

Uzzoli Annamária – Egedy Tamás

A gazdasági válság hatása az egészségyenlőtlenségek területi különbségeire Magyarországon

Effects of Economic Crisis on Regional Differences of Health Inequalities in Hungary



Összefoglalás

A válságjelenségeknek, mint például a munkanélküliség növekedése, a jövedelem csökkenése vagy a fogyasztás visszaesése, közvetlenül és áttételesen is szerepük van az egészséggel kapcsolatos folyamatokban. A gazdasági válság egészségre gyakorolt hatásai viszont nemcsak a munkaerőpiaci pozíciótól és a jövedelemszinttől függnek, hanem a meglévő társadalmi és egészségyenlőtlenségek mértékétől és azok területi megjelenési formáitól is. Felméréseink és a statisztikai adatok arról tanúskodnak, hogy a településhierarchia magasabb szintjein elhelyezkedő településeken kedvezőbbek a munkalehetőségek, és magasabb a várható élettartam. Ily módon a városok összességében kedvezőbb életlehetőségeket kínálnak a lakóik számára, és ez kedvezően hat a városlakók egészségi és egészségügyi helyzetére. Kutatási eredményeink segítségével a tanulmányban felvázoljuk a hazai egészségyenlőtlenségek területi különbségeit, különös tekintettel a városok lehetséges szerepére az egészségyenlőtlenségek mérséklésében.

DR. UZZOLI ANNAMÁRIA tudományos munkatárs, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete (uzzoli@rkk.hu), DR. EGEDY TAMÁS tudományos főmunkatárs, MTA Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet (ege6727@mail.iif.hu).

Summary

Crisis and its consequences (e.g. unemployment, decreasing income and consumption) can directly and indirectly affect health and health inequalities. This study describes the connection between unemployment and average life expectancy at birth during the crisis period using regional data analysis and questionnaire technique as methods of data collection. The interpretation of 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, but also the level and growth of already existing social and health inequalities. The aim of this study is to interpret the spatial dimension of health inequalities within Hungary, from the national level through the county level to the level of micro-regions and settlements with special emphasis on cities.

BEVEZETÉS

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói, valamint az egészségügyenlétlenségek 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 munkaerőpiaci pozíciója és a háztartások fogyasztási szokásai megváltozásában, átalakulásában.

Magyarország az európai viszonylatban kedvezőtlenebb népegészségügyi helyzet és rosszabb egészségi állapot hívta fel a figyelmet arra, hogy a gazdasági válság és hosszú távú társadalmi-gazdasági következményei egyrészt egészségrecessziót eredményezhetnek, másrészt az egészségügyenlétlenségek fokozódásával járhatnak, harmadrészt pedig az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségeit ronthatják.

Az egészségügyenlétlenségek nemcsak vertikálisan, hanem horizontálisan is jelentkeznek, tehát a tér relevanciája egyértelmű az egészségfolyamatok vizsgálatában. Az egészségügyenlétlenségeket meghatározó és befolyásoló tényezők (pl. munkaerőpiaci helyzet, munkanélküliség) jelentős területi differenciáltságot mutatnak mind globális (pl. térségek), mind regionális (pl. régiók, országok), mind lokális (pl. települési) szinten. Ebből a szempontból jellemző különbségek fedezhetők fel a városi és vidéki (rurális) területek, másrészt a településhierarchia eltérő szintjein álló települések (szórványtelepülések, falvak, városok), illetve a nagyvárosok különböző városrészei között.

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, megöregedhet, kiteljesítheti magát, megvalósíthatja elképzeléseit, jól érezheti magát, egyáltalán „teljesebb” és „tartalmasabb” életet élhet. Az elmúlt két-három évtizedben a globális és az európai gazdaság átalakulása során egyre inkább előtérbe kerültek az egészséggel

összefüggő életminőség kérdései, többek között a társadalmi igazságosság kérdése is. Tanulmányunk aktualitását az adja, hogy a társadalmi igazságtalanságok markáns csoportját éppen az egészségügyenlőtlenségek képezik.

A KUTATÁS FŐ KÉRDÉSEI ÉS MÓDSZERTANA

A tanulmány során lényegesebb vizsgálati eredményeinket és tapasztalatainkat mutatjuk be, amellyel egyúttal szintetizáljuk a témában szerzett eddigi ismereteinket. A fontosabb megállapításainkkal lényegében pedig a szakpolitikai döntéshozatal számára is felhasználható üzeneteket fogalmaztunk meg. Kutatásunkban elsődleges cél volt az egészségi állapot és a válság kapcsolatrendszerének feltárása az egészségügyenlőtlenség alakulásán és területi mintázatán keresztül, így nem térünk ki a válság egészségügyi rendszerre kifejtett befolyásoló szerepére. A kutatás fő célkitűzésének megfelelően vizsgálati kérdéseink a következők voltak:

– Hatással van-e az egészségügyenlőtlenségek hazai alakulására a gazdasági válság, és ha igen, akkor hogyan, milyen mértékben?

– Mennyire meghatározó tényező, magyarázóerő a munkaerőpiaci pozíció az egészségügyenlőtlenségek változásában? Mindezeknek milyen területi következményei vannak?

– Hogyan értelmezhető a városok, a városi térségek szerepe az egészségügyenlőtlenségek területi mintázatában a válság idején?

Hipotézisünk, hogy a gazdasági válság az egészségügyenlőtlenségek fokozódását elsősorban a területi különbségek növekedésén keresztül eredményezi. Ugyanakkor a városok, a várostérségek – a termelés visszaesése, a beruházások elmaradása, a munkanélküliség emelkedése ellenére – az egészségi állapot tekintetében a válság idején is megőrizték kedvező helyzetüket a falvakkal és szórványtelepülésekkel szemben. Vagyis az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása nagymértékben összefügg a településhierarchia szerinti települési egyenlőtlenségekkel.

A vizsgálatok során egyaránt alkalmaztunk kvantitatív és kvalitatív vizsgálati technikákat. A szakirodalmi feldolgozás, a tartalom- és diskurzuselemzés során alapvetően az egészségügyenlőtlenségek értelmezését tettük meg, valamint a települések szerepét vizsgáltuk az egészségügyenlőtlenségek alakulásában a fontosabb kutatási előzmények összegzésén keresztül.

Összehasonlító statisztikai elemzéseinkben és területi szemléletű vizsgálatainkban egyrészt a munkanélküliség és a várható élettartam összefüggéseire, másrészt mindezek térbeli vetületeire fókuszáltunk. Az egészségügyenlőtlenségek területi vizsgálatát a centrum–periféria dichotómia kérdéskörének figyelembevételével, kistérségi szinten¹ végeztük el, az alábbi feladatok operacionalizálásával:

– a válság miatt az egészségfolyamatokban leszakadó területek lehatárolása;

– az egészségügyenlőtlenségek térszerkezetének vizsgálata a város–vidék megosztottság szempontjából;

– a településhierarchia szerepének értelmezése az egészségügyenlőtlenségek térbeli mintázatában.

A kvantitatív analízis eredményeit később kiegészítettük kvalitatív vizsgálati módszerekkel (pl. félig strukturált interjúk, kérdőíves felmérés), így azok tapasztalatai hozzájárulnak a komplex, soktényezős folyamatok értelmezéséhez, valamint a statisztikai eredmények finomhangolású, részben kritikai értékeléséhez. A válság egészségi állapotra gyakorolt hatásának szakértői véleményezésére 12 mélyinterjút készítettünk népegészségügyi szakemberekkel 2013. január és március között. A beszélgetések a válság és az egészség kapcsolatrendszerének feltárására irányultak, egyrészt különböző diszciplínák eltérő aspektusán keresztül, másrészt a gyakorlatorientált szakértők empirikus tapasztalatai segítségével.

A gazdasági válság városlakókra gyakorolt hatásainak felderítésére pilotkutatást végeztünk a magyar városokban arról, hogyan látják a városban élők a válságot, s annak milyen közvetett vagy közvetlen hatásai voltak városukra, illetve mindennapi életükre. A tapasztalatok kiegészítésére 2010 nyarán háztartási kérdőíves felmérésre került sor Budapesten, Szegeden és Győrben. A 39, többnyire zárt végű kérdést tartalmazó kérdőíveket kérdezőbiztosok segítségével töltötték ki a megkérdezettek a három nagyvárosban. A háztartási kérdőívezést emellett utcai megállítós módszerrel egészítettük ki, amelynek kérdőíve 10 rövid kérdést tartalmazott (a két felmérés esetében $n=193$). A háztartási kérdőívet digitalizált formában az interneten is közzétettük, és a felmérést 2011. szeptember és november között internetes kérdőívezéssel bővítettük ($n=352$). Az értékelésbe csak a városlakók véleménye került be, így a pilotfelmérés jó betekintést nyújtott a válság szubjektív megítélésébe. A három mintaváros esetében 14 félig strukturált mélyinterjú is készült gyakorlati szakemberekkel (pl. városfejlesztés, ingatlangazdálkodás) és helyi szakpolitikusokkal (pl. polgármester, alpolgármester).

AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEK ÉRTELMEZÉSE

Az eltérő földrajzi régiókban és a településhierarchia különböző szintjein élő népesség, illetve a különböző társadalmi csoportokhoz tartozók egészségi állapotában jelentős eltérések lehetnek, amelyeket biológiai, életmódbeli, környezeti, társadalmi-gazdasági, szociokulturális és egyéni tényezők határoznak meg.²

Az egészségeltérések (health inequalities) egy része a társadalmi és gazdasági viszonyoktól független (pl. genetikai adottságok, időskori betegségek), azonban nagyobb részük a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek függvénye, következménye.³ Ez utóbbiakat a szakirodalom és a szakpolitika is egyaránt egészségügyenlőtlenségeknek (health inequities) nevezi. Az egészségeltérések ún. egészségügyenlőtlenség része hatásos szakpolitikai eszközökkel és eredményes beavatkozással csökkenthető, a népesség egészségének javítása érdekében pedig csökkentendő is.

A nyolcvanas években a Black Report,⁴ részben a Whitehall-tanulmányok nyomán⁵ alakult ki az egészségügyenlőtlenség fogalomköre, amely határozottan a társadalmi lejtő koncepciója mentén értelmezi azt a nagyon egyértelmű összefüggést, hogy minél hátrányosabb a társadalmi helyzet, annál rosszabb az egészségi állapot.⁶ 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 egészségyenlőtlenségeket 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 egészségszakadékat!*), 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.⁷

Az egészségyenlőtlenségek az egyének és társadalmi csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetére vezethetők vissza, ezért azok igazságtalannak, méltánytalanok tekinthetők.⁸ Egy ország egészségügyi ellátórendszere akkor működik hatékonyan és eredményesen, ha mind az egészségeltérésekben, mind az egészségyenlőtlenségekben mérséklődés tapasztalható: vagyis javul a teljes népesség egészségi állapota, csökken a társadalmi csoportok egészségében tapasztalható különbség, a helyi lakosság életkilátásait tekintve enyhül bizonyos területek (perifériák, félperifériák) lemaradása az országos átlagokhoz képest.

Az egészségyenlőtlenségek alakulását számos egyidejűleg ható tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg. A meghatározó tényezők és a befolyásoló tényezők a következő csoportokba sorolhatók: lakóhely, faji és etnikai hovatartozás, foglalkozás és munkaerőpiaci pozíció, nemek szerinti megoszlás, vallás, iskolázottság, társadalmi-gazdasági helyzet, társadalmi tőke és erőforrás.⁹

A válsághelyzetek egyaránt veszélyeztetik a lakosság fizikai és lelki állapotát, valamint az egészségügyi rendszer és a szociális ellátóhálózat működését. Éppen ezért az egészségyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak értelmezése felveti, hogy a válságok idején a valós és a vélt egészség szempontjából nemcsak a munkaerőpiaci pozíció és a jövedelemszint számít, hanem a meglévő társadalmi és egészségyenlőtlenségek mértéke, növekedése is. A kedvezőtlen munkaerőpiaci pozíció is rendkívül hátrányosan befolyásolja az esélyegyenlőtlenségeket, a munkanélküliség az egészséget leginkább veszélyeztető tényező. A munkanélküliség valóban beteggé tesz, hiszen negatív hatást gyakorol az egyén identitására, érzelmi világára, önértékelésére. A kilátástalanság a depressziós tünetek, valamint az öngyilkosság kockázatát növeli.¹⁰

A VÁROSOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGYENLŐTLENSÉGEK ALAKULÁSÁBAN

A városi és vidéki (rurális) területek egészségi állapotában tapasztalható különbségek kutatása az 1980-as évek végén és az 1990-es évek elején előtérbe került.¹¹ Már Fearn¹² és Eyles¹³ is felhívta a figyelmet arra, hogy bár a vidéki területek az egészséges életmód terén előnyöket élveznek a városi területekkel szemben („az egészséges vidék”), mégsem tekinthetők egységesnek. Az 1990-es évek elején megszorodtak a városi és vidéki területek mortalitásában és morbiditásában tapasztalható különbségek feltárására irányuló kutatások.¹⁴ Számos tanulmány támasztotta alá a vidéki területek lakosságának kedvezőbb egészségi állapotát, a városi területekhez viszonyított alacsony

nyabb mortalitását¹⁵ és az ezek mögött meghúzódó földrajzi, társadalmi, gazdasági, életmódbeli és demográfiai okokat.¹⁶ Schneider és Greenberg¹⁷ kimutatták a vidéki szegénység és a magasabb halandósági ráta közötti összefüggést, de egyúttal felhívták a figyelmet arra, hogy a vidéki területek nagyon heterogének, így az egészségmutatók is jelentős eltéréseket mutathatnak közöttük. Nyilvánvalóvá vált, hogy az elemzések során figyelembe kell venni a társadalmi-gazdasági mutatókat és a társadalmi-gazdasági környezet feltételrendszerét. A mortalitási ráta földrajzi változása szorosan összefügg a népesség társadalmi-gazdasági helyzetével és a depriváció területi trendjeivel, és nemcsak a város–vidék kontextusban tapasztalhatunk eltéréseket, hanem az egyes rurális területek között is jelentős különbségeket mérhetünk.¹⁸ Bentham,¹⁹ majd később Phillimore és Reading²⁰ is kimutatták, hogy a vidéki területeken mért halálozási ráta nagyban függ a vidéki és városi területek egymáshoz viszonyított távolságától, valamint az egészség és a ruralitás mérőszámai nagymértékben összefüggnek a vidéki területek jellemzőivel. A depriváció mértékét figyelembe véve lehetséges, hogy a deprivált városi területek kedvezőbb egészségmutatókkal rendelkeznek, mint a deprivált rurális területek,²¹ illetve a depriváció mértékének növekedésével a vidéki területekre érvényes előnyök fokozatosan eltűnnek.²² Az elmúlt két évtizedben egyre több kutatási eredmény utal arra, hogy a vidéki és városi területek népessége egészségi állapota közötti különbségek csökkennek, a korábban egyértelmű egészséggoló a vidéki területek javára záródik.²³ A gazdasági válság ezt a folyamatot felgyorsította, illetve több helyen át is fordíthatta a városi területek javára. A depriváció mellett a vidéki és városi területeken tapasztalható szegregáció is hozzájárul az egészségi állapot romlásához. A kistérségek és falusi társadalmak szegregációja, de különösen a jövedelmi szint eltéréseiből fakadó egyenlőtlenségek növekedésén keresztül az egészségi állapot romlásához vezet.

Az egészségegyenlőtlenségek térbeli megjelenése és a városok versenyképessége között összefüggés van, hiszen egy gazdaság – legyen az akár a nemzetgazdaság, akár egy város gazdasága – akkor versenyképes, ha az ott nagy arányban foglalkoztatott és magas jövedelemmel rendelkező munkaerő termelékeny, illetve számára a gazdaság jó életszínvonalat és életminőséget biztosít.²⁴ Nem véletlen, hogy az egészségügy és a munkaerőpiaci hatékonyság a Globális Versenyképességi Index alappillérei között is szerepel.²⁵ A városok helyzetének bevonása a vizsgálatokba azért is érdekes lehet, mert ha egy város többek között az egészségegyenlőtlenségekből kifolyólag alulmarad a versenyben, annak komoly társadalmi és gazdasági következményei lehetnek.

A VÁLSÁG HATÁSA A MUNKANÉLKÜLISÉGRE ÉS AZ ÉLETKILÁTÁSOKRA MAGYARORSZÁGON

Az 1990-es évek elején a magyar munkaerőpiacot a foglalkoztatási helyzet rohamos romlása és a munkanélküliség gyors emelkedése jellemezte. A munkanélküliségi ráta 1993-ban érte el a csúcspontját Magyarországon (12,1%), amikor egyúttal a legmagasabb volt a halálozási arány (14,6 ‰, közel 150 000 fős összhálalozás) és legrövidebb a várható élettartam (teljes népesség: 69,0 év; férfiak: 64,5 év; nők: 73,8 év).

Többek között ezért tekinthetjük a magyarországi rendszerváltozás tipikus átmeneti évének 1993-at.

Az 1990-es évek közepén aztán javulás indult a mutatókban, aminek következtében 2001-ig szinte folyamatos volt a munkanélküliség csökkenése. Ekkor érte el a mutató a legkedvezőbb értékét (5,7%), azóta mérsékelten, de folyamatosan növekedett. 2008 és 2009 között a munkanélküliek száma több mint 91 ezer fővel nőtt, arányuk 2009-ben 10% fölé emelkedett. A válság hatására 2008-hoz képest 2010-re a magyar munkanélküliségben 3 százalékpontos növekedés következett be.

A nemzetközi összehasonlítások arról tanúskodnak, hogy Magyarország azon országok közé tartozik, ahol a krízis a munkanélküliség közepes mértékű emelkedésével járt együtt. Tanulmányában Köllő ugyanakkor rámutatott arra is, hogy bár a GDP-visszaesés mértékéhez képest a foglalkoztatás csak kisebb mértékben csökkent, a megszűnt munkahelyek alapján Magyarország a régió legnagyobb vesztesei közé sorolható.²⁶

A munkanélküliség regionális változásairól megállapíthatjuk, hogy mind volumenükben, mind alakulásukban jól elválnak egymástól a gazdaságilag prosperáló régiók (pl. Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl) és a jelentős strukturális és társadalmi problémákkal küzdő régiók (pl. Észak-Magyarország, Dél-Dunántúl) munkanélküliségének alakulásában.

Az 1990-es évek első feléhez képest a munkanélküliség kiváltó okai is alapvetően megváltoztak az elmúlt évek válságának időszakában. A rendszerváltozás hatására főként a mezőgazdaság és az ipar foglalkoztatási lehetőségei szűkültek be, de az 1990-es évek végétől növekedni kezdett a felsőfokú végzettségű, pályakezdő diplomás munkanélküliek részaránya. A rendszerváltozás társadalmi hatásainak nagy vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező munkanélküliek voltak. A jelenlegi válság jelentős mértékben érintette a magasan kvalifikált munkaerőt, a tercier szektor foglalkoztatottjait. Vagyis, a munkanélküliek között megjelentek a magasabb iskolai végzettséggel, így kedvezőbb egészségmutatókkal, jobb életkilátásokkal bíró társadalmi csoportok is. A legalacsonyabb végzettségűek esetében pedig számolni kell azzal, hogy sokan közülük teljesen kiszorulnak az ellátórendszerből, így nincsenek pontos információink róluk. Emiatt, az optimistább prognózisok szerint, a válság hatásaként a születéskor várható átlagos élettartam növekedési üteme stagnálni fog Magyarországon, de nem kezd el csökkenni. Ez viszont azért okozhat problémákat a jövőben, mert a magyar életkilátások átlagosan 6-7 évvel maradnak el a nyugat-európai átlagoktól.

Az életkilátások lassú, mérsékelt, fokozatos emelkedése 1996-ban kezdődött, és még ma is tart: 1996-tól 70 év, 2000-től 71 év, 2002-től 72 év, 2006-tól 73 év, 2009-től 74 év fölé emelkedett értéke, vagyis 1993 és 2010 között 5,3 évvel javultak az életkilátások. A 2. világháborút követő 15 évben a születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon látványosan növekedett, majd mintegy 30 éven keresztül – ami alatt az Európai Unió területén töretlen volt az emelkedés – alig változott. Nemek szerinti bontásban is hasonló kedvező tendencia volt tapasztalható: a férfiak életésélyei 6 évvel, a nők 4,2 évvel javultak. Igaz, a férfiak születéskor várható átlagos élettartama

csak 2009-ben érte el a 70 évet, miközben a nők életkilátásai már 2001-ben jobbak voltak 76 évnél is. A két nem életesélybeli különbsége 1993 és 1995 között volt a legmagasabb (9,3–9,4 év), majd az elmúlt 14–15 évben fokozatosan csökkent az eltérés, 2013-ban 7,1 év volt. A nyers halálozási arányszám lassú javulása 1995 után indult meg, de a mutató 1999-ben ismét elérte a 14‰-es értéket, bár azóta 13,0 és 13,5‰ közötti értékekkel állandósulni látszik.

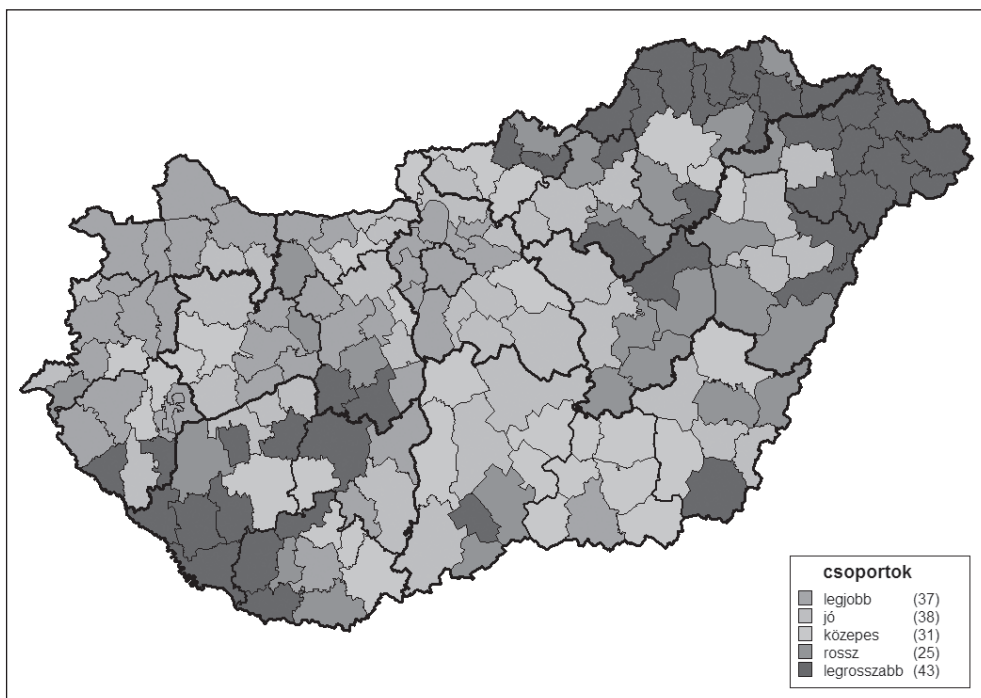
A MUNKANÉLKÜLISÉG ÉS AZ ÉLETKILÁTÁSOK KAPCSOLATÁNAK TÉRBELI VISZONYAI

A munkanélküliség és az életkilátások között szoros kapcsolat áll fenn, ami a férfiak esetében erősebb összefüggést mutat. Ha a munkanélküliség által leginkább veszélyeztetett középkorú népességet tekintjük, még inkább nyilvánvalók az életesély-mutatók és a gazdasági mutatók közötti összefüggések. Magyarországon a munkanélküliek 60%-a férfi, különösen a középkorú férfiak esetében számolhatunk az életesélyek romlásával.

A munkanélküliség és a várható élettartam alapján hasonló területi mintázat rajzolódik ki. Az életesélyek és a munkanélküliség kapcsolatának térbelisége alapján a legjobb helyzetű kistérségek a budapesti agglomerációban, valamint a Közép- és Nyugat-Dunántúl régióban, míg a legrosszabb helyzetűek Észak-Magyarország régióban (pl. Borsod-Abaúj-Zemplén megye), az Észak-Alföld régióban (pl. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) és a Dél-Dunántúl régióban találhatók (*1. ábra*). A válság területi következményei tehát leginkább a tradicionálisan gazdaságilag depressziós területeket érintették.

A nyugat–kelet relevancia értelmezhető a munkanélküliség és az életesélyek kapcsolatrendszerének területiségében. Azonban hangsúlyozni kell, hogy az összességében kedvező helyzetű Nyugat-Magyarországon is vannak az országos átlagokhoz képest 1990 óta folyamatosan leszakadó területek, míg Kelet-Magyarországon sem teljes egészében kedvezőtlen a helyzet. Ez utóbbi esetében vannak olyan területek, amelyek jelentős javuláson mentek keresztül az 1990-es évek óta, és most az átlagokhoz képest jobb mutatókkal rendelkeznek. A nyugat–keleti megosztottság mellett a centrum–periféria kapcsolatoknak is van befolyásoló szerepe a területiség alakulásában. Határozottan elkülönülnek egymástól a jó és rossz gazdasági helyzetű területek, bár éles, tengelyszerű választóvonalat nem fedezhetünk fel közöttük. Megfigyelhető, hogy a nagyjából kedvezőtlen helyzetű területeken inkább a megyeszékhelyekhez, városokhoz köthető a javuló tendencia. Magyarországon a Dunától keletre fekvő régiókban az előnyösebb helyzetű kistérségek a nagyvárosokhoz (pl. Kecskemét, Szeged, Debrecen, Nyíregyháza) kapcsolódnak. A legkedvezőtlenebb helyzetű kistérségek a keleti és északkeleti országhatár mentén koncentrálódnak. A munkanélküliség területi mintázatában a 2008/2009-es válság hatására megfigyelhető, hogy a legmagasabb munkanélküliséget a keleti és a délnyugati területeken regisztrálták. Az ország keleti felében az átlaghoz viszonyítva Szeged, Eger, Kecskemét kistérségében volt jobb a munkanélküliség alakulása.²⁷

1. ábra: A kistérségek helyzete a születéskor várható átlagos élettartam és a munkanélküliségi arány kapcsolata alapján 2010-ben



Forrás: Szilágyi Dániel – Uzzoli Annamária: Az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika*, 2013/2.

Mindkét vizsgált mutató alakulásában és kapcsolatrendszerében értelmezhető az az országos tendencia, hogy a megyeszékhelyek és a nagyobb városok, valamint az azokkal szomszédos kistérségek kedvezőbb életessel rendelkező területi egységként jelennek meg. A válság területi hatásai tehát 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.²⁸

Az életésélyek és a munkanélküliség kapcsolatának térbelisége alapján kisebb mértékben figyelhető meg a kistérségek pozícióvesztése és/vagy pozíciónyerése mind a munkanélküliség, mind a várható élettartam esetében válság idején. A legjobb helyzetű kistérségek vagy a főváros körüli agglomerációban, vagy a nyugati országrészben, míg a legrosszabb helyzetűek az északkeleti és/vagy délnyugati területeken találhatók.

Az országban nem mindenhol igaz, hogy a magasabb munkanélküliség alacsonyabb várható élettartammal párosul. Legrosszabb a helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ahol a válság előtt is magas volt a munkanél-

küliség. A munkanélküliség tovább növekedett 2009-ben, ráadásul ezekben a megyében volt országosan a legalacsonyabb az életesélybeli javulás 1996 után. Budapest kimagasló fejlettsége miatt nagy valószínűséggel a munkanélküliségi arány kevésbé döntő a várható átlagos élettartam alakulásában. Az ország nyugati és középső részén a kedvezőbb társadalmi-gazdasági környezet maga után vonja a jobb életesélyeket. Ez alól kivétel Komárom-Esztergom és Pest megye. Észak-Magyarországon az országos átlagot meghaladó munkanélküliség a legrosszabb életkilátásokkal párosul.

A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam kistérségi különbségei jellegzetes területi mintázatra hívják fel a figyelmet. Mind a rendszerváltozás okozta válság az 1990-es évek elején, mind pedig a 2008/2009-es gazdasági válság felerősítette azokat a területi folyamatokat, amelyek egyrészt a társadalmi-gazdasági helyzetből, másrészt az egészségügyenlőtlenségek területi alakulásából következnek. 1990 után az életkilátások mindenhol rosszabbodtak az országban, de ez a rosszabbodás kisebb mértékű volt a fejlettebb területeken. Azonban azokon a területeken, ahol már a rendszerváltozás előtt hátrányosabb volt a társadalmi-gazdasági környezet, ott az átmenet után drámai volt az életesélyek romlása.

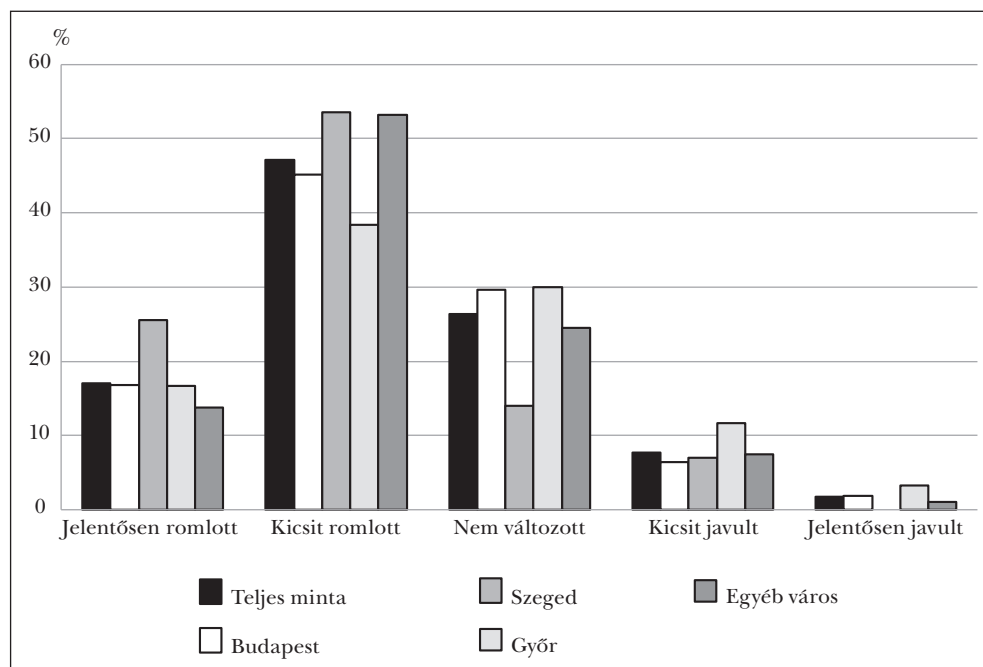
A VÁLSÁG MEGÍTÉLÉSE A VÁROSLAKÓK KÖRÉBEN

Ha a magyar városok helyzetét vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy természetesen a különböző méretű és a településhierarchia különböző szintjein lévő települések eltérő esélyekkel indulnak a gazdasági versenyben. A nagyobb települések a nagyobb munkaerőpiacnak köszönhetően jobb hozzáférést biztosítanak a munkaerőhöz. Emellett a nagyvárosokban több és jobb támogató iparág van jelen (pl. logisztika, szolgáltatások), több információ, ötlet, kreativitás és innováció áll rendelkezésre.²⁹ A komparatív előnyök terén tehát a nagyvárosok és városrégiók jelentős többlettel rendelkeznek. Nem véletlen, hogy a városrégiók és városi agglomerációk szerepe egyre inkább felértékelődik a nemzetközi gazdasági versenyben.

A munkanélküliség szerepének részletes kvantitatív elemzését alátámasztották kvalitatív felméréseink eredményei is. A kérdőíves felmérésből kiderült, hogy a megkérdezett városlakók a válság negatív következményei közül elsősorban a munkaerőpiaci hatásokat, a munkanélküliség növekedésével összefüggő problémákat (amelyek sokkal markánsabban jelennek meg a vidéki városokban), valamint a lakás- és ingatlanpiacon végbement negatív változásokat értékelték a legsúlyosabb gondnak. A gazdasági válság tehát közvetlenül hatást gyakorolt az ingatlanpiacra, és mivel a lakáskörülmények bizonyíthatóan kihatnak a mentális és fizikai egészségre,³⁰ így a válság hatást gyakorol a lakosság egészségi állapotára, valamint egészséggel összefüggő életminőségére. A negatív tapasztalatok közül Budapesten még az infrastrukturális fejlődés lelassulására, az egyre inkább növekvő szociális problémákra, az elszegényedésre és az életszínvonal csökkenésére hívták fel a figyelmet a válaszadók. Győrben pedig a lakossági jövedelmek és a fogyasztás csökkenésére, a különböző szolgáltatások (pl. oktatás, szabadidős, kulturális lehetőségek) színvonalának romlására mutattak rá valós problémaként a felmérésben részt vevők.

A gazdasági válság negatív társadalmi következményei a városlakók szubjektív véleményében egyértelműen visszatükröződnek. Kvalitatív vizsgálataink arról is tanúskodnak, hogy a városlakók szerint az életminőség romlott a válság kirobbanása óta (2. ábra). A megkérdezettek közel fele nyilatkozott úgy, hogy életminősége valamelyest romlott, a válaszadók közel egyötöde szerint pedig jelentősen visszaesett az elmúlt évek során. Az életminőség romlását sokan egyértelműen az anyagi körülményeik romlására vezetik vissza. Ennek valós oka az, hogy az anyagi helyzet alapján erőteljes polarizálódás ment végbe a társadalomban a válság hatására, és egyre többen csúsztak le a jövedelmi skála legalsó decilisébe.³¹ Nöttek a jövedelmi különbségek a leggazdagabb és legszegényebb rétegek között, vagyis a válság kielezte az anyagi különbségeket a háztartások között. Az életminőség rosszabb megítélése, a fokozódó aggodalmak okozta mentális nyomás közvetett hatásai a társadalmi környezet változásaiban is tetten érhetők.

2. ábra: A városlakók véleménye életminőségük változásáról a válság idején (n=352, 2011)



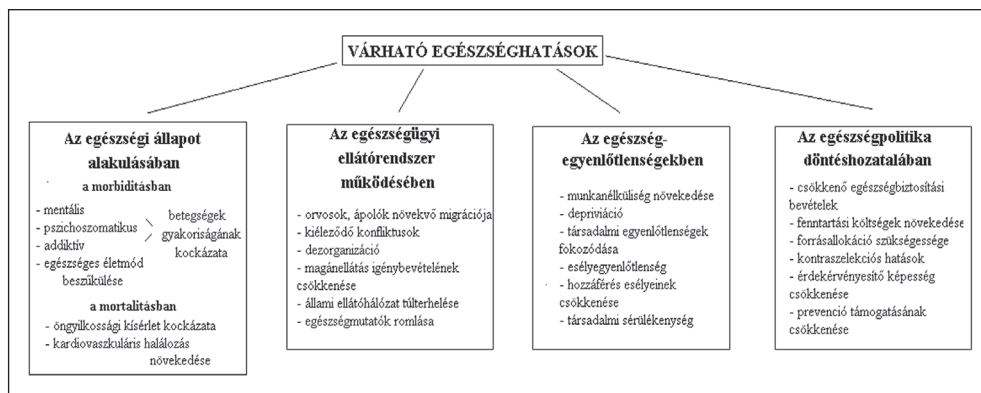
Forrás: Egedy Tamás: A gazdasági válság hatásai városon innen és túl. Területi Statisztika, 2012/4.

KÖVETKEZTETÉSEK

A válságjelenségeknek (pl. munkanélküliség, jövedelemcsökkenés, fogyasztás visszasesése) közvetlenül és közvetetten is szerepük van az egészségi állapot alakulásában és az egészségügyi ellátórendszer működésében. A hatások elsősorban a negatív tendenciák felerősödésével és újszerű folyamatok kialakulásával járnak együtt. A rövid távú hatások (mint például a mentális betegségek elterjedése) néhány év tükrében

kevésbé értelmezhető, azonban hosszú távon az egészségpolitikai döntéshozatalnak fel kell készülnie a következmények kezelésére. Bár a szekuláris hatások (pl. a lakosság iskolai végzettségének javulása) középtávon ellensúlyozhatják a válság egészségi hatásait, ennek kiszűrése nagy kihívás a tudományos kutatások számára (3. ábra).³²

3. ábra: A válság feltételezett egészségkockázatai



Forrás: Uzzoli Annamária: A válság és egészség Magyarországon – Feltételezések és vélemények. Egészségtudomány, 2013/3.

A munkanélküliség strukturális átalakulása eredményezte, hogy az elmúlt évek gazdasági válsága nem feltétlenül járt együtt az egészségi állapot rövid távú, közvetlenül mérhető romlásával. Az állástalanná válók között ugyanis megjelentek a magasabb társadalmi-gazdasági státusú csoportok, akikre kedvezőbb egészségmutatók jellemzők. Ebből következik, hogy az egészségyenlőségek térszerkezetében nincs számottevő átalakulás a jelenlegi válság következtében. Továbbra is határozottan elkülönülnek egymástól az egészségmutatók alapján jobb és rosszabb helyzetű területek Magyarországon.

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályai leginkább a vidéki, rurális térségekben lehetnek az egészségromlás, illetve az egészségyenlőségek növekedésének kiváltó okai. A válság a centrumterületeket erőteljesebben érintette, de a gazdasági hatások az egészségfolyamatokban egyelőre kevésbé érzékelhetők. Az egészségi állapot alapján legkedvezőtlenebb területek (perifériák) lemaradásában a válsághelyzettől függetlenül továbbra is magyarázó tényező az eleve hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet.

Az egészségyenlőségekben felfedezhető területi különbségek tehát alapvetően a rendszerváltozás társadalmi-gazdasági átalakulására vezethetők vissza Magyarországon. A 2008 óta kibontakozó gazdasági válság egészségyenlőségekre gyakorolt közvetlen hatásai rövid távon még nem kimutathatók, de multiplikatív hatásának köszönhetően hosszú távon a területi különbségeket mélyítheti. Bár a válság a gazdaságilag prosperáló régiókat (főként Közép- és Nyugat-Dunántúl) sokkal jobban sújtotta, a 2010. és 2011. évi gazdaságstatisztikai adatok a régióban található

megyék gyorsabb lábra állásáról tanúskodnak. A válság tehát ezeken a területeken az életkilátásokat érdemben nem befolyásolja, viszont ez nem mondható el Észak-Magyarország és Észak-Alföld hátrányos helyzetű kistérségeiről.

A településhierarchia magasabb szintjein elhelyezkedő településeken kedvezőbbek a munkalehetőségek, és magasabb a várható élettartam, így a városok összességében kedvezőbb életfeltételeket kínálnak. Vagyis a városokba történő beköltözés egyúttal növeli életlehetőségeinket, javítja egészségügyi helyzetünket. A településhierarchia tehát hatással bír az egészségügyenlétlenségekre, ugyanakkor pozitív irányba mozdítja a városlakók egészségügyi helyzetét. Megdőlni látszik tehát az a régi bölcsesség, miszerint a vidék a hosszú és egészséges élet záloga. Régóta ismertek a nagyváros negatív hatásai az emberek egészségére (stressz, levegő- és zajszennyezés, ülepedő por stb.). Az egészségügyenlétlenségek szempontjából azonban a városok szerepét újra kell értelmeznünk. Ebből a szempontból érdekes kutatási irány lehet annak kiderítése, hogy vajon a városok esetében az általuk generált egészségügyi problémák vagy az egészségügyenlétlenségek alakulásában betöltött pozitív hatásai játszanak fontosabb szerepet a lakosság egészségügyi helyzetének hosszú távú alakulásában Magyarországon? Eredményeink arra utalnak, hogy ezen utóbbi hatások egyre inkább előtérbe kerülnek, így a városok (nagyvárosok) hosszú távon sikeresen járulhatnak hozzá az egészségügyenlétlenségek mérsékléséhez Magyarországon. A városokra a jövőben mint egyfajta „menekülő útvonalra”, az egészség megőrzésének alternatíváira is számíthatunk. Erre utalhat azon eredményünk is, miszerint a gazdasági nehézségek ellenére a nagyvárosok lakói szerint összességében inkább pozitív irányba haladnak a dolgok a városokban. Az „optimizmusgörbe” fordított V alakhoz hasonlítható, ahol a településhierarchia-szint emelkedésével nő a városlakók jövőbeli fejlődésbe vetett bizalma, de a budapesti lakosok optimizmusa valamelyest elmarad a vidéki nagyvárosiakétól. Újabb kutatásokat igényel annak felderítése is, hogy vajon hol (mekkora településméretnél, illetve lakosságszámnál) húzódik az „egészséges városméret” alsó és felső határa, vagyis amikor már egyértelműen érvényesülnek a pozitív hatások, de a negatív egészségi hatások még nem múlják felül ezeket.

A településhierarchia jelentőségét vizsgálva tehát megállapíthatjuk, hogy a városok mint centrumtérsegek ellensúlyozhatják a válság kedvezőtlen egészséghatásait. A magasabb szintű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó városok közvetlenül is hozzájárulhatnak az egészségügyenlétlenségek mérséklődéséhez. Ez különösen igaz a rendszerváltozás óta leszakadó, illetve kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzettel azonosítható megyékben.

JEGYZETEK

¹ A statisztikai vizsgálatokat 2013. január 1., a járási rendszer bevezetése előtt végeztük el. A területi egyenlétlenségek mérésére szolgáló indikátorokat a 2007. évi kistérségi besorolás (174 kistérség) alapján elemeztük.

² Pl. Göran Dahlgren – Margaret Whitehead: *European strategies for tackling social inequalities in health. Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3., WHO,

2006. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf. (Letöltés: 2012. március 2.); Michael G. Marmot – Richard G. Wilkinson: *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford–London, 2006.
- ³ Pl. Jon Ivar Elstad: *The psycho-social perspective on social inequalities in health*. In: *The Sociology of Health Inequalities*. Eds.: Mel Bartley, David Blane, George Davey-Smith, Blackwell Publishers, Oxford, 2005, 39–58. o.
- ⁴ Douglas Black – Jerry N. Morris – Peter Townsend: *Inequalities in health. The Black Report*. Penguin Books, Hammondsworth, Middlesex, 1985.
- ⁵ Michael G. Marmot – Martin J. Shipley: *Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study*. *British Medical Journal*, Vol. 313., 1996, 1177–1180. o.
- ⁶ Pl. Kelvyn Jones – Graham Moon: *Health, disease and society: A Critical Medical Geography*. Routledge and Kegan Paul Ltd., Portsmouth Polytechnic, London – New York, 1987.
- ⁷ *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO, Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2008. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. (Letöltés: 2011. július 18.)
- ⁸ Pl. *Reducing Inequalities in Health: An European Perspective*. Eds.: John Mackenbach, Martijntje Bakker, Routledge, London, 2002; Vitrai József et al.: *Egészséggyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez*. EgészségMonitor, Budapest, 2008.
- ⁹ Sandy Oliver et al.: *Health promotion, inequalities and young people's health. A systematic review of research*. EPPI-Center Report No. 1611., University of London, London, 2008. <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=mVu6mYHcwbC%3D&tabid=2410>. (Letöltés: 2013. február 6.)
- ¹⁰ Ulrich Hegerl et al.: *The "European Alliance Against Depression (EAAD)": A multifaceted, community based action programme against depression and suicidality*. *The World Journal of Biological Psychiatry*, Vol. 9, No. 1., 2008, 51–59. o.
- ¹¹ John Eyles: *The Geography of the National Health*. Croom Helm, London, 1987; Thomas C. Ricketts et al.: *Geographic Methods for Health Service Research: A Focus on the Rural-Urban Continuum*. University Press of America, London, 1994.
- ¹² Richard Fearn: *Rural health care: a British success or a tale of unmet need?* *Social Science Medicine*, Vol. 24, No. 3., 1987, 263–274. o.
- ¹³ Eyles, i. m.
- ¹⁴ Peter Phillimore – Richard Reading: *A rural disadvantage? Urban-rural health differences in Northern England*. *Journal of the Public Health Medicine*, Vol. 14, No. 3., 1992, 290–299. o.; J. Charlton: *Which areas are the healthiest?* *Population Trends*, Vol. 83., 1996, 17–24. o.
- ¹⁵ Bentham et al.: *Analysis of small area statistics on morbidity, mortality and deprivation for resource allocation in East Anglia*. Health and Environment Research Group Working Paper, School of Environmental Science, University of East Anglia, Norwich, 1993.
- ¹⁶ Michael K. Miller – C. Shannon Stokes – William B. Clifford: *A comparison of the rural-urban mortality differential for deaths from all causes, cardiovascular disease and cancer*. *Journal of Rural Health*, Vol. 3, No. 2., 1987, 23–34. o.; Jeffrey Sobal – Richard P. Troiano – Edward A. Frongillo: *Rural-urban differences in obesity*. *Rural Sociology*, Vol. 61, No. 2., 1996, 289–305. o.
- ¹⁷ Dona Schneider – Michael R. Greenberg: *Death rates in rural America 1939–1981: Convergence and poverty*. In: *Health in Rural North America. The Geography of Health Care Services and Delivery*. Eds.: W. M. Gesler, T. C. Ricketts, Rutgers University Press, New Brunswick, 1992, 55–68. o.
- ¹⁸ H. Dolk et al.: *A standardisation approach to the control of socioeconomic confounding in small area studies of environment and health*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 49, No. 2., 1995, 9–14. o.
- ¹⁹ C. Graham Bentham: *Mortality rates in the more rural of England and Wales*. *Area*, Vol. 16, No. 3., 1984, 219–226. o.
- ²⁰ Phillimore – Reading, i. m.
- ²¹ Peter Congdon: *The impact of area context on long term illness and premature mortality: an illustration of multi-level analysis*. *Regional Studies*, Vol. 29, No. 4., 1995, 327–377. o.

- ²² Phillimore – Reading, i. m.
- ²³ Sara McLafferty: *Health and the urban environment*. Urban Geography, Vol. 13, No. 6., 1992, 567–576. o.; Elizabeth A. Richardson et al.: *A Regional Measure of Neighbourhood Multiple Environmental Deprivation: Relationship with Health and Health Inequalities*. The Professional Geographer, Vol. 65, No. 1., 2013, 153–170. o.
- ²⁴ Robert D. Atkinson – Randolph H. Court – Joseph M. Ward: *The State New Economy Index: Benchmarking economic transformation in the States*. Progressive Policy Institute, Washington, 1999.
- ²⁵ *The Global Competitiveness Report 2012–2013*. Full Data Edition. Ed.: Klaus Schwab, World Economic Forum, Genf, 2012.
- ²⁶ Köllő János: *Foglalkoztatás, munkanélküliség és bérek a válság első évében*. In: Munkaerő-piaci Tükör 2010. Közelkép: A válság munkapiaci hatásai. Szerk.: Fazekas Károly, Molnár György, MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010, 43–77. o.
- ²⁷ Egedy Tamás: *A gazdasági válság hatásai városokon innen és túl*. Területi Statisztika, 2012/4., 335–352. o.
- ²⁸ Szilágyi Dániel – Uzzoli Annamária: *Az egészségügyenlétlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon*. Területi Statisztika, 2013/2., 130–147. o.
- ²⁹ Ivan Turok: *Cities, regions and competitiveness*. Regional Studies, Vol. 38, No. 9., 2004, 1069–1084. o.
- ³⁰ James R. Dunn: *Housing and health inequalities: Review and prospects for research*. Housing Studies, Vol. 15, No. 3., 2000, 341–366. o.
- ³¹ Tamás Egedy: *The effects of global economic crisis in Hungary*. Hungarian Geographical Bulletin, Vol. 61, No. 2, 2012, 155–173. o.
- ³² Uzzoli Annamária: *A válság és egészség Magyarországon – Feltételezések és vélemények*. Egészségtudomány, 2013/3., 12–30. o.