és hozzáférhetőségére, s így egészségi állapotra és az egészségszennyezőtlenségekre.

## Vizsgálati módszerek

A válság és az egészség kapcsolatrendszerének feltárása a kvantitatív módszereket tekintve korlátozott. Nem áll rendelkezésre elég információ, nincs megfelelő adatgyűjtés, kevés az intézményi és kutatói kapacitás az összefüggések összetett, soktényezős értelmezéséhez. Ugyan az elmúlt években számos statisztikai elemzés született Magyarországon, köztük a munkanélküliség és az életkilátások válság okozta feltételezett egymásra hatásairól (1), mégis hiányoznak a komplex szemléletű szakirodalmi források. Eddig megjelent statisztikai célú munkáimban a válság- és egészségfolyamatok területi alakulását vizsgáltam (2, 3), viszont az eredmények finomhangolású értékelése miatt fontosnak tartom a kvalitatív technikákkal (pl. interjú, kérdőíves felmérés) szerzett tapasztalatok interpretálását is.

A szakirodalmi előzmények értékelő feldolgozása után, valamint a korábbi kvantitatív szemléletű vizsgálatok eredményei alapján döntöttem amellett, hogy részben interjúkészítéssel, részben kérdőíves felméréssel egészítem ki a vizsgált témában eddig megszerzett ismereteket.

A válság egészséghatásainak szakértői véleményezésére 12 félig strukturált interjú készült népegészségügyi szakemberekkel 2013. január és március között. A beszélgetések a feltételezett kapcsolatrendszer, a létező mechanizmusok és a lehetséges magyarázatok tanulmányozására irányultak egyrészt különböző diszciplínák eltérő aspektusán keresztül, másrészt a gyakorlatorientált szakemberek tudása segítségével. Az interjúk esetenként egymásfél órát vettek igénybe, az eredmények összesítése pedig egy előre kidolgozott szempontrendszer alapján zajlott.

A kérdőíves felmérésre Budapest három kerületében (II., VIII., XVIII.) 150 fős mintán (n=150) került sor egyetemi hallgatók bevonásával 2013. február 25-28. között a kerületi járóbeteg-szakrendelőkhöz (4). A saját kidolgozású kérdőív lekérdezése anonim módon történt, a kérdezőbiztosok koordinálásában egy-egy kérdőív kitöltése kb. 20 percet vett igénybe. A 15 kérdésből álló kérdőív elsősorban a szocio-demográfiai jellemzőkre, az egészségi állapot szubjektív értékelésére, az életmódbeli szokások felderítésére, az ellátórendszer igénybevételére épült: két rejtett kérdés közvetetten vonatkozott a válság következményeinek lakossági megítélésére. Ez utóbbi eredmények részletesebb bemutatására kerül sor a tanulmányban. A mintaterületek kiválasztásának fő szempontja az volt, hogy a helyi lakosság egészségi állapota alapján egy kedvezőtlen (VIII. kerület), egy kedvező (II. kerület), és egy átlagos (XVIII.) helyzetű kerület kerüljön be a felmérésbe.

Jelen tanulmány célja tehát a multidiszciplináris tudományos kutatást és a bizonyítékokon alapuló, informált szakpolitikai döntéshozatalt támogató eredmények közzététele.

### Szakirodalmi előzmények

Az egészségyenlőtlenségek hazai kutatásának komoly hagyományai, számottevő előzményei vannak. Jelen munka keretében csak azokat a szakirodalmi forrásokat cél bemutatni, amelyek tapasztalatai, főbb megállapításai hozzájárultak a vizsgálati módszertan kidolgozásához.

*Kovács Katalin* az egészségyenlőtlenségeket öt egyenlőtlenségi dimenzió mentén vizsgálta (5): 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 következtetésük, hogy „*a rendszerváltozásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülmények terén, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a magasabb iskolai végzettségűek, különösen a diplomások voltak*” (6). 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 magyarázótenezőként az iskolai végzettséget szerepeltette elemzéseiben. Az epidemiológiai átmenet elméletek kapcsán többek között a következő konklúziókat fogalmazta meg: „*az iparosodott, megfelelő közegészségügyi rendszerrel és közel mindenre 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*” (7).

*Klinger András* több munkájában a kistérségi szinten jelen lévő egészségyenlőtlenségeket halandósági vizsgálatokon keresztül értelmezte: például gazdasági és infrastrukturális, a társadalmi-szociális és foglalkoztatási helyzetre vonatkozó mutatókkal komplex indexet számolt (8, 9, 10, 11).

*Vitrai József* és szerzőtársai egy kutatás-sorozat keretében az ellátási szükségletek, az ellátások igénybevételi és az ellátásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit tanulmányozták. Vizsgálataikba számos egyéni (nem, életkor, kockázati magatartásformák, jövedelem, foglalkozás stb.) és környezeti tényezőt (lakóhelyre, munkahelyre, ellátásra vonatkozók) vontak be (pl. 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 (12, 13, 14).

*Daróczi Etelka* az egészségyenlőtlenségeket 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*” (15).

*Józan Péter* munkássága rávilágított a rendszerváltozás és az átmeneti időszak hazai egészségi viszonyaira, az epidemiológiai válság kiváltó okaira és társadalmi-gazdasági következményeire. A szerző egyrészt az 1990. utáni egészségromlás és várható élettartamcsökkenés tényleges 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 (16, 17).

*Lackó Mária* tanulmánya a témafeldolgozás szempontjából azért fontos, mert megállapította: „*Magyarországon a munkanélküliség új jelenség volt a rendszerváltást követően, így ennek sokkhatása nyilvánvalóan nem hagyta érintetlenül az emberek egészségi állapotát. Ugyanakkor azt is láthattuk, 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*” (18). A szerző utalt arra is, hogy a munkanélküliség és az egészségi állapot negatív kapcsolata nem egyértelmű, bár ő a lehetséges egészségjavulást az egészségre káros munkahelyek megszűnésében látja.

*Makara Péter* felhívta a figyelmet arra, hogy a válságkezelő intézkedéseknek közvetlen és közvetett népegészségügyi következményeinek vannak. „*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 sérülékenységtől (19).

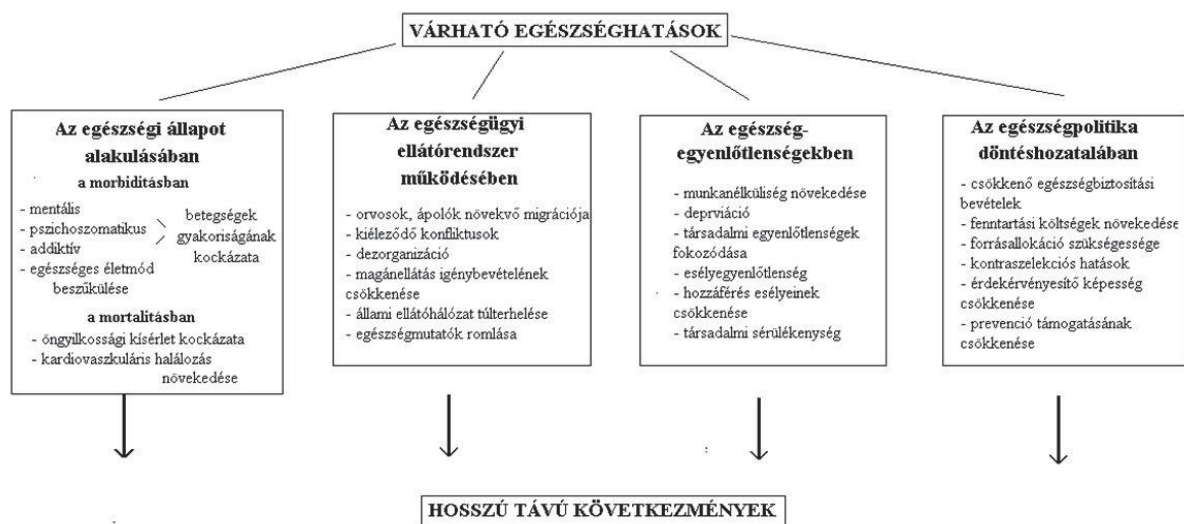
## **Eredmények**

A válságjelenségeknek (pl. munkanélküliség, jövedelemcsökkenés, fogyasztás visszaesése) közvetlenül és közvetetten is szerepük van az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos folyamatokban. A hatások elsősorban a negatív tendenciák felerősödésével és újszerű folyamatok kialakulásával járnak együtt. A rövid távú hatások (mint például a mentális betegségek gyakoriságának növekedése) néhány év tükrében kevésbé értelmezhetők, azonban hosszú távon az egészségpolitikai döntéshozatalnak fel kell készülnie a

következmények kezelésére. Bár a szekuláris hatások (pl. az iskolai végzettség javulása) középtávon ellensúlyozhatják a válság egészséghatásait, ennek kiszűrése nagy kihívás a tudományos kutatás számára.

A szakértői interjúk eredményeinek összegzése a következő fókuszpontokra hívta fel a figyelmet a válság feltételezhető szerepe kapcsán (1. ábra):

- a morbiditási és mortalitási helyzet változásában,
- az egészségügyi ellátórendszer működésében,
- az egészségügyenlőtlenségek alakulásában,
- az egészségpolitika döntéshozatali mechanizmusában valószínűsíthető a válság hatása.



1. ábra: A válság feltételezett egészséghatásai a szakértői interjúk tapasztalatai alapján, 2013.

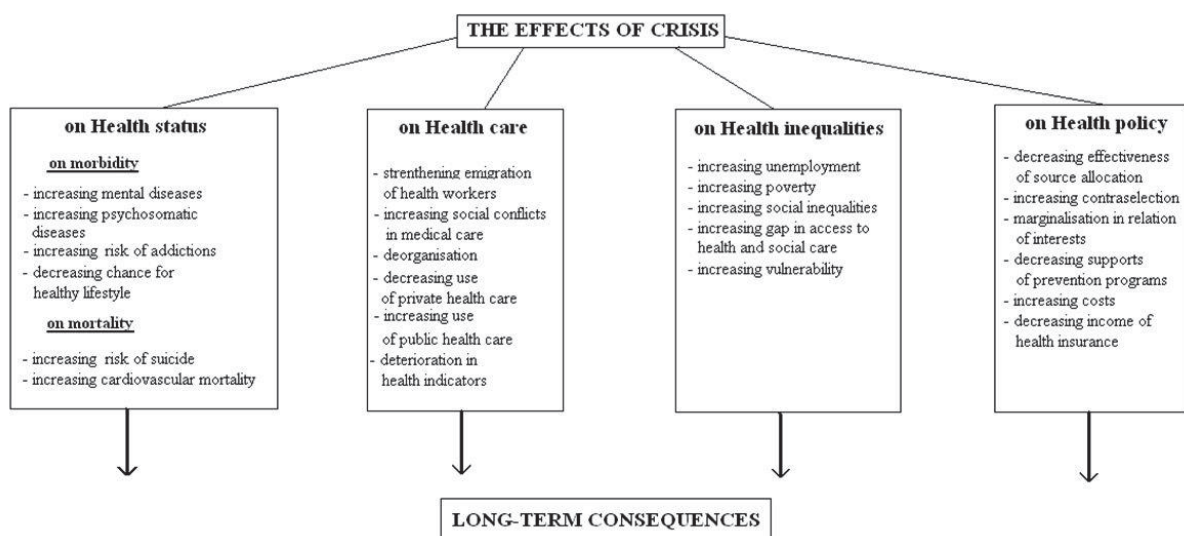


Fig. 1: The effects of structural crisis on health according to the empirical results of expert interviews, 2013

*A válság szerepe a morbiditási és mortalitási helyzet változásában*

A válság miatt bekövetkező egészségveszteség a mortalitás növekedésével és/vagy az életesélyek csökkenésével járhat együtt.

A fejlett országok okspecifikus halandósága állandónak tekinthető a XX. század közepe óta, azaz az összhalálozások legalább fele a keringési rendszeri, legalább negyede pedig a daganatos megbetegedésekből adódik. E két halálóki főcsoport a légző- és emésztőrendszeri halálóki főcsoporttal együtt a halálozások több mint 90%-áért felelősek. A válsághelyzet így tehát a korai többlethalálozás és/vagy a megnövekedett öngyilkosságok okán fejtheti ki hatását a mortalitási viszonyokban.

A válság tényének és következményeinek mentális feldolgozása, a lelki egyensúly fenntartása a fokozódó stressz ellenére – például a munkahely elvesztése, az attól való félelem, a csökkenő jövedelem okozta kilátástalanság – rendkívüli terhet jelent az emberek számára. A különféle felnőttkori abúzusok széleskörű elterjedése nemcsak az egészségre ártalmas szokások állandósulásával jár, hanem a veszélyes életmódot követőknél megnövekszik a fertőzések (pl. hepatitis, HIV) kockázata is. A gazdasági visszaesés időszakában a munkavállalók a létbizonytalanságból fakadóan nem engedhetik meg maguknak, hogy betegszabadságos napok terhére gyógyuljanak: vagy orvoshoz sem fordulnak panaszaikkal, vagy később kerülnek be az ellátórendszerbe és eleve magasabb szinten kell kezelni őket, vagy a gyógyszerek önkényes szelekcióját alkalmazzák, vagy rövidebb időt fordítanak felépülésükre. A válság pszichés megélése valóban beteggé tesz, hiszen negatív hatást gyakorol az egyén identitására: növeli a pszichoszomatikus és addiktív megbetegedések gyakoriságát, a depressziós-tünetegyüttes megjelenését és az öngyilkossági kísérletek kockázatát. Évtizedekre előre meghatározhatja az egészségügy finanszírozását, hogy a pszichoszomatikus és addiktív betegségek egyre fiatalabb korosztályokat érintenek, egyre fiatalabbakat érintenek.

Már a válság kezdetén, 2009. tavaszán a WHO Európai Regionális Bizottsága az oslo-i konferencia (2009. április 1-2.) keretében felhívta az európai országok figyelmét a körvonalazódó válság várható egészséghatásainak kezelésére. A kongresszus célja volt a segítségnyújtás az európai országoknak a kockázatok megelőzéséhez és az irányelvek kidolgozásához. Korábbi tapasztalatok alapján különösen a magasvérnyomás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek fokozott kockázata került megnevezésre a válság egészségi állapotot érintő és egészségügyi vonatkozásai áttekintésére szervezett rendezvényen.

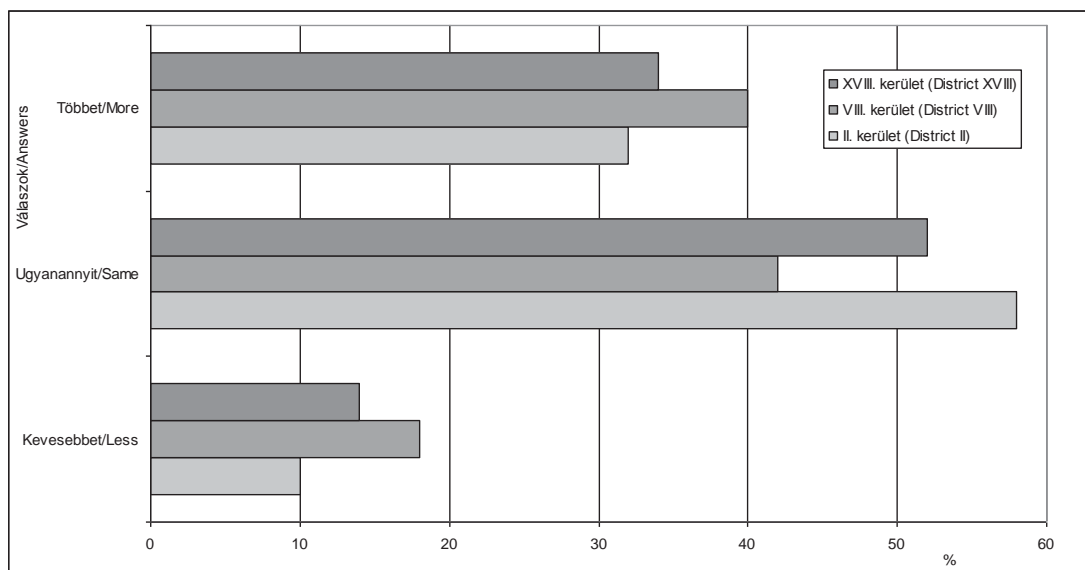
A válság a kedvezőbb társadalmi helyzetben lévőket is ugyanúgy hátrányosan érintheti. Instabil helyzetben a fogyasztás visszaszorulása éppen az egészséges termékek, szolgáltatások iránti kereslet csökkenését eredményezheti, így az egészséges életmód lehetőségeinek beszűkülésével járhat. A válság hatásának rejtett összefüggését tárta fel a

kérdőíves felmérés azon része, amely arra vonatkozott, hogy a megkérdezett az egy évvel korábbi helyzetéhez képest mennyit költ egészségére (2. ábra). A többség (51%) ugyanannyi pénzt szán egészségére, mint korábban (kevesebbet 14%-ban, többet 35%-ban), viszont a válaszkategóriák kerületek szerinti megoszlásában jelentős eltérések voltak tapasztalhatók. A II. kerületben megkérdezettek 10%-a kevesebbet, 32%-a pedig többet fordított egészségi állapota fenntartására. A VIII. kerületben voltak többségben azok (18%), akik véleményük szerint kevesebbet költenek egészségükre, de az összes kerület között itt neveztek meg legkevesebben azt a választ, hogy anyagiakban többet jelentene egészségük az egy évvel korábbihoz képest. A XVIII. kerületi válaszadók 14%-a kevesebbet, 52%-a ugyanannyit, 34%-a többet áldozott egészségére, mint egy évvel korábban.

Részben az egészséggel kapcsolatos kiadásokat, részben azzal kapcsolatos fogyasztási szokások alakulását, az egy évvel korábbihoz képesti változását szintén vizsgáltuk a kérdőíves felmérés során (I. táblázat). Bár a kérdés nem vonatkozott a kiadások árban kifejezett részletezésére, mégis következtethetünk más kérdések eredményeiből arra, hogy bizonyos többletköltségek az elmúlt egy év során bekövetkező árnövekedésből, jövedelemcsökkenésből vagy éppen az egészségi állapot romlásából adódnak-e. Természetesen, mindhárom tényező hatással lehetett arra, hogy a válaszadók bizonyos termékekre, szolgáltatásokra többet költöttek a múlt évhez képest, viszont az összes megkérdezett 35%-a vélt egészségében rosszabbodást tavalyi egészségi állapotához képest (4. ábra). Ez arra enged következtetni, hogy az egészséggel összefüggő kiadások emelkedésében az egészségi állapot romlása is jelentős szerepet játszott a lakosok körében.

Az élelmiszerek árának növekedése két módon hat a fogyasztási szokásokra: vagy ugyanazokra az élelmiszerekre többet költenek – ami erőteljesen függ anyagi helyzetüktől –, vagy bizonyos élelmiszerek mennyiségét csökkentik, akár teljesen megszüntetik vásárlásukat. A válság szerepe értelmezhető abban is, hogy az egészséget közvetlenül támogató tevékenységek (rekreáció, sportolás, táplálék kiegészítők fogyasztása) visszaszorultak. A gyógyszerfogyasztás többletköltsége (42%) adódik az egészségromlásból, az idősödés mértékéből a krónikus betegségek súlyosbodásából: ugyanakkor a válaszadók 37%-a valószínűleg a gyógyszerek szelektálása vagy elhagyása miatt költött kevesebbet ilyen termékekre.





**2. ábra:** Mennyit költ egészségi állapotára az egy évvel korábbihoz képest? – a válaszok megoszlása a kérdőíves felmérésben, 2013.

**Fig. 2:** What does your health cost now in comparison with last year? - results by the questionnaire survey, 2013

**I. TÁBLÁZAT: Az egészséggel kapcsolatos kiadások változása az elmúlt egy év során a kérdőíves felmérés eredményei alapján, 2013.**

**TABLE I: Changes in costs on health during last year according to the results of questionnaire survey, 2013**

	Kevesebbet/Less	Ugyanannyit/Same	Többet/More	Nem tudja/Do not know	Nem költ rá/Nothing
Élelmiszer/Food	40	12	47	1	0
Ruházat/Clothes	43	37	13,5	2,5	4
Gyógyszer/Medicine	37	8	42	3	10
Gyógyászati segédeszközök/Medical aids	18	6	10	7	59
Sportolás/Sport activities	31	11	15	3	40
Kikapcsolódás/Recreation	45	20	15	0,5	19,5
Táplálék kiegészítők, vitaminok/Supplemental food, vitamin	35	9	18	1	37
Magánorvosi ellátás/Private health services	21	5	7	2,5	64,5

Az egyes válaszkategóriák kerületek szerinti megoszlása bizonyította, hogy minden termék és szolgáltatás fogyasztásának visszaszorulása a VIII. kerületben volt megfigyelhető. A fogyasztási szokásokban és azok költségeinek alakulásában változatlan volt a helyzet a II. kerületi válaszadók között. Szembetűnő, hogy a megkérdezettek 40%-ának egyáltalán nem voltak sportolással kapcsolatos kiadásai, egyáltalán nem költöttek erre a tevékenységre.

#### *A válság szerepe az egészségügyi ellátórendszer működésében*

A válságkezelés különböző formái alapvetően dezorganizálják az egészségügyet, például azáltal, hogy csökken az egészségügy érdekérvényesítő szerepe.

Nagy kérdés, hogy a finanszírozás (forrásteremtés és forrásallokáció) milyen mértékben szolgálja – ha egyáltalán szolgálja – a problémamegoldást. Szintén figyelembe kell venni, hogy a jelenlegi válság a kontraszelektív hatásokat (pl. orvosok elvándorlása, egészségügyi humán erőforrás leértékelődése a munkaerő-piacon) felerősítette Magyarországon. A gazdasági visszaesés miatt kevesebb forrás jut megelőző, felvilágosító programokra, amelynek következményei többféle módon lehetnek hatással a népesség egészségi állapotára:

- Kevesebb szűrésre kerül sor.
- A fertőző betegségek szűrésének elmaradása növeli a fertőzőtségi veszélyt, és akár lokális járványok kialakulásához vezethet.
- Az elmaradt szűrés miatt a beteg nem jut időben megfelelő ellátáshoz, ami tovább növeli a fertőzőtségi veszélyt, illetve csökkenti gyógyulási esélyeit.
- Az állami egészségügyi intézmények mellett az alapítványok sem kapnak megfelelő mértékű támogatást, ezért nem tudják hatékonyan segíteni a prevencióos tevékenységet.

Gazdasági krízis alatt értelemszerűen a munkanélküliség növekedése az egészségbiztosítási bevételek csökkenésével jár együtt, ezért ilyen időszakokban megnőnek az egészségügyi rendszerek fenntartási költségei. Ugyanakkor a WHO 2009. májusában nyilvánosságra hozott figyelmeztetése fontos üzenet volt a válság kezdetén a nemzeti egészségügyi rendszereknek, intézményeknek, politikai döntéshozóknak. Lényege, hogy az egészségügyi rendszer fontos szerepet játszik a munkaerő védelmében, ezért válság idején is még inkább biztosítani kell mindenki számára az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Ez pedig áttételesen a szegénység és a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésének egyik hatékony eszköze lehet. Ráadásul a gazdasági válságok idején az emberek lemondanak a magánorvosi ellátásról, és inkább az állami egészségüghöz fordulnak, pedig sok országban az állami egészségügy már amúgy is túlterhelt és alulfinanszírozott. A válság különböző megjelenési formái az egészségügyi ellátórendszerben egymás hatásait felerősítik, amelyek

előbb vagy utóbb az ellátás mutatóiban is romlást eredményeznek (pl. a várólisták hosszabbodása).

A magyar egészségügyi ellátórendszer struktúrájában, működésében és finanszírozásában meglévő anomáliák, belső ellentmondások és társadalmi konfliktushelyzetek a válság hatására kiéleződtek. Igaz, ezek már 1989 előtt is megvoltak, ezért a jelenlegi elhúzódó gazdasági visszaesés erősebben hat az egészségügyi szektorra. Az egyik legnagyobb probléma, hogy a rendszerváltozást követően elmaradtak az alapvető reformintézkedések. Az elmúlt több mint húsz évben pedig újabb kihívásokkal kellett szembesülnie az ellátórendszernek, amelyek részben a demográfiai helyzetből (pl. idősödés), részben a területi egyenlőtlenségekből (pl. a szolgáltatások térbeli elérhetősége), részben pedig az ágazati együttműködés gyengeségéből (pl. szociális és egészségügyi ellátóhálózat között) fakadnak.

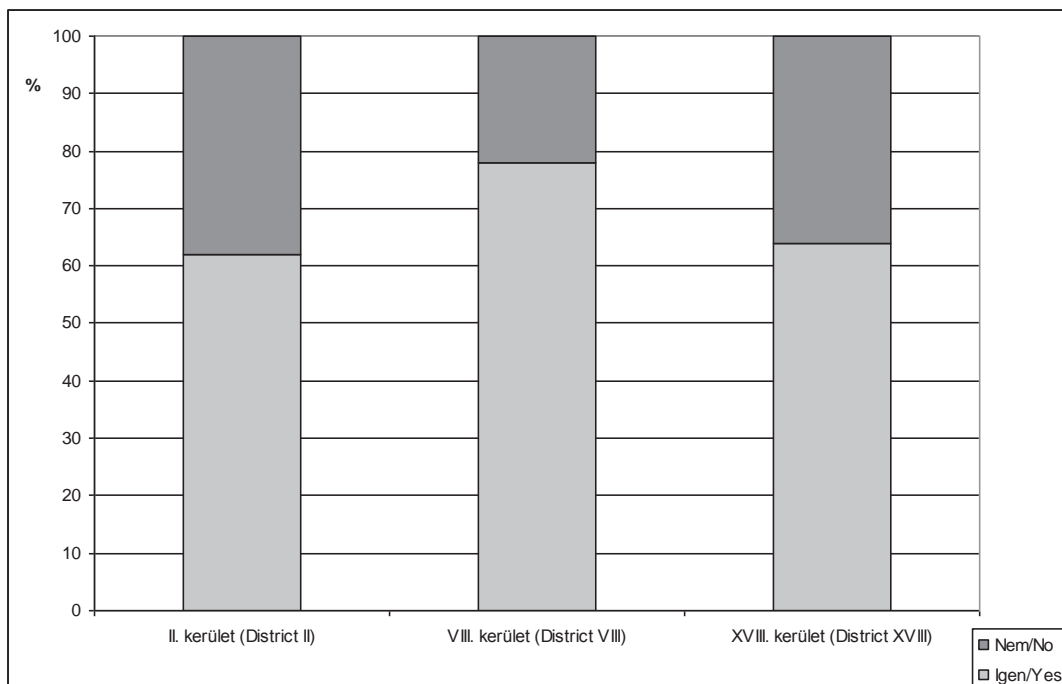
#### *A válság szerepe az egészségügyenlőtlenségek alakulásában*

A szegénység mértéke és a depriváció térbeli megjelenése határozza meg, hogy Magyarországon jelentős mértékűek az egészségügyenlőtlenségek.

A kilencvenes évek második felétől egyidejű folyamatok kezdtek el működni a hazai egészségstatisztikákban. Egyrészt javulni kezdtek országosan a halálozási és élettartam-mutatók, viszont európai összehasonlításban továbbra is magas szinten maradt a halandóság. Másrészt az iskolai végzettség növekedésén és a munkaerő-piaci pozíció javulásán keresztül rétegspecifikusan kedvezőbbé vált az egészségkultúra szintje. Harmadrészt bizonyos rétegek társadalmi-gazdasági hátránya miatt mélyült az egészségszakadék, vagyis nagyobb lett a különbség a magasabb és alacsonyabb társadalmi státuszúak egészségi állapotában.

A makrogazdasági átalakulások hatnak a társadalmi feltételekre: ha azok változnak, befolyást gyakorolnak az egészségi állapotra. A válság társadalmilag szelektíven hat, a meglévő negatív tendenciákat felerősíti, egyben az egyenlőtlenségek növekedését eredményezi. Különösen az alsó középréteget, a földrajzi perifériákon és a gazdasági depresszió területein élőkét, valamint a marginalizálódott csoportokat fenyegeti a társadalmi pozícióvesztés.

Az anyagi helyzet az egyik legmeghatározóbb tényező az egészségi állapotban és az egészségügyenlőtlenségekben – ez derült ki kérdőíves felmérésünkéből (3. ábra). Az eldöntendő kérdésre (*Mit gondol, anyagi helyzete hatással van egészségi állapotára?*) 67% igennel válaszolt, vagyis szignifikáns az összefüggés a jövedelemszint és az egészségi állapot alakulása között a lakosság véleménye alapján. A legkedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági környezettel és az egyik legalacsonyabb várható élettartammal azonosítható VIII. kerületben ugyanez az eredmény 78%-ot támogatottságot kapott.



**3. ábra:** Mit gondol, anyagi helyzete hatással van egészségi állapotára? – a válaszok megoszlása a kerületek szerint a kérdőíves felmérésben, 2013.

**Fig. 3:** What do you think your financial status influences your health? - results by districts in the questionnaire survey, 2013

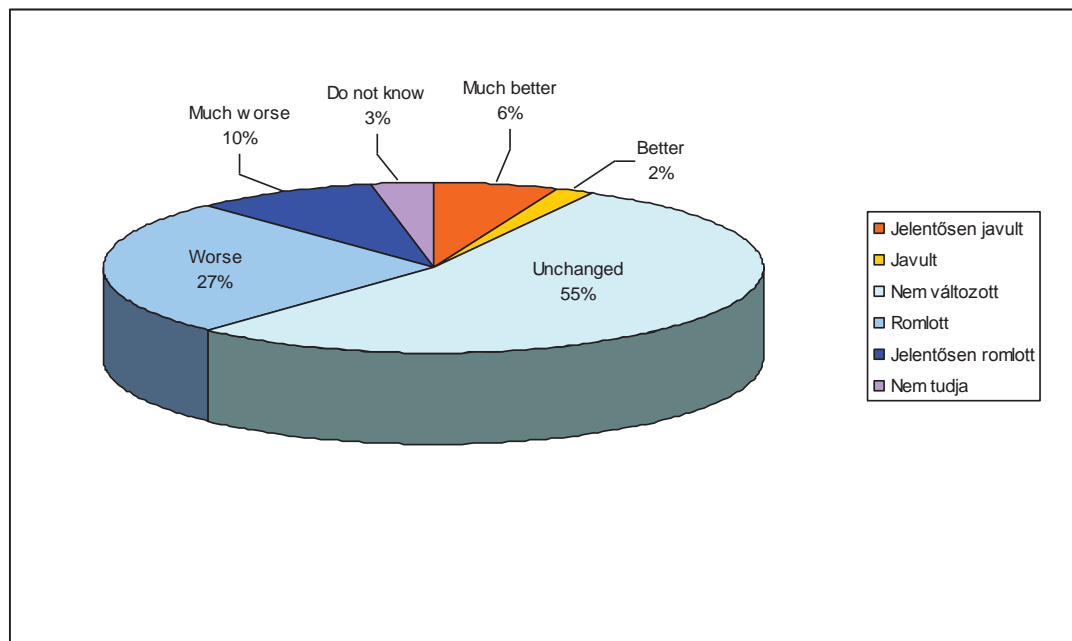
Nyitott kérdés formájában tudakoltuk a lakosságot arról, hogy egyrészt hogyan függ össze az anyagi helyzete a vélt egészségével, másrészt, ha nem feltételezi a kettő közötti kapcsolatot, akkor azt mi alapján teszi. A feltételezett kapcsolat összefüggésrendszerében az alábbi kategóriák nevezhetők meg a válaszadók véleménye alapján:

- Anyagi források szűkössége, pl. munkabérek és a nyugdíj alacsony szintje.
- Az egészséghez kötődő termékek (pl. egészséges élelmiszerek, gyógyszerek), és szolgáltatások (pl. magánkórházak) magas árszintje.
- Az egészséges életmódhoz szükséges tevékenységek (sport, szabadidő, rekreáció) időigényessége és magas árszintje.

A lakóhely szerinti megoszlásban inkább a VIII. és XVIII, kerületi lakosok nevezték meg az anyagi források szűkösségét, amely korlátozza számukra az egészséges életmód és életvitel lehetőségeit.

Az összes megkérdezett 33%-a nem feltételezett közvetlen kapcsolatot az anyagiak és az egészség között. Véleményükből kiderült, hogy vagy kedvező anyagi háttérrel rendelkeznek (ebben a kategóriában a válaszadók 46%-a II. kerületi lakos volt), vagy eleve kevesebbet költenek az egészségre.

A válság közvetett hatását az egészségi állapotban az elmúlt egy évben bekövetkező változások értékelésével azonosítottuk a kérdőíves felmérés során (4. ábra). A megkérdezettek 54%-a nem érzett változást vélt egészségében az egy évvel korábbi állapothoz képest, viszont csak 8%-uk számolt be javulásról. Ehhez képest igen magasnak tekinthető a 35%-os arány, aki romló tendenciát határozott meg egészségi állapota alakulásában. Figyelemfelkeltő, hogy különösen a férfiak érezték úgy, hogy egészségi állapotuk romlott (férfi-nő megoszlásban 60-40%). Az összes megkérdezett 3%-a nem tudta eldönteni, hogyan változott egészségi állapota az elmúlt év során.



4. ábra: Az egészségi állapotban az elmúlt egy év során bekövetkező változások értékelése a kérdőíves felmérés alapján, 2013.

Fig. 4: Assessment of changes in health during the last year by the results of questionnaire survey, 2013

Lakóhely szerint elsősorban a VIII. és XVIII. kerületi férfiak (39, illetve 52%-ban) válaszolták a romló tendenciát, míg ugyanez a II. kerületi férfiakat csak 15%-ban érintette. Érdekes, hogy a II. kerületi férfiak 85%-a változatlannak nevezte meg egészségi állapotát, a XVIII. kerületben ez inkább romlást jelentett (52%), míg a VIII. kerületben nagyjából fele-fele arányban neveztek meg a válaszadók a romlást és a javulást is. A nők vélt egészségében bekövetkező változások alapján ellentétes eredményeket kaptunk: főként a II. kerületi nők értékelték az elmúlt egy évet romlásnak (33%). Számottevő a 35 éves aluliak korcsoportjában, hogy sokan (a korcsoport 13%-a) romló vagy jelentősen romló folyamatról számoltak be.

### *A válság szerepe az egészségpolitika döntéshozatali mechanizmusában*

A közeljövőben mind Európában, mind Magyarországon szükség lesz a válságjelenségek felerősödése ellen ható kríziskezelő szakpolitika megteremtésére, fenntartására.

Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésére és a válságok kedvezőtlen egészséghatásainak enyhítésére irányuló célzott szakpolitikai beavatkozások előkészítésében hangsúlyozni kell a tudományos helyzetelemzések szerepét. Szintén sürgető feladat a szakma és a tudomány részéről, hogy az egészségügyi adatbázisok sajátosságait figyelembe vevő olyan módszertan kerüljön kidolgozásra, amellyel empirikusan tesztelni lehetne a döntéstámogató (pl. egészségügyi kapacitástervezés, ellátásszervezés) alkalmazásokat. Úgy gondolom, a válság ellentmondásos egészséghatásainak értelmezése ismételten az egészséghatás-vizsgálat (EVH) széles körű gyakorlati használatára irányította a figyelmet. Az EHV lehetővé teszi a különböző tudományterületek módszereinek és szakmapolitikai döntések eszközrendszerének összetett alkalmazását.

A civil szervezetek szerepvállalása is hozzájárulhat az egészségi állapot romlásának megakadályozásához, anyagi és erkölcsi támogatásuk válság idején is létfontosságú.

Az uniós támogatások 2014-2020 közötti időszakában jól átgondolt fejlesztési stratégia mentén nagymértékben segíthetik az egészségügyi infrastruktúra javulását (pl. e-health, integrált ellátásnyújtás, lakóhely közeli ellátás stb.).

### **Megbeszélés**

A szakirodalmi előzmények értékelése, a korábbi statisztikai adatelemzések eredményei, a módszertani megfigyelések, valamint a most bemutatásra került empirikus vizsgálatok tapasztalatai alapján a következő lényeges megállapításokat tehetjük.

A jelenlegi gazdasági válság várható hosszú távú egészséghatásai Magyarországon nem járnak együtt a teljes populáció egészségromlásával az életesélyek csökkenésén keresztül, hanem sokkal inkább a meglévő egészségügyenlőtlenségek társadalmi kiéleződéséhez vezethetnek.

Míg az egészségügyi rendszer finanszírozásában bekövetkező változások akár már rövidtávon kifejtik népegészségügyi hatásaikat, addig a válságok egészséghatásai sokszor csak több év távlatból értelmezhetők. A rendszerváltozás drámai krízise és egyben szerepe az epidemiológiai válságban statisztikailag már a kilencvenes évek elején bizonyítható volt, azonban hosszú távú következményei a jelenlegi válság okozta egészségügyi konfliktusok kiújulásához, kiéleződéséhez is hozzájárulnak.

Az 1990 óta eltelt évek során számtalan pozitív társadalmi hatás volt tapasztalható (pl. az életszínvonal emelkedése, a jövedelmek növekedése, az iskolai végzettség javulása), amelyek már a kilencvenes évek második felétől az életkilátások kitartó, igaz lassú

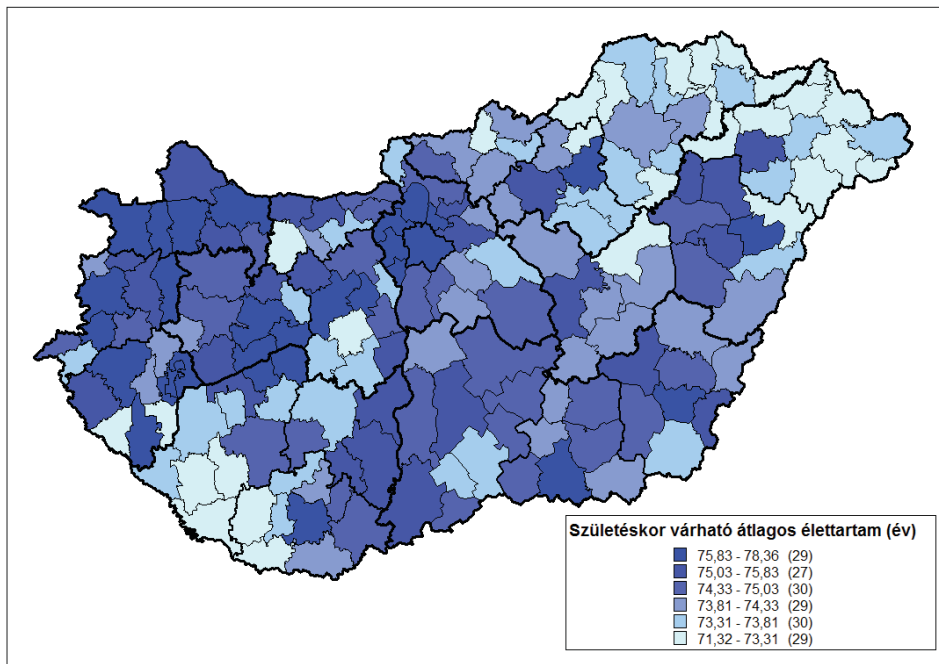
növekedését eredményezték. A mostani válság egészséghatásait tehát egyrészt a hazai viszonyokhoz képest is relatív kedvező egészségfolyamatok, másrészt a mostani válság újszerű strukturális hatásai (pl. új munkanélküliség) ismeretében kell értelmezni.

Epidemiológiai szempontból a mindenkori válságok legveszélyeztetettebb csoportjai a leginkább hátrányos helyzetűek.

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 egyes társadalmi csoportok számára állandósult válsághelyzetet jelentenek a rendszerváltozás óta. A globális folyamatok eredményeként elmélyülő jelenlegi gazdasági recesszió a marginalizálódott csoportok számára jelenti a legnagyobb egészségkockázatot, amelynek területi megjelenése a hátrányos helyzetű kistérségekben, településeken nyilvánul meg a legmarkánsabban. Ez pedig a területi egyenlőtlenségek erőteljes fokozódásának veszélyét is magában rejt.

A válság legnagyobb egészségkockázata a társadalmilag hátrányos helyzetű, kirekesztett rétegek számára jelent veszélyeztetettséget, amelynek jellegzetes területi, térbeli jellemzői vannak.

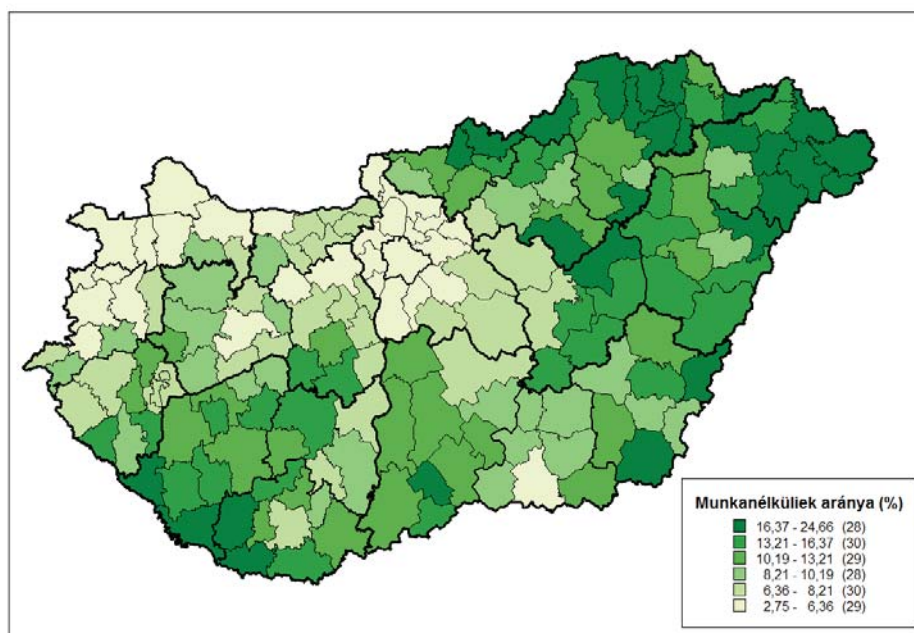
A kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségek alapján az elmúlt több mint 20 évben homogenizálódott az egészségyenlőtlenségek jellegzetes területi mintázata Magyarországon. A kilencvenes évek eleji válság az ország egészét érintette hátrányosan a gazdasági és életesély-mutatók tekintetében, azonban már a 2000-es évek elejére határozottan elkülönültek a legjobb (pl. Északnyugat-Magyarország, Budapest, budapesti agglomeráció északi és nyugati szektora) legrosszabb helyzetben (pl. Délnyugat-Dunántúl, Északkelet-Magyarország) lévő kistérségek az országban. Azóta ez a szakadék csak tovább növekedett: a jó helyzetűek jelentős mértékben javultak, a rossz helyzetűek igen mérsékelt javulást éltek meg. A válság területi hatásai két módon érvényesülnek az egészségyenlőtlenségekben (5., 6. ábra). Egyrészt a javuló tendenciával jellemezhető, vagy eleve jó helyzetű kistérségekben nem rosszabbodott az egészségi állapot, még a romló makrogazdasági feltételek között sem. Másrészt a romló, vagy eleve rossz társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségekben a válság hatására nem rosszabbodtak az egészségmutatók, hanem azok alakulásában az elmúlt években megfigyelhető javulás lelassult.



Adatok forrása: teir.vati.hu

**5. ábra:** A születéskor várható átlagos élettartam (év) kistérségi szinten, 2010.

**Fig. 5:** Average life expectancy at birth (year) in the Hungarian micro-regions, 2010



Adatok forrása: teir.vati.hu

**6. ábra:** A munkanélküliségi arány (%) kistérségi szinten, 2010.

**Fig. 6:** Unemployment rate (%) in the Hungarian micro-regions, 2010



## Összefoglalás

A válság népegészségügyi hatásainak bizonyítása sokrétű feladat a bonyolult összefüggések, illetve az egészség társadalmi meghatározottsága miatt. Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói, valamint az egészségyenlőtlenségek befolyásoló tényezői szabják meg, hogy a gazdasági válságok hatással vannak a népesség életminőségére. A hátrányos folyamatok szerepe egyértelmű az egyének munkaerő-piaci helyzete és a háztartások fogyasztási szokásai megváltozásában, átalakulásában, ami hatást gyakorol az egészségi állapot meghatározó és befolyásoló tényezőire.

Az egészségyenlőtlenségek csökkentése, azaz az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára, az esélyegyenlőség megteremtésének alapfeltétele. Ugyan Európában, kivált az Európai Unióban jobb körülmények között és hosszabb ideig élnek az emberek a világátlagokhoz képest, mégis bizonyos társadalmi csoportok társadalmi-gazdasági értelemben vett lemaradása évtizedekre előre kirekeszti őket az egészséges élet lehetőségeiből. A régóta létező, sőt az utóbbi években fokozódó gond új megvilágítást nyert a jelenlegi válsággal, hisz a növekvő munkanélküliség és a létbizonytalanság miatt még többen válnak veszélyeztetetté. Forráshiányos, azaz válsághelyzetben is szükséges a rendelkezésre álló szakpolitikai eszközökkel az egészségyenlőtlenségek fokozódásának enyhítése, elkerülése, elsődlegesen a társadalmilag kirekesztett rétegek kiemelt egészségvédelmén keresztül.

A különböző közpolitikai döntéseknek is bizonyítottan van hatása az egészségre, tehát nem mindegy időben és térben, hogy az egészségi állapot javítását célzó népegészségügyi intézkedések hogyan, miként valósulnak meg. Az egészségpolitika alapvető törekvése az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés mindenki számára való biztosítása, miközben az egészség társadalmi meghatározói eleve megszabják az interszektorális beavatkozás szükségességét. 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. Tulajdonképpen ezekhez a prioritásokhoz szükséges igazítani a fejlesztési programcélokat és a stratégiaalkotás eszközeit.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült (2010-BO/00069/10).

## ACKNOWLEDGEMENT

The study is supported by János Bolyai Research Scholarship of the Hungarian Academy of Sciences (2010-BO/00069/10).

## IRODALOM

## REFERENCES

1. Szilágyi D., Uzzoli A.: Az egészségügyenélőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika*. 2013. 2. pp. 130-147.
2. Uzzoli A.: Impact of economic crisis on life span and its spatial inequalities in Hungary. In: *Lux G.* (ed.): *Discussion Papers 87*. Institute of Regional Studies, Research Centre for Economic and Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences, Pécs, 2012. 43 p.
3. Uzzoli A.: A válság hatása a munkanélküliség és az életésélyek összefüggéseire Magyarországon. *Egészségtudomány*. 2012. LVI, 3. pp. 98-111.
4. Kozma N.: Az egészségi állapot különbségei Budapesten. MSc Szakdolgozat. Kézirat. ELTE TTK Társadalom- és Gazdaságföldrajzi Tanszék, Budapest, 2013. 76 p.
5. Kovács K.: *Egészség-esélyek. Életünk fordulópontjai*. KSH, Budapest, 2006. 48 p.
6. Hablicsek L., Kovács K.: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. *Kutatási Jelentések*. 2007. 1. KSH, Budapest, pp. 1-171.
7. Kovács K.: Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971-2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete. *Kutatási Jelentések*. 2011. 2. KSH, Budapest, 130 p.
8. Klinger A.: A kistérségek halandósági különbségei. *Demográfia*. 2003. 1. pp. 9-43.
9. Klinger A.: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (I.). *Demográfia*. 2006. 2-3. pp. 197-231.
10. Klinger A.: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II.). *Demográfia*. 2006. 4. pp. 342-365.
11. Klinger A.: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. *Demográfia*. 2007. 2-3. pp. 252-281.
12. Vitrai J., Hermann D., Kabos S., és mtsai.: *Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez*. *EgészségMonitor*, Budapest, 2008. (<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszag.pdf>)
13. Vitrai J., Bakacs M., Kaposvári Cs., és mtsai. (2010a): *Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon*. *EgészségMonitor*, Budapest, 2010. ([http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek\\_2010.pdf](http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf))
14. Vitrai J., Bakacs M., Gémes K., Kiss N., Kövi R., Uzzoli A.: *Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon*. *EgészségMonitor*, Budapest, 2010. (<http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>)
15. Daróczy E.: A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban. In: *Daróczy E., Kovács K.* (szerk.): *Halálózási viszonyok az ezredfordulón – társadalmi és földrajzi választóvonalak*. *Kutatási Jelentések*. 77. KSH, Budapest, 2004. pp. 41-74.
16. Józán P.: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II*. *Statisztikai Szemle*. 1994. 1-2. pp. 5-20.
17. Józán P.: *Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I*. *Statisztikai Szemle*. 1994. 3-4. pp. 101-113.
18. Lackó M.: *A magyarországi rossz egészségi állapot lehetséges magyarázó tényezői*. *Közgazdasági Szemle*. 2010. 9. pp. 753-778.
19. Makara P.: *A pénzügyi, gazdasági válság várható egészséghatásairól*. *Egészségtudomány*. LIV, 2010. 4. pp. 83-90.