

dr. Uzzoli Annamária – Szilágyi Dániel

A JELENLEGI VÁLSÁG TERÜLETI HATÁSAI A HAZAI EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK ALAKULÁSÁBAN

Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározottsága determinálja, hogy a gazdasági válság hatással van a népesség egészségi állapotára. Válság idején a munkanélküliség az egyik legmeghatározóbb kockázati tényező, ezért az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetővé tétele az egyik legeredményesebb módszere a társadalmi és egészség-egyenlőtlenségek mérséklésének. A létbizonytalanság, a munkanélküliség, az eladósodás és az életszínvonal romlása kihat a népesség életkörülményeire, közvetlenül és/vagy áttételesen mentális egészségére, így bizonyos betegségek nagyobb arányú megjelenésére.

Kutatásunk célkitűzése értelmezni a munkanélküliség és az életesélyek összefüggéseit – részben az ehhez kötődő területi folyamatok tekintetében – különböző társadalmi-gazdasági, részben demográfiai mutatószámok bevonásával. Az egészség-egyenlőtlenségek területi elemzését kistérségi szinten végeztük el, míg az általános tendenciák leírására a megyei szintű adatokat vettük alapul. Melyek az egészségfolyamatok tekintetében leszakadó területek? Létezik-e olyan markáns nyugat-keleti megosztottság az életesélyekben, mint a gazdasági folyamatokban? A válság hatására felfedezhető-e a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában valamilyen szabályszerűség? A kérdések megválaszolásához korrelációs-regressziós számításokat végeztünk, valamint a trendfelület-elemzést és a területi autokorrelációt alkalmaztuk.

Vizsgálati eredményeinkkel bizonyítottuk, hogy az elmúlt 20 év során egyre erősebb kapcsolat áll fenn a munkanélküliség és a várható élettartam között, vagyis a jelenlegi válság szerepe bizonyos értelemben definiálható az egészség-egyenlőtlenségek aktuális alakulásában. Sőt, azt tapasztaltuk, hogy a mostani válság erőteljesebben hatott a nők életkilátásaira. Területi vizsgálatainkban arra jutottunk, hogy a földrajzi perifériák egyre rosszabb gazdasági helyzetben vannak, amely az egészségfolyamatokra is hatással van. Ugyan nem létezik éles választóvonal Magyarországon a jobb és rosszabb helyzetű területek között (munkanélküliség és várható élettartam alapján), viszont a térbeli közelség érvényesül a kedvező és kedvezőtlen mutatókkal rendelkező kistérségek szomszédságában.

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.

The spatial structure of unemployment and life expectancy on the micro-region level can give more sophisticated face about health inequalities due to the economic crisis. The local differences of unemployment and life expectancy prove unambiguously unfavourable position North Eastern and South Western part of the county, while North Western and Central Hungary's favourable situation. In the Central Region the most advantageous life span and socio-economic environment can be found in the Northern –except for Szobi micro-regions – and Western part of the region, and also in the capital, with its local population's better life circumstances. The situation is more differentiated in Eastern Hungary. In the North Eastern micro-regions live the mostly affecting poor and vulnerable social groups with its worse labour market position. At the same time in Eastern Hungary Csongrád county and Szeged micro-region positively differs from the average level of Great Plain. There is another 'breaking off' area in the South Western part of Hungary in Somogy county which is very similar to the North Eastern area. Particularly, the most disadvantageous situation can be experienced in geographically rural micro-regions along the borderline of the country. The urban environment insures special life conditions that fairly influence local population's life chances. From Gödöllő micro-regions through Budapest and Győr micro-regions to e.g. Mosonmagyaróvár micro-regions is outlined an axis based on its many favourable health, environmental and other socio-economic factors or indicators.

Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározottsága determinálja, hogy a gazdasági válság hatással van a népesség egészségi állapotára. Az ok-okozati összefüggések bonyolultak, de a hátrányos folyamatok szerepe egyértelmű az egyének munkaerő-piaci pozíciójának és a háztartások fogyasztási szokásainak megváltozásában, átalakulásában. Válság idején a munkanélküliség az egyik legmeghatározóbb kockázati tényező, ezért az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetővé tétele az egyik legeredményesebb módszere a társadalmi és egészség-egyenlőtlenségek mérséklésének. A létbizonytalanság, a munkanélküliség, az eladósodás és az életszínvonal romlása kihat a népesség életkörülményeire, közvetlenül és/vagy áttételesen mentális egészségére, így bizonyos betegségek nagyobb arányú megjelenésére.

A válsághelyzetek egyaránt veszélyeztetik a lakosság fizikai és lelki állapotát, valamint az egészségügyi rendszer és a szociális ellátóhálózat működését. Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak értelmezése felveti, hogy a válságok idején a valós és a vélt egészség szempontjából nemcsak a munkaerő-piaci pozíció és a jövedelem-szint számít, hanem a meglévő társadalmi és egészség-egyenlőtlenségek mértéke, növekedése. Az egészséggel összefüggő társadalmi esélyegyenlőtlenség minden országban jelen



van, és nagymértékben függ a makrogazdasági feltételektől. 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).

Az egészségi állapotra a munkanélküliség hat a leginkább (Böckerman-Ilmakunnas, 2008). Legrosszabb a helyzet a középkorú férfiak esetében, akik általában először válnak munkanélkülivé a válságok idején. 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 (Hegerl, et al. 2008). Válság idején mindenki törekszik munkahelyének megőrzésére. Emiatt az állandó bizonytalanság, a fokozott stressz-hatás következtében növekszik a fizikai és pszichikai megbetegedések száma. A munkanélküliség okozta stressz a kockázatos magatartásformák (gyógyszerfogyasztás, alkoholizmus, mértéktelen dohányzás) széleskörű elterjedéséhez vezet(het).

Az egészség-egyenlőtlenségek 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 egészség-eltérésekben, mind az egészség-egyenlőtlenségekben mérséklődés tapasztalható: vagyis, javul a teljes népesség egészségi állapota, csökken a társadalmi csoportok egészségében tapasztalható különbség, enyhül bizonyos területek (perifériák, félperifériák) lemaradása az országos átlagokhoz képest a helyi lakosság életkilátásaiban.

Az egészség-egyenlőtlenségek alakulását számos egyidejűleg ható tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg. A meghatározó – pl. társadalmi struktúrák – és a befolyásoló tényezők – pl. lakókörnyezet, életkor, munkaerő-piaci pozíció stb. – (Raphael, 2008) megismerése, ok-okozati kapcsolataik feltárása tudományos bizonyítékul szolgálhat, megfelelő tudást és egészség-információt nyújtva a szakpolitikai döntéshozók számára.

Célok és módszerek

A jelenlegi globális pénzügyi válság, valamint a hazai gazdasági recesszió olyan tömeges jelenségek, mint a létbizonytalanság, a munkanélkülivé válás, az életszínvonal csökkenés, a társadalmi pozícióvesztés, a fokozódó stresszhatás egészség-egyenlőtlenségek alakulásában betöltött szerepének elemzésére alkalmasak.

Tanulmányunkban alapvetően abból az alaptételből indultunk ki, hogy ha a krízis miatt a megváltozott makrogazdasági feltételek bizonyos társadalmi csoportok esetében egész-



ségromlást eredményeznek, akkor az így kialakult egészség-eltérések elkerülhetőnek tekinthetők. Azaz, a recesszió okozta „hátrányosság” nem az eltérő biológiai adottságokból fakad, hanem a válság eredményezte igazságtalanságokból, méltánytalanságokból. A társadalmi és gazdasági feltételrendszer okán kialakuló egyenlőtlenségek mind az egészségi állapotban, mind pedig az egészségügyi rendszer színvonalában és igénybevételeiben utolérhetők. Ez utóbbival jelen dolgozatban nem foglalkoztunk.

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

A 2008 őszén bekövetkező hitel- és pénzüpi válság hazai munkaerő-piaci hatásai leginkább 2009-től voltak tapasztalhatók, így a 2012 nyarán rendelkezésre álló statisztikai adatok közül egyelőre 2009-cel és 2010-zel azonosítottuk a jelenlegi válságot. Azonban az egyenlőtlenségek vizsgálatokor külön figyelmet szenteltünk a jelenlegi válság tipikus évének kiválasztására. Az összes vizsgálatot, elemzési eljárást elvégeztük mind a 2009-es, mind a 2010-es adatsorokra vonatkozóan, majd az eredmények birtokában döntöttünk az utóbbi „válságév” használatáról.

Ennek fő okai a következők voltak:

- 2010-ben a legtöbb esetben szorosabb volt a korrelációs kapcsolat a vizsgált mutatószámok között 2009-hez képest;
- 2010-ben a munkanélküliség esetében a kedvezőtlenebb helyzetű kistérségek rosszabbodása, a várható élettartam alapján pedig a kedvezőbbek javuló tendenciájának mérséklődése volt tapasztalható 2009-hez képest;
- 2010-ben szabályszerűbben alakultak a szomszédsági viszonyok a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában;
- 2010 esetében markánsabb a térbeliség mint magyarázó tényező szerepe mind a munkanélküliség, mind a várható élettartam területi rajzolatában 2009-hez képest.

A kutatás fő célkitűzésének megfelelően legfontosabb vizsgálati kérdésünk a következő volt: A munkanélküliség és az életkilátások összefüggésrendszere hogyan hat az egészségi állapotban meglévő területi egyenlőtlenségekre?

Az egészség-egyenlőtlenségek területi elemzését kistérségi szinten végeztük el, a 2007-es kistérségi besorolás alapján. Az általános tendenciák leírására a megyei szintű adatokat vettük alapul. Az egészség-egyenlőtlenségek területi vizsgálatában feladatunk volt egy-



részt megnevezni a válság miatt az egészségfolyamatok tekintetében leszakadó területeket, másrészt megfigyelni, hogy a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában felfedezhető-e valamilyen szabályszerűség.

A születéskor várható átlagos élettartam és a munkanélküliségi arány közötti kapcsolat, vagyis a válság életkilátásokra kifejtett hatásának bizonyítására a Pearson-féle korrelációs együtthatót, valamint a kétváltozós lineáris regressziós modellt használtuk. A korrelációs számítások szignifikáns eredményeit egy korrelációs mátrixban összegeztük. A térbeliség vizsgálatában a területi autokorrelációt és a keresztábra-alkalmazást használtunk (Szilágyi-Uzzoli, 2013).

A munkanélküliségi arány számításához szükséges gazdaságilag aktív népesség adata nem elérhető kistérségi szinten, ezért vizsgálatainkban az aktív korú népességet vettük alapul.

A mutató a következőképpen épült fel:

Munkanélküliek aránya (%) = nyilvántartott (vagy regisztrált) álláskeresők száma (fő) / aktív korú népesség száma (fő)

[Megjegyzés: 1993-ban és 2001-ben regisztrált álláskereső volt a hivatalos megnevezés. Az aktív korú népességre vonatkozólag hivatalosan a 18–59 év közöttiek adatait használtuk fel.]

Az életkilátások és a munkanélküliség hazai alakulása 1990 után

Az 1990-es évek elejének magyar munkaerőpiacát a foglalkoztatási helyzet rohamos romlása, és a munkanélküliség gyors emelkedése jellemezte. A munkanélküliségi ráta 1993-ban érte el csúcspontját (12,1%), amikor egyúttal a legmagasabb volt a halálozási arány (14,6 ‰, közel 150.000 főss összhálaózás) és legrövidebb a várható élettartam (69,0 év, férfiaknál: 64,5 év, nőknél: 73,8 év). A javulás a kilencvenes évek közepétől indult meg Magyarországon: 2001-ig szinte folyamatos volt a munkanélküliség csökkenése (1. ábra). Ekkor érte el a mutató a legkedvezőbb értékét (5,7%), azóta mérsékelten, de állandó mértékkel növekedett, végül 2009-től 10% fölé emelkedett. A válság hatására 2008-hoz képest 2010-re a hazai munkanélküliségben 3 százalékpontos emelkedés következett be.

Az életkilátások lassú, mérsékelt, fokozatos emelkedése 1996-ban kezdődött, s 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 1993-2010 között 5,3 évvel javultak az életkilátások (2. ábra). A II. világháborút követő 15 évben a születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon látványosan növekedett, majd mintegy 30 éven keresztül – amely alatt az Európai Unió területén töretlen volt az emelkedés – alig változott. Nemek szerinti bontásban is hasonló kedvező tendencia volt tapasztalható: a férfiak életesélyei 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

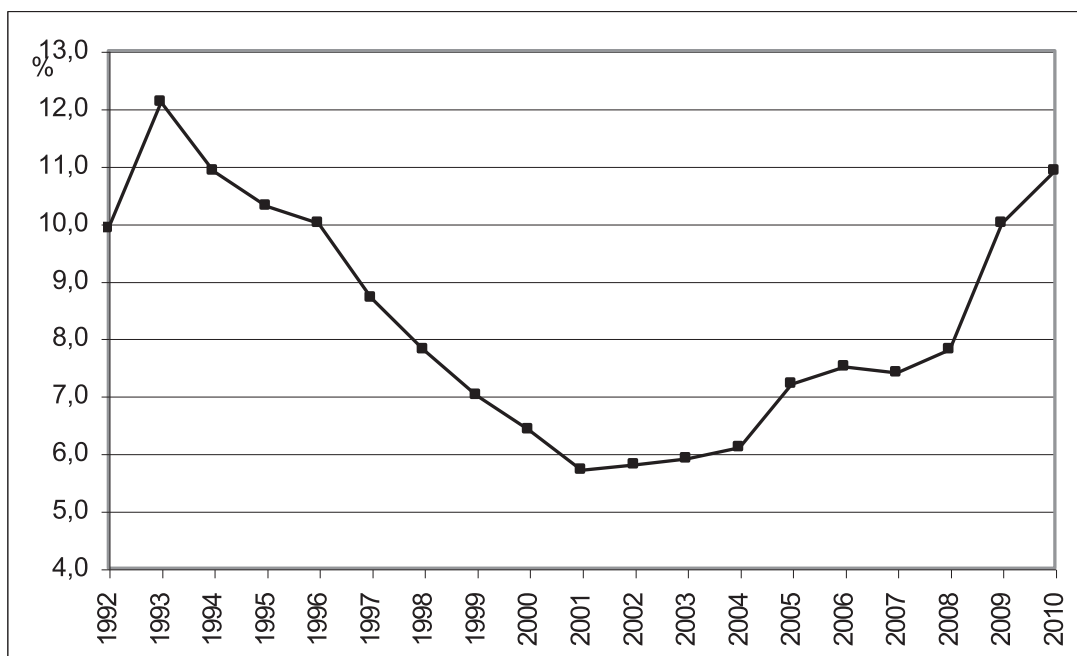


nem életésélybeli különbsége 1993-1995 között volt a legmagasabb (9,3-9,4 év), majd az elmúlt 14-15 évben fokozatosan csökkent az eltérés, jelenleg 7,6 év. A nyers halálozási arányszám lassú javulása 1995 után indult meg, de a mutató 1999-ben ismét elérte a 14‰-es értéket, bár azóta 13,0-13,5‰ közötti értékekkel állandósulni látszik (3. ábra).

A kilencvenes évek első feléhez képest a munkanélküliség kiváltó okai is alapvetően megváltoztak a jelenlegi válság időszakában. A rendszerváltozás hatására főként a mezőgazdaság és az ipar foglalkoztatási lehetőségei szűkültek be, de a kilencvenes évek végétől növekedni kezdett a felsőfokú végzettségű, pályakezdő diplomás munkanélküliek részaránya. „A rendszerváltozásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülmények terén, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek voltak” (Habicsek-Kovács, 2007:25). A jelenlegi válság jelentős mértékben érintette a magasan kvalifikált munkaerőt, a tercier és kvaterner szektor foglalkoztatottjait: az elmúlt bő évtizedben a magasabb iskolai végzettséggel, s így kedvezőbb egészségmutatókkal, jobb életkilátásokkal bíró társadalmi csoportok jelentek meg a munkanélküliek között. Emiatt – az optimistább prognózisok szerint – a válság hatásaként a születéskor várható átlagos élettartam növekedési üteme stagnál majd Magyarországon, de nem kezd el csökkenni. Nehéz megítélni, hogy a várható élettartam jövőbeli alakulására milyen tényezők lesznek hatással, az viszont tény, hogy a magyar életkilátások évtizedek óta átlagosan 6-7 évvel maradnak el a nyugat-európai átlagtól.

1. ábra

A munkanélküliségi arányszám (%) Magyarországon (1992-2010)



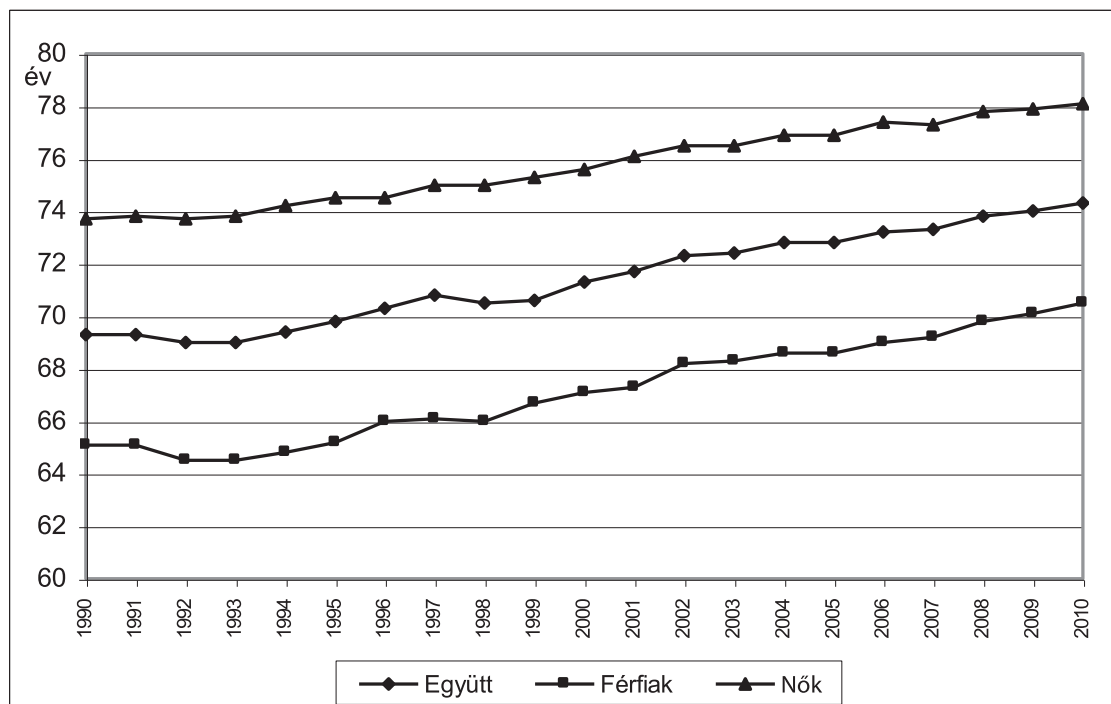
Adatok forrása: portal.ksh.hu

[Megjegyzés: A Központi Statisztikai Hivatal 1992 óta közöl munkanélküliségi adatokat.]



2. ábra

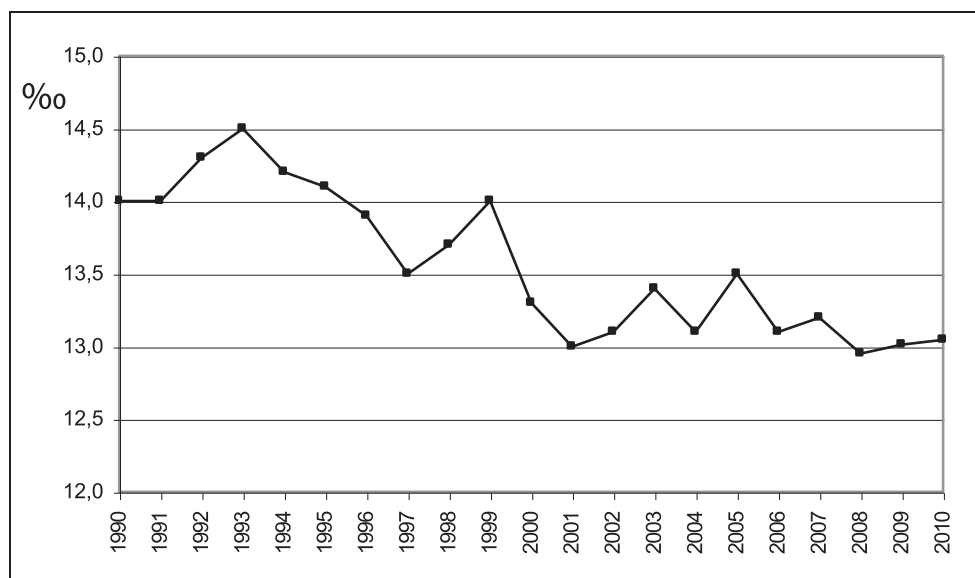
A születéskor várható átlagos élettartam (év) Magyarországon (1990-2010)



Adatok forrása: portal.ksh.hu

3. ábra

A nyers halálozási arányszám (%) Magyarországon (1990-2010)



Adatok forrása: portal.ksh.hu

A munkanélküliség a 2000-es évek elejére a felsőfokú végzettségűek között főként a főiskolai diplomával rendelkezőket érintette, de a jelenlegi válság miatt a duplájára nőtt az



egyetemi végzettségű regisztrált munkanélküliek aránya is. A rendszerváltozás válsága leghátrányosabban az általános iskolai végzettségűeket és a szakmunkásokat érintette a kilencvenes évek elején. Míg az utóbbiak esetében napjainkra némi mérséklődés tapasztalható, addig az előbbieket továbbra is veszélyeztetették a munkanélküliség által. A kevesebb mint 8 osztályt végzettek körében ugyan kisebb enyhülés figyelhető meg a munkanélküliség arányában, de ebben az esetben számolni kell azzal, hogy sokan közülük teljesen kiszorultak az ellátórendszerből, így nincsenek is pontos információink róluk. A középfokú végzettségűek (szakközépiskola, gimnázium, technikum) munkanélküliségi arányában folyamatos, bár mérsékelt növekedés következett be az elmúlt évtizedben.

Az egymásra hatások, összefüggések területisége

A munkanélküliség és az életkilátások között szoros kapcsolat áll fenn (1. és 2. táblázat), ami a férfiak esetében erősebb összefüggést mutat. Az egyenlőtlenségek mértéke a két válságév (2009 és 2010) viszonylatában jelentősebb a munkanélküliség tekintetében, bár a vizsgált mutatók esetében 2010-ben mérséklődés tapasztalható 2009-hez képest. Ha a munkanélküliség által leginkább veszélyeztetett középkorú népességet tekintjük, még inkább relevánsak az életesély-mutatók és a gazdasági mutatók közötti összefüggések. Az egy főre jutó GDP a középkorú férfiak egészségben várható élettartamával mutatja a legszorosabb kapcsolatot. A foglalkoztatási arány az egészségben várható élettartamokkal áll a legszorosabb kapcsolatban, viszont a férfiaknál meghatározóbb. Tehát a férfiak „egészséges” életkilátásait nagyobb mértékben befolyásolja a foglalkoztatási helyzet. Ezt támasztja alá, hogy a munkanélküliségi aránnyal is igen szoros kapcsolatban van a férfiak egészségben várható élettartama. A vizsgált gazdasági mutatók közül a munkanélküliségi ráta a legmeghatározóbb az életesélyek alakulásában, kivált a középkorú férfiaknál, ugyanis a munkanélküliek 60%-a férfi Magyarországon.



1. táblázat
Az életesély-mutatók és a gazdasági mutatók közötti
Pearson-féle korrelációs kapcsolat (r) (2009)

Életesély-mutatók	Gazdasági mutatók		
	GDP/fő (ezer forint)	Foglalkoztatási arány (%)	Munkanélküliségi arány (%)
Férfiak 45 éves korban egészségben várható élettartama (év)	0,65	0,81	-0,84
Férfiak 45 éves korban betegségben várható élettartama (év)	-0,42	-0,64	0,63
Nők 45 éves korban egészségben várható élettartama (év)	0,50	0,63	-0,67
Nők 45 éves korban betegségben várható élettartama (év)	-0,48	-0,59	-0,58

Adatok forrása: portal.ksh.hu

2. táblázat
A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam közötti
Pearson-féle korrelációs kapcsolat (r) (2010)

	születéskor várható átlagos élettartam	születéskor várható átlagos élettartam, férfi	születéskor várható átlagos élettartam, nő
munkanélküliek aránya	-0,727	-0,711	-0,612
munkanélküliek aránya, férfi	-0,722	-0,706	-0,608
munkanélküliek aránya, nő	-0,720	-0,704	-0,605

Adatok forrása: portal.ksh.hu

Az ország megosztottsága a munkanélküliség és az életesélyek kapcsolatrendszerének területi megjelenésében jellegzetes térszerkezettel párosul. Keresztábra segítségével párba állítottuk mindkét mutató esetében a magas, átlagos, alacsony értékekkel bíró kistérségeket, majd ezeket térképen ábrázoltuk. A jobb átláthatóság érdekében a 2010-es állapotot közöljük.

Az életesélyek és a munkanélküliség kapcsolatának térbelisége alapján kisebb mértékben figyelhető meg a kistérségek pozícióvesztése és/vagy pozíciónyerése mind a munkanélküliség, mind a várható élettartam esetében 2009 és 2010 között. A legjobb helyzetű kistérségek vagy a fővárosi körüli agglomerációban vagy a nyugati ország részben, míg a legrosszabb helyzetűek az északkeleti és/vagy délnyugati területeken találhatóak



(4. ábra). A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam kistérségi különbségei jellegzetes területi mintázatra hívják fel a figyelmet.

Az 1990 utáni hazai válságok felerősítették azokat a területi folyamatokat, amelyek egyrészt a társadalmi-gazdasági helyzetből, másrészt az egészség-egyenlőtlenségek területi alakulásából következtek:

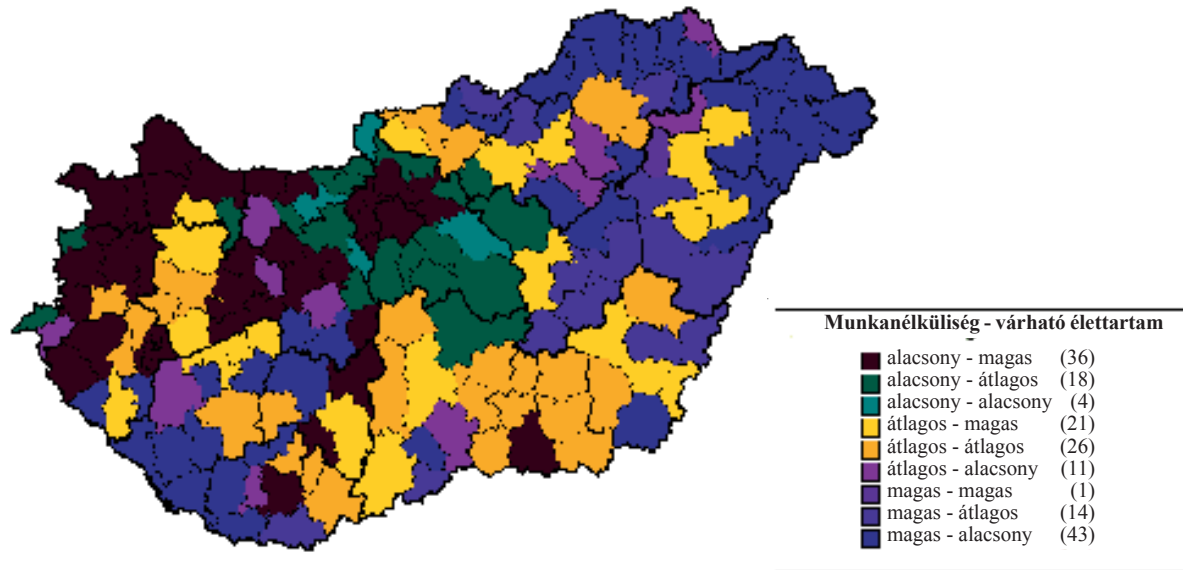
- A kilencvenes évek elején az életkilátások mindenhol rosszabbodtak, legkevésbé a fejlettebb területeken,
- A kilencvenes évek közepétől a Dél-Alföldön és a Közép-Dunántúlon javultak leginkább az életesélyek,
- A kilencvenes évek eleje óta egyértelműen leszakadó területek Északkelet- és Délnyugat-Magyarország.

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, lényegében 1990 óta leszakadó területek, míg Kelet-Magyarország sem teljes egészében kedvezőtlen helyzetű. Ez utóbbi esetében vannak olyan területek, amelyek jelentős javulást éltek meg az elmúlt másfél évtizedben, s akár még az átlagokhoz képest is jobb mutatókkal bírnak. A nyugat-kelet meghatározottságú területi szerkezetben kisebb az esélye annak, hogy szigetszerűen jelennének meg nagy számban akár jó, akár rossz helyzetű kistérségek a vizsgált két mutató alapján. A nyugat-kelet megosztottság mellett a centrum-periféria kapcsolatoknak is van befolyásoló szerepe a területiség alakulásában. Határozottan elkülönülnek a jó és rossz helyzetű területek az országban, bár éles, tengelyszerű választóvonalat kevésbé lehet felfedezni közöttük. Megfigyelhető, hogy a nagyjából kedvezőtlen helyzetű területeken inkább a megyeszékhelyekhez, városokhoz köthető a javuló tendencia.



4. ábra

A munkanélküliségi arány (%) és a születéskor várható átlagos élettartam (év) országos átlagokhoz való viszonyítása a kistérségekben (2010)



Adatok forrása: teir.vati.hu

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 munkanélküliség, ez 2009-ben tovább növekedett, s ezekben a megyében volt országosan a legalacsonyabb az életésélybeli javulás 1996 után. Budapest kimagasló társadalmi-gazdasági 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 életésélyeket. Ez alól kivétel Komárom-Esztergom és Pest megye. Kelet-, illetve Északkelet-Magyarországon az országos átlagot meghaladó munkanélküliség a legrosszabb életkilátásokkal párosul.

A szomszédsági területi hatások

Területi vizsgálatainkban tehát feladatként tűztük ki annak megfigyelését, hogy a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában felfedezhető-e valamilyen szabályszerűség, vagy pedig véletlenszerűnek mondható-e az adatok területi eloszlása. A korrelációs mérőszámokkal ugyan értelmezni tudtuk bizonyos mutatószámok közötti kapcsolat erősségét, de nem tudtuk vizsgálni a térbeli egymásra hatást („közelhatást”), az együttmozgást, és azok mértékét, szorosságát. Ennek számszerűsítését az ún. területi autokorreláció módszerével valósítottuk meg.

A területi autokorreláció olyan területi modell, amely egy adott társadalmi jelenségnek egy adott helyen, illetve a helyvel szomszédos helyeken mért értékei közötti kapcsolatot,



összefüggést mutatja ki (Nemes Nagy, 1998:217). Szabályszerű elrendeződés esetén az egymással szomszédos terület egységek (ebben az esetben a kistérségek) adatai egymáshoz hasonlóak, a nagy érték közelében nagy értéket, a kis érték közelében kis értéket találunk (pozitív autokorreláció), vagy a szomszédos területek különböznek egymástól, azaz a nagy értékű területek mellett kis értékű területek helyezkednek el, és fordítva (negatív autokorreláció) (Dusek, 2004:200).

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.

A globális területi autokorreláció mellett lokális területi autokorreláció számításokat is elvégeztünk, ugyanis ennek segítségével a térbeli struktúrák helyi sajátosságaira nyílik rálátásunk. Míg a globális autokorreláció egyetlen értékben mutat rá az autokorreláció mértékére, addig a lokális autokorreláció módszerével az összes megfigyelési egységre kapunk értékeket. A módszer segítségével meghatározhatjuk, hogy milyen kapcsolat áll fenn adott kistérség és szomszédjai között. Négy relációt különíthetünk el: magas-magas (HH), alacsony-alacsony (LL), magas-alacsony (HL) illetve alacsony-magas (LL). Az átlag felettiakat magasnak, az átlag alattiakat alacsonynak nevezzük.

A globális területi autokorreláció módszerével az egész adatsort egyetlen számmal tudjuk jellemezni. A mutató korlátos, -1 és 1 közötti értékeket vehet fel. Ha ez az érték pozitív, akkor azt bizonyítja, hogy a szomszédság adott jelenség tekintetében egymásra hatással is jár. Az 1 -hez közeli együttható érték olyan területi sémára utal, melyben a szomszédos terület egységek hasonlóak egymáshoz. Ha az együttható értéke -1 -hez közeli, akkor az előbbi megállapítás nem valósul meg, a nagy értékkel rendelkező terület egységek szomszédságában kis értékkel rendelkező terület egységek a jellemzők. Ha az együttható értéke 0 körüli, akkor pedig teljesen véletlenszerű az adott mutató területi mintázata. A globális területi autokorreláció számítással bizonyítottuk, hogy mind a munkanélküliség ($0,618$), mind a születéskor várható átlagos élettartam ($0,373$) esetében pozitív területi autokorreláció figyelhető meg 2010-ben. A munkanélküliség tekintetében homogénebb térszerkezet jellemző, mint az életkilátások területi mintázatában. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a szomszédság, az egymáshoz való közelség meghatározó a munkanélküliség és az életkilátások terén is, ám az előbbinél nagyobb mértékben.

A lokális területi autokorreláció számítása során a munkanélküliség arány értékének reciprokával számoltunk (Szilágyi-Uzzoli, 2013).

A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam lokális területi autokorrelációjának kiszámítása után egy sajátos megközelítést dolgoztunk ki és alkal-



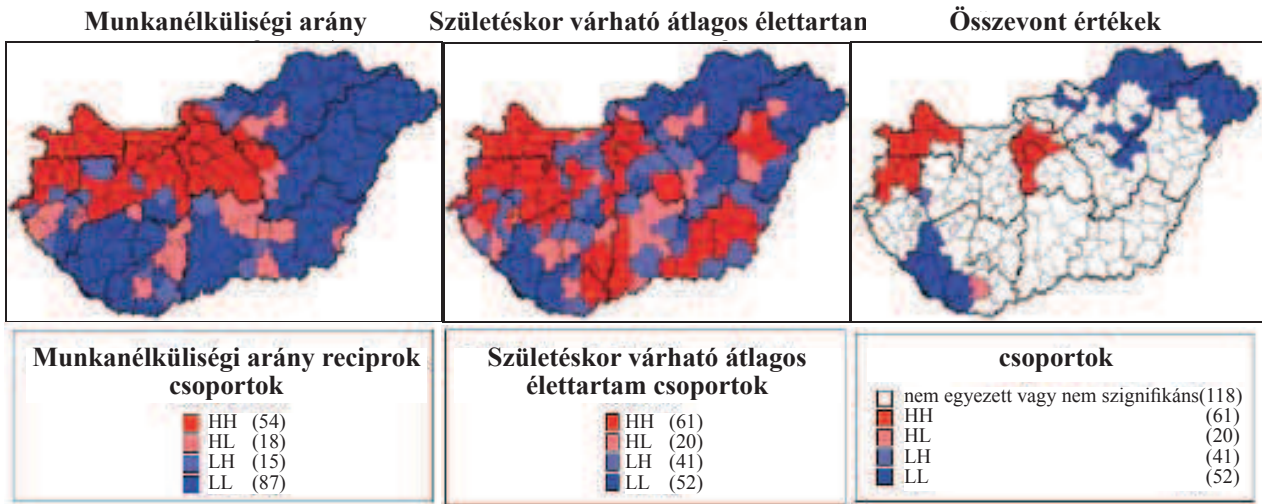
maztunk ahhoz, hogy a két mutató jellemzőit össze tudjuk hasonlítani. Ehhez először egyirányúsítani kellett az adatokat, hiszen a magas születéskor várható átlagos élettartam pozitívként könyvelhető el, míg a magas munkanélküli arányról ugyanez nem mondható el. Így első lépésben a munkanélküliek aránya értékek reciprokát számoltuk ki, vagyis az aktív korú népesség került a számlálóba, és a regisztrált munkanélküliek száma a nevezőbe. Így erre az adatsorra, valamint a születéskor várható átlagos élettartamra számoltunk lokális területi autokorrelációt. Ezen számítások már önmagukban sok érdekességre mutatnak rá, de a célunk az volt, hogy a kapott eredményeket összevegyük. Megnéztük, hogy adott kistérség milyen jellemzővel (HH, HL, LH, LL) bír az egyik és a másik mutató szerint. Kiemeltük azokat a térségeket, amelyeknek mindkét mutató szerint ugyanolyan jellemzője volt (tehát pl. a születéskor várható átlagos élettartam és a reciprok munkanélküliek aránya szerint is HH). Ezt követően pedig még egy szűrést iktattunk be, amivel kiválogattuk a szignifikáns eredményeket. Ehhez a Local Moran I értékeket vettük alapul, s így azon 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, zónák.

A munkanélküliség és az életkilátások közötti legszembevetőbb különbség az, hogy az előbbinél több kistérség került a HH és LL (legjobb és legrosszabb) csoportba (5. ábra), ami homogénebb térszerkezetre utal, s ezt a globális területi autokorreláció számítása is megerősítette. A születéskor várható átlagos élettartam szerint tehát jóval mozaikosabb területi mintázatot kaptunk eredményül, kevésbé lehetett kijelölni nagy, összefüggő, homogénnek tekinthető területeket. Az összevont értékek alapján csak azok a kistérségek jelennek meg a térképeken különféle színekkel (5. ábra), amelyek mindkét mutató tekintetében azonos jellemzővel bírtak és szignifikánsnak számítottak. Például Budapest mind a munkanélküliség, mind az életkilátások terén HH besorolást kapott (legkedvezőbb helyzet), tehát a szomszédos kistérségek hasonlóan jó helyzetűek voltak egymáshoz képest. 2010-ben 56 ilyen kistérség volt az országban, s területileg északnyugaton és a Közép-Magyarország régió nyugati és északi szektorában találjuk őket. Ezek a kistérségek azokat a nagy, összefüggő területeket jelölték ki, amelyek a munkanélküliséget és az életkilátásokat együttevén a legjobb helyzetben voltak az országban.



5. ábra

A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam lokális területi autokorrelációja (2010)



Adatok forrása: teir.vati.hu

Az LL csoport kistérségei azok, amelyek mindkét mutató esetében a legkedvezőtlenebbek országosan, és a szomszédos kistérségek hasonlóan rossz helyzetűek voltak egymáshoz képest 2010-ben. Az LL csoport kistérségei egyöntetűen az ország északkeleti részében, az országhatár menti periférikus területeken helyezkedtek el. Hasonló, a térben nagyobb összefüggő, de az előbbihez képest kisebb kiterjedésű terület a délnyugati periférikus, szintén országhatár menti részen fordult elő. Legkisebb mértékben és kiterjedésben a Középső-Tisza vidékén is található LL csoport.

Összefoglalás

Területi elemzésünkéből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a jelenlegi válság hatására nagymértékben nem változott az egészség-egyenlőtlenségek térszerkezete Magyarországon: ugyanazok a területek tekinthetők jó, illetve rossz helyzetűnek, mint a válság előtt. Sőt, az átlagos, közepes helyzetű kistérségek között sincsenek olyanok, amelyek helyzete kifejezetten a gazdasági recesszió miatt romlottak volna (pozícióvesztés). A nyugat-kelet meghatározottságú területi szerkezetben jelentős mértékben érvényesülnek a szomszéd-sági viszonyok, az egymáshoz való közelség szerepe, vagyis kisebb az esélye annak, hogy szigetszerűen jelennének meg nagy számban akár jó, akár rossz helyzetű kistérségek a vizsgált két mutató alapján. A szomszéd-sági kapcsolatok érvényének köszönhetően a válság idején 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.



Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése nemcsak világszinten, hanem a világ legfejlettebb országaiban is jelentős kihívást jelent a különböző szakpolitikák számára. Ugyan az Európai Unió államaiban hosszabb ideig élnek az emberek, jobbak az egészségmutatóik, kedvezőbbek az életfeltételeik, mégsem mindenki számára egyenlő mértékben biztosított az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés.

A társadalmi egyenlőtlenségek mentén értelmezett egészség-egyenlőtlenségek országok között és országokon belül is jelentős mértékűek. Szinte már közhely, hogy az alacsony társadalmi státusúak és bizonyos veszélyeztetett csoportok egészsége jóval rosszabb az átlagosnál, rövidebb ideig élnek, esetükben bizonyos megbetegedések és halálokok előfordulása kétszer-háromszor gyakoribb, bizonyos ellátásfajták és szolgáltatások igénybevételeből teljes mértékben kirekesztettek. A gazdasági válság, a növekvő munkanélküliség, a csökkenő jövedelmek, a létbizonytalanság és az állandó stresszhatás különös aktualitást ad a problémakörnek.

Az egészség társadalmi meghatározói felhívják a figyelmet arra, hogy a legfontosabb egészségproblémák – korai halálozás, betegségből fakadó alacsonyabb szintű életminőség – okai, meghatározó és befolyásoló tényezői a társadalmi-gazdasági környezet feltételei között keresendők. A lakás- és munkakörülmények, a környezeti hatások, az oktatáshoz és az egészségügyhöz való hozzáférés lehetőségei, az iskolai végzettség és a munkaerő-piaci pozíció, a jövedelemszint és a fogyasztási szokások, a foglalkoztatás és a munkanélküliség, a szegénység és a társadalmi kirekesztés különböző módon és mértékben érintik az egyes társadalmi csoportokat, s részben az egészségügyön kívülálló körülmények következményei.

Az egészség-egyenlőtlenségek mérséklése tehát nemcsak az egészségpolitika feladata: az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározóinak megváltoztatásában, illetve a népegészségügy javítására irányuló törekvésekben interszektorális megközelítésre van szükség. Az egészség társadalmi meghatározói széleskörűek, azaz az interszektorális beavatkozás többszereplős tevékenység, a problémamegoldás a megfelelő érdekelttel/érintettel való hatékony egyeztetést jelenti.

A tanulmány az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.



HIVATKOZÁSOK

ABENACH, J. – MUNTANER, C. – SANTANA, V. (2008): *Employment Conditions and Health Inequalities*. WHO – CSDH, Montreal.

BLACK, D. – MORRIS, J. N. – TOWNSEND, P. (1985): *Inequalities in health. The Black Report*. Penguin Books, Hammondsworth, Middlesex.

BÖCKERMAN, P. – ILMAKUNNAS, P. (2008): Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*, 18. 161–179.

DUSEK T. (2004): *A területi elemzések alapjai*. Regionális Tudományi Tanulmányok 10. ELTE Regionális Földrajzi Tanszék – MTA-ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport, Budapest.

HABLICSEK L. – KOVÁCS K. (2007): Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. *Kutatási Jelentések 2007/1*. KSH, Budapest.

HEGERL, U. – WITTMANN, M. – ARENSMAN, E. – VAN AUDENHOVE, 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*, 2008/9. 51–59.

JAKOBI Á. – JENEY L. (2008): A szomszédsági mátrix problematikájának megoldási lehetőségei – elmélet és gyakorlat. *Területi Statisztika*, 2008/3. 295–304.

MACKENBACH, J. P. – BAKKER, M. (eds.) (2002): *Reducing Inequalities in Health: An European Perspective*. Routledge, London.

NEMES NAGY J. (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*. 2nd Edition. Canadian Scholars' Press, Toronto. 2–19.

SZILÁGYI DÁNIEL – UZZOLI ANNAMÁRIA (2013): Az egészség-egyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika* (megjelenés alatt)

