

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

DOKTORI ISKOLA VEZETŐJE
PROF. DR. BÓDIS JÓZSEF

AZ EGÉSZSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉG
EGYÉNI ÉS KÖZÖSSÉGI SZINTŰ
BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐI

DOKTORI ÉRTEKEZÉS

DR. VITRAI JÓZSEF

PROGRAMVEZETŐ: DR. KRISZBACHER ILDIKÓ

EGYETEMI DOCENS, TUDOMÁNYOS DÉKÁNHELYETTES

TÉMAVEZETŐK: DR. KRISZBACHER ILDIKÓ

EGYETEMI DOCENS, TUDOMÁNYOS DÉKÁNHELYETTES

DR. FÜZESI ZSUZSANNA

IGAZGATÓ HELYETTES, EGYETEMI DOCENS, KANDIDÁTUS

PÉCS, 2011.

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK.....	2
ÁBRAJEGYZÉK	3
TÁBLÁZATJEGYZÉK.....	4
1. BEVEZETŐ.....	5
1.1. A magyar lakosság egészsége.....	5
1.2. Az egészség-egyenlőtlenségre vonatkozó nemzetközi és hazai tapasztalatok...	10
2. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	14
2.1. Előzmények	14
2.2. Az egészséget befolyásoló tényezők modellje	18
3. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK TÁRSADALMI KÖVETKEZMÉNYEI	23
3.1. A méltányosság és egészség-egyenlőtlenséggel kapcsolatos koncepciók, fogalmak.....	23
3.2. Az egészség-egyenlőtlenségek dimenziói	24
3.3. Az egészség-egyenlőtlenségek kiváltó tényezői.....	25
4. AZ ELLÁTÁSI SZÜKSÉGLET EGYENLŐTLENSÉGEINEK VIZSGÁLATA.....	46
4.1. Célkitűzések.....	47
4.2. Módszertan	47
4.3. Eredmények.....	61
4.4. A kutatás összefoglalója	77
5. NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSÉRE	86
5.1. WHO: Szüntessük meg az egyenlőtlenségek szakadékát egy generáció alatt!...	87
5.2. Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésének nemzetközi gyakorlata.....	91
5.3. Az egészségügyi rendszer szerepe az egyenlőtlenségek csökkentésében.....	94
5.4. A hazai gyakorlat	96
6. ÖSSZEFOGLALÁS	99
7. HIVATKOZOTT SZAKIRODALOM.....	104
8. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK ÉS ELŐADÁSOK	113
8.1. Közlemények	113
8.2. Előadások	119
9. MELLÉKLET.....	122
9.1. Saját közlemények különlenyomatai.....	122
9.2. CD az értekezés szövegével és a különlenyomatok másolatával	123

ÁBRAJEGYZÉK

1. táblázat: A magyar halandóság összevetése az EU15 és a V3 országokéval*	7
2. táblázat: Magyar egészségi állapot mutatók és kiemelt betegségek prevalencia adatainak összevetése az EU15 és a V3 országokéval*	8
1. ábra: Természetes fogyás/szaporodás az EU tagországokban, 2009	10
2. ábra: Dahlgren és Whitehead réteges egészségmodellje	15
4. ábra: Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik	17
5. ábra: A Népegészségügyi Jelentés 2004 egészségmodellje (© Alternatív Design)	18
6. ábra: Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodell	19
8. ábra: A halandósági elemzéshez használt mutatók	50
9. ábra: Korlátozottsági elemzésekhez használt mutatók	52
4. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek szerint	62
10. ábra: Keringési halandóság kistérségenként	63
11. ábra: Daganatos betegségek halandósága kistérségenként	65
5. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint	66
12. ábra: Halandóság a kistérségek fejlettsége szerint	67
13. ábra: A befolyásoló tényezők által magyarázott variancia	68
14. ábra: Különböző halandósági mutatókban, 2000-ben és 2003-ban mért egyenlőtlenségek összevetése	70
15. ábra: Egyéni tényezőkben mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	70
6. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek megyék szerint	71
16. ábra: Korlátozottság megyei aránya	72
7. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint	73
17. ábra: Korlátozottság a kistérségek hátrányossága szerint	73
18. ábra: Egyéni tényezőkben mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	75
19. ábra: Elterő fejlettségű kistérségek között mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	76
20. ábra: Egyéni tényezők 2000-ben és 2003-ban mért korlátozottsági egyenlőtlenségeinek összevetése	77
21. ábra: Földrajzi térségek között összehalálkozásban mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	80
22. ábra: Társadalmi csoportok között összehalálkozásban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	81
23. ábra: Földrajzi térségek között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	83
24. ábra: Társadalmi csoportok között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	84
25. ábra: Az egészségügyi rendszer lehetséges beavatkozási pontjai az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez*	95

TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. táblázat: A magyar halandóság összevetése az EU15 és a V3 országokéval*	7
2. táblázat: Magyar egészségi állapot mutatók és kiemelt betegségek prevalencia adatainak összevetése az EU15 és a V3 országokéval*	8
1. ábra: Természetes fogyás/szaporodás az EU tagországokban, 2009	10
2. ábra: Dahlgren és Whitehead réteges egészségmodellje	15
4. ábra: Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik	17
5. ábra: A Népegészségügyi Jelentés 2004 egészségmodellje (© Alternatív Design)	18
6. ábra: Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodell....	19
8. ábra: A halandósági elemzéshez használt mutatók	50
9. ábra: Korlátozottsági elemzésekhez használt mutatók.....	52
4. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek szerint	62
10. ábra: Keringési halandóság kistérségenként.....	63
11. ábra: Daganatos betegségek halandósága kistérségenként.....	65
5. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint..	66
12. ábra: Halandóság a kistérségek fejlettsége szerint	67
13. ábra: A befolyásoló tényezők által magyarázott variancia.....	68
14. ábra: Különböző halandósági mutatókban, 2000-ben és 2003-ban mért egyenlőtlenségek összevetése	70
15. ábra: Egyéni tényezőkben mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	70
6. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek megyék szerint	71
16. ábra: Korlátozottság megyei aránya.....	72
7. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint	73
17. ábra: Korlátozottság a kistérségek hátrányossága szerint	73
18. ábra: Egyéni tényezőkben mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	75
19. ábra: Eltérő fejlettségű kistérségek között mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése	76
20. ábra: Egyéni tényezők 2000-ben és 2003-ban mért korlátozottsági egyenlőtlenségeinek összevetése	77
21. ábra: Földrajzi térségek között összehalálkozásban mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	80
22. ábra: Társadalmi csoportok között összehalálkozásban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	81
23. ábra: Földrajzi térségek között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	83
24. ábra: Társadalmi csoportok között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban	84
25. ábra: Az egészségügyi rendszer lehetséges beavatkozási pontjai az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez*	95

1. BEVEZETŐ

Miért fontos és időszerű a magyar lakosság egészségének javításával, a különböző társadalmi csoportok egészsége között jelentkező egyenlőtlenségekkel foglalkozni? Mert az adatok azt mutatják, hogy a hazai népesség egészsége kirívóan rossz, és mert a nemzetközi tapasztalatok szerint az egyenlőtlenségek a társadalmi erőforrások alacsony hatékonyságú felhasználását okozzák. Ez utóbbi pedig most, a kritikusan szűkös erőforrások időszakában különös jelentőséggel bír. Ahhoz, hogy Magyarországon a lakosság egészsége jelentősen javuljon, és hogy az egészség-egyenlőtlenségek csökkenjenek, a nemzetközi ajánlásokban megfogalmazott, a már sikeresnek bizonyult beavatkozásokat célszerű – a hazai viszonyokhoz igazítva – bevezetni. Ennek megvalósításához nyújt szakmai segítséget e doktori értekezés azzal, hogy feltárja és elemzi azon tényezőket, amelyek befolyásolják a hazai népesség egészségét és az egészségben tapasztalható társadalmi egyenlőtlenségeket. Ezek az ismeretek elősegíthetik, hogy a külföldről átvett jó gyakorlatok hazánkban is hatásosan alkalmazhatók legyenek.

Az értekezés elején megvizsgáljuk a magyar lakosság egészségi állapotát jellemző tényeket, hogy igazoljuk, sürgősen hatásos beavatkozásra van szükség. A következő részben az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozó elméleti modellt ismertetjük. Ezután az egészség-egyenlőtlenségek fogalmának meghatározása következik, majd az ezzel kapcsolatos nemzetközi és hazai tapasztalatokat foglaljuk össze. Az elméleti alapok tisztázását az egészségügyi ellátás szükségletében jelentkező egyenlőtlenségekre vonatkozó kutatás ismertetése követi. Végül pedig, a beavatkozásokra vonatkozó következtetések összefoglalása zárja az értekezést.

1.1. A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGE

A magyar lakosság egészsége az ország társadalmi-gazdasági helyzetéhez mérten évtizedek óta kirívóan rossz. Az Európai Unióban a sereghajtók közé tartozunk szinte valamennyi egészségmutatóban. Ugyan két évtizede javul a magyar lakosság egészségi állapota, de még mindig messze elmarad szinte valamennyi egészségmutató tekintetében az Európai Unió más országaitól – azokban ugyanis gyorsabban javul az ott élők egészségi állapota. A betegségek gyakoribb előfordulása és a kimagasló halandóság

miatt a magyarok rosszabb minőségű és rövidebb életre számíthatnak nemcsak a korábbi uniós országok, hanem a velünk együtt csatlakozott Visegrádi országokhoz viszonyítva is. A rossz egészségi helyzet és az alacsony születésszám eredményeképpen Magyarországon a legnagyobb a népességfogyás az EU „rég” 15 országával (továbbiakban EU15) és a Visegrádi országokkal (Csehország, Lengyelország és Szlovákia, a továbbiakban: V3) összevetve is.

Az alábbiakban röviden áttekintjük a magyar lakosság egészségi állapotát jelző legfontosabb halandósági, morbiditási adatokat. (Részletesebben lásd: [Vitrai és mtsai., 2009b; Vitrai és mtsai., 2010]!)¹

1.1.1. A magyar halandóság összevetése az EU15 és a V3 országokkal

Bár az eltelt két évtizedben a magyar mutatók javultak, a magyarok életkilátásai szinte valamennyi összehasonlításban rosszabbak, mint az EU15 vagy a V3 országok lakosaié. Lemaradásunk 1987 óta általában még növekedett is – nem számítva néhány kevésbé jelentős halálozási mutatót. [1. táblázat] Az eltelt húsz év során Magyarországon a halandóság nem javult folyamatosan, sőt, a '90-es évek elején – a fejlett országok között egyedülállóan – még romlott is. Ez az időszakos növekedés a halandóságban leginkább a munkaképes korúakat érintette, kiemelkedően a 30–44 éveseket. Ha a magyar korcsoportos halandóságot az EU15 országok megfelelő értékeivel hasonlítjuk össze, megállapítható, hogy 1987 óta a 45–74 éves korosztály relatív helyzete a nők körében csekélyebb, a férfiak körében jelentősebb mértékben romlott. Az idősebbek helyzete lényegében változatlan maradt, a többi korosztályban a magyar halandóság kisebb-nagyobb mértékben közelebb került az EU15 átlagához. A halálozások felét okozó keringési és a negyedét okozó daganatos betegségekben megfigyelhető jelentős és növekvő leszakadás okolható elsősorban a magyarok jóval rövidebb élettartamáért. A leszakadás mértékét jól érzékelteti, hogy ha 1987 és 2005 között Magyarországon az osztrák halandósággal számolhattunk volna, közel 1 millióval, de ha „csak” a szlovákkal, akkor is 200 ezerrel kevesebb haláleset fordult volna elő.

¹ Az ábrákat és táblázatokat a „Jelentés egy egészségben elmaradott országból..., Egészségjelentés – 2010” című tanulmányból vettük át.

1. táblázat: A magyar halandóság összevetése az EU15 és a V3 országokéval*

Egészségmutató	Nők			Férfiak		
	HU	HU/EU15	HU/V3	HU	HU/EU15	HU/V3
Születéskor várható élettartam (év)	78,0 J	-5,5 -	-2 R	69,5 J	-8 R	-2 R
Csecsemőhalandóság (‰)	5,6 J	160% J	120 R	6,2 J	150% J	110% -
Többlethalálozás 2005-ben **		23 400 R	1 400 J		31 200 R	4 800 J
Keringési rendszer betegségei	57 J	320% R	150% R	179 J	350% R	130% R
Ischaemiás szívbetegségek	24 J	400% R	190% R	94 J	350% R	170% R
Akut myocardialis infarktus	46 J	180% R	140% R	107 J	200% R	130% R
Roszdindultú daganatok	96 -	170% R	130% R	172 -	220% R	150% R
Légcső-, hörgő- és tüdőrák	24 J	260% R	210% R	62 -	260% R	160% R
Emésztőrendszer betegségei	28 -	380% -	220% -	82 R	470% -	230% -
Külső okok	19 J	170% J	120% J	80 J	210% J	100% J
Öngyilkosság	7 J	170% J	210% J	31 J	250% J	150% J
Alkoholfogyasztáshoz köthető halálozás	59 J	200% -	160% J	200 J	250% R	140% J
Dohányzáshoz köthető halálozás	320 J	250% R	160% -	640 J	250% R	150% R

*Az adatok kerekítettek, és ahol másképp nem jelezzük, az adatok 2007-re vonatkoznak. A korra standardizált halandósági értékeket 100 ezer, 65 év alatti személyre vonatkoztatva (korai halálozás) adtuk meg. Ettől eltér az alkoholfogyasztáshoz és a dohányzáshoz köthető halandóság, ahol a korra standardizált értékek a teljes lakosságra vonatkoznak. Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel ha kedvezőbb és feketével, ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoporthoz átlagától. Az értékek 1987-hez viszonyított javulását 'J', romlását 'R', változatlanását '-' jelzi.

**A többlethalálozást az EU15 átlag helyett Ausztria illetve a V3 átlag helyett Szlovákia halandóságával számoltuk.

1.1.2. A hazai megbetegedési adatok összevetése az EU15 és a V3 országokkal

A halandósági adatok után nézzük meg, milyenek a magyarországi megbetegedési viszonyok az EU15 és a V3 országokkal összevetve! Ehhez tekintsük át az egészségi állapotról vonatkozó összefoglaló alábbi táblázatát! [2. táblázat]

A többi európai országhoz viszonyított magasabb halandósággal összhangban a betegségek előfordulását tekintve is nagy az elmaradásunk. A táblázat adatai azt mutatják, hogy az asztmát leszámítva mindegyik vizsgált betegség esetén rosszabb a helyzet Magyarországon, mint a referencia országokban. A keringési betegségek kiemelkedő jelentősége itt is megfigyelhető, hiszen a többi országhoz képest jóval gyakoribbak az agyérbetegségek valamint a magasvérnyomás. A mozgásszervi betegségek magas arányú előfordulása is figyelemre méltó. A daganatos betegségeknek az EU15 országokhoz

képest átlagosan alacsonyabb gyakorisága és egyidejűleg magasabb halandósága feltehetően két tényre vezethető vissza: egyrészt Magyarországon, a V15 országokhoz hasonlóan a rosszindulatú daganatos betegségek összhalálozásban mutatott aránya alacsonyabb, mint az EU15 országaiban, másrészt a gyorsabb lefolyású diagnózisok (mint pl. a tüdőrák) magasabb arányban fordulnak elő hazánkban.

2. táblázat: Magyar egészségi állapot mutatók és kiemelt betegségek prevalencia adatainak összevetése az EU15 és a V3 országokéval*

Egészségmutató	magyar adat (%)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak ítélok aránya	15	250%	140%
Napi tevékenységükben erősen korlátozottak aránya	11	170%	170%
Cukorbeteg aránya	7	120%	130%
Asztmában szenvedők aránya	6	80%	120%
Magasvérnyomásban szenvedők aránya	27	150%	120%
Mozgásszervi betegségben szenvedők aránya	33	150%	140%
Daganatos betegségben szenvedők aránya	2	70%	120%
Agyérbetegségben szenvedők aránya	5	220%	460%
Krónikus szorongásban, depresszióban szenvedők aránya	10	110%	100%

*Az adatok kerekítettek, az adatok az Eurobarometer 2006-ban elvégzett kérdőíves felméréséből származnak. Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel, ha kedvezőbb és feketével, ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoportok átlagától.

1.1.3. A magyar lakosság megromlott egészségének következményei

A betegségek miatt fellépő egyéni és társadalmi veszteségek jobban felmérhetők, ha a halálozást és az egészségi állapot megromlását együttesen vesszük számításba. Ennek egyik lehetősége a várhatónál korábban bekövetkezett halálozás miatt elvesztett évek és a megromlott egészségi állapotban eltöltött évek összegzése a korlátozottsággal súlyozott életévben (Disability Adjusted Life Year; DALY). Az Egészségügyi Világszervezet (a továbbiakban WHO) által elvégzett számítások eredményei lehetővé teszik, hogy e mutatóban összevessük a magyar adatokat az EU15, illetve a V3 országok átlagaival. A 3. táblázat eredményei alapján megállapítható, hogy hazánk egyetlen betegségben sincs kedvezőbb helyzetben az EU15 országokhoz képest, továbbá a V3 átlagaihoz viszonyítva a magyar értékek a táblázat 24 összehasonlításából csupán egyetlen esetben kedvezőbbek.

zöbбек. A referencia országokkal összevetve a magyar nők némileg jobb helyzetben vannak, mint a magyar férfiak. Az összehasonlításból kiderül, hogy a keringési betegségek mellett – összhangban a magas alkoholfogyasztáshoz köthető halálozással – az emésztőrendszeri betegségekben is nagy a lemaradásunk.

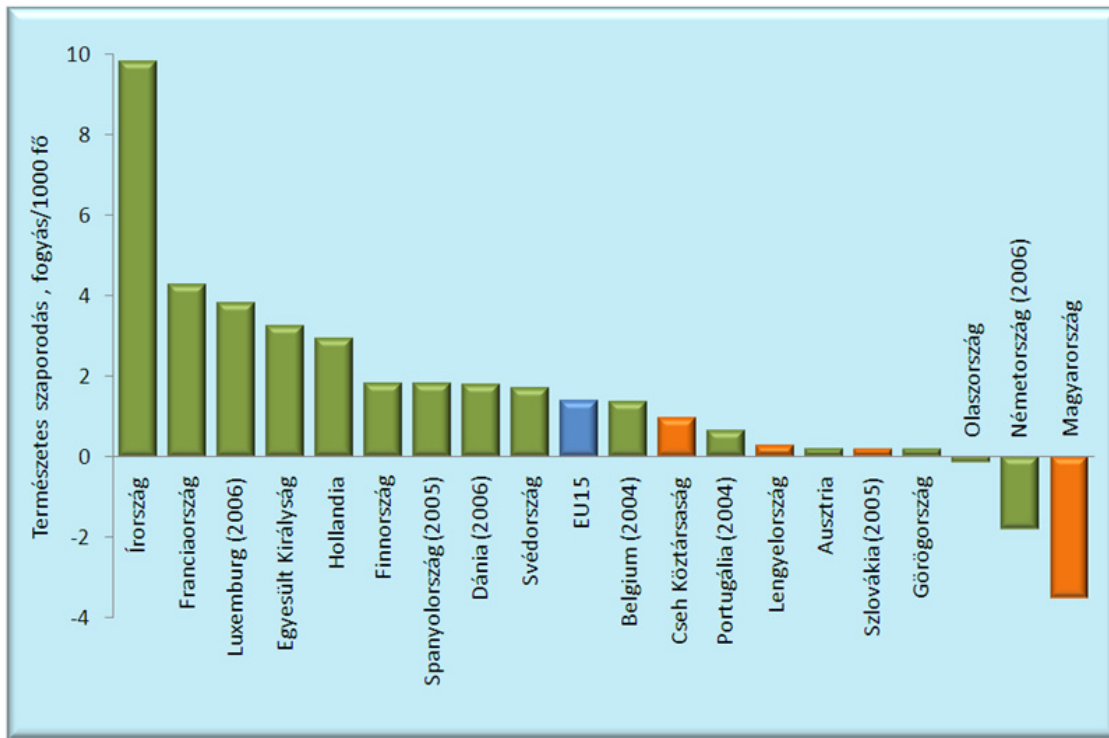
3. táblázat: A magyar korlátozottsággal súlyozott életévek (DALY) összevetése az EU15 és a V3 országokéval*

Egészségmutató	Nők			Férfiak		
	magyar adat (DALY)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva	magyar adat (DALY)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Összes betegség	12 431	130%	120%	17 968	160%	120%
Fertőző, anyai, perinatális és táplálkozási betegségek	987	150%	120%	849	140%	110%
Nemfertőző betegségek összesen	10 577	130%	110%	14 951	160%	120%
Neuropszichiátriai betegségek	3 198	100%	100%	4 192	140%	140%
Keringési rendszer betegségei	1 943	230%	120%	3 681	230%	110%
Ischaemiás szívbetegségek	890	320%	140%	1 952	260%	120%
Agyérbetegségek	556	200%	120%	894	260%	120%
Rosszindulatú daganatok	1 670	140%	110%	2 804	170%	120%
Emésztőrendszer betegségei	626	180%	170%	1 414	280%	180%
Csont- és izomrendszer betegségei	748	170%	110%	504	150%	100%
Egyéb nemfertőző betegségek	2 392	110%	130%	2 357	110%	110%
Sérülések	867	180%	130%	2 167	170%	80%

*Az adatok kerekítettek, a WHO számításainak eredményei 2004-re vonatkoznak. Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel ha kedvezőbb és feketével ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoportok átlagától.

A kimagaslóan magas halandóság, valamint a vizsgált országoknál alacsonyabb születésszám következményeként Magyarország – a 2009-es népszépi adatok alapján – a referencia országokhoz képest kiemelkedően fogyó népességű ország, azaz a halálozások és a születések 1000 lakosra vetített különbsége hazánkban a legnagyobb az EU15 és a V3 országok közül. [1. ábra]

1. ábra: Természetes fogyás/szaporodás az EU tagországokban, 2009



A kirívóan rossz hazai egészségi állapot társadalmi költségei hatalmasak, de sajnos az erre vonatkozó pontos számítások még hiányoznak. Egy-egy kutatás során végzett becslésekből azonban következtethetünk annak mértékére. Az agy betegségei következtében fellépő becsült közvetlen és közvetett költségek 2004-ben 1200 milliárd forintot (Andlin-Sobocki és mtsai, 2005), a keringési betegségek költségei 2003-ban közel 140 milliárd forintot tettek ki (Petersen és mtsai, 2005). A cukorbetegség egészségügyi ellátásának költségei 2008-ban 174 milliárd forintra rúgtak Magyarországon (Vokó és mtsai, 2009a).

1.2. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGRE VONATKOZÓ NEMZETKÖZI ÉS HAZAI TAPASZTALATOK

1.2.1. Nemzetközi tapasztalatok

„Az, hogy társadalmi és környezeti tényezők döntően befolyásolják az emberek egészségét, már ősidők óta ismert. A XIX. század higiénés kampányai valamint a modern népegészségügy alapító atyáinak munkássága azt bizonyítja, hogy már akkor tudatában voltak annak a rendkívül erős kapcsolatnak, amely az emberek társadalmi helyzete, életkörülményei és az egészségük között létezik.” [Irwin és Scali, 2005]

Brit köztisztviselők 1967-ben kezdődött követéses vizsgálata, a Whitehall kutatás eredményei azt mutatták, hogy a hivatali ranglétrán elfoglalt pozíció fordított összefüggésben volt a halandósággal és számos krónikus betegséggel. [Marmot és mtsai., 1991] Nemcsak a krónikus betegségek előfordulása növekszik a társadalmi ranglétrán lefelé ereszkedve, hanem az egészségkárosító magatartás is egyre jellemzőbb. Ezek az eredmények eloszlatták azt a tévhitet, hogy a magas beosztásban dolgozókat a szívbetegségek („menedzser betegség”) jobban fenyegetik, és azt is, hogy a rossz egészség főként a szegényeket sújtja. Az eredmények szerint a teljes társadalomra igaz, minél lejjebb ereszkedünk a társadalmi lejtőn, annál nagyobb az esély az egészség megromlására, a rövidebb életre. A kutatás 1985 és 2004 között végzett második hulláma igazolta, hogy az eltelt 20 év alatt a társadalmi lejtővel párhuzamos egészségromlás változatlan. A kutatást – számos más téma mellett – az öregedésre is kiterjesztették. Kimutatható volt, hogy az életkor előrehaladtával megfigyelhető egészségromlás ugyancsak a társadalmi-gazdasági helyzettől függ: minél magasabb beosztásban dolgozik valaki, annál hosszabb életre számíthat. [Chandola és mtsai., 2007b] Egy 70 éves magas beosztású hivatalnok egészsége egy 8 évvel fiatalabb alacsonyabb beosztásúnak felel meg! A kutatás feltárta, hogy az alacsonyabb beosztásban dolgozók munkahelyi körülményei negatív hatással vannak a nyugdíjba vonulók egészségére: a nagy követelmény és a kicsi munkakontroll egyértelműen rosszabb egészséget valószínűsít, míg a támogató, kollegiális és toleráns munkahelyi légkör védő hatású. A munkahelyvesztés fenyegetettsége krónikus stressz forrása, és igen jelentős egészség károsító faktor.

Természetesen a brit példában bemutatott egyenlőtlenségek valamennyi fejlett országra érvényesek. Az alacsonyabb foglalkozási vagy iskolázottsági kategóriákba tartozók halandósági esélye legalább 25%-kal nagyobb a magasabb társadalmi helyzetűekhez viszonyítva az európai országokban, de előfordul több mint kétszeres arány is, mint például Franciaországban vagy Észtországban. [Mackenbach, 2006] A legalsó és a legfelső szociális kategóriába tartozó szülők gyerekeinek halandósága között 1,5-2 szeres különbséget találtak pl. Angliában és Belgiumban, és a szülők iskolázottsága szerinti összehasonlítás még ennél nagyobb egyenlőtlenséget mutat (Magyarországon 3,5; Ausztriában 2,5). A társadalmi helyzettől függően nemcsak az összehalálozásban, hanem bizonyos betegségekben is kiemelkedő halandósági egyenlőtlenségek ismeretesek. Dániában például a szívinfarktusban elhunyt nők között kétszer nagyobb az alacsony

iskolázottságúak aránya, mint a felsőfokú végzettségűeké, a férfiaknál ez az arány „csak” 1,5.

A vélt (szubjektív) egészséget vizsgálva a halandóságnál nagyobb egyenlőtlenségek figyelhetők meg az egyes társadalmi csoportok között. Alacsony foglalkozási vagy iskolázottsági csoportba tartozók általában kétszer-háromszor többen minősítik egészségüket rossznak, mint a magas kategóriákba sorolt személyek. A jövedelmi kategóriák szerinti összehasonlítás ugyancsak nagy eltéréseket eredményez: a fejlett európai országok többségében a napi tevékenységében súlyosan akadályozottak aránya 2-3-szor magasabb az alsó jövedelmi ötödben a felső ötödhöz viszonyítva. [Hernandez-Quevedo és mtsai., 2008]

1.2.2. Hazai tapasztalatok

Több mint két évtizede készítette Orosz Éva átfogó elemzését a magyarországi egészség-egyenlőtlenségekről. [Orosz, 1990] A szerző a felnőtt és a csecsemőhalandóságban valamint az egészségügyi ellátási kapacitások területi megoszlásában már akkor is évtizedek óta tapasztalható egyenlőtlenségre hívta fel a figyelmet. Az egyenlőtlenségek az 1970 és 1984 közötti időszakban a teljes férfi lakosság, de különösen a középkorú férfiak körében jelentősen megnöttek.

Józan Péter elmaradott és kevésbé elmaradott budapesti kerületek halandóságát vetette össze. A 65 év alatti férfiak halandósági aránya a 80'-as évek elején 40%-kal volt magasabb a leginkább elmaradott kerületekben, és ez a különbség 61%-ra emelkedett a '90-es évek elejére. [Józan és Forster, 1999]

Klinger András a területi szintű halandóság valamint az európai uniós kistérségi támogatások elosztásánál figyelembe vett, különböző társadalmi-gazdasági tényezők alapján számított kistérségi komplex fejlettségi mutató közötti kapcsolatot elemezte. [Klinger, 2006b] Eredményei szerint a legkevésbé fejlett kistérségek halandósági szintje 26%-kal magasabb, mint a leginkább fejlett kistérségeké. Negatív összefüggést mutatott ki a jövedelem, a munkanélküliek aránya, a foglalkoztatottak ágazati összetétele, a roma lakosság területi arányaival kapcsolatban is.

Kopp Mária és kutatócsoportja a lelki egészség és a halandóság közötti összefüggésre hívta fel a figyelmet: a depresszió intenzívebben jelentkezett a kedvezőtlen halandóságú területeken, mint ott, ahol relatíve kevesebben haltak meg. [Kopp és mtsai., 2006c] A Hungarostudy kutatói a kistérségek halandóságát befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők együttes hatását vizsgálva arra a megállapításra jutottak, hogy a komplex fejlettségi mutatón és az iskolai végzettségen túl a jövedelem mutatja a legkifejezettebb összefüggést a halandósággal.

A kistérségek elmaradottságát jellemző társadalmi-gazdasági faktorokból képzett deprivációs index alapján leginkább elmaradott kistérségekben a keringési betegségek okozta korai halandóság a férfiaknál közel 70%-kal, a nőknél 100%-kal haladta meg a legkevésbé deprivált kistérségeket. [Juhász és mtsai., 2010]

A hazai vizsgálatok azonban nem csupán a térségi halandóságnak az egyenlőtlenségben betöltött szerepére szorítkoztak. Vargáné Hajdú Piroska és Boján Ferenc a családi állapot és halandóság összefüggésében az egyedülálló férfiak és nők házasságokhoz viszonyított magasabb relatív kockázatát és különösen az elvált férfiak relatív kockázatának növekedésével összefüggő egyenlőtlenségeket mutattak ki. [Vargáné Hajdú P. és Boján F, 1994]

2. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Az emberiség kultúrájának kezdetéig visszavezethető az az ismeret, hogy a betegségek okai részben az egyénben, részben környezetében keresendők. Hippocrates, a nyugati orvostudomány megalapítója „A levegőről, vizekről és a helyekről” című írásában arról értekezik, hogy az évszakok és az időjárás változása, a levegő, vagy a víz kórokozó vagy éppen gyógyító hatással van az egészségre. E nézetei miatt emlegetik őt gyakran az epidemiológia atyjaként is. Az egyén életmódja betegséghez vezethet, állították neves filozófusok, mint Plató és Rousseau, akik a gazdagok fényűző életvitelével magyarázták betegségeik kialakulását. A járványok terjedéséről szerzett tapasztalatok alapján a 14. századi arab orvosok apró részecskéknek az emberi testbe jutásával magyarázták a feketehimlő terjedését, és így a betegség eredetét környezeti okokra vezették vissza. A fertőző betegségeket okozó szabad szemmel láthatatlan részecskék mellett Galenus mi-azma elmélete vált ismertté, és következtetése, hogy a betegségek elkerülhetők a személyes és környezeti higiéniával. A betegségek eredetének biológiai magyarázata mellett a társadalmi-gazdasági környezet egészséget meghatározó szerepére már a 19. század óta gyűlnek tudományos bizonyítékok. *„Az ember életére és egészségére sokféle tényező foly be. Közülök legfontosabbak e következők: 1. a táplálkozás, 2. a lakás, 3. a foglalkozás, 4. a test ápolása, 5. a fertőző betegségek és a 6. a véletlen veszedelem.”* írta 1886-ban az „Egészségtan a középiskolák felső osztályai számára” készített könyvében Fodor József, a magyar közegészségügy megalapítója. Tudományos bizonyítékok sora igazolja például, hogy a halandóság összefügg az iskolázottsággal, a foglalkozással, azaz az egyén társadalmi pozíciójával, és ugyanakkor környezetével is, mint a lakóhely, valamint a munkahely higiéniás viszonyaival. [Bakacs és Vitrai, 2008b]

2.1. ELŐZMÉNYEK

Érdekes módon, a fejlett országokban az elmúlt évtizedekben a növekvő egészség-egyenlőtlenség² irányította a kutatók figyelmét ismét az egészség társadalmi meghatározottságára. A '90-es évek ezzel kapcsolatos szakmai vitái arról folytak, hogy egyes csoportok egészségének javításához több és jobb klinikai kutatás, vagy a társadalmi-

² Társadalmi csoportok egészsége között kimutatható megváltoztathatónak és egyben igazságtalannak (méltánytalan) tartott különbségek

gazdasági tényezők szerepének jobb megértése vezet. Az utóbbi nézettel egyetértve az egészséget meghatározó egyéni tényezők külső hatások általi befolyásoltságát hangsúlyozza az egyre bővülő környezet egymásra boruló rétegeivel Dahlgren és Whitehead modellje. [2. ábra] A külső rétegektől a belsők felé mutató hatások azonosítását az egyenlőtlenségek lehetséges csökkentése szempontjából tartották kiemelkedő fontosságúnak.

2. ábra: Dahlgren és Whitehead réteges egészségmodellje

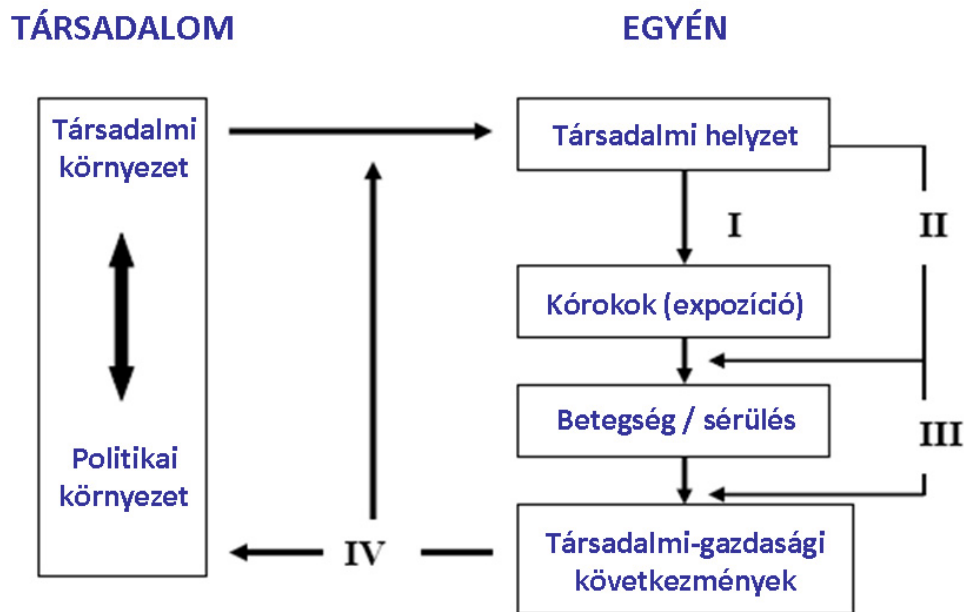


Forrás: A Dahlgren, G és Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute of Future Studies, 1991

Az utóbbi szempont vezette Diderichsent a modell olyan továbbfejlesztéséhez, amelynek során az egészség-egyenlőtlenség kialakulását a társadalmi-gazdasági hatásokra vezette vissza. [Diderchsen és mtsai., 2001] „Az elsősorban klinikai irányultságú epidemiológia leggyakrabban „egyéni” tényezőket okolja az egészségkockázat különbségeiért. Ilyen tényezők az életkor, a nem, a táplálkozási szokások, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testtömeg és a vérnyomás. Az egészség társadalmi meghatározóiról közölt gazdag szakirodalom igazolja, hogy sok ilyen egyéni kockázati tényező gyakran kapcsolódik (vagy erősen összefügg) az egyén társadalmi helyzetéhez és környezetéhez, mint a lakóhely (város vagy falu), munkahelyi körülmények, vagy az ország társadalmi-gazdasági politikájához.” [i.m. 14. o.] Az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és fenntartásában négy fő mechanizmust azonosított: (I) az egészség társadalmi rétegződése, azaz a társadalmi különbségek egészségbeli különbségeket okoznak; (II) a társadal-

mi lejtőn lefelé haladva nő az egészséget veszélyeztető kockázati tényezőknek való kitettség; (III) a rosszabb társadalmi helyzetben élők fogékonyabbak a betegségekre; (IV) a megromlott egészség társadalmi és gazdasági következményei miatt „lecsúszás” a társadalmi lejtőn. [3. ábra]

3. ábra: A társadalmi csoportok egészsége között megfigyelhető különbségeket meghatározó tényezők és mechanizmusok (a római számokkal jelzett hatások magyarázata a szövegben)

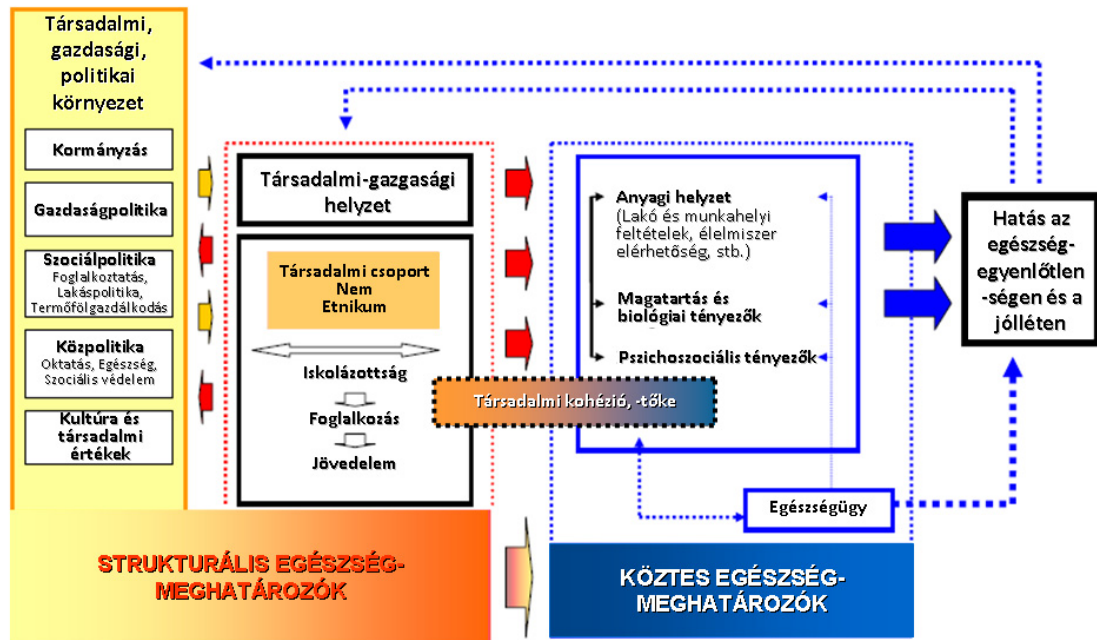


Forrás: *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, WHO, 2007

Az a felismerés, hogy az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez társadalmi szinten és nem egyéni szinten lehet csak eredményesen beavatkozni vezetett ahhoz, hogy a WHO 2005-ben létre hozta az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságot (*Commission on Social Determinants of Health*) azzal a feladattal, hogy dolgozzon ki javaslatokat az egészség társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentésére. A világ vezető szakértőiből álló testület a szakirodalom átfogó és részletes feldolgozását követően, 2007 áprilisában tette közzé a kidolgozandó javaslatok elméleti hátterét bemutató tanulmányát. [Commission on Social Determinants of Health, 2007] A tanulmány készítői áttekintették az egészség megromlására, a betegségek kialakulására vonatkozó elméleteket, egészség-modelleket. A Bizottság kiindulva Diderichsen koncepciójából olyan részletes modellt fejlesztett ki, mely tartalmazta a szakirodalom alapján azonosítható egészséget meghatározó egyéni és társadalmi tényezőket valamint az azok között fellépő kölcsönhatásokat is. Hogy az egyéni tényezők társadalmi meghatározottságára job-

ban felhívják a figyelmet strukturális és köztes meghatározók kifejezést alkalmazták a társadalmi illetve az egyéni helyett. [4. ábra]

4. ábra: Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásai



Forrás: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, WHO, 2007

A kidolgozott modell alapján a Bizottság megvizsgálta az egyenlőtlenség csökkenéséhez vezető beavatkozási lehetőségeket, és összegyűjtötte az azokra vonatkozó tapasztalatokat, az ún. „jó gyakorlatokat”. Az ezek alapján készített, a kormányok számára szánt ajánlásait a WHO 2008 őszén tette közzé. [Commission on Social Determinants of Health, 2008; Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot, 2008b]

Az egészségmodellek hazai előzményei közül érdemes felidézni a „Népegészségügyi Jelentés 2004”-et, melyben egy kevésbé részletesen kidolgozott modell szemléltetését és közérthető megjelenítését grafikusra bízta. [5. ábra] [Vitrai és Vokó, 2004] Az egyén egészségét képviselő középponti mag körül – hasonlóan Dahlgren és Whitehead réteges modelljéhez – koncentrikus körökben helyezték el az egyén egészségére befolyást gyakorló, egyre bővülő környezetét. A rajzok a környezeti hatásokat, a nyilak a tényezők közötti kölcsönhatásokat hivatottak megjeleníteni.

5. ábra: A Népegészségügyi Jelentés 2004 egészségmodellje
(© Alternatív Design)



Lényegében hasonló, de az egészség-meghatározók némileg leegyszerűsített, a kölcsönhatásokat nem hangsúlyozó modelljével találkozhatunk Ádány 2006-ban közreadott munkájában, amely a meghatározókat három kategóriába sorolja: (i) egyéni sajátosságok, (ii) fizikai környezet, (iii) társadalmi környezet. [Ádány, 2006] A kölcsönhatások figyelmen kívül hagyása azonban a lakosság egészségének javítását célzó beavatkozások tervezésekor komoly problémákhoz vezethet.

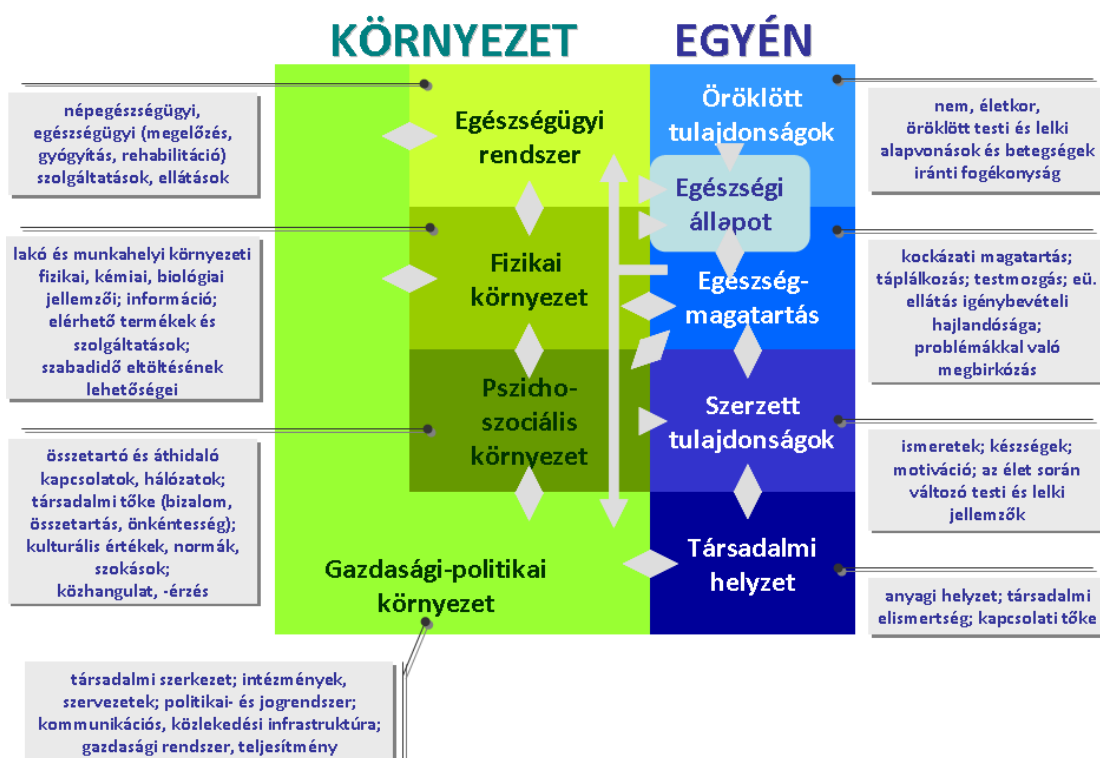
2.2. AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK MODELLJE

Az alábbiakban bemutatandó egészségmodell, kialakítását az egészségadatok összetett elemzése indokolja. Az előzőekben ismertetett modelleknél részletesebb, az elérhető adatokhoz jobban kapcsolható tényezőkre épülő modell alkalmas csak a többváltozós vagy többszintű statisztikai elemzésekhez. [Vitrai és mtsai., 2008] A részletesebb mo-

dell mellett szól még az is, hogy az elérhető egészségadatok jobban kötődő tényezők lehetőséget kínálnak a kutatások eredményeinek a modellben történő értelmezésére.

Az egészség megromlásához illetve az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásához vezető lehetséges okok illetve a különböző egészséget befolyásoló tényezők szerepének tisztázásához vegyük szemügyre a korábban mások által publikált modellek és az utóbbi évek tudományos ismeretei alapján kialakított egészségmodellt. [Vitrai, 2010] [6. ábra]

6. ábra: Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodell



Az egyén egészségi állapotát közvetlenül határozzák meg öröklött biológiai tulajdonságai, mint az életkora, a neme, vagy a betegségekre való fogékonysága. (A modellben a közvetlen hatást kifejtő tényezők érintik az egészségi állapotot, míg a közvetett tényezők az egészségi állapotot nem, csak a közvetlen hatású tényezőket érintik. Az ábra szélén az egyes meghatározó tényezők legfontosabb elemei láthatók. A feltüntetett elemekhez könnyen kapcsolhatók a gyakorlatban elterjedten használt egészségmutatók és adatok.)

Az egészségi állapotra ugyancsak közvetlen hatással van az egyén egészségmagatartása. A magyar férfiak születéskor várható élettartamának az EU15 országokhoz viszonyított

5,3 éves elmaradásából a gyakoribb dohányzás 2,6 évet, a magasabb alkohol-fogyasztás 1,8 évet tett ki. [Zatoński és mtsai., 2008] Itt azonban nem csak a dohányzásra, vagy a túlzott alkoholfogyasztásra kell gondolni, hanem például az egészségügyi ellátás igénybevételenek hajlandóságára vagy a problémákkal való megküzdés képességeire is. [Pikó, 1998]

Az élet során szerzett tulajdonságok, készségek az egészségmagatartáson keresztül közvetve játszanak szerepet az egészség alakulásában. Jól ismert az iskolázottságnak vagy a motivációnak az egészségi állapotban való meghatározó szerepe. A 80-as évek végén Baranya egyes kiválasztott településein végzett felmérés kimutatta, hogy a magasabb iskolai végzettség jobb munka és anyagi körülményekkel, egészségesebb életstílussal, jobb vélt egészséggel jár együtt. [Tahin és mtsai., 2000] A 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint a 8 osztályt végzett egyénnel összehasonlítva egyharmada annak az esélye, hogy egy felsőfokú végzettségű úgy véli, keveset vagy semmit sem tehet a saját egészségéért. [Boros, 2005]

Az egyén társadalmi helyzete, mint a családi állapot vagy a hivatali pozíció az előző két tényezőcsoporton keresztül közvetve hat az egészségre. A brit köztisztviselők 1967-ben indult követéses vizsgálata többszörösen megerősítette, hogy a hivatali ranglétra magasabb fokán kevesebb krónikus betegség, jobb vélt egészség, kisebb halálozási esély, későbbi öregedés, kevesebb kockázati magatartás, jobb munkakörülmények és emiatt kisebb munkahelyi stressz figyelhető meg, mint a ranglétrán lejjebb lévőknél. [Marmot és mtsai., 1991]

A környezeti tényezők közül az egészségügy közvetlen szerepe nem igényel különösebb magyarázatot, bár az ellátás körülményeinek egészségre gyakorolt hatása nem közismert. Minden 6. magyar beteg hátrányos megkülönböztetést tapasztalt az ellátás körülményeiben (bánásmód, döntési szabadság, titoktartás, kommunikáció, az ellátáshoz való jutás ideje, szociális tér, fizikai tér, orvosválasztás). [Vitrai, 2007] Egy ország társadalmi-gazdasági fejlettsége illetve a népesség egészségi állapotától függően az egészségügy, benne az ellátó rendszer szerepe, természetesen kisebb vagy nagyobb lehet. Egy elmaradott afrikai országban az egészséges ivóvíz és a csatornázás fontossága mellett az egészségügyi ellátás jelentősége kisebb lehet, míg egy fejlett ország idősödő lakosságának egészségében az ellátás meghatározó szerephez juthat.

Hasonlóan, a fizikai környezet meghatározó közvetlen befolyása ugyancsak jól ismert, bár itt kiemelendő, hogy a hagyományosnál tágabban értelmezve ide sorolhatók az egészséges élet olyan feltételei, mint a fizikai aktivitást támogató környezet, az egészséges táplálék elérhetősége is. A testmozgást támogató lakóhelyi környezet és az egészséges ételkészítés elérhetősége több mint 38%-kal csökkentette a 2. típusú diabéteszt (kiegyenlítve korra, nemre, családi előfordulásra, etnikumra, jövedelemre, vagyonra, iskolázottságra, alkoholfogyasztásra, dohányzásra) [Auchincloss és mtsai, 2009]

Az előző közvetlen hatást jelentő környezeti tényezők mellett ma már egyre nagyobb hangsúlyt kap a közvetett hatású pszicho-szociális környezet, mint az egyént körülvevő kisebb-nagyobb közösségeket jellemző kapcsolatok rendszere, vagy a társadalmi- és kulturális tőke. Olyan környéken, ahol az alkohol és drogfüggőség illetve mentális betegségek aránya alacsony, ott nagyobb stressz-tompító közösségi mechanizmusok mutathatók ki. Akik olyan környéken laknak, amelyre a kisebb társas támogatottság, de nagyobb izoláció jellemző, magasabb valószínűséggel szenvednek a vizsgált betegségekben. [Stockdale és mtsai., 2007] Magyarországon a lakosság kirívóan rossz egészségének egyik magyarázata éppen a szétesett magyar társadalom lehet, amelyet a közintézményekben, a másokba vetett bizalom hiánya, a más csoportokkal való szembenállás, az önismerethiány és az önértékelés zavara, az általános elégedetlenség és a széleskörű reményvesztettség jellemez. [Kopp, 2008]

Végül, de nem utolsó sorban említendő a gazdasági-politikai környezet, mondhatni a társadalmi infrastruktúra, mely – a biológiaiit leszámítva – valamennyi tényezőcsoportra jelentős hatással van. Ide tartozik többek között a társadalom felépítése, a politikai és jogrendszer, a tulajdonviszonyok és a gazdaság is. Mindezek befolyásolják az egyént és környezetét, az életkörülményeket, ahol születik, felnő, dolgozik, és végül megöregszik. Több mint 170 ország adatainak elemzése alapján ki lehetett mutatni, hogy a demokrácia fejlettsége pozitív, a politikai rendszer instabilitása negatív összefüggést mutat az egyén egészségével. Míg a demokrácia hatását a jövedelem, addig a politikai rendszer instabilitását az egészségügyi rendszer közvetíti. [Klomp és de Haan, 2009] A minden más tényezőt érintő, átfogó hatása miatt a társadalmi tényezőket szokás az „okok okainak” („*causes of causes*”) vagy „mesterséges okoknak” („*unnatural causes*”) is nevezni.

Az egészségi állapotot befolyásoló egyéni és környezeti tényezők közötti kölcsönhatások igen bonyolult rendszert alkotnak, ezek figyelmen kívül hagyása az elemzések eredményeinek értelmezési nehézségeihez vezethet. (A 6. ábrán ezeket kis szürke háromszögek jelzik.) Egyetlen ilyen példa az egészségi állapot és a társadalmi helyzet közötti oda-vissza hatás: alacsonyabb státusszal járó rosszabb életkörülmények rosszabb egészséget okoznak, és fordítva, a megromlott egészség a munkaképesség megromlása miatt alacsonyabb státuszt eredményez. (Lásd Diderchsen fenti modelljében az I és a IV hatást!)

Hangsúlyozni kell, hogy az egyes befolyásoló tényezők egészséget meghatározó szerepe a különböző életszakaszokban más és más lehet, ami tovább nehezíti az egészségi állapotot meghatározó tényezők hatásainak szétbontását, elemzését. Figyelembe veendő továbbá az is, hogy az egészségi állapot a befolyásoló tényezőknek az adott időpontig összegződött hatásának következménye, vagyis egyrészt a korábbi hatások később is érvényre juthatnak, másrészt az élet során ért hatások halmozódnak.

3. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK TÁRSADALMI KÖVETKEZMÉNYEI

3.1. A MÉLTÁNYOSSÁG ÉS EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGGEL KAPCSOLATOS KONCEPCIÓK, FOGALMAK

Az egészség-egyenlőtlenségek sokféle értelmezése és megnevezése használatos főként amiatt, hogy különböző tudományágak képviselői eltérő megközelítéssel vizsgálják a jelenséget. [Graham, 2007] Az angol és amerikai szakirodalomban legtöbbször *health variation*, *health disparity*, *health diversity* kifejezéssel jelölik az egyes társadalmi csoportok egészsége között megfigyelhető különbségeket. Meghonosodott magyar szakki-fejezés híján az ilyen eltéréseket a továbbiakban egészség-különbségeknek nevezzük. E fogalom szakszerű meghatározása tehát: „egyes társadalmi, demográfia vagy földrajzi lakosságcsoportok egészségében jelentkező egy vagy több szisztematikus különbség”. [Starfield, 2001] Ezen különbségek egy része biológiai okokra, mint például a női és férfi hormonális rendszer eltéréseire vezethetők vissza. Az egészség-különbség szemléltetésére jó példa a nők és férfiak várható élettartama között tapasztalt különbség. Az Európai régió 50 országában ez Izlandon a legkisebb, kevesebb, mint 4 év, a legnagyobb különbség, közel 13 év pedig Oroszországban volt. Ha feltételezzük, hogy Izlandon a nemek között megfigyelhető eltérés kizárólag biológiai eredetű, akkor arra a következtethetünk, hogy az orosz férfiak az izlandiakhoz képest további 9 évet vesztenek nem-biológiai okokra visszavezethetően.

Az eltérő biológiai adottságokból fakadó különbségeken túl kimutatott, így elkerülhetőnek és emiatt egy adott társadalomban igazságtalannak tartott egészségbeli egyenlőtlenségek (angol szakszóval: *health inequity*) jelölésére az egészség-egyenlőtlenségek fogalmát használjuk. [Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities, 2007] Ilyen, minden bizonnyal nem biológiai okokkal magyarázható egyenlőtlenség például a Budapesten és a községekben élő 35 éves férfiak várhatóan teljes egészségben eltöltött éveinek száma közötti több mint négy éves különbség. [Faragó, 2007] A korábbi példára visszautalva: az orosz nők és férfiak között a várható élettartam tekintetében 13 évnyi az egészség-különbség, de „csupán” 9 évnyi az egészség-egyenlőtlenség.

Az egészség-egyenlőtlenség szinonimájaként a magyar szakirodalomban – hasonlóan a külföldihez – többféle kifejezés használatával találkozhatunk: az „egészségi állapot egyenlőtlenségei” [Orosz, 2004; Kovács, 2006], „az egészséggel kapcsolatos esély-egyenlőség” [Susánszky és Szántó, 2005], „az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség” [Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékokat, 2008], „méltánytalan vagy elkerülhető egészségi egyenlőtlenség” [Kósa, 2010]. Annak ellenére, hogy az angol „*inequity*” fordításaként a „méltányosság” és az „esélyegyenlőség” kifejezések használata ma már bevett gyakorlat Magyarországon, az egyszerűség és a szemléletesség miatt a „*health inequity*” fordításaként az „egészség-egyenlőtlenség” kifejezés használatát tarjuk célszerűnek.

3.2. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK DIMENZIÓI

Már a XIX. század elején igazolták, hogy az alacsonyabb társadalmi helyzet rosszabb egészséggel jár együtt, és vonták le a következtetést is: az orvostudomány valójában társadalomtudomány, és a politika voltaképpen ösztársadalmi orvoslás. [Mackenbach, 2006] Így érthető, hogy az egészség-egyenlőtlenségeket leggyakrabban az egyének és csoportok eltérő társadalmi helyzetére vezetik vissza, és ebből fakadóan azokat igazságtalannak, méltánytalanoknak tartják. A társadalmi helyzet ugyanis már születéskor nagymértékben meghatározza – többek között – az egyén egészségét, és így közvetve majdani sikereit, kudarcait is. Az adott társadalmi szerkezet valamint a társadalmi-gazdasági tényezők és az egészség közötti kapcsolatot jelentő ok-okozati lánc jobb megismerése az egyenlőtlenségek okainak feltárásához és ezáltal csökkentésükhöz kínál lehetőséget döntéshozók számára. Michael Marmot, a WHO-nak az egészség társadalmi meghatározóival foglalkozó bizottságának vezetője szerint, „ha az egészség legerősebb meghatározói társadalmi eredetűek, akkor az orvosság is bizonyára társadalmi”. [Marmot, 2005] Felhívja ugyanakkor a figyelmet, hogy az egészség-egyenlőtlenségeket meghatározó tényezők nem azonosak az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőkkel. Az előbbiek, szerinte, az *okok okai*, azaz olyan „alapvető társadalmi struktúrák és társadalmilag meghatározott feltételek, amelyekben az emberek élnek, dolgoznak és öregszenek”. Az előbbiek alapján érthető, hogy egészség-egyenlőtlenség fogalma olyan szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági tényezőkkel, hogy gyakran az „egész-

ség társadalmi egyenlőtlenségei” megnevezést használják (angolul: *social inequality in health*).

A társadalmi szerkezet legjelentősebb dimenzióit, amelyek mentén egy országon belül az egészség-egyenlőtlenségeket leggyakrabban mérik, az angol PROGRESS betűszóval szokás összefoglalni: *Place of residence, Race/ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status, and Social capital/resources*, azaz lakóhely, etnikum, foglalkozás, nem, vallás, iskolázottság, társadalmi-gazdasági helyzet, társadalmi tőke.³ Magyarországon például Kovács az egészség-egyenlőtlenségeket a következő 5 egyenlőtlenségi dimenzióban vizsgálta: iskolai végzettség, jövedelem, depriváció, szegénység, munkaerő-piaci helyzet. [Kovács, 2006] Klinger pedig a kistérségi halandóságban tapasztalható eltérések elemzéséhez a kistérségek fejlettségét, a jövedelmet, a foglalkoztatottságot, a foglalkozási és etnikai viszonyokat, az iskolai végzettséget, a korösszetételt valamint a lelki egészség szerepét vizsgálta. [Klinger, 2006b]

Az egyenlőtlenség említett dimenziókkal kapcsolatban kifogásolható, hogy azok különböző szempontok szerint esetlegesen kiválasztottnak tűnnek. A nem például az egyén szintjén, társadalmi tőke pedig a csoport szintjén értelmezendő. Hasonló a megítélés az iskolai végzettség és a kistérségi fejlettség esetében is. Mi az egészség-egyenlőtlenséget befolyásoló tényezők csoportosítására a következő két dimenziót használjuk: egyéni-környezeti és közvetlen-közvetett. Míg az első dimenzió a megfigyelés szintjének vagy tárgyának, a második az ok-okozati láncolatban betöltött kétféle szerepnek feleltethető meg. Mint látni fogjuk, e dimenziók mentén a befolyásoló tényezők – további szempontok alapján képzett – csoportokat alkotnak.

3.3. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK KIVÁLTÓ TÉNYEZŐI

3.3.1. Egyéni tényezők

3.3.1.1. Egészségmagatartás

Az egészségi állapotot erősen befolyásoló egészségmagatartás kiemelkedő jelentőségét a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás illetve a fizikai

³ Lásd pl. http://www.lho.org.uk/HEALTH_INEQUALITIES/HealthInequalities.aspx

inaktivitás káros következményeit igazoló tanulmányok százai bizonyítják. Az egyenlőtlenségek kialakulásában játszott szerepe közvetlen és ugyanakkor közvetítő is, hiszen a tágan értelmezett egészségmagatartás vagy másképpen az életmód, ami az egyént összekapcsolja a külvilággal, a környezetével. Az életmód tehát közvetítő szerepet játszik a különféle környezeti tényezőknek való kitettség révén azáltal, hogy a kockázati tényezőkkel való találkozást az egyén magatartása nagymértékben befolyásolhatja (pl. egészséges életmódot követők nem dohányoznak, nem fogyasztanak túl sok alkoholt, kijárnak a „zöldbe”, stb.). Jelentőségét jól mutatja egy 2008-ban közzétett elemzés, miszerint Európában a férfiak halandóságában megfigyelt országok közti különbségek 22%-a a dohányzáshoz, 11%-a az alkoholfogyasztáshoz köthető. [Mackenbach és mtsai., 2008]

Az egészségmagatartás befolyásolása tehát igen fontos beavatkozási lehetőséget jelent az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez. A társadalmi lejtőn lefelé haladva gyakoribb egészségkárosító magatartás kedvező irányú változtatása tudniillik az egyenlőtlenséget is mérsékli. Az egészségmagatartásban kedvező változást elméletileg két úton lehet elérni. A beavatkozások egyik célja az egyén szintjén bekövetkező változások, mint például az egészségtudatosság növekedése, egészséges életmód választása, szűresen való részvételi hajlandóság növelése lehet. Másik célként a környezet kedvező irányú módosítása választható, így például a szabadidő sport feltételeinek vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása. Kutatások sora igazolja például, hogy az egyéni tényezőkön túl az olyan lakóhelyi környezetben, ahol nagyobb az egészséges termékek helyi kínálata és jobbak a gyalogos közlekedés feltételei alacsonyabb az elhízás gyakorisága. [Stafford és mtsai., 2007a; Frank és mtsai., 2007a; Harrington és Elliott, 2009; Pouliou és Elliott, 2010]

33.1.2. Szerzett egyéni tulajdonságok

Egy egyén fizikális és mentális állapota öröklött tulajdonságainak és fejlődése során őt ért valamennyi hatás összegzett eredménye. Hogy egy adott élethelyzetben hogyan reagál, milyen egészségmagatartást tanúsít, az éppen rendelkezésére álló fizikális és mentális készségektől függ. A szerzett tulajdonság tehát közvetett módon, az egészségmagatartáson keresztül befolyásolja az egészségi állapotot. Az egészségtudatos viselkedés egyik alapfeltétele kétségtelenül a szükséges ismeretek birtoklása. A 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint a 8 osztályt végzettel összehasonlítva egy-

harmada annak az esélye, hogy egy felsőfokú végzettségű úgy véli, keveset vagy éppen-séggel semmit sem tehet a saját egészségéért. [Boros, 2005] Az alacsonyabb iskolai végzettség kevesebb ismeretet, emiatt alacsonyabb egészségtudatosságot és ezen keresztül az egészségkárosító magatartásra nagyobb esélyt jelent. Jól tudjuk azonban, hogy az ismeretek mellett a motiváció elengedhetetlen az egészségesebb életmód választásához. A motivációt pedig – az egyénben kialakult hajlam fölé – a később ismertetendő pszichoszociális környezet emelheti meg.

Az egyszerű mérhetőség okán legtöbbször a szerzett egyéni tulajdonságok jellemzésére alkalmas iskolai végzettséget vizsgálták. Az iskolázottság és a halandósági egyenlőtlenség között erős összefüggés mutatható ki: a gazdaságilag aktív 45-54 éves férfiak esetében például az alapfokú végzettségűek halálozási esélye több mint négyszerese a felsőfokú végzettségűek körében tapasztaltakénál! [Bakacs és mtsai., 2008b] Klinger halandósági egyenlőtlenségre vonatkozó elemzésének eredményei szerint a kistérségi egyenlőtlenség leginkább a felsőfokú végzettségű népesség arányával mutatott összefüggést, ahol ez magas volt, alacsonyabb halandósági szintet találtak. [Klinger, 2006b] Az elmúlt 30 évben a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak esetében folyamatosan és jelentős mértékben romlott a halandóság, míg a magasabb végzettségűek, különösen a diplomások, jelentősen tudták javítani életkilátásaikat. [Kovács és Hablicsek, 2006] Kovács és Hablicsek a régiós egyenlőtlenségre vonatkozó elemzésük tanulságaként azt fogalmazzák meg, hogy az iskolázottság mentén, az előbbi módon jelentkező egyenlőtlenségek növekedése minden régióra kiterjedő, általános jelenség.

Az iskolázottság nemcsak a halandóságban, hanem az egészség megromlásában is komoly egyenlőtlenséget okoz: a 2003-ban elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés eredményei azt mutatják, hogy a felsőfokú végzettségűek körében 38%-kal alacsonyabb volt a mindennapi életvitelben és társadalmi szerepben jelentkező funkcionális-csökkenés esélye a 8 osztálynál kevesebbet végzőkkel összevetve. [Görög, 2005]

Eikemo és munkatársai 23 európai országra vonatkozóan elemezték a krónikus betegségek előfordulásában mutatkozó, az iskolázottság szerinti egyenlőtlenséget. [Eikemo és mtsai., 2008a] A krónikus betegségek gyakoriságára vonatkozóan a legnagyobb egyenlőtlenséget Portugáliában tapasztalták: az alacsony iskolázottságú férfiak esélye 54%-

kal, nőknél pedig 96%-kal haladta meg a magasabb iskolázottságúakét. Magyarországon ez lényegesen alacsonyabb, 27% illetve 37% volt.

Megjegyzendő, az iskolázottságot gyakran a társadalmi helyzet közvetett mutatójaként használják feltételezve, hogy a magasabb iskolázottság magasabb jövedelemmel és egyben magasabb társadalmi státusszal jár. Ugyanakkor kimutatható, hogy a kedvezőbb társadalmi helyzettel együtt járó jobb egészségért az iskolázottság és jövedelem külön-külön is „felelős”. [Tubeuf, 2009] A volt szocialista országok esetében azonban, az iskolázottság és a jövedelem közötti kapcsolat erőssége feltételezhetően csak hosszabb idő múlva fogja megközelíteni a már évszázadok óta kapitalista gazdaságot működtető rendszerű országokban tapasztalhatót.

3.3.1.3. Egyéni társadalmi helyzet

Az egyénnek a saját képességein és készségein túl a társadalomban, azaz a szűkebb és tágabb közösségben elfoglalt helyzete határozza meg a rendelkezésre álló társadalmi erőforrások közül milyen szellemi, anyagi forrásokhoz férhet hozzá. Átjárhatóbb társadalmakban az egyéni teljesítmény számít jobban, merevebb szerkezetűekben az egyén társadalmi helyzete határozza meg az erőforrásokhoz való hozzájutást. Nem szorul különösebb magyarázatra az egyén társadalmi helyzetének az egészség-egyenlőtlenségben betöltött közvetett szerepe, hiszen az erőforrások elérése egyértelműen megszabja az egészséges életmód feltételeihez való hozzáférést.

A társadalmi helyzet és az egészség közötti összefüggésre számos vizsgálat talált bizonyítékot. A Hungarostudy 2002-es felmérésének eredményei alapján Kopp és munkatársai a magas társadalmi-gazdasági státusznak a középkorúak halandóságában betöltött védő szerepére hívják fel a figyelmet. [Kopp és mtsai., 2005] A társadalmi helyzetet a szubjektív – önmegítélésen alapuló, vagy rövidebben: vélt – szociális státusszal mérve azt találták, hogy az mindkét nemnél, de a férfiaknál hangsúlyosabban mutatott összefüggést a középkorúak mortalitásával.

Az egészségi állapot valamint a jövedelem és a szubjektív szociális státusz között negatív összefüggést lehetett kimutatni hat európai ország idősebb korosztályát vizsgálva. (Gyakran a társadalmi helyzetet az egyén vagy a család jövedelmével, vagy foglalkozásával, beosztásával jellemzik.) [Theodossiou és Zangelidis, 2009] Ugyancsak az idő-

sebb korosztályt vizsgálva, a férfiaknál például a szubjektív szociális státusz összefüggést mutatott a vélt egészséggel, depresszióval és a krónikus betegségek előfordulásával, nőknél ezeken kívül a cukorbetegséggel, a HDL koleszterinnel. [Demakakos és mtsai., 2008] Részletesebb elemzésük szerint a szubjektív szociális státusz közvetítette részben az iskolázottság, a foglalkozás, a vélt és az orvos által megállapított egészségi jellemzők hatását. A kutatók feltételezése szerint a szubjektív szociális státusz jól jelenti meg az életben addig a pontig elért társadalmi státuszt.

Újabb kutatások nemcsak megerősítik a jövedelemnek az egészségi állapotra kifejtett, sokszor abszolútnak nevezett hatását, hanem rámutatnak, hogy ez a hatás nem lineáris, azaz a szegényebbeknél nagyobb ez a hatás. [Jen és mtsai., 2009b] A jövedelem-egyenlőtlenség, azaz a jövedelemnek az egészség-egyenlőtlenségre kifejtett relatív hatásáról a későbbiekben lesz szó.

3.3.2. Környezeti tényezők

3.3.2.1. Az egészségügyi rendszer

Az egészségügy közvetlen hatást akkor fejt ki az egészségi állapotra, amikor az egyén igénybe veszi az egészségügyi ellátást. Fontos felhívni a figyelmet, hogy nemcsak az ellátáson keresztül közvetlenül befolyásolja az egészséget, hanem közvetetten – más szektorokon keresztül – ugyancsak hozzájárulhat az egészséges életmód követéséhez és az egészséges környezet kialakításához. Az egészségügy elvileg két úton befolyásolja az egészség-egyenlőtlenséget. Egyfelől megkülönböztetés nélkül elégíti ki egy igénybevételi szükségletet, vagyis mindenki, akinek egy adott ellátásra szüksége van, az azonos eséllyel jut hozzá (horizontális egyenlőség). Másfelől társadalmi helyzetre való megkülönböztetés nélkül azt látják el előbb, arra fordítanak nagyobb erőforrást, akinek nagyobb szüksége van rá (vertikális egyenlőség). [Macinko és Starfield, 2002] Ritka kivételtől eltekintve, az egészségügyi rendszer vizsgálatakor célszerűen a horizontális egyenlőtlenség az elemzés tárgya. Mielőtt áttekintenénk az igénybevételben mutatkozó egyenlőtlenségeket, érdemes megvizsgálni, milyen egyéni és környezeti tényezők befolyásolják az ellátás igénybevételét.

Mint a kutatások eredményei bizonyították, mind egyéni tényezők, mind pedig a lakóhelyi környezet oka lehet az igénybevételben jelentkező egyenlőtlenségek kialakulása-

nak. Az ellátás igénybevételét meghatározó egyéni és környezeti tényezőket a szakirodalom két csoportba osztja: az ellátási szükségletet („*demand side*” vagyis kereslet) valamint a hozzáférést meghatározó tényezők csoportjára („*supply side*” azaz kínálat).

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést három dimenzió mentén szokás tárgyalni (az angol szakkifejezésekből ez a „3 A”, vagyis *Access, Affordability, Acceptability*). Az első a hozzáférés, vagy a fizikai elérhetőség azt jelenti, hogy vajon a szükséges ellátás rendelkezésre áll-e a szükséges helyen és időben. Második a kifizethetőség, vagy pénzügyi hozzáférés, jelentése az, hogy az ellátás költsége mennyire illeszkedik az igénybevevő fizetési lehetőségeihez. A harmadik „A” az elfogadhatóság, vagy kulturális hozzáférés az egészségügyi rendszer és a használói közötti szociális-kulturális távolságra reflektál. [Gilson és mtsai., 2007] Mindhárom dimenzió, természetesen, több meghatározó tényező függvénye. A WHO által 2003-ban szervezett Világ Egészségfelmérés⁴ 8 fő dimenziót (bánásmód, döntési szabadság, titoktartás, kommunikáció, az ellátáshoz való jutás ideje, szociális tér, fizikai tér, orvosválasztás) és ezeken belül számos aldimenziót használt az ellátás – nem a gyógyítással szorosan összefüggő – körülményeinek (*health system responsiveness*) vizsgálatához abból a célból, hogy részletesebb információt gyűjtsön az ebben tapasztalható egyenlőtlenségekhez. [Deckovic-Vukres és mtsai., 2007] Az ellátáshoz való hozzáférés gyakran „orvoshoz fordulási magatartás” (*health care seeking behavior*) elnevezéssel bukkan fel a szakirodalomban, de ez alatt ugyanazon, előbb említett három dimenzióval jellemzett fogalmat értik. [Shaikh és Hatcher, 2005].

3.3.2.1.1. Az ellátás igénybevételét befolyásoló tényezők modellje

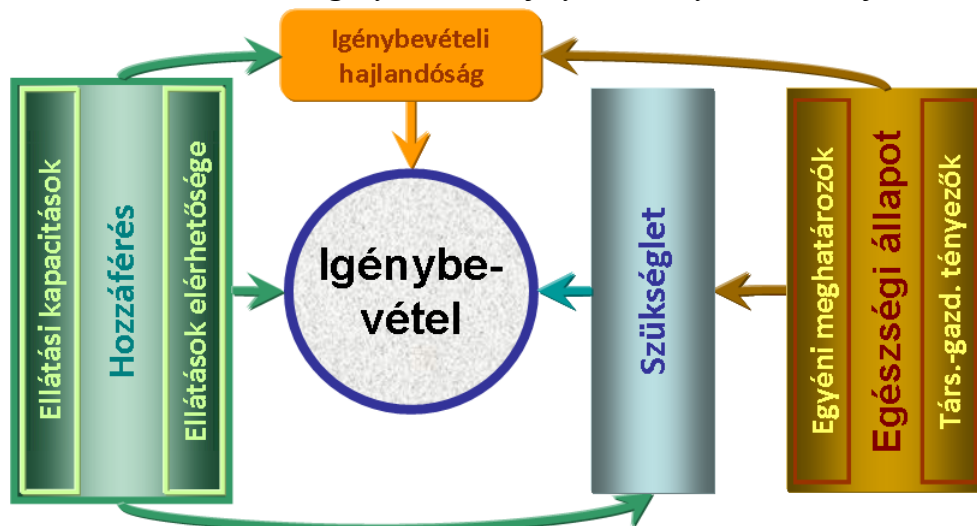
Vegyük most szemügyre az ellátás igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségeket befolyásoló tényezőket és kapcsolataikat vizuálisan is megjelenítő modellt! [7. ábra] Az ellátás igénybevételét elsősorban az ellátási szükséglet határozza meg. Ahhoz, hogy az ellátási szükséglet igénybevételt célzó cselekvést (*health seeking behavior*), szokásos kifejezéssel az orvoshoz fordulást⁵ eredményezzen, az adott személynek fel kell tudni ismernie a megjelenő szükségletet, továbbá ki kell alakulnia benne az ellátás igénybevételére irányuló szándéknak (*demand*) is. A modellben igénybevételi hajlandósággént

⁴ <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>

⁵ Itt természetesen az „orvost” tágabban, egészségügyi szakemberként értelmezzük

foglaltuk össze ezeket az előfeltételeket, és amelyeket főképpen az egyén egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos ismeretei, egészség-tudatossága, anyagi helyzete, családi és munkahelyi körülményei befolyásolnak. (Az ábrán barna nyíl jelöli ezeket a hatásokat.) Hajlandóságát az ellátás igénybevételére azonban környezeti tényezők is befolyásolják: az egészségüggyel korábban kapcsolatba került egyén jó vagy rossz tapasztalatai által. (Felül zöld nyíl jelöli ezt a hatást.) Hiszen az előzőleg szerzett kellemes tapasztalatok bátorítólag hatnak, amikor valaki azt fontolgatja, hogy elmenjen-e az orvoshoz, de a korábban megtapasztalt kellemetlenségek elkerülésre sarkalnak, és az emiatt elmaradó kezelések tovább súlyosbíthatják az egészségi állapotot. (Alsó zöld nyíl.)

3.3.2.1.2. 7. ábra: Az ellátási igénybevételt befolyásoló tényezők modellje



Magát az ellátási szükségletet az egészségi állapot kedvezőtlen változása okozza, és e változások – mint a már korábban bemutatott egészség-modell részletezi – számos, egyidejűleg ható egyéni és környezeti tényezőhöz köthetők.

Amennyiben az egyén felismeri ellátási szükségletét és hajlandó is felkeresni egy egészségügyi szolgáltatót, vagyis hogy az orvossal való találkozás létrejöjjön, különböző egyéb feltételeknek is teljesülniük kell, hiszen az igénybevételt számos további, környezeti tényező elősegítheti vagy gátolhatja.

Először is a szükséglet kielégítéséhez megfelelő minőségű és mennyiségű kapacitásoknak adott helyen és időben rendelkezésre kell állnia. Másodszor a rendelkezésre álló kapacitásoknak elérhetőeknek kell lennie. Az elérhetőséget lényegében az ellátás körülményei határozzák meg. Legfontosabbak ezek közül: a fizikai és időbeli megközelíthe-

tőség (mint a közlekedési eszközök és utazási idő, rendelési idő), az igénybevétellel járó költségek (vizitdíj, telefon és utazási költségek), döntési szabadság (orvosválasztás, kezelési alternatívák, idő és hely választhatósága) az eljárások áttekinthetősége, egyszerűsége (adminisztrációs kötelezettségek, tájékoztatás), az ellátás „emberi környezete”, vagyis a bánásmód (méltóság, intimitás, megkülönböztetés), fizikai környezete (tér, tisztaság, eszközök), társas környezete (látogatási, kommunikációs lehetőségek).

A bemutatott modell alapján jó néhány beavatkozási lehetőség merül fel a szakpolitika számára az igénybevétel – céljainak megfelelő – befolyásolására, hiszen a szabályozás és a fejlesztés eszközeivel megváltoztathatják az ellátási kapacitások minőségét, térbeli és időbeli rendelkezésre állását valamint azok elérhetőségét. Közvetett módon ugyanakkor, más szakterületekkel együttműködve képes az egészséget meghatározó többi társadalmi-gazdasági tényezőt is módosítani. Ezek a módosítások, azután az egyéni tényezőkön és az igénybevételi hajlandóságon keresztül visszahatnak az igénybevételre.

A következőkben áttekintjük az igénybevétel egyenlőtlenségekről rendelkezésre álló hazai és külföldi tapasztalatokat.

3.3.2.1.3. Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében

A fejlett világ valamennyi országában közös célkitűzés az „egyenlő hozzáférés és egyenlő ellátás egyenlő szükséglet esetén”. Ennek ellenére kutatások sora bizonyítja, a fejlett országokban nem csökkennek az ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek az utóbbi évtizedben sem. [de Looper és Lafortune, 2009] Például három OECD tagországban (USA, Mexikó, Törökország) az egészségügyi biztosítás nem fedi le a teljes lakosságot, és emiatt főként a rossz szociális helyzetű csoportok maradnak biztosítás és így ellátás nélkül [Health at a Glance 2009]. A szolgáltatásokért helyben kifizetett összeget tekintve igen nagy volt az OECD tagországok közötti különbség 2007-ben: az összes egészségügyi kiadásban mért aránya 5,5%-tól (Hollandia) 51%-ig (Mexikó) terjedt. A magyar családok 25%-os kiadása – huszonöt ország közül – az ötödik legmagasabb volt.⁶ (A finanszírozási problémák okozta egészség-egyenlőtlenségekhez részletesebben lásd még: [Wagstaff és mtsai., 1999; Axelson és mtsai., 2009; Kristiansson és

⁶ OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data;
http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

mtsai., 2009; Polonsky és mtsai., 2009]!) Azok aránya, akik a legalacsonyabb jövedelmi ötödben arról számoltak be, hogy szükségét látták, de a várható költségek miatt mégsem tudtak egészségügyi ellátást igénybe venni, 0%-tól (Egyesült Királyság) 18%-ig (Portugália) változott. Magyarországon az alacsony jövedelmi kategóriába tartozók között ezek aránya 4,3% volt, és ezzel a vizsgált 20 ország között az ötödik legmagasabb arányt képviseltük (Health at a Glance 2009). A volt Szovjetunió országaiban végzett összehasonlító vizsgálat a rendszerváltás, esetenként a civil háború következményeként az ellátás igénybevételében igen jelentős országok közötti egyenlőtlenséget igazolt. [Balabanova és mtsai., 2004]

Az egészségügyi ellátás igénybevételében mutatkozó egyenlőtlenségek társadalmi csoportok és térségekre vonatkozó elemzése hosszú ideje hagyomány a magyar kutatók között is. A népesség egyes csoportjainak eltérő igénybevételi mintázatát több vizsgálat is igazolta. A KSH 1994-es felmérése alapján készült tanulmány szerint – a nemzetközi tapasztalatokkal egyezően – nem csak az egészségi állapotból fakadó szükséglet befolyásolja az ellátási igénybevételt, hanem az is, hogy valaki milyennek ítéli saját egészségi állapotát. [KSH, 1996] Az egészségügyi ellátás igénybevételét az elvárásoknak megfelelően eltérőnek találták az egyes társadalmi csoportokban: az idősebbeknél az egészségügyi ellátás igénybevétele az életkor növekedésével emelkedik, leggyakrabban az alacsony iskolai végzettségűek fordulnak orvoshoz, a betegek közül az alacsonyabb szociális státuszúak többet járnak orvoshoz.

Az 1996-os Magyar Háztartás Panel vizsgálat megállapítja, hogy az orvoshoz fordulást nem kizárólag a beteg egészségi állapota, hanem az orvos elérhetősége és az egyénnek az orvoshoz fordulással kapcsolatos beállítódása is befolyásolja. A településtípust vizsgálva egyértelműen megállapítható volt, hogy minél kisebb településen lakott valaki, annál ritkábban vette igénybe a szakorvosi ellátást. A rendszeresen gyógyszert szedők inkább az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a szegényebbek közül kerültek ki, a szakorvosi ellátást mégis ők vették ritkábban (átlag alatti gyakorisággal) igénybe. [Magyar Háztartás Panel 1996, 1997]

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés a korábbi vizsgálatokkal szemben az ellátási szükségletet is figyelembe véve pontosabb elemzéseket tett lehetővé. A 2000-es felmérés eredményei azt mutatták, hogy a magasabb iskolai végzettség gyakoribb igénybevé-

telt jelentett. [Széles, 2002] Az iskolázottság növekedése és az anyagi helyzet javulása növelte a járóbeteg szakellátás igénybevételének esélyét. A 2003-ban végzett felmérés adatai jórészt megerősítették a 2000-es kutatás következtetéseit, de a korábbiakkal ellentétben az iskolázottság nem befolyásolta az alapellátás igénybevételének az esélyét, tehát a kutatók következtetése szerint, az eltelt időben csökkentek az igénybevétel társadalmi egyenlőtlenségei. [Hajdú, 2005] Az iskolázottság növekedésével és az anyagi helyzet javulásával emelkedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére, tehát ennél az ellátási formánál az alapellátással szemben inkább jelen volt a társadalmi egyenlőtlenség.

Az igénybevétel térségi egyenlőtlenségeinek kutatása és az egészségügyi rendszer fejlesztésére vonatkozó javaslatok megfogalmazása a 2000-es évek közepétől vált Magyarországon dominánssá. Annak ellenére, hogy Orosz Éva már 2004-ben megállapította: „Érvényesül a szakirodalomban „inverz ellátás törvényének” nevezett jelenség: a rosszabb egészségi állapottal rendelkező megyék (régiók) kevesebb forráshoz jutottak, mint a gazdaságilag fejlettebb, jobb egészségi állapotú lakossággal rendelkező megyék (régiók).” [Orosz, 2004b], a szakpolitikában kevés jelét lehet találni annak, hogy az erőforrások elosztásában a szükséglet szerinti elv érvényesülne. Az erőforrások, kapacitások fejlesztésénél még ma is jellemzően a nyers lakosságszámot veszik alapul. A szükséglet szerinti elosztás bevezetését segített volna Kaló Zoltán 1997-es tanulmánya, mely egy angol forráselosztási modell magyarországi alkalmazhatóságát vizsgálta. [Kaló, 1997] Az elemzés eredményei alapján felhívta a figyelmet, hogy „az elmaradott területek nemhogy nem kapnak arányosan több beruházási keretet, hogy csökkentsék hátrányukat, hanem inkább még kevesebbet kapnak a formulák szerint nekik minimálisan járó összegeknél is. Így az egészségi állapot meglévő területi egyenlőtlenségeit az egészségügyi ellátórendszer eloszlásbeli egyenlőtlensége fokozza és fokozni fogja mindaddig, amíg a jelenleg is kimutatható trendek folytatódnak.”

Az utóbbi években az OEP adatainak elemzésével az egyes kasszákra vonatkozóan részletes közlemények sora jelent meg többnyire a földrajzi egyenlőtlenségeket elemezve. Az aktív fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan a szükségletet korra és nemre történt standardizálással figyelembe véve kimutatták, hogy bár kistérségenként nagy eltérések vannak a lakosságszámra vetített finanszírozásban, de ez a betegekre vetítve már nem jelen-

tős. [Bonczi és mtsai., 2006b; Boncz és mtsai., 2006c] A járóbeteg-ellátás esetében azonban a kutatócsoport eltérő eredményre jutott: az ellátottakra vetítve is megmaradtak a kistérségi egyenlőtlenségek. [Takács és mtsai., 2006] Az otthoni szakápolás hozzáférést és igénybevételét vizsgálva megállapították, hogy mindkettő határozott földrajzi egyenlőtlenséget mutatott. [Bonczi és mtsai., 2004] Az OEP kasszák felhasználásában tapasztalható egyenlőtlenségek mértékére vonatkozóan Boncz megállapította, hogy a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz kasszájánál a betegek 25%-a veszi igénybe a kiadások 84%-át. A művese ellátásban a kiadások 46%-a esik a betegek 25%-ára, míg az otthoni szakápolásban és a CT/MRI kassza esetén ez az érték 56%. Az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátásban a kiadások 64%-a, illetve 67%-a jut a betegek negyedére. [Bonczi és mtsai., 2006a]

Az egészségügyi ellátás szükségletre korrigált egyenlőtlenségeinek csökkentése az erőforrások jobb kihasználását és azok igazságosabb elosztását eredményezi. A hazai kapacitások célszerűbb elosztásához járulhat hozzá az a kutatás, amelynek során valamennyi 2007-ben egynapos beavatkozásokban illetve aktív fekvőbeteg-ellátásban részesült betegre elszámolt súlyszám és az ápolási napok számának elemzésére került sor. [Vitrai és mtsai., 2009a] Az egyéni adatok, mint az életkor, a nem, az ellátást indokló diagnózis mellett a lakóhelyként azonosított kistérség társadalmi-gazdasági jellemzői, egészségügyi kapacitások általános mutatói is szerepeltek az alkalmazott többszintű statisztikai elemzésben. Az eredmények szerint az egynapos ellátásban jelentős, az aktív fekvőbeteg-ellátásban egy nagyságrenddel kisebb kistérségi egyenlőtlenségek voltak kimutathatók. A diagnosztikus csoportok közül a keringési betegeknél nagyobb, a daganatos betegeknél kisebb egyenlőtlenség volt tapasztalható. A kistérségek társadalmi-gazdasági jellemzői jól magyarázták az igénybevételben mutatkozó egyenlőtlenségeket. A szükségletre korrigálás után kimutatható igénybevételi egyenlőtlenségek igazolták azt a feltevést, hogy a hazai egészségügyi rendszer hatékonysága jelentősen javítható a meglévő kapacitások szükséglet szerinti elosztásával, hiszen akár újabb erőforrások bevonása nélkül, a többletköltséget okozó tényezők kiküszöbölésével lecsökkenthetők a finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségei.

33.2.2. Fizikai környezet

A fizikai környezet és az egészség-egyenlőtlenség kapcsolatára irányuló kutatások döntő többsége az egészség térségi egyenlőtlenségeit elemzi. Ezen vizsgálatokban a térség a lakóhelyi szomszédságtól a településen, megyén, régión keresztül az országokig terjedhet. A különböző földrajzi térségek illetve társadalmi csoportok egészségi állapotában tapasztalt egyenlőtlenségeket alapvetően két okra lehet visszavezetni. Az egészségbeli különbségeket ugyanis egyrészt az adott térségben lakók eltérő jellemzői, azaz a lakosság eltérő összetétele (*composition*) okozhatja. A térség fizikai és egyéb környezeti jellemzői (*context*) ugyancsak szerepet játszhatnak az ott lakók egészségének különbségeiben. [Bernard és mtsai., 2007] A térségek lakosságának összetételére vonatkozó magyarázat szerint az adott földrajzi helyen élők hasonló egészségi szintje az egyének hasonló társadalmi-gazdasági jellemzői miatt alakul ki. Hasonló egyének vagy szándékosan választják egymás közelségét, mint például a közös kultúra okán, vagy társadalmi-gazdasági okok sodorják őket egymás szomszédságába. A környezeti hatással operálók az adott földrajzi hely sajátos egészséget befolyásoló szerepével magyarázzák az ott élők hasonló egészségét. Ez a környezeti hatás, ami lehet fizikai, mint a levegő vagy az ivóvíz tisztasága, vagy a testmozgást korlátozó vagy éppen segítő épített környezet, de lehet pszicho-szociális természetű is, mint a vallási vagy kulturális intézmények könnyű elérhetősége, a helyi bűnözés nagysága. De ugyancsak a környezethez sorolható a közeli egészségügyi ellátást nyújtó intézmények hozzáférhetősége, szolgáltatásaik színvonala is.

Az előzőekből következően az egészség térségi egyenlőtlenségei nehezen vezethetők vissza kizárólag a környezet fizikai jellemzőire. Ez különösen a környezet-egészségügyi kutatások esetében jelenthet komoly kihívást a kutatók számára, hiszen a fizikai jellemzők mellett – még ha sikerül is a lakossági összetétel különbségeire korrigálni – a többi környezeti tényező is meghatározó szerepet játszhat. Mint az alábbiakban ez kiderül, a fizikai környezet helyett többnyire a térségi hatásoknak az egészség-egyenlőtlenségben játszott szerepére vonatkozóan rendelkezünk ismeretekkel.

A hazai kutatók közül ezen a területen kiemelendő Klinger András, aki a 2000–2003 közötti kistérségi halandóság változását összevetve az 1996–2000 év adataival azt tapasztalta, hogy a halandóság a kis népsűrűségű kistérségekben magas, míg a nagyváros-

okat is magukba foglaló kistérségekben alacsonyabb. [Klinger, 2006a] Ezzel ellentétben Budapesten a legnagyobb lélekszámú kerületekben találtak magas vagy igen magas halandósági szinteket, ott, ahol a fővárosi lakosság 37%-a élt. A 45-64 éves budapesti férfiak halandósága jelentős eltéréseket mutatott az egyes kerületekben, míg a 65 évnél idősebbek esetében lényegesen kisebb szóródást találtak. A halandóságot a hazai települések roma lakosság részaránya szerinti besorolás mentén vizsgáló elemzések azt mutatták, hogy 1992 és 2002 között azokon a területeken javultak elsősorban az életkilátások, ahol nem találtak cigánynak tartott lakosokat, míg a többi terület az országos trendeknek megfelelő halálozásbeli változást mutatott. [Sándor, 2004]. A magyarországi halandósági egyenlőtlenségek iránt érdeklődő olvasó részletes összefoglalót találhat a 2004-ben megjelent Népegészségügyi Jelentésben. [Sándor, 2004] A halandóság térségi egyenlőtlenségeire vonatkozó nemzetközi és hazai szakirodalom tapasztalatait nemrégiben Bakacs Márta és Vitrai József foglalta össze. [Bakacs és Vitrai, 2008a]

A lakóhely egészségre kifejtett hatásának a lakosság eltérő összetételére visszavezethető valamint a környezet hatására való szétbontása a lakóhelynek a betegségek kialakulásában betöltött szerepére vonatkozóan alulbecsléshez vezethet – állítják újabban a terület kutatói. [Cummins és mtsai., 2007] Véleményük szerint a két megközelítés merev szembeállítása figyelmen kívül hagyja azt a tapasztalatot, hogy különböző egyének egészségét ugyanaz a lakóhely eltérően befolyásolhatja, sőt az ott élők maguk alakítják, módosítják a környezeti hatást. A lakóhely és az ott lakók közötti interakció kialakulását igazolták azok a kutatások is, amelyek egy-egy betegség kialakulásában a lakóhely összetett hatásrendszerének szerepét vizsgálták. [Morenoff és mtsai., 2007; Cox és mtsai., 2007; Stockdale és mtsai., 2007b; Stafford és mtsai., 2007b; Frank és mtsai., 2007b; Augustin és mtsai., 2008]

Több neves kutató arra figyelmeztet, hogy az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez szükséges beavatkozások tervezéséhez, hatékonyságuk monitorozásához egyidejűleg figyelembe kell venni a lakóhely társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeit valamint azt a hatást is, amelyet az ott lakók a lakóhely egyenlőtlenségének tulajdonítanak. [Subramanian és mtsai., 2005; Durie és Wyatt, 2007; Wilkinson és Pickett, 2007b; Gee, 2008]

3.3.2.3. Pszichoszociális környezet

Egy egyén egészségére az őt körülvevő közösségek jellemzői közvetve befolyással bírnak. Ez a befolyás részben az egyén magatartását és szerzett tulajdonságait érinti, részben pedig az őt körülvevő más környezeti tényezőkön keresztül jut érvényre. Könnyen belátható, hogy az egyén egészségét erősen meghatározza családi, baráti, iskolai és munkahelyi környezete, de sok magyarázatot az sem igényel, hogy azok a nagyobb közösségek is befolyásolják, amelyeket az egyén többnyire nem maga választ, amelyekbe tartozik, vagy mások tartozni vélik. Mint látni fogjuk, a kisebbségi, például etnikai csoportok, vagy az azonos kultúrkörbe, politikai rendszerbe tartozók közössége ugyancsak meghatározó hatással van az egészségre.

3.3.2.3.1. Társas támogatottság

Sidney Cobb, az Amerikai Pszichoszomatikus Társaság elnökének meghatározása szerint a „társas támogatottság az az információ, ami kialakítja az egyén hitét arról, hogy őt szeretik, törődnek vele, becsülik és hogy ő tagja egy kölcsönös kötelezettségre épülő társas hálózatra”. [Cobb, 1976] Úgy vélte, a támogató kapcsolatok megvédik az egyént az életében ért stressz egészségkárosító hatásától. A dolgozó férfiak a nőknél jóval nagyobb sebezhetősége részben éppen ezzel magyarázható, mutatott rá Kopp Mária. [Kopp és mtsai., 2007]

A szociális integrációt közvetítő, az egyént körülvevő szociális háló négy módon befolyásolhatja az egészséget: az első a társas támogatottság, második a referencia személyek, vagyis mások befolyása, harmadik a közösségi részvétel, kötöttség; végül a társadalmi erőforrásokhoz és anyagi javakhoz való hozzáférés. [Berkman és mtsai., 2000] Olyan környéken, ahol az alkohol és drogfüggőség illetve mentális betegségek aránya alacsony volt, ott nagyobb stressz-tompító közösségi mechanizmusok voltak kimutathatók. [Stockdale és mtsai., 2007] Akik olyan környéken laktak, amelyre a kisebb társas támogatottság, de nagyobb izoláció volt jellemző, magasabb valószínűséggel szenvedtek a vizsgált betegségekben.

Pszichoszociális tényezőkkel magyarázható az egészség-egyenlőtlenségek nagy része, vélik francia kutatók, akik a társadalmi tőke és az egészség-egyenlőtlenség kapcsolatát vizsgálták. [Jusot és mtsai., 2007] Eredményeik azt igazolták, hogy a társadalmi tőke egyik jellemzőjeként mért társas támogatottság hiánya a rossz vélt egészség 50%-kal

magasabb esélyét jelentette. A társas támogatottságot közvetve jelző családi állapot egészséget befolyásoló szerepéről korábban ismertettünk már néhány hazai kutatást. A legfrissebb nemzetközi vizsgálatok is megerősítik: a családi állapot erősen befolyásolja a vélt egészséget. [Jen és mtsai., 2009b]

3.3.2.3.2. Társadalmi tőke

A '70-es évek elején Pierre Bourdieu, neves francia szociológus vezette be a gazdasági erőforrások feletti rendelkezésként értelmezett gazdasági tőkéhez hasonló társadalmi és kulturális tőke fogalmát. Bourdieu szerint „a társadalmi tőke azon erőforrások összessége, mely a kapcsolatok tartós, többé-kevésbé intézményesült rendszeréhez, más szavakkal egy bizonyos csoporthoz tartozáshoz kötődik. Az egyén által birtokolt társadalmi tőke nagysága egyrészt azon kapcsolatok hálójának kiterjedtségétől függ, amelyeket ténylegesen mozgósítani tud, másrészt azon másféle tőke nagyságától, amelyet azok birtokolnak, akikkel kapcsolatban áll.”⁷

Kutatások sora igazolta, hogy a vélt egészség és a társadalmi tőke különböző mutatói inverz kapcsolatban vannak. [Beaudoin, 2009] Így például jobb vélt egészségre számíthatott az, akire a kiterjedt munkahelyi vagy baráti kapcsolatrendszer, az intenzív hitéleti vagy hobbi klub aktivitás, a másokba vetett bizalom, a közösségért vállalt önkéntes munka volt jellemző. A közösségek szintjén is kimutatható, hogy ahol a társadalmi tőke, a pszichoszociális stressz magasabb, ott a morbiditás és a halandóság egyaránt alacsonyabb. [Kawachi és mtsai., 1997; Skrabski, 2003; Skrabski és mtsai., 2004b; Kopp és mtsai., 2006b]

A Hungarostudy felméréssorozat adatainak elemzése azt mutatták továbbá, hogy a kedvezőtlen munkahelyi körülmények és egyéb stressz faktorok is jelentős szerepet játszanak a keringési rendszer betegségei következtében bekövetkező korai halálozásban. [Kopp és mtsai., 2006] A magyar középkorú férfiak és nők halandóságát a társadalmi tőke és a társadalmi hatékonyság vonatkozásában vizsgáló kistérségi szintű kutatás eredményei szerint a 45-64 éves férfiak kistérségi halandóságának variabilitását mintegy 68%-ban, a nők esetében 29%-ban magyarázták a vizsgált társadalmi-gazdasági

⁷ http://hu.wikipedia.org/wiki/T%C3%A1rsadalmi_t%C5%91ke

tényezők, mint az iskolázottság, a szociális helyzet, a társadalmi tőke, a versenyképesség, a civil szervezetekben való részvétel. [Skrabski és mtsai., 2004]

Számos kutatási tapasztalat utal arra, hogy ezen összetett viszonyrendszer elemzése komoly módszertani felkészültséget igényel. A közösségi szintű bizalom például módosítja az egyéni szinten mért bizalom és az egészség közötti negatív összefüggést, azaz interakció figyelhető meg a kontextuális és a kompozíciós hatások között. [Subramanian és mtsai., 2002] Mások pedig arra figyelmeztetnek, hogy interakciót lehet kimutatni a szegénység és a társadalmi tőke között: az utóbbi a gazdagabb környékeken nem függ össze az egészséggel. Ebből következően, véleményük szerint, a társadalmi tőke növekedése csak a szegénység egyidejű csökkentésével lehet hatásos szer az egészség-egyenlőtlenség csökkentésére. [Sun és mtsai., 2009]

3.3.2.3.3. Kultúra

A társadalmi csoportok egészsége és kultúrája közötti kapcsolat egyelőre még kevésbé feltárt terület. Ha azonban szemügyre vesszük Bourdieu kulturális tőke fogalmát, nem nehéz hipotéziseket felállítani erre a kapcsolatra. Szerinte a kulturális tőke ugyanis olyan kompetenciákból tevődik össze, melyek a hétköznapi érintkezéstől a társasági érvényesülésen át egészen valamely szakma professzionális gyakorlásáig alapvető ismeretlemeket tartalmaznak. Egy-egy kompetencia sajátos értékek, normák, ismeretek valamint ezek alkalmazásának készségei illetve magatartásformák együttese.⁸

Több mint 50 ország adatainak elemzése alapján igazolható volt a társadalmi struktúra és kultúra hatása a vélt egészségben tapasztalható egyenlőtlenségre. [Mansyur és mtsai., 2009] A jövedelmi helyzetnek a vélt egészségre kifejtett hatása eltérő volt Hofstede kulturális dimenziói alapján (individualista/kollektivista illetve horizontális/vertikális) 4 csoportba osztott országokban. A hatalomtól való távolság és bizonytalanság elkerülése dimenziók ugyanis felerősítették a jövedelmi helyzet és a vélt egészség közötti negatív kapcsolatot. További kutatások szükségesek a szociokulturális környezet és az egészség-egyenlőtlenségek közötti kapcsolatok tisztázásához.

⁸ http://hu.wikipedia.org/wiki/Kultur%C3%A1lis_t%C5%91ke

Az egészség-egyenlőtlenségek kulturális meghatározottságának lehetőségére hívja fel a figyelmet Vokó Zoltán a romák egészségbeli hátrányára vonatkozó kutatásának tapasztalatai alapján: „A romák egészségének javítását célzó erőfeszítéseknél a társadalmi helyzetnek kell a fókuszban állnia, de fontos felhívni a figyelmet, hogy a kulturális különbségeket is számításba kell venni a népegészségügyi beavatkozások tervezésekor.” [Vokó és mtsai., 2009a]

3.3.2.4. Gazdasági-politikai környezet

A gazdasági-politikai környezet, azaz a társadalom működését biztosító „infrastruktúra” határozza meg a társadalmi erőforrások előállítását, elosztását, sőt a felhasználás módját is. Ide sorolható a társadalmi szerkezet, az intézményrendszer, a politikai berendezkedés, a jogrendszer, de a gazdaságot meghatározó tulajdonviszonyok, természeti erőforrások, kereskedelmi lehetőségek, a közlekedési és kommunikációs infrastruktúra. Mindezek együtt az adott közösség gazdasági teljesítményét szabják meg. Az egészség-egyenlőtlenség valamennyi egyéni és környezeti meghatározó tényezőjére közvetett hatással van, és emiatt az egyenlőtlenségek csökkentését célzó beavatkozások között a gazdasági-politikai környezet átalakítása kiemelkedő szerepet játszik. (Lásd alább az erre vonatkozó WHO ajánlásokat!)

3.3.2.4.1. Község gazdasági helyzete és a jövedelmi egyenlőtlenség

Egy adott személy egészségét nem ő maga, hanem az őt körülvevő társadalmi környezet határozza meg, vallja Richard Wilkinson, aki elindította a jövedelmi egyenlőtlenségnek az egészség-egyenlőtlenségben betöltött szerepéről folyó több mint egy évtizedes vitát. [Wilkinson, 1996] Hogy a magasabb jövedelem jobb egészséggel jár együtt (abszolút jövedelmi vagy kompozíciós hatás), azt már korábban is megfigyelték, de hogy a társadalmi jövedelem egyenlőtlensége (relatív jövedelmi vagy kontextuális hatás) önmagában is oka az egészség megromlásának, azt Wilkinson vetette fel először. Állítása szerint a társadalmi lejtő meredeksége az anyagi egyenlőtlenségen keresztül felelős végső soron a legtöbb kedvezőtlen társadalmi, és ezen belül egészségi problémáért. [Wilkinson és Pickett, 2007]

Egyes becslések szerint a halandóság mérsékelten, a halandósági egyenlőtlenség jelentősebben csökkenthető a jövedelmi egyenlőtlenség csökkentésével. [Blakely és

Wilson, 2006] A szélsőségektől sem mentes vita részben módszertani problémákat, részben pedig a lehetséges mechanizmusokat érinti. Az ma már evidensnek számít, hogy az egymásnak élesen ellentmondó kutatási eredményeket részben az aggregált adatok használata miatt fellépő ökológiai hiba okozta. [Gravelle, 1998; Wagstaff és van Doorslaer, 2000; Gravelle és mtsai., 2002] De ugyanakkor az újabban alkalmazott, az egyéni és aggregált adatokat egyidejűleg felhasználó, és így az ökológiai hibát elkerülő többszintű elemzések is ellentmondó eredményekhez vezettek. A jövedelmi egyenlőtlenségek egészségre gyakorolt hatását egyaránt cáfoló (pl.: [Drukker és mtsai., 2004; Backlund és mtsai., 2007; Wong és mtsai., 2009; Jen és mtsai., 2009a], alátámasztó (pl.: [Subramanian és mtsai., 2003; Dahl és mtsai., 2006; Subramanian és Kawachi, 2006; Fuller-Thomson és Gadalla, 2008; Oshio és Kobayashi, 2009]) és csak a fejlett országokra igazoló ([Karlsson és mtsai., 2009])cikkek egyaránt napvilágot láttak az utóbbi években. Hasonlóan módszertani problémákra utal az, hogy még ugyanazon adatforrás, a Nemzetközi Összehasonlító Értékvizsgálat (World Value Survey) adatbázisának ismételt elemzései sem vezettek hasonló eredményre. Jen és munkatársai a közel 70 különböző fejlettségű országra kiterjedő kutatás eredményei alapján arra a megállapításra jutottak, hogy a háztartások jövedelmi egyenlőtlenségei nem növelik a rossz vélt egészség esélyét (sőt csökkentik!): „Wilkinson hipotézise nem igazolódott, mivel nincs szignifikáns összefüggés az egészség és a jövedelmi egyenlőtlenség között az után, hogy az egyéni tényezők hatását kiszűrjük.” [Jen és mtsai., 2009d] Ugyanezen felmérés adatainak többszintű elemzésével Mansyur kutatócsoportja a vizsgált 45 ország egyes csoportjaiban viszont igazolni tudta Wilkinson hipotézisét. [Mansyur és mtsai., 2008]

Az ellentmondások egy másik része az eltérő egészségmutatókkal illetve az adatok időbeli egyeztetésével magyarázhatók, hiszen az egészséget befolyásoló tényezők hatása a halandóság esetén hosszabb, a vélt egészség esetében pedig rövidebb expozíció után mutatható ki.

A harmadik módszertani problémát az egyenlőtlenség mérésekor használt referencia csoport megválasztása okozza. Nem mindegy ugyanis, hogy egy ország, egy régió vagy egy adott korcsoport vagy hasonló társadalmi-gazdasági helyzetben lévőkhöz viszonyítunk. Életkor, nem, iskolázottság és lakóhely szerint képzett referencia csoportok alapján kimutatható volt a referencia csoportban elfoglalt pozíció és a vélt egészség közötti

negatív kapcsolat. [Subramanyam és mtsai., 2009] E kimutatott összefüggés, azaz a relatív jövedelmi hatás részben megmagyarázta az egészség és egyén jövedelme közötti kapcsolatot (abszolút jövedelmi hatás) is.

A lehetséges hatásmechanizmusokra vonatkozóan feltételezhető, hogy a magas jövedelmi egyenlőtlenségnek az egészségre kifejtett negatív hatása három úton juthat eredményre:

- csökkenti a társadalmi tőkét, ami az egyének és közösségek rosszabb egészségéhez vezet;
- csökkenti a szolidaritást, ezáltal a tehetősebbek közvetlen vagy közvetett támogatását, ami a (nép)egészségügyi szolgáltatások alulfinanszírozásához és ezen keresztül az egészség megromlásához járul hozzá;
- növeli az egyének közti szociális távolságot, így növeli a stresszt, ami pedig rontja az egészséget.

Az első és a harmadik pontban jelölt hatásokat több, már korábban említett kutatás eredménye is alátámasztja. A második pontban felvázolt lehetőséget észak-amerikai városok egészségpolitikáját elemezve Ronzio nem tudta megerősíteni. [Ronzio és mtsai., 2004b] Az USA államainak egészségügyi közkiadásait és halandósági adatait használva Dunn csak részben tudta igazolni a jövedelmi egyenlőtlenségnek a (nép)egészségügyi szolgáltatásokon keresztüli hatását. [Dunn és mtsai., 2005]. Clarkwest ugyanakkor kimutatta, hogy a nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségek az ellátás minőségét javító innovációk befogadásának elmaradásán keresztül hat negatívan a lakosság egészségére. [Clarkwest, 2008] Zimmerman ezzel szemben alternatív magyarázatként veti fel, hogy a magas jövedelmi egyenlőtlenséget eredményező gazdaságipolitikai környezet gyakran magas munkahelyvesztési kockázatot, monopóliumokkal szembeni engedékenységet, és ezen keresztül az egészséges életmódhoz szükséges termékek és szolgáltatások drágaságát, továbbá a közgondolkodás előbbiek érdekében történő befolyásolását jelenti. [Zimmerman, 2008] A jövedelmi egyenlőtlenség és az egészség közötti kutatások és a kapcsolódó vita azért értelmetlen erőforrás-pazarlás, állítja, mert a kimenttől függetlenül igazolt, hogy a jövedelmi különbségek csökkentése kedvezően hat az egészségre (az abszolút hatás miatt). Szerinte a gazdaság és az egészség között feltételezett hosszú ok-okozati láncolat vizsgálata helyett a közvetlenebb

vagy a közelibb tényezők hatásának elemzése célszerű. Példaként az egészségügyi szolgáltatások fejlesztését célzó beavatkozások hatásainak értékelését ajánlja.

A jelenleg elérhető valamennyi, tudományosan megalapozott vizsgálat közel 60 millió egyéni adatának elemzésére alapozott friss meta-analízis részben megerősíti a jövedelmi egyenlőtlenség negatív hatására vonatkozó feltételezést. [Kondo és mtsai., 2009] Nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségű mellett a hatás erősebb, és csak egy egyenlőtlenségi küszöb (Gini=0,3) felett érvényesül. Bár a hatás kicsinek bizonyult, de mivel az egész populációt érinti, jelentősége – amennyiben az ok-okozati kapcsolat igaz – nem elhanyagolható. Az OECD országokra elvégzett elemzés alapján kimutatták, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségi küszöb feletti tagországokban (hazánkban küszöb alatti: Gini=0,293), az egyenlőtlenség küszöb alá csökkentése 1,5 millióval (a 15-60 éves lakosság közel 10%-a) kevesebb korai halálozást jelentene.

3.3.2.4.2. Politikai környezet

Egy ország politikai berendezkedése több szálon keresztül kapcsolódik a lakosság egészségéhez. Mint a társadalmi „infrastruktúra” (vagy inkább „szuperstruktúra”) meghatározó része – a gazdasági teljesítmény befolyásolásán túl – hatással van a fizikai és a pszichoszociális környezetre, továbbá a szociális és az egészségügyi ellátórendszerek kialakítására és működtetésére. A politikának a pszichoszociális illetve a gazdasági – és ezen keresztül a fizikai – környezet közvetített hatásáról az előzőekben már esett szó, az alábbiakban néhány példát idézünk fel a „nagy” ellátórendszereken keresztül érvényre jutó befolyásáról.

Magától értetődőnek tűnik az a feltételezés, hogy az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában a szociális ellátórendszer jelentős szerepet játszik. Az európai országok öt különböző típusú szociális ellátórendszerét – skandináv, angolszász, bismarcki, dél-európai és kelet-európai – hasonlította össze Eikemo és kutatócsoportja a krónikus betegségek előfordulásának és a vélt egészségnek az iskolázottság szerint mutatkozó egyenlőtlenségének segítségével. [Eikemo és mtsai., 2008b] A legnagyobb egyenlőtlenséget a déli országokban, legkisebbet a bismarcki ellátórendszert működtető országokban tapasztaltak — annak ellenére, hogy a prevalencia az utóbbiban magasabb volt. Ugyanis a déli országok férfi lakosságának mintegy 14%-a számolt be krónikus betegségről, a bismarcki országokban viszont 22%-a jelzett ilyen problémát. Mégis délen az

alacsony iskolázottság a magasabbhoz képest 38%-kal nagyobb esélyt jelentett, a bismarcki országokban viszont csupán 16% volt a hátrány. A feltételezést végül is igazolni tudták: az egyenlőtlenségek az egy csoportba tartozó országokban hasonló mértékűek voltak, az országok közötti variancia legalább 50%-át a csoportosítás magyarázta. Az egyéni és környezeti tényezőket külön kezelő többszintű elemzéssel később megállapítható volt, hogy az összes variancia 90%-a egyénekhez volt köthető, és mindössze 10% volt a szociális ellátó rendszer típusának köszönhető. [Eikemo és mtsai., 2008b]

Egy ország politikai berendezkedése és annak állandósága magyarázhatja az országok között az egészségben kimutatható eltérések egy részét, vélik a szakterület egyes kutatói. Több mint 170 ország adatainak elemzésével Klomp és de Haan megállapította, hogy a demokrácia fejlettsége pozitív, a politikai rendszer instabilitása negatív összefüggést mutat az egyén egészségével. [Klomp és de Haan, 2009b] Míg a demokrácia hatását a jövedelem, addig a politikai rendszer változékonyságát az egészségügyi rendszer közvetíti.

4. AZ ELLÁTÁSI SZÜKSÉGLET EGYENLŐTLENSÉGEINEK VIZSGÁLATA

A különböző földrajzi térségekben élők illetve társadalmi csoportokhoz tartozók egészsége gyakran nagyon különböző. Az egészség-különbségek egy részét biológiai tényezők, más részét szerzett egyéni tulajdonságok és társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. A különbségek biológiai okokkal nem magyarázható, egészség-egyenlőtlenségeknek nevezett része csökkenthető, és – mint azt tudományos bizonyítékok sora alátámasztja – az egész lakosság egészségének javítása érdekében csökkentendők is.

Az egészség-különbségek tulajdonképpen az ellátási szükségletekben jelentkező földrajzi vagy társadalmi különbségeket jelenítik meg a szakpolitika számára, míg az egészség-egyenlőtlenségek az egészség javítását célzó programokhoz, fejlesztésekhez nyújtanak megfelelő információt. Másképpen, az egészségben tapasztalható különbségek a „hol?” és a „mit?” kérdésekre, az egyenlőtlenségek a „hogyan?” kérdésre adnak választ. Ezért a hazai egészség-különbségek feltérképezése egyfelől lehetőséget teremt a korlátozott egészségügyi erőforrások lakossági szükségletekhez igazodó elosztásához. A magyarországi egészség-egyenlőtlenségek ismeretében másfelől olyan intézkedéseket lehet bevezetni, melyek jelentősen javítani képesek az egész lakosság, de főképp a leginkább hátrányos társadalmi csoportok egészségét.

Régóta közzismert, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők igen erősen befolyásolják az egészséget. Az egészség-egyenlőtlenséget számos egyidejűleg ható egyéni és környezeti tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg, ezért csökkentéséhez elengedhetetlen a befolyásoló tényezők hatásának pontos ismerete. Ezen összetett hatásrendszer feltárása, azaz a hatékony szakpolitikai beavatkozásokhoz szükséges tények és tudás előállítása komoly módszertani kihívást jelent az egészség-információval foglalkozó szakemberek számára. Ez a kutatás a hazai egészség-különbségek és egyenlőtlenségek feltérképezéséhez a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő módszertan kidolgozását, és az ezzel nyert első eredmények közreadását célozza. (Részletesen lásd: [Vitrai és mtsai., 2008]!)

Elsőként a kutatás célkitűzését, majd a módszertanát mutatjuk be. Azt követően a legfontosabb eredményeket ismertetjük, végül a kutatás összefoglalójában az eredmények értelmezését, a tapasztalatok alapján levont következtetéseket és a javaslatokat.

4.1. CÉLKITŰZÉSEK

Mivel az egészségügyi szükségletekre vonatkozó pontosabb ismeretek alapján az egészségügyi kapacitások jobban oszthatók el és hatékonyabban használhatók fel, a szükségletre korrigált igénybevétel elemzése megfelelő információt szolgáltat az egészségügyi kapacitások, finanszírozás korszerű tervezéséhez.

A jelen kutatás célja a magyar lakossági csoportok egészségügyi szükségleteiben kimutatható különbségek feltérképezésére alkalmas módszertan kidolgozása, a hazai egészség-egyenlőtlenségek elemzése, valamint a tapasztalatok közreadása.

A kutatás céljainak eléréséhez – e tanulmány szükségszerű korlátain belül maradván – két kutatási kérdés került megfogalmazásra:

1) Milyen nagyok Magyarországon a térségek valamint egyes társadalmi csoportok között tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek?

2) Az egyenlőtlenségek kialakításában mekkora hatás tulajdonítható az egészséget befolyásoló egyéni és a környezeti tényezőknek?

Míg az első kérdés inkább leíró jellegűnek tekinthető, a második inkább analitikus ismeretek megszerzésére irányul. A kérdések megválaszolása egyrészt halandósági, másrészt az egészségi állapot megromlását jelző ún. korlátozottsági mutató elemzésének eredményei alapján történt.

4.2. MÓDSZERTAN

Az egészség-egyenlőtlenségek kutatásához szükséges adatok és a mutatók kiválasztását két körülmény nehezíti: egyfelől az aggregált adatok nem alkalmasak a csak az egyének szintjén jelentkező összefüggések elemzésére, másfelől ritkán hozzáférhetők az egészség földrajzi és társadalmi megoszlását tükröző, hiteles adatok és a társadalmi egyenlőtlenséget egyszerűen, de ugyanakkor a teljességében jellemző mutatók, mint pl. a társa-

dalmi-gazdasági depriváció. Az első nehézséget az elhunytak társadalmi-gazdasági helyzetére utaló információt is tartalmazó egyéni halálozási rekordok illetve az Országos Lakossági Egészségfelmérés egészségi állapotra vonatkozó és az egyénekhez kapcsolt társadalmi-gazdasági információt hordozó adatok felhasználásával kíséreltük meg leküzdeni. A második kihívásnak a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő egyenlőtlenségi mutatók választásával próbáltunk megfelelni. [Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005; Measuring Health Disparities, 2005; Kunst, 2008]

4.2.1. Halandósági elemzések

4.2.1.1. Felhasznált adatok

A halandósági elemzéshez a Központi Statisztikai Hivatal által rendelkezésre bocsátott, a 2001-2002-2003 évekre vonatkozó összevont halálozási, valamint a 2001. évi népszámlálási adatokat használtuk fel kistérségek szerinti bontásban.

A halálozási adatok az összhalálozásra, a halál oka (alapbetegség) szerint a keringési rendszer betegségeire (BNO X.: I00-I99) valamint a rosszindulatú daganatos betegségekre (BNO X.: C00-C98) vonatkozóan álltak rendelkezésre.

A halálozási adatoknál az elhunytakra vonatkozóan az alábbi egyéni tényezők adatai álltak rendelkezésre kistérségi szinten aggregálva:

Nem: nő és férfi

Kor: 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85 és több + ismeretlen

Iskolai végzettség: 8 osztály, középfok és szakmunkás, felsőfok, ismeretlen

Gazdasági aktivitás: aktív kereső, munkanélküli, nyugdíjas, egyéb inaktív és ismeretlen

A 2001. évi népszámlálási adatok kistérségi szinten a népességszámra vonatkozó adatokat tartalmazták a fenti tényezőknek megfelelő bontásban. Mivel a 2001. évi népszámlálási adatok tekintetében a foglalkozási viszonyra és családi állapotra vonatkozó kistérségi szintű adatok nem álltak rendelkezésünkre, ezért a halandósági elemzéseknél kizárólag az elhunytakra vonatkozó fenti négy egyéni tényezőt tudtuk figyelembe venni.

A halandósági elemzéseket a 2001-2003 évekre vonatkozóan összevontan elemeztük.

4.2.1.2. Felhasznált mutatók

Az összhalálozás, a keringési rendszer betegsége okozta halálozás és a daganatos betegségek okozta halálozás vizsgálatánál az alábbi mutatókat alkalmaztuk:

Térségi nyers halálozási kockázat: a kistérségekben és megyékben a 2001-2003 évek összevont halálozási arányának átlaga, mely a halandósági eltérések számításának alapja;

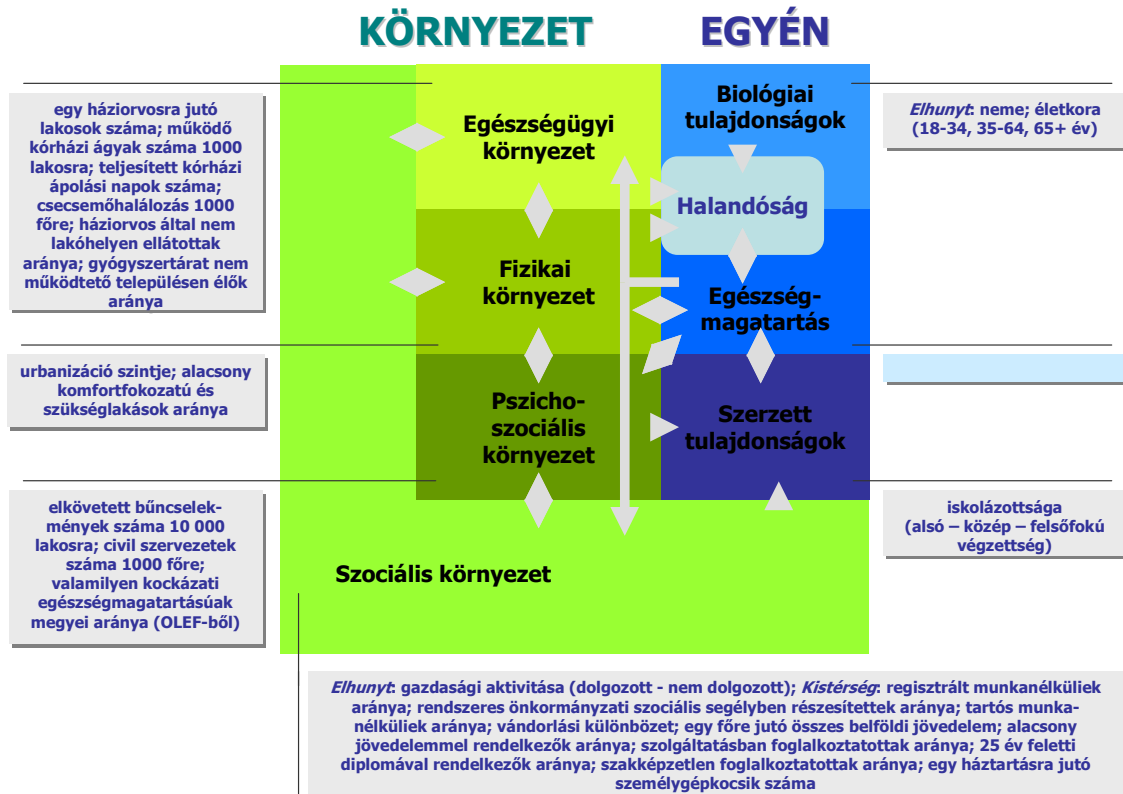
Térségi nyers halálozási kockázat az országos érték százalékában: az országos átlaghoz viszonyított kistérségi és megyei halálozási kockázat (nyers térségi halálozási kockázat/országos átlag) mely a halandósági eltérések számításának alapja;

Korra és nemre kiegyenlített térségi halálozási kockázat a referencia-kategória százalékában: az a referencia-kategóriához viszonyított korra és nemre kiegyenlített kistérségi és megyei halálozási kockázat (korra és nemre kiegyenlített térségi halálozási kockázat/halálozási kockázat a referencia kategóriában). A korra és nemre történt indirekt standardizálás kiegyenlíti az egyes kistérségek vagy megyék népességének a kutatásba bevont biológiai tulajdonságok szerint eltérő összetételét. A halandósági egyenlőtlenségek e mutató alapján számíthatók.

Egyéni tényezőkre kiegyenlített térségi halálozási kockázat a referencia-kategória százalékában: a referencia-kategóriához viszonyított és az általunk vizsgált összes egyéni tényezőre, azaz korra, nemre, gazdasági aktivitásra és iskolázottságra kiegyenlített kistérségi és megyei halálozási kockázat (az összes egyéni tényezőkre kiegyenlített térségi halálozási kockázat osztva a referencia kategória halálozási kockázatával). Az egyéni tényezőkre történt indirekt standardizálás kiegyenlíti az egyes kistérségek vagy megyék népességének a vizsgált egyéni tényezők szerint eltérő összetételét. Az egészséget befolyásoló környezeti tényezőkhez köthető halandósági egyenlőtlenségek e mutató alapján számíthatók.

A halandósági elemzésben használt egyéni és környezeti mutatók, azok csoportosítása valamint a közöttük feltételezett összefüggésrendszer az alábbi ábrán látható. [8. ábra]

8. ábra: A halandósági elemzéshez használt mutatók



Megjegyezzük, az egyéni tényezők közül egészségmagatartásra vonatkozó adat nem állt rendelkezésre, emiatt az egyéni tényezők hatását nagy valószínűséggel alulbecsültük.

4.2.2. Korlátozottsági elemzések

4.2.2.1. Felhasznált adatok

A vizsgálat során az OLEF2000 és OLEF2003 egyesített adatbázisát vizsgáltuk; az alábbi kérdésre adott „igen/nem” válasz alapján soroltuk a válaszadókat korlátozott vagy nem korlátozott csoportba:

„Van-e olyan panasz, sérülése, betegsége, amely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?”

Az OLEF felmérések során az ország több mint 400 településén 7000, a választói névjegyzékből véletlenül kiválasztott, nem intézményben élő 18 évesnél idősebb magyar állampolgárt kerestek fel a kérdezők. A mintába került települések kiválasztása során elsődleges szempont volt, hogy minden magyarországi megye arányosan képviselve

legyen, és hogy a települések lakosságszámuk szerint is számarányuknak megfelelően szerepeljenek a mintában. Az OLEF2000 esetében 78%, az OLEF2003 során pedig 72 %-os volt a megvalósulási arány. A válaszadók a teljes magyar állampolgárságú felnőtt lakosságot képviselik korra, nemre és lakóhelyre (megyére és településnagyságra) vonatkozóan.

4.2.2.2. Felhasznált mutatók

A korlátozottság kockázatának elemzése során az OLEF2000 és OLEF2003 összevont adatbázisa alapján az alábbi alap és összetett egyéni változókat használtuk fel:

Nem: nő és férfi;

Korcsoport: a válaszadók életkoruk alapján 3 kategóriába sorolva (fiatal, azaz 18 – 34 éves, középkorú, azaz 35 – 64 éves, idős, azaz 65 éves vagy idősebb);

Iskolázottság: a válaszadók képzettségi szintek szerint 4 kategóriába sorolva (legfeljebb 8 általános iskolát végzett, szakmunkás, érettségizett és diplomás);

Gazdasági aktivitás: a válaszadók gazdasági aktivitásuk szerint 2 kategóriába sorolva (aktív kereső és bármilyen okból inaktív);

Anyagi helyzet: a válaszadók jövedelmük, valamint ingó és ingatlan vagyonuk alapján számított 6 kategóriás mutató (1. kategória a legrosszabb, a 6. a legjobb).

Társas támogatottság: A társas támogatottság azon kapcsolatok összessége, amelyekről a személy azt feltételezi, hogy érzelmi és anyagi segítséget biztosítanak számára; amelyekről az egyén úgy ítéli meg, hogy törődést, szeretetet, megbecsülést kap. [Cobb, 1976] Ennek mérésére az angol egészségfelmérésekben (Health and Lifestyle Survey, Health Survey for England) használatos, a témakörre vonatkozó hét kérdésből álló kérdésblokkot szolgált az OLEF2000 és OLEF2003 esetében. Az összetett változó 3 értékű (1-től 3-ig: kielégítő, részleges vagy teljes hiányát).

Kockázati egészségmagatartás: Több, az OLEF kapcsán felmért egészségmagatartási elemből képzett összetett változó, mely kétértékű (jelen van, nincs). A kockázati egészségmagatartás jelen van, ha az alábbi négy kérdés közül az egyikre „igen” a válasz:

Alkoholfogyasztás (nagyivó: igen/nem)

Dohányzás (dohányzó: igen/nem)

Zöldség-, gyümölcsfogyasztás (soha vagy ritkán fogyaszt: igen/nem)

Testtömegindex (BMI>25: igen/nem)

Megyei nyers korlátozottsági kockázat az országos érték százalékában: az országos átlaghoz viszonyított megyei korlátozottsági kockázat (nyers megyei korlátozottsági kockázat/országos átlag), mely a korlátozottsági eltérések számításának alapja;

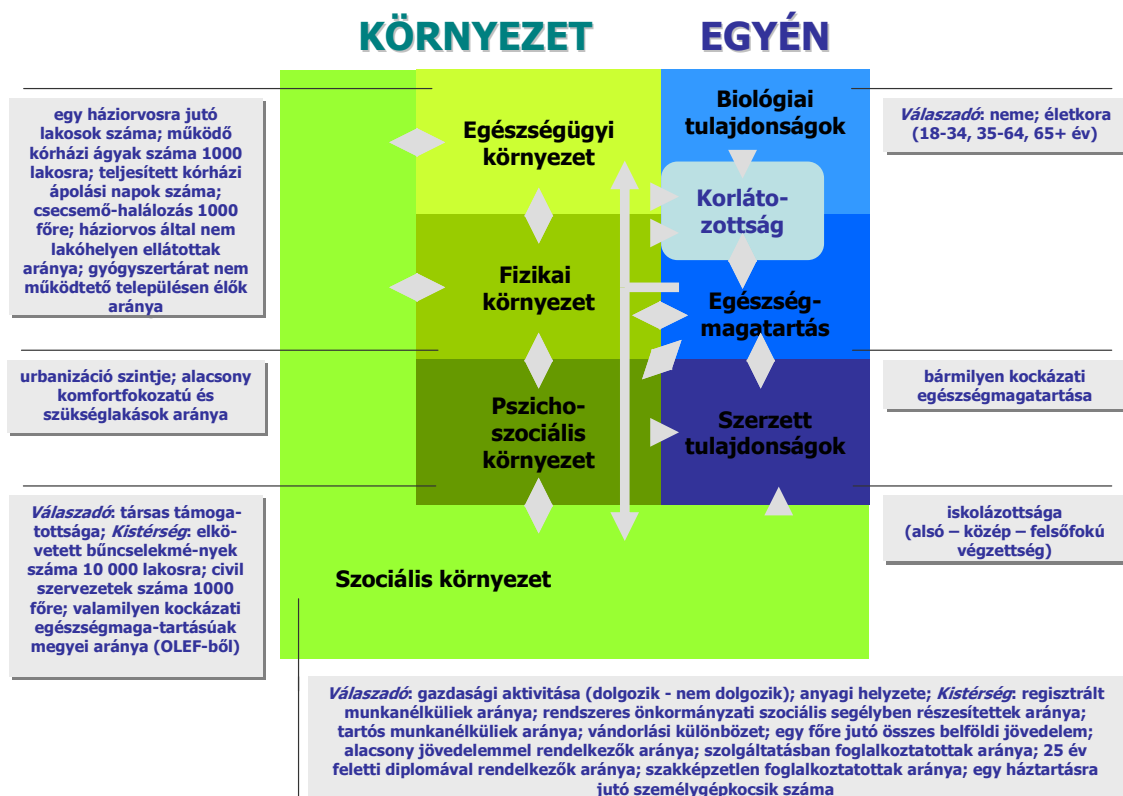
Korra és nemre kiegyenlített megyei korlátozottság kockázata a referencia kategória százalékában: a referencia kategóriához viszonyított korra és nemre kiegyenlített megyei korlátozottsági kockázat (korra és nemre kiegyenlített megyei korlátozottsági koc-

kázat/ korlátozottsági kockázat a referencia kategóriában). A korra és nemre történt indirekt kiegyenlítés kiegyenlíti a megyék népességének a kutatásba bevont biológiai tulajdonságok szerint eltérő összetételét. A korlátozottsági egyenlőtlenségek e mutató alapján számíthatók.

Egyéni tényezőkre kiegyenlített megyei korlátozottság kockázata a referencia kategória százalékában: a referencia kategóriához viszonyított és az általunk vizsgált összes egyéni tényezőre, azaz korra, nemre, gazdasági aktivitásra, anyagi helyzetre, iskolázottságra, kockázati egészségmagatartásra, társas támogatottságra kiegyenlített megyei korlátozottsági kockázat (az összes egyéni tényezőkre kiegyenlített megyei korlátozottsági kockázat/ korlátozottsági kockázat a referencia kategóriában). Az egyéni tényezőkre történt indirekt kiegyenlítés kiegyenlíti a megyék népességének a vizsgált egyéni tényezők szerint eltérő összetételét. Az egészséget befolyásoló környezeti tényezőkhez köthető halandósági egyenlőtlenségek e mutató alapján számíthatók.

A korlátozottság elemzésében használt egyéni és környezeti mutatók, azok csoportosítása valamint a közöttük feltételezett összefüggésrendszer az alábbi ábrán láthatók. [9. ábra]

9. ábra: Korlátozottsági elemzésekhez használt mutatók



4.2.3. Térségi elemzések

4.2.3.1. Felhasznált adatok

A térségi adatok elsőleges forrása a KSH T-STAR adatbázis, amely települési szinten tartalmazza a társadalmi-gazdasági fejlettség alapmutatóit. Ezeket fajlagosítottuk és aggregáltuk kistérségi szintre. Ezen kívül forrásként használtuk még a 2001. évi népszámlálás adatait (Lakáshelyzet, Vallásosság, Felsőoktatás, Foglalkozási szerkezet II.), az APEH SZJA és társasági adó adatbázisait (Jövedelemszint, Jövedelmi szegénység), és bizonyos esetekben egyéb speciális adatforrásokat, mint a TÁKISZ (szociális segélyezés), ÁNTSZ (működő gyógyszertárak).

Az elemzésben felhasznált térségi szintű mutatók kiválasztásánál két fő prioritás figyelembevételével dolgoztunk:

- 1) Minél szélesebb „tematikus horizont” – a térségi társadalmi-gazdasági fejlettség és az életkörülmények indikátorai sokoldalúak valamint a környezeti hatások legszélesebb körét lefedők legyenek.
- 2) A térségi egyenlőtlenségeket jól magyarázó mutatók – a korábbi vizsgálatok és térségi tipizálások esetében bevált indikátorok alkalmazása.

A fenti kritériumokkal összhangban egy szélesebb indikátorkészletből kiindulva, több lépésben jutottunk el a végleges mutatók kiválasztásáig.

A térségi fejlettség és az életkörülmények különböző mutatói az egészségmodell környezeti tényezői között jelennek meg. Az indikátorok alapvetően két csoportra – a társadalmi-gazdasági fejlettség közvetlen mutatói, illetve rangsoroló-tipizáló mutatók – oszthatók fel.

4.2.3.2. A társadalmi-gazdasági fejlettség közvetlen mutatói

A fentiekben már említésre került, hogy a mutatók kiválasztásánál fontos szempont volt, hogy azok megbízhatóak és az egyenlőtlenségeket jól reprezentálók legyenek. Ennek érdekében áttekintettük azon korábbi hazai kutatások széles körét, amelyek a területi egyenlőtlenségekkel foglalkoznak. Mivel a kutatásban használt területi alapegység a kistérség, ezért elsősorban az erre a szintre vonatkozó vizsgálatokra fókuszáltunk. Ezen

vizsgálatok többsége a komplex kistérségi tipizálást célozza meg [Csatári, 1996; Csatári, 2000; Faluvégi, 2004], de vannak köztük olyanok is, amelyek olyan specifikus szempontok alapján közelítik meg a térségi fejlettségi eltéréseket, mint például az infrastrukturális ellátottság [Bíró és Molnár, 2004] vagy a globális hálózatokba való bekapcsolódás mértéke. [Cséfalvay és mtsai., 2005] Az indikátorkészlet kialakításában fontos szerepet játszik még az MTA Regionális Kutatások Központja Nyugat-magyarországi Tudományos Intézete (MTA RKK NYUTI) által készített kistérségi krízisvizsgálat, amely egyfajta kritikai és szintetizáló szemléletet alkalmazott a térségi egyenlőtlenségek komplex vizsgálatában felhasználható indikátorok kiválasztásában. [A kistérségi krízis-előrejelzés és megelőzés módszerei, 2005]

4.2.3.3. Rangsoroló-tipizáló mutatók

A térségi indikátorok másik csoportját a rangsoroló-tipizáló mutatók képezik. A vizsgálatban négy ilyen mutatót használunk fel, ezek közül kettő a komplex társadalmi-gazdasági fejlettséget próbálja megragadni, a másik kettő pedig specifikusnak tekinthető (roma lakosság aránya, urbanizációs index).

A komplex fejlettségi mutatók egyike a jelenleg is hatályos hátrányosság szerinti besorolás, amelynek alapjául a 24/2001 számú Országgyűlési Határozat szolgál [Országgyűlés Határozat: 24/2001 (IV. 20.)], és a 64/2004 számú kormányrendelet alapján sorolja be négy kategóriába (nem hátrányos, hátrányos, leghátrányosabb, átmenetileg kedvezményezett) a kistérségeket. [Kormány Rendelet: 64/2004. (IV. 15.)] A területfejlesztés kedvezményezett térségeinek lehatárolása, 2004] A vizsgálatban a mutató három kategóriáját használjuk; a 2007-ig létező átmenetileg kedvezményezett kategóriának nincs egyértelmű helye a fejlettségi hierarchiában, így az ide tartozó 15 kistérséget a hátrányosak közé soroltuk; eredetileg is innen kerültek kiemelésre. Az országgyűlési határozat által kialakított besorolási rendszer 19 változót tartalmaz, és azokat a kistérségeket tekinti hátrányosnak, amelyek a komplex mutató alapján nem érik el az országos átlagot. Azok a kistérségek, amelyek mutatója a budapesti átlag 60%-a alatt marad, a leghátrányosabb kategóriába kerülnek. A hátrányosság szerinti besorolással kapcsolatban leggyakrabban megfogalmazott kritika az, hogy az abban szereplő mutatók bizonyos esetekben nem relevánsak, vagy elavultak, illetve az, hogy túlzottan nagy hangsúlyt fektet az infrastrukturális mutatókra, háttérbe szorítva a gazdasági teljesítmény elsődle-

ges indikátorait. Az MTA RKK NYUTI által készített krízisvizsgálat is kísérletet tett arra, hogy egyfajta komplex mutatót alakítson ki, a kutatásunkban használt másik komplex fejlettségi mutató ennek a kategorizált változata. [A kistérségi krízis-előrejelzés és megelőzés módszerei, 2005b]

A két specifikus tipizáló mutató egyike a kistérségek urbanizációs index alapján való besorolása. A városias és vidékies térségek közötti eltérések, illetve a településhálózati sajátosságok a regionális egyenlőtlenségek elsődleges forrásainak tekinthetők [Baranyi, 2004; Nagy, 2006], és mivel az urbanizációs index valamilyen mértékben mindkét problémakört magában hordozza, alkalmasnak tekinthető vizsgálatunk céljaira. Az urbanizációs index esetében az OECD által használthoz képest alacsonyabb, de a magyar gyakorlatban bevett határértéket használtuk; tehát a 120 fő/négyzetkilométernél nagyobb népsűrűségű településeken élők arányát vettük alapul. A másik specifikus mutató a roma népesség aránya, amelynek forrása a 2001. évi népszámlálás volt.

4.2.3.4. A társadalmi-gazdasági fejlettség közvetlen térségi mutatói

Fizikai környezet

Lakáshelyzet: az alacsony komfortfokozatú, illetve szükséglakásnak minősített lakások aránya a teljes lakásállomány százalékában

Egészségügyi ellátás

Háziorvosok: egy háziorvosra jutó lakosok száma

Helyben való ellátás hiánya: a háziorvos által nem lakóhelyükön ellátottak aránya a kistérség teljes lakosságán belül (%)

Kórházi ellátás I.: működő kórházi ágyak száma 1000 lakosra

Kórházi ellátás II.: a kórházakban ténylegesen teljesített ápolási napok száma 1000 lakosra

Gyógyszertárak: gyógyszertárat nem működtető településen élők aránya a kistérség teljes lakosságán belül (%)

Csecsemőhalálozás: az első korévben elhunytak aránya 1000 élveszülöttre

Pszicho-szociális környezet

Bűnözési ráta: az elkövetett és bejelentett bűncselekmények 10 000 állandó lakosra jutó száma

Vallásosság: a magukat valamely vallásfelekezethez sorolók aránya a teljes lakosságon belül (%) a 2001. évi népszámlálás adatai alapján

Civil társadalmi aktivitás: működő civil szervezetek 10 000 állandó lakosra jutó száma

Szociális státusz

Felsőoktatás: egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkezők aránya a 25 éven felüli népességben belül (%)

Vándormozgalom: az állandó vándorlási különbözet éves átlaga az 1990-2005 közötti időszakban (‰)

Foglalkozási szerkezet I.: a szolgáltatási ágazatban foglalkoztatottak aránya az összes foglalkoztatott körében (%)

Foglalkozási szerkezet II.: a szakképzettséggel nem rendelkező foglalkoztatottak aránya az összes foglalkoztatotton belül (%)

Munkanélküliség I.: regisztrált munkanélküliek aránya az aktív korú népességben belül (%)

Munkanélküliség II.: munkával tartósan (180 napon túl) nem rendelkezők aránya az összes regisztrált munkanélküli körében (%)

Jövedelemszint: az egy főre jutó összes belföldi jövedelem (forint)

Jövedelmi szegénység: az alacsony jövedelemmel rendelkezők (három alsó jövedelmi kategória) aránya az adófizetőkön belül (%)

Személygépkocsi: az egy háztartásra jutó személygépkocsik száma

Szociális segélyezés: a települési önkormányzatok által rendszeres szociális segélyben részesítettek aránya az állandó népességben belül (%)

4.2.4. Halandósági és korlátozottsági elemzések statisztikai módszerei

A 18 év feletti népesség statisztikai elemzésünkben használt halandósági adatait $6048 = 168 * 3 * 2 * 3 * 2$ cellára bontják az egyéni változók: kistérség 168 szint, korcsoport 3 szint, nem 2 szint, iskolai végzettség 3 szint és gazdasági aktivitás 2 szint. A cellánkénti halálozási esetszámot a cellák között független binomiális valószínűségi változó realizációjaként modellezzük, ahol a rend a cellánkénti népességszám, a paraméter pedig regressziós függvénye a figyelembe vett változóknak (pontosabban fogalmazva $\logit(p)$ lineáris függvénye mind az egyéni mind a térségi változóknak). [Agresti, 1990] A korlátozottsági elemzésekben hasonló módon, de megyei bontásban rendelkezésre álló adatok miatt a 168 szint helyett 20-at használtunk.

A halandósági adatok statisztikai elemzése során logisztikus kovariancia-analízist végeztünk az általánosított lineáris modell alkalmazásával, logit link függvénnyel és bi-

nomiális családdal, a feltételként figyelembe vett változókat a modell offset részébe tettük. Az *R stats* modul *glm()* függvényét használtuk. A binomiális túlszórás tesztelését Collet szerint végeztük, és nem találtuk szignifikánsnak. [Collett, 1991]

4.2.5. A többlépcsős magyarázó modell logikája

Az elemzés során egy olyan többváltozós elemzési technikát használunk, ami lehetővé teszi az egyéni és térségi hatások szimultán modellezését. Az eljárás neve többszintű regresszió elemzés (*multi-level analysis*). Az elemzési technika bemutatásakor nagyban támaszkodunk Snijders és Bosker *Multi-level Analysis* című munkájára. [Snijders, Bosker, 1999]

A többszintű regressziós elemzés összetett variancia struktúrával rendelkező adatok elemzésére használt matematikai statisztikai eljárás. A variancia összetettsége az adatok egymásba-ágyazottságának (az angol nyelvű szakirodalomban a *rétegzettség* helyett a sokkal kifejezőbb *nested*, azaz beágyazott szót használja, ami azonban magyarul nem hangzik túl jól) következménye, vagyis a megfigyelések egymásba ágyazottak, csoportokba rendeződnek: diákok esetében az osztályok, alkalmazottak esetében a vállalatok, vagy a mi vizsgálatunkban a lakosok esetében az országok jelentik a kontextust. Rétegzett adatok elemzésekor fontos figyelembe venni azt, hogy az egyes rétegzési szintek különböző variancia-komponenseket testesítenek meg. Ennek megfelelően Snijders és Boskers megfogalmazása szerint értelmes megközelítés lehet az, ha valószínűségi modellekkel reprezentáljuk mind a csoportok közötti, mind pedig a csoportokon belüli varianciát. Másként fogalmazva a megmagyarázatlan varianciát a csoportok közötti és a csoportokon belüli különbségek közös eredményének tekintjük. Amennyiben különböző országok lakosai képzik a mintavétel alapját, a variancia egyrészt a lakosok (egyéni szint) közötti eltérésekből, másrészt az országok (térségi szint) eltéréseiből fog származni. A többszintű regressziós modell, melyet statisztikai értelemben szemléletesebb *hierarchikus lineáris modellnek* nevezni, abban különbözik a hagyományos regressziós modelltől, hogy a regressziós egyenlet egynél több hibatagot tartalmaz: egyet-egyét minden rétegzési szintnek megfelelően. Az eljárás alapötlete az, hogy minden függő változó rendelkezik egyéni, illetve csoport szintű kontextuális aspektussal. Fontos hozzátenni, hogy ez az egyéni szinten megfigyelt független változókra is igaz, hiszen azok átlaga is eltérhet csoportonként. A többszintű regresszió elemzés azért szemléletesebb a

hagyományos regresszió elemzésnél, mert a függő változó összetett variancia-szerkezete egyszerre ad lehetőséget egyéni, illetve csoportszintű magyarázó változók beépítésére a modellbe. A hierarchikus lineáris modellnek két alapváltozata van. Nem lévén szabatos magyar fordítás, ezért az angol nyelvű szakirodalomban használatos elnevezéseket fogjuk használni. Az egyszerűbb eset a *random intercept* modell, amely az első lépés a csoportok közötti variancia modellezésére. Ebben az esetben a regressziós egyenletben mindössze a konstans változik csoportonként.

A következő részben részletesen bemutatjuk a modell működését. Ennek során a hagyományos matematikai jelöléseket fogjuk használni. Dőlt nagybetűvel jelöljük a valószínűségi változókat, míg dőlt kisbetűvel azok megfigyelt értékeit. X az egyéni szintű magyarázó változókat, míg Z a térségi magyarázó változókat fogja jelölni. A statisztikai paramétereket görög betűvel jelöljük. A többszintű modellekben j a csoportok indexe ($j = 1, \dots, N$), i pedig a csoportokban lévő egyének indexe ($i = 1, \dots, M$).

4.2.5.1. A random intercept modell

A random intercept modell esetében rögzítjük a magyarázó változók hatását a függő változóra (csoportonként azonosnak tekintjük), miközben a függő változó átlagos értéke csoportonként változhat. Ezt a változékonyságot a regressziós egyenletben a konstans biztosítja (angolul: intercept), ha a paraméter értéke szabadon változik. Innen a modell elnevezése. Ezt a csoportok közötti variabilitást azután csoport szintű, kontextuális független változókkal magyarázhatjuk.

Az elemzést az üres modell illesztésével kezdjük, amely még nem tartalmaz magyarázó változókat. Ez a modell valójában a függő változó variancia-struktúrájának feltérképezésére szolgál.

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + U_{0j} + R_{ij}$$

A függő változó (Y) egy átlagos érték (γ_{00}), valamint egy egyéni (R_{ij}) és egy csoport (U_{0j}) szintű hibtag összegeként áll elő, e két utóbbi átlaga nulla az üres modellben. A hagyományos regressziós egyenletben mindössze egy hibtaggal találkozánk, ami az egyéni eltéréseket hivatott megjeleníteni. Esetünkben ez bővül a csoport szintű hatás reprezentációjával. A modell feladata az, hogy bemutassa a függő változó varian-

ciájának szerkezetét. Ez a gyakorlatban annak a megállapítását jelenti, hogy a függő változó varianciájának mekkora hányada tudható be egyrészt az egyének, másrészt pedig a csoportok közötti eltéréseknek. Az erre számított statisztika a csoportokon belüli korrelációs együttható (*intraclass correlation coefficient, ICC*): $U_{0j}/U_{0j} + R_{ij}$, amely technikailag nem más, mint két véletlenszerűen választott egyén közötti korreláció egy véletlenszerűen választott csoportban, valójában azonban megmutatja, hogy a teljes variancia mekkora hányada származik a csoportok közötti eltérésekből. Egyszerűbben fogalmazva, az üres modell megmutatja, hogy egy vizsgált függő változó többszintű, rétegzett szerkezetű-e. Többszintű regressziós elemzésnek, vagyis kontextuális elemzésnek csak akkor lehet értelme, ha a függő változóban az egyéni hatáson túl csoport szintű hatást is ki tudunk mutatni.

Miután az üres modell segítségével meggyőződünk róla, hogy a függő változó varianciája összetett szerkezetű, elkezdődhet a valódi elemzés, melynek során az egyéni és csoporthatásból álló varianciát egyéni és csoport szintű magyarázó változókkal modellezzük.

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_1 x_{ij} + R_{ij}$$

A csoportonként változó konstans érték β_{0j} szétbontható egy átlagos konstansra illetve egy csoportonként változó hibatagra:

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + U_{0j}$$

Ezt a fenti egyenletbe behelyettesítve:

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + \beta_1 x_{ij} + U_{0j} + R_{ij}$$

A hagyományos regressziós modell egyenletéhez képest a *random intercept model* egyenlete tehát képes megjeleníteni a csoportok átlagos eltéréseit a függő változóban. A következő lépésben ezt a variancia tényezőt szeretnénk magyarázni csoport-szintű magyarázó változók (ezeket z -vel jelöljük) beléptetésével a modellbe. Az áttekinthetőség kedvéért a regressziós koefficienseket most egyneműen a γ fogja jelölni:

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{10} x_{1ij} + \dots + \gamma_{p0} x_{pij} + \gamma_{01} z_{1j} + \dots + \gamma_{0q} z_{qj} + U_{0j} + R_{ij}.$$

A többlépcsős logisztikus modelleket a STATA programcsomag GLLAMM (*Generalized Linear Latent And Mixed Models*) programcsomagjának segítségével végeztük el.⁹

4.2.5.2. A statisztikai modellek illeszkedési jósága

Az egyes modellek illeszkedésvizsgálatát az általánosított lineáris modell (*glm*) számított *log-likelihood* értékének a megfelelő szabadsági fokú khi-négyzet eloszlással való összevetésével végeztük. Az alap-modellek (kor*nem illetve összes egyéni tényezővel való kiegyenlítés) esetén *cross validation* (10 fold, *independent halving*) módszerrel stabilitás-vizsgálatot végeztünk.

A korlátozottsági egyenlőtlenség elemzéséhez használt modellek stabilitás vizsgálata *a k-fold cross-validation* egyszerűsített változata alapján történt. Az egyszerűsítés oka, a modell nagy számításigénye, ami az eljárás teljes körű alkalmazásával megsokszorozódott volna. Az egyszerűsített eljárás a következő volt:

A mintát két részre bontottuk, és a minta 90 százaléka szolgált modell-mintaként, a 10 százaléka pedig kontroll-mintának. A legjobban illeszkedő modellünket újrafuttattuk a modellmintán, majd extrapoláltuk azt a kontrollmintára. Más szavakkal megbecsültük a korlátozottság rizikóját a kontrollmintán. A becsléseket végül összehasonlítottuk a tényleges korlátozottsági helyzettel. Ezt az eljárást háromszor megismételtük. A modell stabilitásvizsgálatának eredményét a móduszbecsléshez viszonyítva értelmezhetjük. Elmondható, hogy a modell a móduszbecsléshez képest 5-7 százalékponttal jobb eredményhez vezet.

4.2.6. Egészség-egyenlőtlenségek összehasonlítása

Az egészség-egyenlőtlenségek jellemzésére és egymással illetve időben történő összevetésére számos eljárás terjedt el a gyakorlatban (Measuring Health Disparities, 2005). Olyan esetekben, amikor eltérő népességi arányú társadalmi csoportok egészségét vetik össze, illetve amikor az egészség-egyenlőtlenségek időbeli megváltozását tanulmányozzák olyan csoportokon, amelyek népességi részaránya az időben ugyancsak megváltozott, un. aránytalansági (*disproportionality*) mutatókat használnak. Ezek a mutatók egy

⁹ <http://www.gllamm.org/pub.html>

egészségproblémával kapcsolatban az adott csoport népességbeli aránya alapján várható illetve tapasztalt kockázatok közötti eltérést jellemzik. Ha a csoportok nem sorba rendezhetők, mint pl. az etnikai, nemi, vagy lakóhely szerint képzett csoportok esetében, a Gini együtthatót szokás általában használni. Amennyiben társadalmi-gazdasági helyzet szerint sorba rendezhető csoportokat vizsgálnak, a koncentrációs indexet (KI) használják leggyakrabban.

Ogwang mutatta meg a Gini index levezetését súlyozott regresszióval, és ennek alapján történt az együttható és a megbízhatósági intervallum kiszámítása is. [Ogwang, 2000] Ogwang eljárása szerint történt a KI és a megbízhatósági intervallum becslése is.

A KI a STATA programfelületében a 'concindexi' eljárásával lett kiszámolva. Az index kiszámítása Kakwani and Wagstaff kovariancia formuláján alapszik (Gundgaard, Lauridsen, 2006). A formula a következő:

$$C = 2 \text{ cov}(y_i, R_i) / I', \text{ ahol}$$

y_i : az i -dik egyén indikátor változója (pl. korlátozottság)

I' : az indikátor átlaga

R_i : az i -dik egyén rangszáma egy szociodemográfiai dimenzió eloszlásában.

4.2.7. Kockázati térképek készítése

A térképek *MapInfo* térképi rétegek alapján R-ben készültek a *lattice*, *RColorBrewer* és az *sp* csomagok felhasználásával.

4.3. EREDMÉNYEK

4.3.1. Halandósági elemzések

4.3.1.1. Kistérségi halandósági különbségek és egyenlőtlenségek

4.3.1.1.1. Összhalálozás

A nyers adatok alapján a legjobb és a legrosszabb halandóságú kistérségek között több mint kétszeres halandósági különbség (215%) mutatkozott. [4. táblázat] A vizsgált időszakban a legmagasabb nyers halandóságú kistérség a Zalaszentgróti volt (2458/100

ezer lakos), ahol a halálozás az országos átlag (1636/100 ezer lakos) másfélszeresét mutatta. A halandóság a Veszprémi kistérségben volt a legalacsonyabb (1143/100 ezer lakos), az országos érték 70%-a. A korra és nemre kiegyenlített adatokból számított egyenlőtlenség kisebb, de azért számottevő (158%) volt. A halandósági egyenlőtlenségek ugyancsak a Veszprémi (a budapesti érték 89%-a) és a Zalaszentgróti (a budapesti érték 141%) kistérségek között volt a legnagyobb. Az összes vizsgált egyéni tényezőre történt kiegyenlítés után, azaz csupán csak a környezeti hatásokra visszavezethető okok miatt Polgári kistérség halandósága a legkedvezőbb (70%), míg a Zalaszentgróti kistérségben továbbra is a legmagasabb (106%).

4. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek szerint

Összhalálozás országos érték= 1636 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás Budapest %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	1143	70	89	70	86
legkisebb neve	Veszprémi	Veszprémi	Veszprémi	Polgári	Körmendi
legnagyobb érték	2458	150	141	106	123
legnagyobb neve	Zalaszentgróti	Zalaszentgróti	Zalaszentgróti	Zalaszentgróti	Zalaszentgróti
különbség	1315	80	52	36	37
hányados	2.15	2.14	1.58	1.51	1.43

Keringési halálozás országos érték= 840 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás Budapest %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	537	64	88	71	83
legkisebb neve	Veszprémi	Veszprémi	Dunaújvárosi	Polgári	Polgári
legnagyobb érték	1310	156	145	113	124
legnagyobb neve	Őriszentpéteri	Őriszentpéteri	Sátoraljaújhelyi	Sátoraljaújhelyi	Letenyei
különbség	773	92	57	42	41
hányados	2.44	2.44	1.65	1.59	1.49

Daganatos halálozás országos érték= 415 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás Budapest %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	324	78	68	52	85
legkisebb neve	Sátoraljaújhelyi	Sátoraljaújhelyi	Mórahalmi	Mórahalmi	Mórahalmi
legnagyobb érték	526	127	115	100	114
legnagyobb neve	Pétersvárai	Pétersvárai	Hajdúhadházi	Budapesti	Sárbogárdi
különbség	202	49	47	48	29
hányados	1.62	1.62	1.69	1.92	1.34

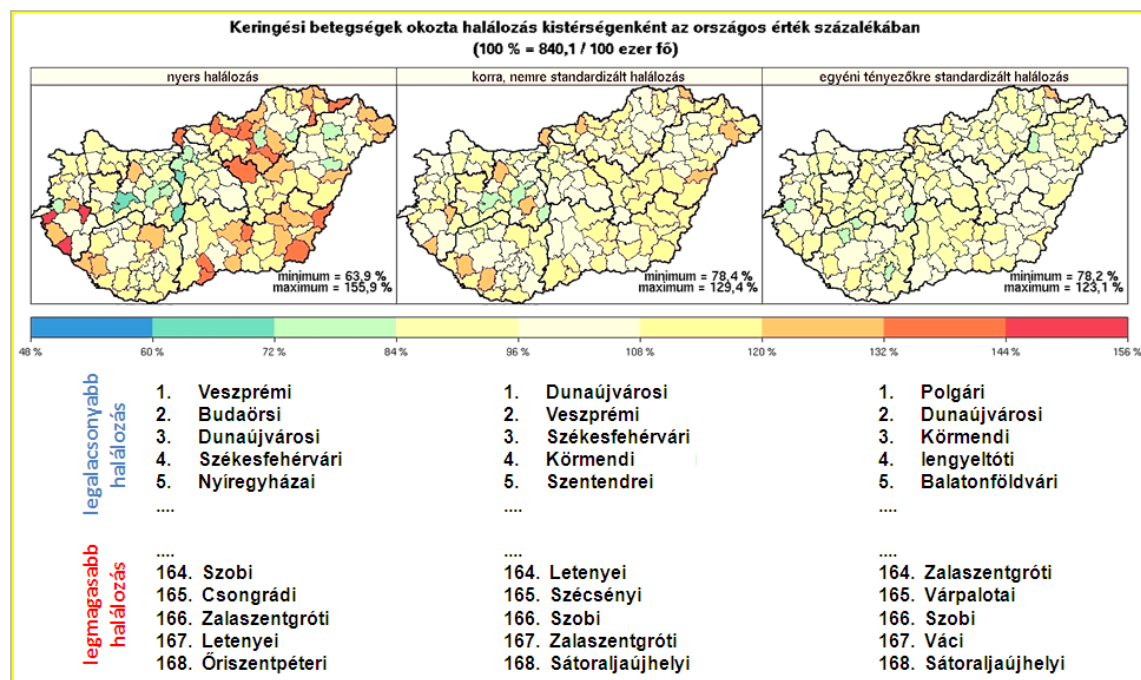
4.3.1.1.2. Keringési halálozás

Legmagasabb halandósági kockázata az Őriszentpéteri kistérségnek volt, az országos átlag 156%-a. Az Őriszentpéteri kistérség esetében 244% többletkockázatot jelentett a

legalacsonyabb kockázatú Veszprémi kistérséghez képest. Másképpen fogalmazva a halandósági különbség – az összhálalozáshoz hasonlóan – közel két és félszeres volt a keringési halálalozásban is. A korra és nemre történt kiegyenlítés után a Sátoraljaújhelyi kistérség kockázata a legmagasabb (145%), a Dunaújvárosi a legkedvezőbb (88%), és így a halandósági egyenlőtlenség 165% volt. Az összes egyéni tényezőre való kiegyenlítés után a Polgári kistérség keringési halandóság kockázata (71%) volt a legalacsonyabb (akárcsak az összhálalozásban), a Sátoraljaújhelyi a legmagasabb (113%), és az egyenlőtlenség 159%-ra csökkent.

Az alábbi térképen az összhálalozáshoz hasonló változások figyelhetők meg a kiegyenlítési lépések során: a halandósági mintázat megváltozik, és a kistérségek közötti különbségek lecsökkennek, az 5 legalacsonyabb és az 5 legmagasabb halandóságú kistérségek csoportja majdnem teljesen kicserélődik. [10. ábra] Mind a nyers, mind pedig a kiegyenlített mutatók szerint kedvező pozícióban marad a Dunaújvárosi, és kedvezőtlenben a Zalaszentgróti és a Szobi kistérség. Az összes egyéni tényező hatásának kiszűrése kissé csökkentette a legalacsonyabb (Polgári) és legmagasabb (Letenyei) kockázatú kistérségek közötti egyenlőtlenségeket (165%-ról 150%-ra). Az összhálalozással megegyezően, a vizsgált környezeti tényezőkre kiegyenlítés tovább, 8%-ponttal csökkentette a halandósági egyenlőtlenséget (149%-ra).

10. ábra: Keringési halandóság kistérségenként

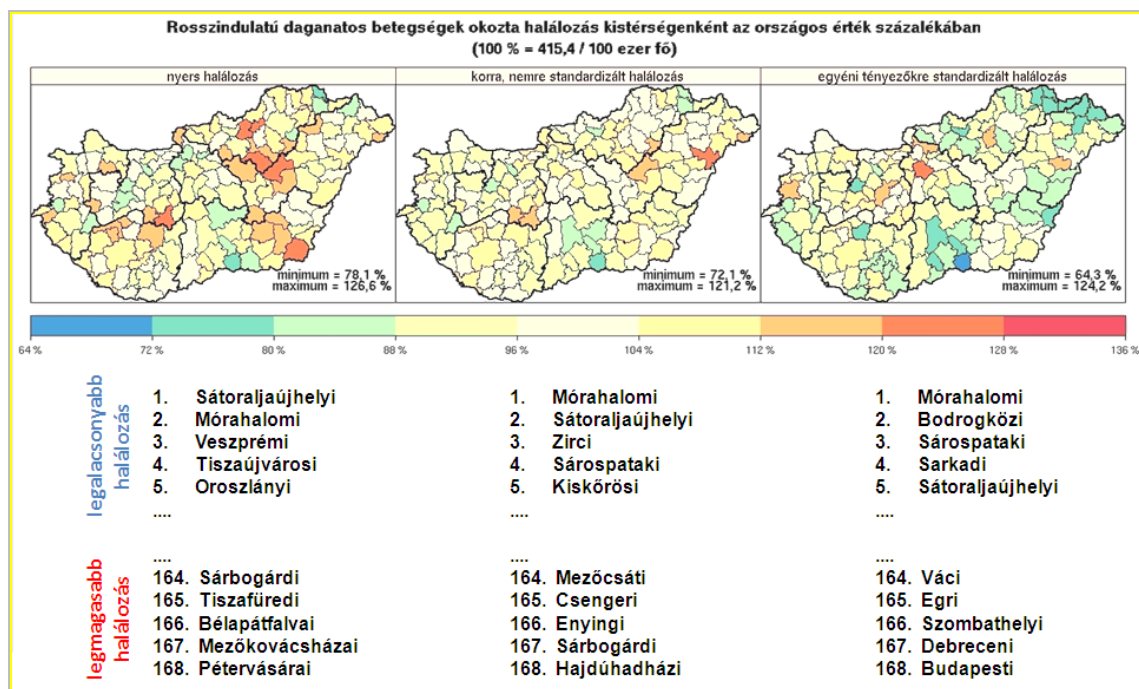


4.3.1.1.3. Daganatos halálozás

Legmagasabb halálozási kockázat a Pétervásárai kistérségben volt tapasztalható, az országos érték 127%-a, a legalacsonyabb halandóságú Sátoraljaújhelyi kistérséghez (78%) képest 162%-os halandósági különbség volt kimutatható. A korra és nemre kiegyenlített halálozási kockázat legnagyobb értéke Hajdúhadházi kistérségben (115%), a legalacsonyabb a Mórahalomi kistérségben (68%), és ezen adatok alapján a halandósági egyenlőtlenség – a halandósági különbségnél kicsivel nagyobb – 169%-ot ért el. Az összes egyéni tényező szerinti kiegyenlítés után a Mórahalomi kistérségben a legalacsonyabb (52%), míg Budapesten a legmagasabb (100%) a daganatos halálozás kockázata.

A következő térkép jól mutatja a daganatos halálozás eltérő „viselkedését”: a mintázat részben átalakul ugyan, de az egyenlőtlenségek nem csökkennek. Az alacsony halandóságú „listavezetők” között marad a Mórahalomi és a Sátoraljaújhelyi kistérség, míg a „sereghajtók” csoportja teljesen kicserélődik. [11. ábra] Az egyéni tényezők hatásának kiszűrése jelentősen megemelte a legalacsonyabb és legmagasabb kockázatú kistérségek közötti egyenlőtlenségeket (168%-ról 193%-ra). Ez az eredmény arra utal, hogy a nyers adatokon mért kistérségek közötti halandósági különbségeket „tompítják” a lakosság összetételében jelentkező eltérések ellenkező hatásai. Az egyéni tényezők ellentétes hatásának kiszűrése látszólag növeli a halandósági egyenlőtlenségeket. A környezeti tényezőkre történt kiegyenlítés azonban erősen, 135%-ra csökkenti az egyenlőtlenséget, ami e tényezők jelentős, közel 60%-pontnyi, hatására hívja fel a figyelmet.

11. ábra: Daganatos betegségek halandósága kistérségenként



4.3.1.2. Kistérségi halálozás hátrányossági besorolása szerint

4.3.1.2.1. Összhalálozás

A hátrányos helyzet szerint képzett kistérségi csoportok nyers halálozási kockázatai csekély különbségeket mutattak: a leghátrányosabb helyzetű kistérségek csoportjában volt a legmagasabb a halálozási kockázat, az országos átlag 113%-a, míg a nem hátrányos helyzetű kistérségek csoportjában a legalacsonyabb (93%). [5. táblázat] A halandósági különbség 121% volt. A korra és nemre történő kiegyenlítés a két csoport közötti egyenlőtlenséget kissé, 112%-ra csökkentette (100% és 112%). Az összes egyéni tényezőre történt kiegyenlítés után az egyenlőtlenség 112% maradt, vagyis a kistérségek hátrányos helyzetük alapján képzett csoportjainak kor és nem szerinti összetételének, nem pedig iskolázottság és gazdasági aktivitás megoszlásának különbözősége játszik szerepet az egyenlőtlenség kialakulásában. Figyelemre méltó azonban, hogy az egyéni tényezők hatásának kiszűrése a csoportok halandósági sorrendjét megváltoztatta: a legmagasabb halandóságot a nem hátrányos helyzetű kistérségek csoportjában (100%), a legalacsonyabb halandóságot a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben (90%) lehetett tapasztalni! Az összhalálozás szempontjából – az eredmények alapján – a környezeti tényezők a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben valamelyest kedvezőbbek, mint a nem hátrányos helyzetű kistérségekben. A környezeti tényezőkre kiegyenlítés gyakorla-

tilag eltünteteti a kistérségi csoportok közötti egyenlőtlenséget, ami feltehetően a túlságosan nagy térségi (kistérségi csoportok) egységekre történő elemzésnek tulajdonítható. A következőkben ezért a kistérségi csoportokra vonatkozó ezzel megegyező eredményeket nem ismételjük.

5. táblázat: Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint

ÖSSZHALÁLOZÁS országos érték= 1636 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás a "nem hátrányos helyzetű" %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	1527	93	100	90	100
legkisebb neve	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű
legnagyobb érték	1854	113	112	100	101
legnagyobb neve	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	nem hátrányos helyzetű	hátrányosabb helyzetű
különbség	327	20	12	10	1
hányados	1,21	1,21	1,12	1,12	1,01

KERINGÉSI HALÁLOZÁS országos érték= 840 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás a "nem hátrányos helyzetű" %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	767	91	100	95	100
legkisebb neve	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű
legnagyobb érték	988	118	118	100	101
legnagyobb neve	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	nem hátrányos helyzetű	hátrányosabb helyzetű
különbség	221	26	18	5	1
hányados	1,29	1,29	1,18	1,05	1,01

DAGANATOS HALÁLOZÁS országos érték= 415 /100 ezer fő	Nyers halálozás		Halálozás a "nem hátrányos helyzetű" %-ában		
	arány (100 ezer főre)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
legkisebb érték	407	98	97	81	99
legkisebb neve	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	hátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	hátrányosabb helyzetű
legnagyobb érték	439	106	100	100	100
legnagyobb neve	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű
különbség	32	8	3	20	1
hányados	1,08	1,08	1,03	1,24	1,01

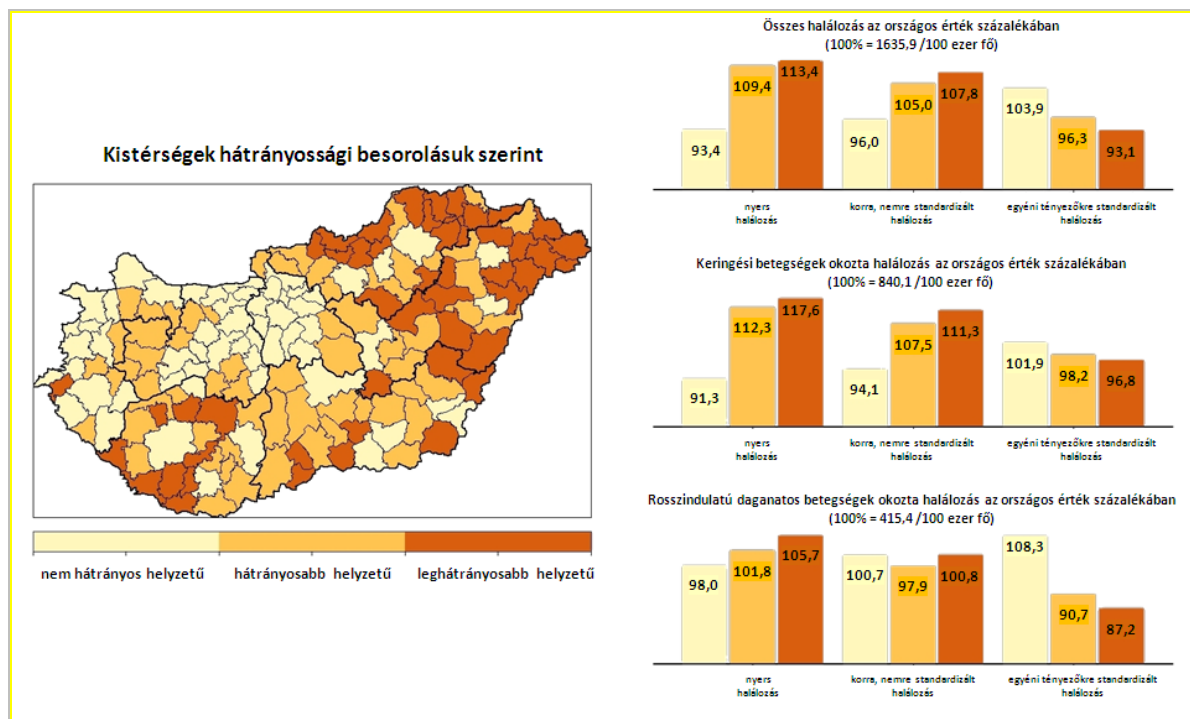
4.3.1.2.2. Keringési halálozás

Az összhálalozáshoz hasonlóan a nyers mutatók itt is azt jelzik, hogy a hátrányossággal nő a halálozás kockázata. A leghátrányosabb helyzetű kistérségek csoportjában (118%) a halálozás kockázata 1,29-szer magasabb, mint a nem hátrányos helyzetű kistérségi csoportban (91%), azaz a halandósági különbség 129%. A korra és nemre történő kiegyenlítés 118%-ra csökkenti a halandósági egyenlőtlenséget a leghátrányosabb (118%) és a nem hátrányos helyzetű kistérségek (100%) között. Az összes egyéni tényezőre történt kiegyenlítésnél a sorrend átfordul, a legkisebb halandóságot a leghátrányosabb helyzetű kistérségek (95%) mutatják, míg a legmagasabbat a nem hátrányos helyzetű kistérségek (100%), a köztük lévő egyenlőtlenség még tovább csökken. Az eredmények alapján megállapítható, hogy keringési halálozás szempontjából is a környezeti tényezők a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben némileg kedvezőbbek, mint a nem hátrányos helyzetű kistérségekben.

4.3.1.2.3. Daganatos halálozás

A nyers mutatók alapján a nem hátrányos helyzetű kistérségek halandósága (98%) a legkisebb, míg a leghátrányosabb helyzetű kistérségeké (106%) a legnagyobb, a közöttük lévő eltérés csekély, 108% volt. A korra és nemre történt kiegyenlítés után a hátrányosabb helyzetű kistérségek csoportja (97%) mutatja a legalacsonyabb halandóságot, míg a leghátrányosabb helyzetű kistérségek halandósága megközelítette a 100%-ot, és a közöttük lévő egyenlőtlenség tovább csökkent (103%). Az összes egyéni tényezőre történt kiegyenlítést követően a leghátrányosabb helyzetű kistérségek halandósági kockázata (81%) a legalacsonyabb, a nem hátrányos helyzetű kistérségeké (100%) pedig a legmagasabb. A közöttük számított egyenlőtlenség (124%) jelentősen megnőtt még a nyers mutatóhoz képest is, vagyis a környezet szerepe egyéni tényezőknél jóval jelentősebbnek bizonyult. A daganatos halandósági kockázat szempontjából – akárcsak az összhálaózásnál és a keringési halálozásnál – a leghátrányosabb helyzetű kistérségek csoportjában legkedvezőbb a környezeti tényezők hatása. Az itt élők nyers mutatók alapján mért magasabb halandósági kockázatát feltehetően – a kedvező környezet ellenére – az egyéni tényezőkhöz kapcsolható kedvezőtlen hatások (pl. az alacsony iskolázottságúaknál gyakori dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás) okozzák. [12. ábra]

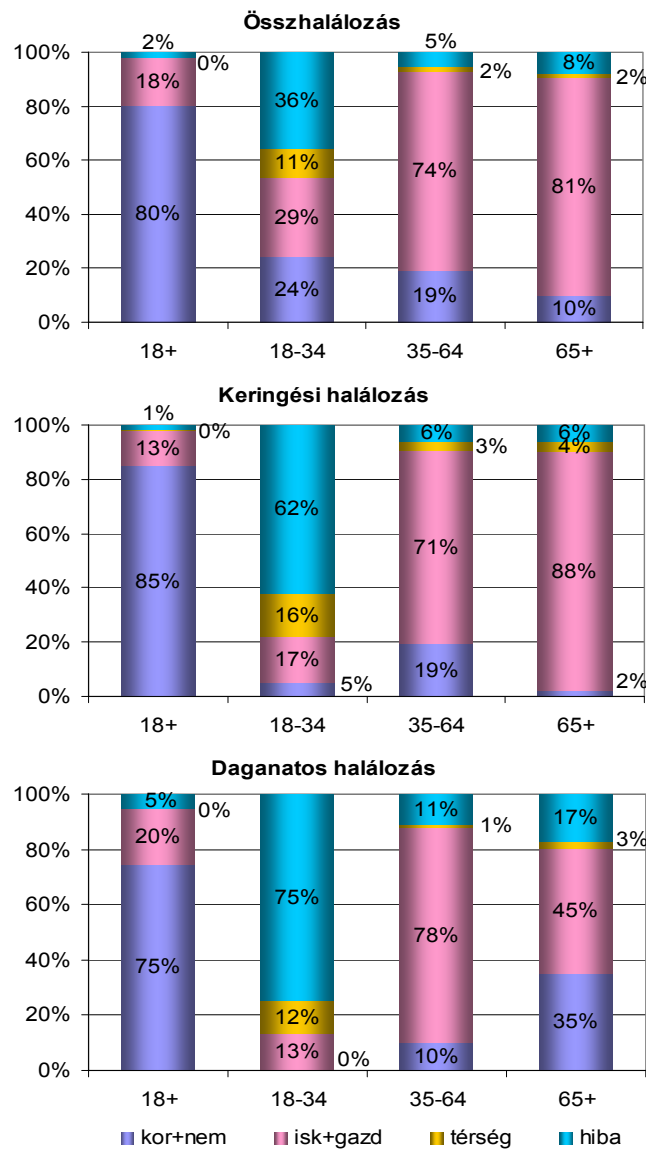
12. ábra: Halandóság a kistérségek fejlettsége szerint



4.3.1.3. A befolyásoló tényezők szerepe a halandósági különbségekben és egyenlőtlenségekben

A halandóságot befolyásoló különböző tényezők szerepének tisztázására egy leegyszerűsített statisztikai modellben megvizsgáltuk, mekkora a hatásuk az egyéni és környezeti tényezőknek, vagy másképpen, vajon az elemzett adatokon mért összes varianciából mennyi köthető egy-egy tényező csoporthoz. Az előzetes eredmények alapján a megmagyarázott variancia mértéke egyidejűleg függött attól, hogy az elemzés az összhálózásra, a keringési vagy a daganatos hálózásra vonatkozott, valamint attól, hogy az elemzést melyik életkori csoportban végeztük. [13. ábra]

13. ábra: A befolyásoló tényezők által magyarázott variancia



Az első oszlop az összes vizsgált egyénre, a következő három oszlop pedig a fiatal, a középkorú és az idős felnőttekre vonatkozik. Egy-egy oszlopon belül az eltérő színű sávok magassága a befolyásoló tényezők által megmagyarázott varianciával arányosak. A „kor+nem” jelölés az első oszlopban az életkor és a nem együttes hatására vonatkozik, az egyes korcsoportokhoz tartozó oszlopokban, természetesen, csak a „nem”-et jelenti. Megfigyelhető, hogy az életkor és a nem együttesen az összes egyénre vizsgálva, mindhárom haláloknál hasonlóan, az összes hatás 80% körüli részét teszi ki. Az iskolai végzettség és a gazdasági aktivitás további 13-20%-ot, míg a térségi különbségekhez kapcsolható variancia 1% alatt van. Másképpen fogalmazva, az egyéni tényezők mindhárom haláloknál hasonlóan, a variancia 95-98%-át megmagyarázzák! Megjegyezzük, a térségi hatást ebben az elemzésben statisztikai módszertani okok miatt alulbecsültük. Összetettebb megközelítéssel várhatóan pontosabb variancia-bebecslések készíthetők.

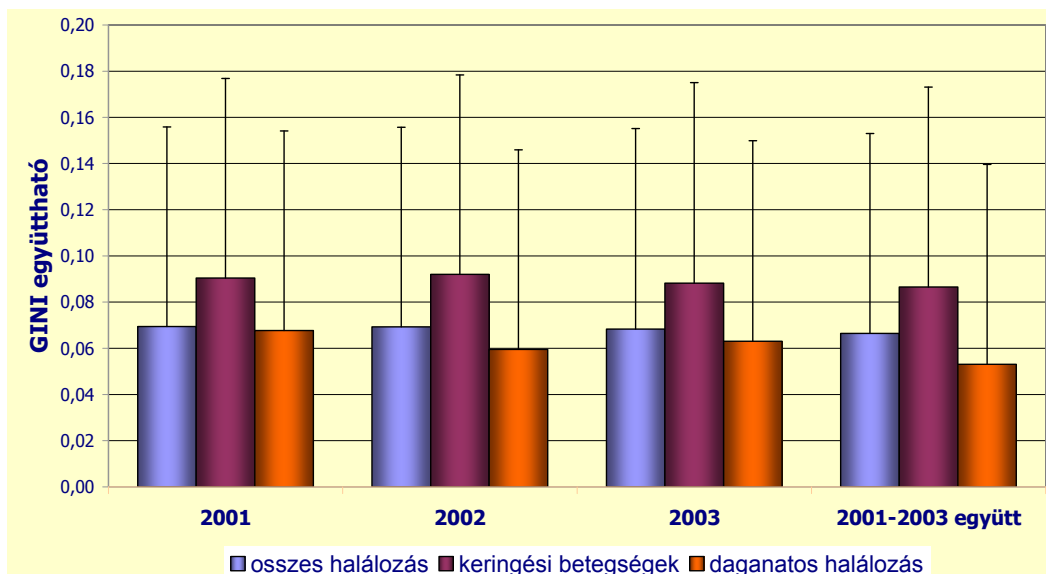
Amikor az életkori csoportonként külön-külön végeztük el az elemzést, egészen eltérő eredményeket kaptunk: a befolyásoló tényezők szerepe, ezen belül az egyéni és térségi hatások egymáshoz viszonyított aránya korcsoportonként és halálokonként eltérően alakultak. Egyrészt a fiataloknál tapasztalt mintázat élesen különbözött a másik két korcsoportétól, másrészt a daganatos halálozás mintázata jelentősen különbözött az összhálaózás és a keringési halálozás mintázatától. Figyelemre méltó, hogy a fiataloknál a vizsgált befolyásoló tényezők segítségével a variancia nagy részét – különösen a daganatos halálozásnál – nem lehet megmagyarázni (nem jól illeszkedik a modell). Feltelezhető például a genetikai meghatározottság vagy egyéb egyéni tényező itt figyelmen kívül hagyott szerepe. Hasonlóan érdekes, hogy a térségi tényező, a lakóhely szerepe ebben a korcsoportban jelentőssé (11%-16%) válik.

A másik két életkori csoportban az iskolai végzettség és a gazdasági aktivitás hatása kiemelkedően nagy, amit részben az életkor szerepének a korcsoporton belüli figyelmen kívül hagyása magyarázhat. További elemzés tárgya lehet a nemnek a halandóságban betöltött igen eltérőnek mutatózó szerepe: míg a fiatal daganatos halálozásban ez 1%-alatti, addig az időseknél ez 35%-ot tesz ki.

4.3.1.4. Halandósági különbségek, egyenlőtlenségek összevetése

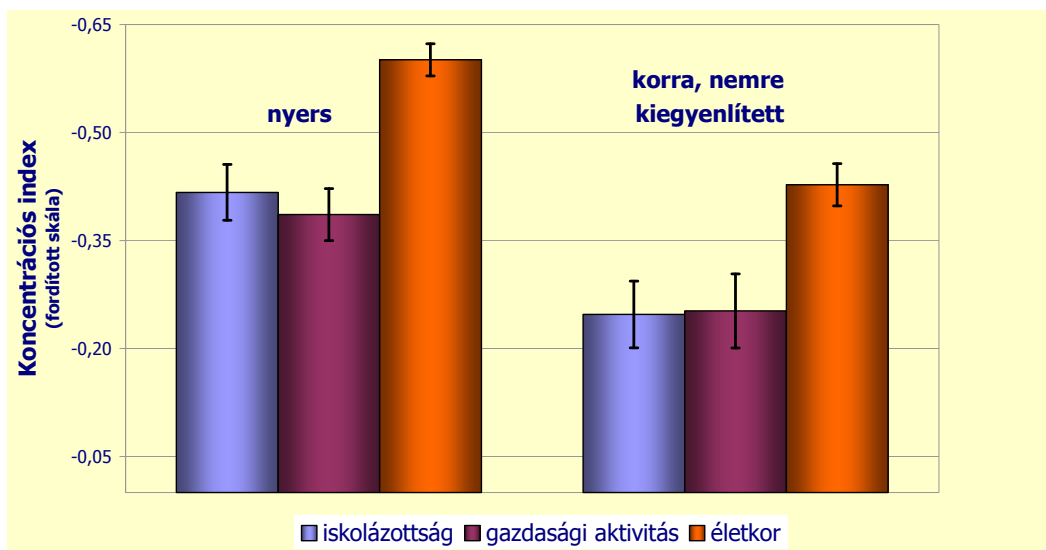
A halandóság kistérségek közötti egyenlőtlenségeit Gini együtthatóval jellemezve megfigyelhető, hogy 2001 és 2003 között azok gyakorlatilag változatlan alacsony értéket mutattak (1 a legnagyobb, 0, ha nincs egyenlőtlenség), ugyanakkor a különböző halál-okokat összevetve az együttható nem tért el, csupán véletlen ingadozást mutatott. [14. ábra]

14. ábra: Különböző halandósági mutatókban, 2000-ben és 2003-ban mért egyenlőtlenségek összevetése



Az egyéni tényezők szerint képzett társadalmi csoportok között azonban jelentős egyenlőtlenségek voltak kimutathatók. [15. ábra]

15. ábra: Egyéni tényezőkben mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése



A nyers halandósági adatokban tapasztalt különbségeket összevetve megállapítható, hogy az életkori csoportok között jóval nagyobb különbség figyelhető meg, mint az iskolázottság vagy a gazdasági aktivitás szerint képzett társadalmi csoportok között. Mivel azonban az egyes társadalmi csoportok kor és nem szerinti összetétele nagyon eltérő lehet, célszerű a különbségeket korra, nemre kiegyenlített csoportokra is elemezni.¹⁰ Az ábrán jól látszik, hogy a kiegyenlítés számottevően csökkentette a különbségeket, bár az életkori csoportok között – természetesen – megmaradt a tekintélyes egyenlőtlenség.

4.3.2. Korlátozottság elemzése

4.3.2.1. Megyei korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek

A megyénként számított korlátozottsági kockázat nyers adatok alapján a legnagyobb Hevesben (36%), a legkisebb Zalaiban (22%) volt. [6. táblázat] Másféppen, a nyers adatok alapján, míg Hevesben minden 3., Zalaiban csak minden 5. egyén volt korlátozott. A két megye közötti korlátozottságban tapasztalt különbség mintegy 170%-os volt. A megyék lakossági összetételének korra és nemre történő kiegyenlítését követően a legalacsonyabb és a legmagasabb kockázatú megyék közötti korlátozottsági egyenlőtlenség 132%-ra csökkent (Zalaiban Budapesthez viszonyítva 82%, Hevesben 108%).

6. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek megyék szerint

KORLÁTOZOTSÁG	Nyers korlátozottság		Korlátozottság Budapest %-ában		
	arány (%)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítve	minden egyéni környezeti tényezőre kiegyenlítve	minden egyéni és környezeti tényezőre kiegyenlítve
országos érték= 29,7 %					
<i>min érték</i>	22	72	82	85	89
<i>min név</i>	Zala	Zala	Zala	Zala	Zala
<i>max érték</i>	36	122	108	112	114
<i>max név</i>	Heves	Heves	Heves	Heves	Heves
<i>különbség</i>	15	49	26	27	25
<i>hányados</i>	1,68	1,68	1,32	1,32	1,28

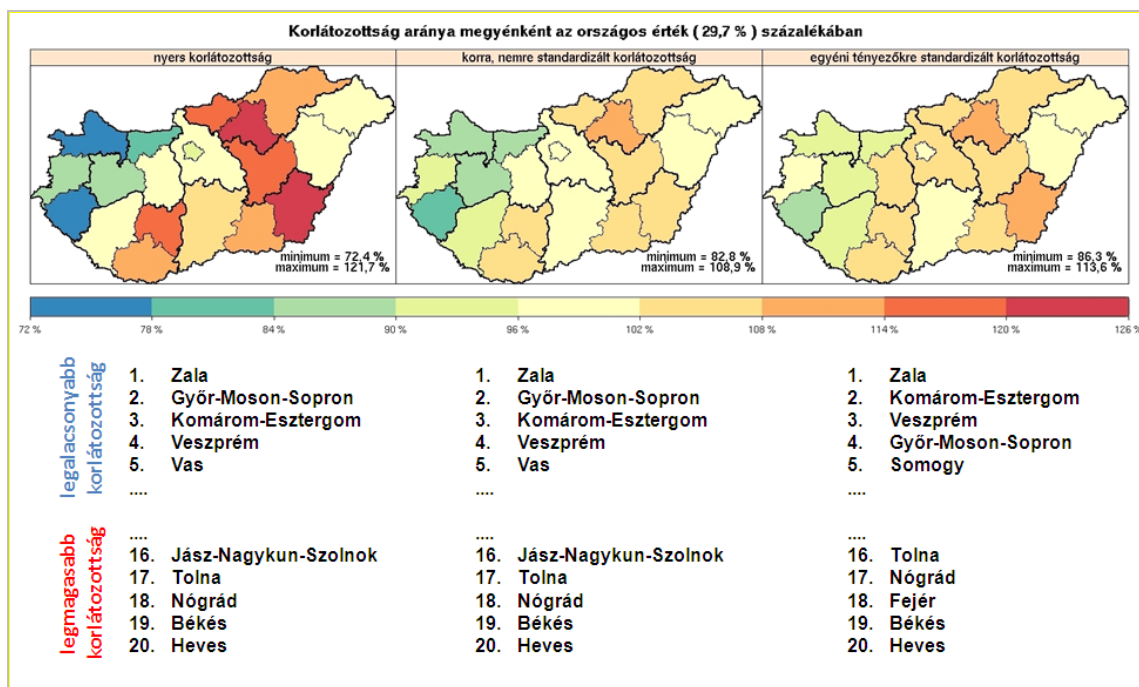
További egyéni tényezők (iskolázottság, gazdasági aktivitás, anyagi helyzet, társas támogatottság) bevonása az egyenlőtlenséget nem változtatta. Amikor a megyék lakosságának összetételében jelentkező valamennyi egyéni tényező okozta különbséget, és a környezeti tényezők eltérő hatásait kiegyenlítettük a korlátozottsági egyenlőtlenség kisé, 128%-ra csökkent. A környezeti tényezőkre tehát mindössze 4% pontnyi egyenlőtlenség vezethető vissza. Eredményeink szerint a megyék lakosságának összetételében

¹⁰ Az életkori csoportok elemzésekor a kiegyenlítés a többi egyéni tényezőre, nemre, iskolázottságra és a gazdasági aktivitásra történt

jelentkező különbségeket kiegyenlítve, és a környezeti hatásokat kiszűrve Zalában minden 4., Hevesben pedig minden 3. lakos lenne korlátozott.

A kiegyenlítés következtében fellépő változások jól követhetők az alábbi térképen. [16. ábra] A legalacsonyabb és a legmagasabb kockázatú 5 megye listájából a kiegyenlítés nyomán mindössze egy-egy megye „esett ki”: az élbolyban Vas megye helyére Somogy jutott be, míg a sereghajtóknál Jász-Nagykun-Szolnok a rangsorban feljebb került, és helyére Fejér megye került.

16. ábra: Korlátozottság megyei aránya



4.3.2.2. Kistérségek hátrányossági besorolása szerint

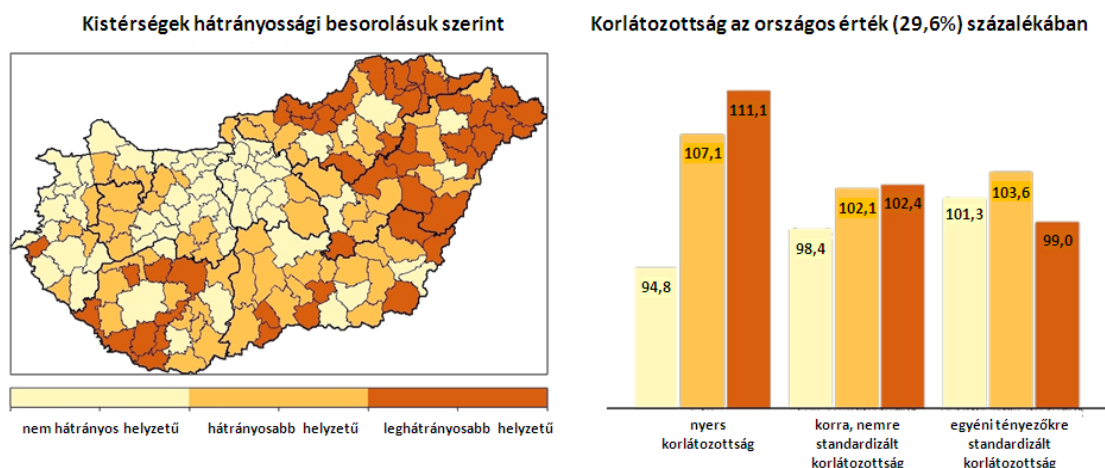
A nyers adatok alapján legalacsonyabb (28%) korlátozottsági kockázat a „nem hátrányos helyzetű”, míg a legmagasabb (33%) kockázat a „leghátrányosabb helyzetű” kistérségek alkotta csoportban volt tapasztalható. [7. táblázat] A „leghátrányosabb helyzetű” kistérségekben mért többletkockázat 17% volt, azaz a korlátozottság kockázati különbsége 117%-nak adódott. A korra és nemre való kiegyenlítést követően a két kistérség-csoport közötti egyenlőtlenség 104%-ra csökkent. A kistérségi csoportok lakosságának összetételében mutatkozó kor és nem szerinti különbségek tehát 13% pont eltérést okoztak.

7. táblázat: Korlátozottsági különbségek, egyenlőtlenségek kistérségek hátrányossági besorolása szerint

KORLÁTOZOTTSÁG	Nyers korlátozottság		Korlátozottság a "nem hátrányos" %-ában		
	országos érték= 29,7 %	arány (%)	országos érték %-ában	korra, nemre kiegyenlítő	minden egyéni tényezőre kiegyenlítő
min érték		28	94	100	100
min név		nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	nem hátrányos helyzetű	leghátrányosabb helyzetű
max érték		33	111	104	102
max név		leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	leghátrányosabb helyzetű	hátrányosabb helyzetű
különbség		5	16	4	5
hányados		1,17	1,17	1,04	1,05

A kiegyenlítés további lépéseiben ez az érték alig változott: valamennyi egyéni tényező-re történt kiegyenlítés után a korlátozottsági egyenlőtlenség 105%, az összes vizsgált mutatóra történt kiegyenlítést követően 103% volt. A valamennyi egyéni tényezőre történő kiegyenlítés után a kistérségi csoportok kockázat szerinti sorrendje megváltozott: a legnagyobb kockázatot a „hátrányosabb helyzetű” (korábban a „leghátrányosabb helyzetű” volt), a legkisebb kockázatot a „leghátrányosabb helyzetű” (előtte a „nem hátrányos helyzetű”) kistérségi csoportoknál találtuk. [17. ábra]

17. ábra: Korlátozottság a kistérségek hátrányossága szerint



4.3.2.3. Egyéni és környezeti tényezőkhez kapcsolható variancia elemzése a korlátozottsági különbségekben és egyenlőtlenségekben

Ebben az elemzésben arra kerestük a választ, hogy az egyéni és a térségi egyenlőtlenségek milyen szerepet játszanak a korlátozottság kockázatában. Abból indultunk ki, hogy a korlátozottság kockázatában mért összes variancia (V_{teljes}) az egyénekhez és a kistérségekhez köthető variancia összege, vagyis $V_{\text{teljes}} = V_{\text{egyéni}} + V_{\text{térségi}}$. A statisztikai modellezés során bevont egyéni és térségi mutatók, természetesen, az összes varianciának csak egy részét képesek megmagyarázni, ezért a megmaradó, nem megmagyarázható variancia, a hiba ($R_{\text{összes}}$) is megjelenik a variancia felbontásában. Modellezésünket

többlépcsős regresszió analízissel végeztük, így a hiba is tovább bontható térségi és egyéni komponensekre: $V_{teljes} = V_{egyéni} + V_{térségi} + R_{egyéni} + R_{térségi}$.

A statisztikai modell építése során először az ún. „null” modell segítségével a nem megmagyarázható variancia felbontását – térségi és egyéni komponensekre – számoljuk ki. Más szavakkal, így képet kapunk arról, hogy mekkora az egyes kistérségek közötti variabilitás a korlátozottság kockázatának tekintetében. A kistérségek közötti különbségek az összes variancia 1,7%-át magyarázták (az Intraclass Correlation Coefficient, ICC = 0,017 volt). Ez az érték meglehetősen alacsonynak tekinthető, és előre jelzi, hogy a korlátozottság kockázatának eltérései inkább egyéni és nem pedig a térségi tényezőkkel magyarázhatók.

Ezután a korábbi vizsgálatok és az irodalmi adatok alapján kiválasztott egyéni és térségi változóknak a hatását vizsgáltuk meg. Elsőként az egyéni változókat, azaz a kor, a nem, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a társas támogatottság, kockázati egészségmagatartás mutatóit vontuk be a modellbe, és ezzel a megmagyarázott variancia ($V_{egyéni}$) 20,9%-nak adódott. Ezek közül a nem változó nem mutatott szignifikáns hatást, és az egyéni tényezők közül legnagyobb mértékű hatást az életkor jelentette, a többi változó sokkal kisebb, közel egyenlő mértékű hatást mutatott. A következő lépésben az egyéni tényezők mellé bevontuk a térségi változókat is, azaz az összetett gazdasági, urbanizációs, egészségügyi és pszichoszociális változókat. Az összes egyéni és az összes térségi mutató bevonásával a teljes modell magyarázó ereje ($V_{egyéni} + V_{térségi}$) 21,5%, lett. A térségi tényezők közül egyedül az egészségügyi ellátórendszer jellemzésére használt összetett változó mutatott szignifikáns hatást, nagysága – az életkort leszámítva – az egyéni tényezőkét közelítette meg. Megjegyezzük, hogy a „null” modellben számított 1,7% összes kistérségi hatásból a bevont térségi mutatók csupán 0,6%-pontnyit tudtak megmagyarázni (21,5-20,9%).

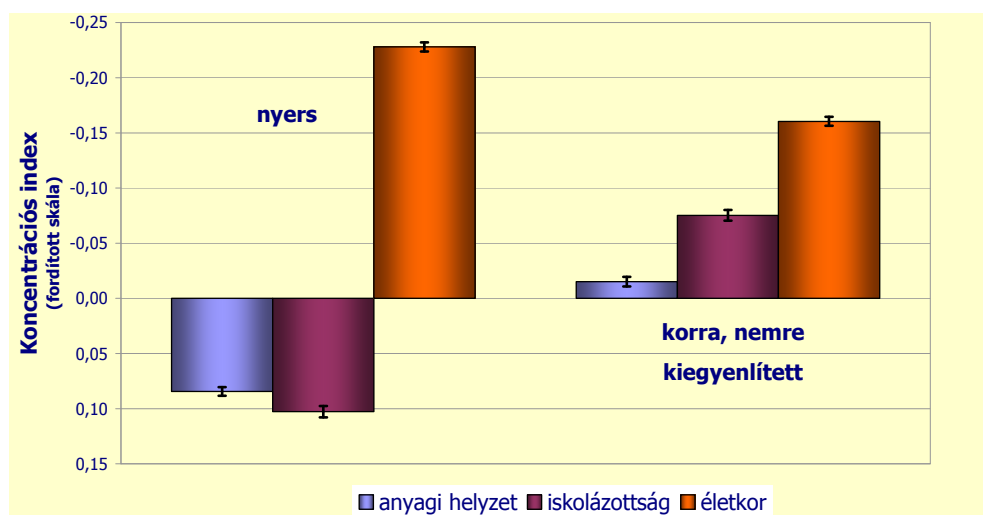
Összefoglalásképpen elmondható, hogy a korlátozottság kockázatában jelentkező különbségek ötöde egyéni mutatókkal magyarázhatók, a térségi mutatók hatása azonban elhanyagolható szerepet játszik. Ennek részben oka lehet az, hogy a térségi hatások túlnyomórészt az egyéni befolyásoló tényezőkön keresztül közvetve érvényesülnek. Így például mivel a nagyobb gazdasági teljesítményt mutató kistérségekben a magasabb iskolai végzettségű lakosok aránya általában nagyobb és a lakosok anyagi helyzete jobb,

mint a rosszabb gazdaság helyzetű kistérségekben, modellezéskor a kedvező gazdasági környezet hatása az egyének iskolázottságában és anyagi helyzetében jelenik meg, mintegy „helyettesítve”, „semlegesítve” a térségi hatást. Az egyéni és térségi szinten mutatók hatásainak esetleges kapcsolatát a szintek közötti interakciók vizsgálatával további kutatások során lehet majd elemezni.

4.3.2.4. Korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összehasonlítása

A rangsorolható egyéni tényezők szerint képzett társadalmi csoportok korlátozottsági kockázatának koncentrációs index segítségével történő összevetése (ismertetése a 60. oldalon) alapján megállapítható, hogy a nyers mutatók alapján számolt különbségek jelentősen különböznek a korra, nemre való kiegyenlítéssel nyert egyenlőtlenségektől. Nyers mutatók alapján az anyagi helyzet és az iskolázottság esetében jobb szociális státusz nagyobb korlátozottsági kockázattal járt (pozitív érték!). A kiegyenlített értékekre számolt negatív előjelű koncentrációs indexek azonban elvárható irányú egyenlőtlenségeket mutatattak: a kedvezőbb társadalmi helyzettel kisebb korlátozottsági kockázat járt együtt. [18. ábra] Megállapítható, hogy a csoportok kor és nem szerinti összetételében mutatók különbségei kiegyenlítése nélkül téves következtetések vonhatók le a korlátozottság kockázatában tapasztalt különbségek megítélésében.

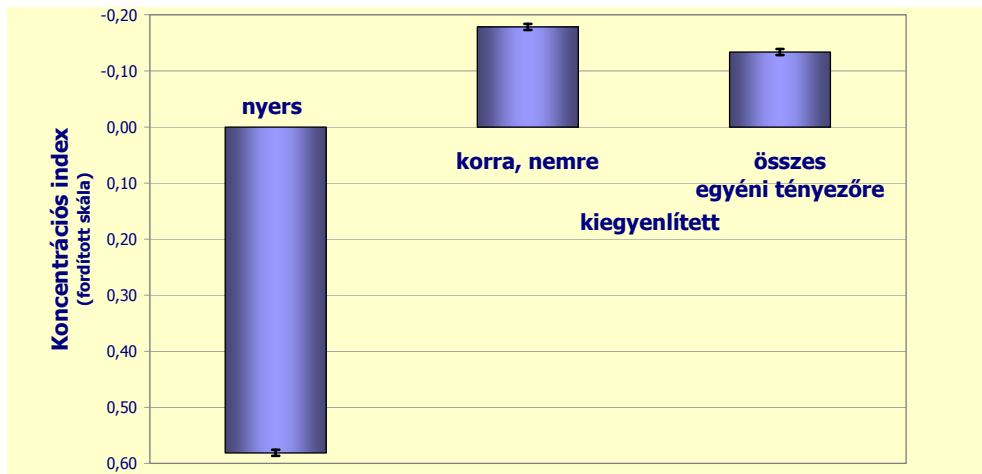
18. ábra: Egyéni tényezőkben mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése



A kiegyenlítés szükségességét alátámasztja az is, hogy a fejlettsége alapján képzett kistérségi csoportok korlátozottsági kockázata közötti különbségekben is komoly változásokat okozott. [19. ábra] A nyers mutatók alapján tévesen arra a következtetésre juthat-

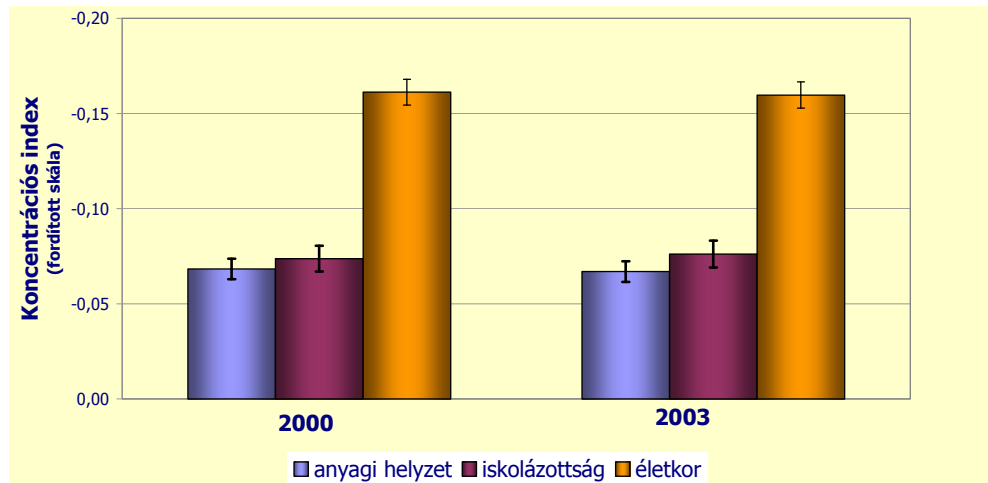
nánk, hogy egyrészt igen nagy eltérések tapasztalhatók, másrészt a kevésbé fejlett kistérségekben kisebb a korlátozottság kockázata, mint a fejlettekben (pozitív érték!). A lakosság kor és nem, majd a többi egyéni tényezőre történt kiegyenlítése azonban jól láthatóan megváltoztatta a kistérségek fejlettsége és a korlátozottsági kockázat egyenlőtlenség összefüggését: a kistérségek fejlettsége mentén kisebb, de jelentős egyenlőtlenség mutatkozott, és az egyenlőtlenség jelentős marad valamennyi vizsgált egyéni tényezőre történő kiegyenlítés után, ami a környezeti tényezők egyenlőtlenséget okozó hatását igazolja.

19. ábra: Eltérő fejlettségű kistérségek között mért korlátozottsági különbségek és egyenlőtlenségek összevetése



A korlátozottságban megfigyelhető különbségek időbeli változásának elemzéséhez kiszámoltuk a koncentrációs indexeket a rangsorolható egyéni tényezők szerinti csoportokra a 2000-es és a 2003-as OLEF adataira külön-külön.[20. ábra]

20. ábra: Egyéni tényezők 2000-ben és 2003-ban mért korlátozottsági egyenlőtlenségeinek összevetése



Az egyéni tényezők szerint képzett csoportokra vonatkozó korlátozottsági egyenlőtlenségek – a halandósági egyenlőtlenségekhez hasonlóan – nem változtak lényegében a vizsgált időszak alatt: az anyagi helyzet és az iskolázottság szerinti igen alacsony egyenlőtlenségek és az életkori csoportok közötti magasabb kockázati különbségek változatlanok maradtak.

4.4. A KUTATÁS ÖSSZEFOGLALÓJA

4.4.1. Miért fontos az egészség-egyenlőtlenség problémája?

A társadalom különböző csoportjaihoz illetve térségeihez tartozó lakosság egészsége igen eltérő lehet. Ezeket az egészség-különbségeket részben biológiai tényezők, részben társadalmi-gazdasági tényezőkben megfigyelhető eltérések magyarázzák. A biológiai okokkal nem magyarázható különbségeket egészség-egyenlőtlenségeknek nevezzük. Tudományos bizonyítékok támasztják alá, hogy ezen egyenlőtlenségek csökkentése az egész lakosság egészségének javulásához vezet.

A lakosság egészségének javulása mellett egy országnak gazdasági érdeke is a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése, hiszen az a társadalmi erőforrások hatékonyabb felhasználását eredményezi. Következésképpen, az egészségben jelentkező társadalmi egyenlőtlenségek mérséklése az ország versenyképességének javulását is magával hozza.

Az egészség-különbségek tulajdonképpen az ellátási szükségletekben jelentkező földrajzi vagy társadalmi különbségeket jelenítik meg a szakpolitika számára, míg az egészség-egyenlőtlenségek az egészség javítását célzó programokhoz, fejlesztésekhez nyújtanak megfelelő információt. Másképpen, az egészségben tapasztalható különbségek a „hol?” és a „mit?” kérdésre, az egyenlőtlenségek a „hogyan?” kérdésre adnak választ. Ezért a hazai egészség-különbségek feltérképezése egyfelől lehetőséget teremt a korlátozott egészségügyi erőforrások lakossági szükségletekhez igazodó elosztásához. A magyarországi egészség-egyenlőtlenségek ismeretében másfelől olyan intézkedéseket lehet bevezetni, melyek jelentősen javítani képesek az egész lakosság, de főképp a leginkább hátrányos társadalmi csoportok egészségét.

Az egészség-egyenlőtlenséget számos egyéni és környezeti tényező együttesen határozza meg; csökkentéséhez a befolyásoló tényezők hatásának pontos ismerete nyújthat alapot. Az összetett hatásrendszer feltárása, vagyis a hatékony szakpolitikai beavatkozásokhoz szükséges ismeretek előállítása komoly módszertani feladat az egészség-információval foglalkozó szakemberek számára. Ez a vizsgálat a hazai egészség-különbségek és -egyenlőtlenségek feltérképezéséhez a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő módszertan kidolgozását, és az ezzel nyert első eredmények közreadását célozza.

4.4.2. Milyen újszerű megközelítéssel történt a hazai egészség-egyenlőtlenségek elemzése?

A kutatáshoz a 2001-2003 évekre vonatkozó egyéni *halandósági* és az *egészségi állapot megromlását* jellemző, az Országos Lakossági Egészségfelmérésből származó korlátozottsági adatokat használtuk. A vizsgált személyek *egyénenként* gyűjtött (nem aggregált) biológiai és társadalmi-gazdasági adatain túl *lakóhelyi környezetükre* vonatkozó, kistérségre illetve megyére aggregált társadalmi-gazdasági adatok is szerepeltek az elemzésekben. A kutatás során azt vizsgáltuk, hogy a halandóságot és az egészség megromlását hogyan befolyásolja az egyéni tényezők közül az életkor, a nem, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás (azaz hogy az illető dolgozik/ott vagy nem dolgozik/ott). Az egészség megromlása esetében az előzőeken túl az illető anyagi helyzete és társas támogatottsága (vagyis hogy az egyén mennyire számíthat családjára és barátai segítségére) is egyéni tényezőként szerepelt az elemzésben. A lakóhelyhez kapcsolható környezeti tényezők közül a kistérségek egészségügyi ellátására, gazdasági és demográfiai

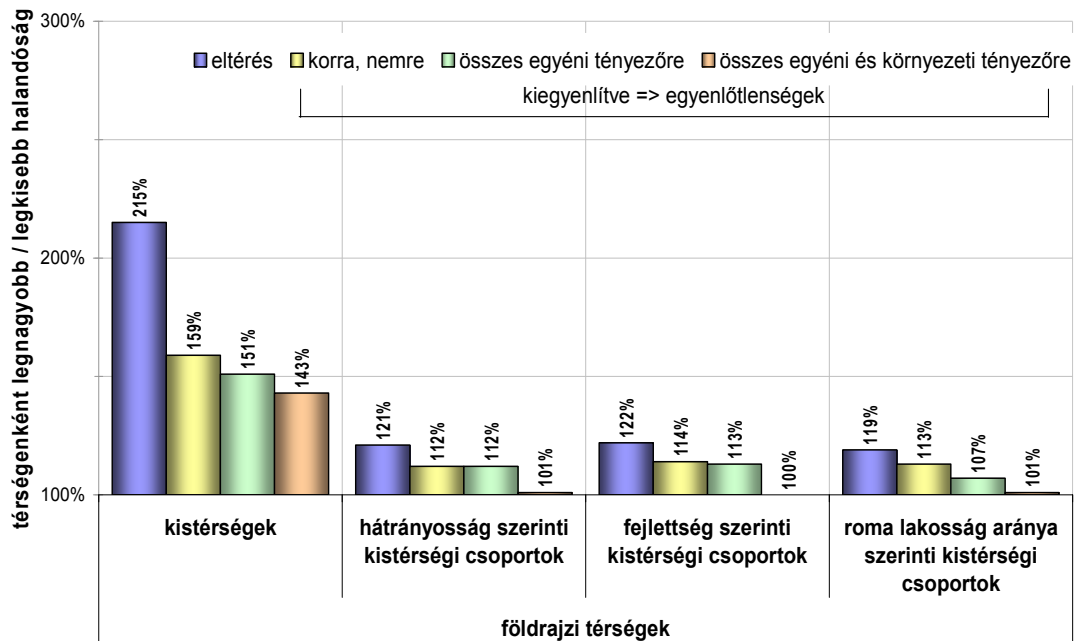
helyzetére, a pszicho-szociális és urbanizációs jellemzőikre vonatkozó összegző mutatóinak a halandóságra és a korlátozottságra gyakorolt hatását elemeztük. Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők egymásra épült hatásrendszerének elemzése e két szintet elkülönülten kezelni képes *többszintű statisztikai modellek* segítségével történt. Ez a megközelítés lehetőséget nyújtott az egyéni és környezeti tényezők bonyolult hatásrendszerének felbontására és egy-egy tényezőcsoport önálló hatásának elemzésére.

Az egészség-különbségek és -egyenlőtlenségek földrajzi térségi elemzését *kistérségekre, megyékre* továbbá a *hátrányosság, a fejlettség és a roma lakosság aránya* szerint képzett *kistérségi csoportokra* végeztük el. A társadalmi csoportokra vonatkozó elemzéseket a nem, az életkor, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás, valamint – a korlátozottság esetében – az anyagi helyzet és a társas támogatottság szerint képzett csoportokra végeztük.

4.4.3. Melyek a legfontosabb eredmények?

A halandóság elemzésének eredményei azt mutatják, hogy a *földrajzi térségek* között igen jelentős *halandósági különbségek* voltak kimutathatók Magyarországon 2001-2003-ban. A legmagasabb halandóságú kistérségben az összhalálozás több mint kétszeres volt a legalacsonyabbhoz viszonyítva. [21. ábra] Jelentősen megváltozott a kép azonban azt követően, hogy a földrajzi térségek lakosságának egészségi állapotában megfigyelt *különbségekből* erre alkalmas statisztikai eljárással kiszűrtük a térségek eltérő kor és nem szerinti összetételéből adódó különbözőségeket. Ezzel, vagyis a biológiai meghatározottságra visszavezethető különbségek kiegyenlítésével, a megváltoztatható és elfogadhatatlannak tekinthető *egyenlőtlenségek* földrajzi megoszlásáról nyertünk információt.

21. ábra: Földrajzi térségek között összehalálozásban mért halandósági különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban

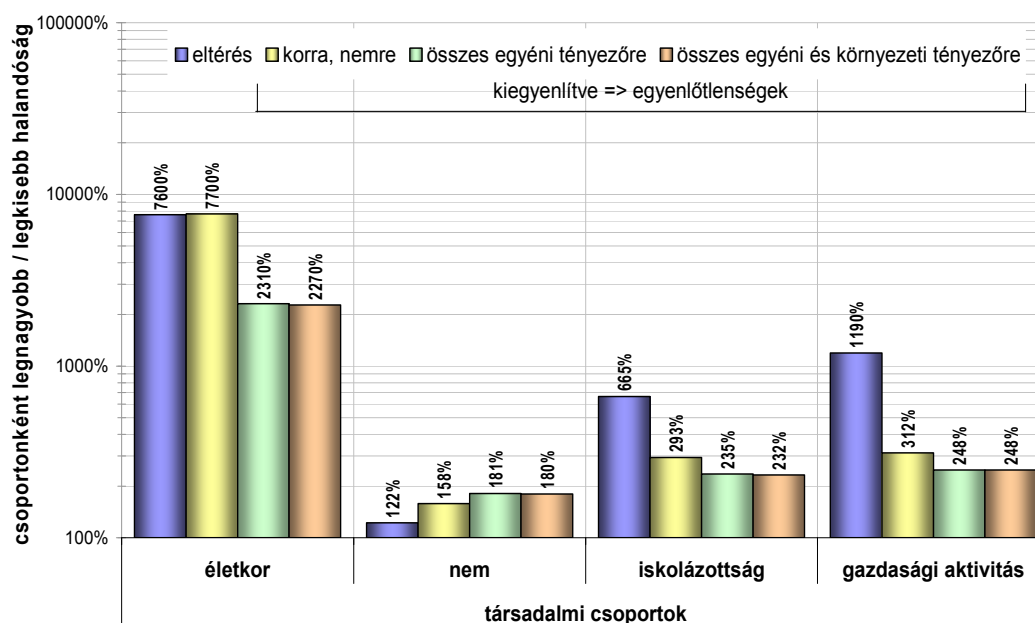


A térségek eltérő kor és nem szerinti összetételének különbségeinek kiegyenlítésével a legnagyobb és legkisebb halandóságú kistérségek közötti eltérések határozottan kisebbek lettek jelezvén, hogy a különbségek háttérében nagyrészt az idősebb lakosság eltérő aránya áll. A lakossági összetétel valamennyi vizsgált egyéni tényezőre, azaz a kor és nem mellett az iskolázottságra és a gazdasági aktivitásra is történő kiegyenlítésével az eltérések tovább csökkentek. Az egyéni tényezők mellé bevont lakóhelyi környezet, azaz a kistérségek társadalmi-gazdasági helyzetében mért különbségek kiegyenlítése ugyancsak csökkenést okozott. Valamennyi vizsgált tényező mentén mért különbségek kiszűrését követően a legnagyobb és a legkisebb halandóságú kistérség közötti egyenlőtlenség közel másfélszeres maradt.

Megállapítható tehát, hogy a vizsgálatban szereplő egyéni és környezeti tényezők egyre bővülő körét figyelembe vevő kiegyenlítési lépések után a legnagyobb halandóságú kistérség legkisebbhez viszonyított 50%-os többlethalálozásának okai tisztázásához további befolyásoló tényezők vizsgálata szükséges. A kistérségek hátrányossága, fejlettsége és roma lakossági aránya alapján képzett csoportjai között ugyanakkor a kiegyenlítési lépések után eltűntek a halandósági egyenlőtlenségek. E kistérségi csoportok halandósági egyenlőtlenségét – az elemzés eredményei szerint – a vizsgált tényezőkben mutatkozó különbségek okozták.

A vizsgált egyéni tényezők szerint képzett *társadalmi csoportok* között a földrajzi különbségeket sokszorososan meghaladó halandósági eltérések és egyenlőtlenségek mutatkoztak. [22. ábra] Az ábrán jól látható, hogy az idősök és fiatalok halandósága között közel 80-szoros volt a *különbség*, a dolgozók illetve a nem dolgozók között 12-szeres és mintegy 7-szeres volt az alap- és a középfokú iskolázottságúak között.

22. ábra: Társadalmi csoportok között összhalálozásban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A vizsgált társadalmi csoportok összetételének illetve lakóhelyi környezetükre történő kiegyenlítése a térségekkel szemben eltérő eredménnyel járt. Bár az *egyenlőtlenségek* itt is lecsökkentek, az iskolázottság és a gazdasági aktivitás szerint hátrányos társadalmi csoportokban a magasabb halandóság – valamennyi vizsgált egyéni és környezeti tényező hatásának kiegyenlítése után is – jelentős maradt. Arra lehet következtetni, hogy az egészséges étellel kapcsolatos társadalmi esélyegyenlőtlenség hátterének részletesebb feltárásához és csökkentéséhez további társadalmi-gazdasági jellemzők bevonása és elemzése szükséges. Az életkori csoportok illetve a nők és férfiak esetében a fennmaradó halandósági egyenlőtlenségek biológiai meghatározottsággal könnyen megmagyarázható.

A *keringési halálozásban* a térségi és társadalmi csoportok közötti halandósági különbségek és egyenlőtlenségek az összhalálozáshoz hasonlóan alakultak. Két különbség azonban kiemelhető: a fiatalok és az idősök közötti halandósági különbség a keringési

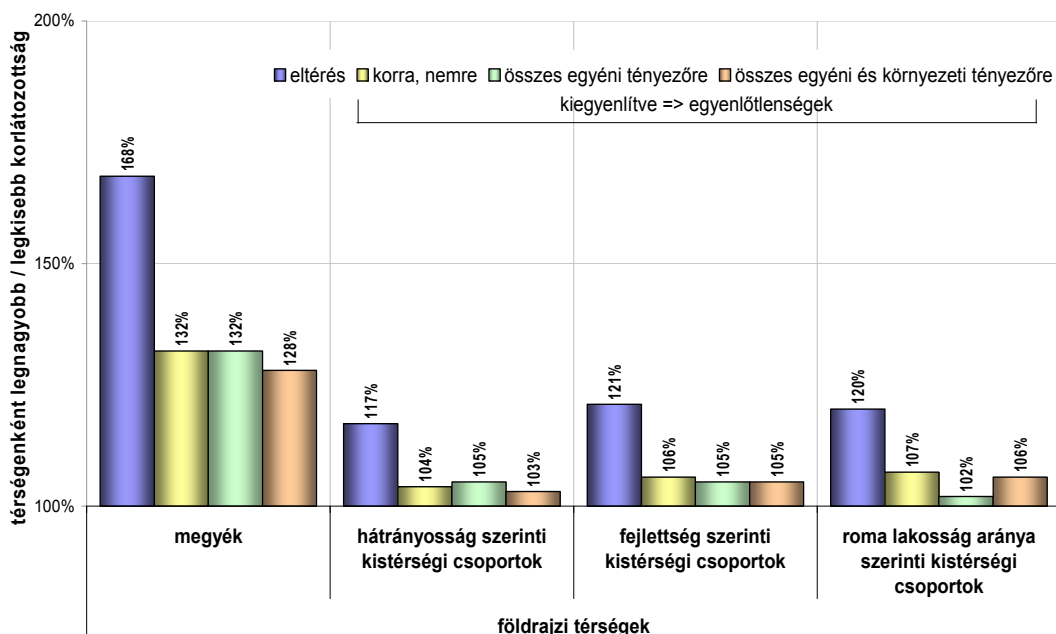
halálozásban 5-szöröse, a dolgozók és nem-dolgozók közötti különbség pedig kétszerese volt az összhálózásnál tapasztaltnál. A halandósági egyenlőtlenségek – az életkori hatás megemelkedett szintjét leszámítva – egészen hasonlóan alakultak.

A *daganatos halálozás*ban tapasztalt különbségek és egyenlőtlenségek jellegzetes eltéréseket mutattak mind az összhálózással, mind a keringési halálozással összevetve. Egyik fontos különbség, hogy a rosszindulatú daganatos betegségekben az iskolázottsági csoportok között kisebb volt a halandósági különbség és egyenlőtlenség. A másik jellegzetesség az, hogy a kistérségek lakossági összetételének kiegyenlítése másfélszeresről kétszeresre növelte, a környezeti tényezőkre történő kiegyenlítés ismét lecsökkentette a halandósági egyenlőtlenségeket. Ez a tapasztalat a vizsgált környezeti tényezőknek a daganatos halandóságban betöltött sajátos szerepét igazolja. Az eredmények alapján a kiemelkedő gyakoriságú hazai daganatos halálozás okainak tisztázásához indokolt lenne a térségi halandóság többszintű elemzésének folytatása. Ugyancsak további kutatások szükségesek a legalacsonyabb iskolázottságú és a gazdaságilag inaktív csoportok magas halandósága mögött meghúzódó okok tisztázására, mivel a vizsgált egyéni és környezeti tényezők hatásainak kiszűrése sem csökkentette hátrányukat.

Az *egészség megromlása* miatti korlátozottság nyers adatai alapján Hevesben minden 3., Zalaiban csupán minden 5. lakos nem volt teljesen egészségesnek tekinthető, a különbség közöttük 70%-os volt. A megyék lakosságának összetételében megfigyelt különbségek kiegyenlítését követően az egyenlőtlenség közöttük 30%-ra csökkent. Megállapítható, hogy ha Zala és Heves megye valamennyi vizsgált egyéni tényezőben hasonló lenne, akkor Zala minden 4., Heves minden 3. lakosa lenne korlátozott. Ebből arra következtethetünk, hogy a megyék lakossági összetétele komolyan hozzájárult a korlátozottsági kockázataik között megfigyelt különbségekhez.

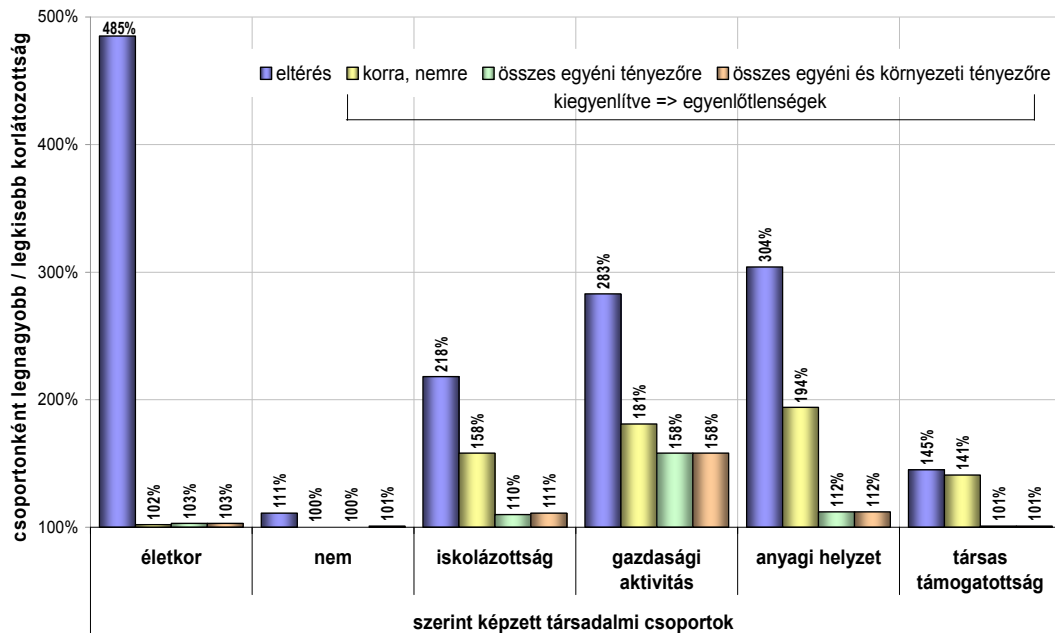
A hátrányosság, a fejlettség illetve a roma lakosság aránya alapján képzett kistérségi csoportok között a lakossági összetétel kiegyenlítésének hatására eltűnnek az egészség megromlásában mért egyenlőtlenségek. [23. ábra] Feltételezhető, hogy az elérhető adatok térségi felbontása, illetve a túlságosan nagy kistérségi csoportok „átlagoló” hatása áll ezen eredmények hátterében.

23. ábra: Földrajzi térségek között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A társadalmi csoportok egészség megromlása miatt fellépő korlátozottság összehasonlításának eredményei azt mutatják, hogy a különbségek és az egyenlőtlenségek közöttük a földrajzi térségekhez képest egészen különbözően alakultak. [24. ábra] Az ábrán jól látható, hogy az életkori csoportok egészségének megromlása közötti különbséget azok nembeli összetételének különbsége magyarázta csupán, hiszen az arra történt kiegyenlítés eltüntette a korcsoportok közötti különbségeket. A többi társadalmi csoportban az életkor és a nem hatása nagy lehet, hiszen az ezekre az egyéni tényezőkre történt kiegyenlítés nagymértékben csökkentette a korlátozottsági különbségeket. Jól látszik továbbá, hogy a többi egyéni tényező bevonása a kiegyenlítésbe mindegyik csoportban ugyancsak csökkentő szerepet játszott.

24. ábra: Társadalmi csoportok között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért különbségek és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A társadalmi csoportokban mért korlátozottsági egyenlőtlenségekben a környezeti tényezők szerepe elenyésző lehetett, hiszen az azokra történő kiegyenlítés már nem csökkentette tovább az egyenlőtlenség mértékét. Különösen a gazdasági aktivitásnál, de az iskolázottság és az anyagi helyzet esetében is további kutatások szükségesek valamilyeni vizsgált tényezőre történt kiegyenlítés után megmaradt egyenlőtlenségek okainak feltárásához.

4.4.4. Milyen következtetések vonhatók le?

1) A kutatás legfontosabb tapasztalatai szerint az egyéni tényezőknek az egészség-egyenlőtlenségekben betöltött szerepe döntő mértékben meghatározó. A lakóhelyi környezet hatása – beleértve az egészségügyi ellátás színvonalát is – nagyrészt az egyéni tényezőkön keresztül jut érvényre, a környezet közvetlen hatásának jelentősége másodlagosnak bizonyult. Olyan szakpolitikai intézkedések, amelyek nem veszik figyelembe az egyéni és a környezeti befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét, minden valószínűség szerint célt tévesztenek, vagy csak nagyon kis hatékonyságúak lehetnek.

2) Az egészség-egyenlőtlenség földrajzi és társadalmi megoszlásáról nyert adatait felhasználva lehetőség nyílik az egészségügyi erőforrás elosztását a lakossági szükségletekhez igazítani. A halandóság és a korlátozottság térségi különbségei alapján ugyanis

megállapítható, hogy egy adott térségben becsült ellátási szükséglet kielégítéséhez mekkora és milyen összetételű egészségügyi erőforrás illetve milyen betegirányítás működtetése célszerű. Az erőforrások hatékony felhasználása mellett ugyanakkor a szükségletek jobb kielégítése révén – további források bevonása nélkül – komolyan javítható a lakosság elégedettsége. Ezzel nemcsak az ellátás minősége, színvonala emelhető, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége javítható. Ennek nélkülözhetetlen eszköze az egyenlőtlenség rendszeres monitorozása, és ennek eredményét bemutató egészség-egyenlőtlenségi jelentések közreadása.

3) Az elsőre talán újszerűnek tűnő eredményeket a kutatás két ritkábban alkalmazott statisztikai megközelítése magyarázza: az egészség-egyenlőtlenségeket befolyásoló egyéni és környezeti tényezők hatását egyidejűleg figyelembe vevő többváltozós elemzés valamint az összetett hatásrendszerének elemzésére alkalmas többszintű statisztikai modellek alkalmazása. Az eredmények alátámasztják a kutatók azon előfeltevéseit, hogy az egészséget befolyásoló tényezők bonyolult hatásrendszerének bonyolultabb statisztikai módszerekkel történő „felbontása” segíthet megérteni az egészség-egyenlőtlenségek sajátos okait és így megválaszolni a szakpolitika „hol”, „mit” és „hogyan” kérdéseit.

4) Az elemzés tapasztalatai alapján a szakpolitika számára megfogalmazott javaslatok:

- Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését – más országokhoz hasonlóan – központi kérdésként kellene kezelnie a magyar egészségügyi szakpolitikának is. A hazai egészség-egyenlőtlenségekről rendelkezésre álló információk és a nemzetközi tapasztalatok alapján ma már komoly lehetőségek kínálóznak az egyenlőtlenségek csökkentésére.
- A hazai egészség-egyenlőtlenségek részletesebb feltárásához további célzott kutatások szükségesek, főképpen a hátrányos társadalmi csoportok valamint a daganatos betegek sajátos problémáinak jobb megértéshez.
- Az egészség-egyenlőtlenségi kutatásokat hátráltató adathozzáférést szabályozó jogi környezet módosítása időszerű lenne.
- Mindezekhez ki kellene építeni az egészség-egyenlőtlenség monitorozásának szakmai bázisát, és az informált döntéshozatal érdekében erősíteni szükséges a szakpolitika és a tudomány képviselőinek együttműködését.

5. NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSÉRE

Az egészség-egyenlőtlenségek politikai eszközökkel történő csökkentésének lehetőségeit, tapasztalatait számos összefoglaló tanulmány tárgyalja. [Ronzio és mtsai., 2004a; Judge és mtsai., 2005; Crombie, I és mtsai., 2005; Whitehead, 2007; Starfield és Birn, 2007; Starfield, 2007; Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology, 2008; Lopez és Perry, 2008] Kiemelendő a WHO felkérésére a világszerte elismert szakértőkből álló *Knowledge Network on Health System* készített, az egészségügyi rendszer szakpolitikai lehetőségeit összefoglaló jelentés. [Gilson és mtsai., 2007] A Svéd Népegészségügyi Intézet megrendelésére, 2008 nyarára készült el nyolc európai ország¹¹ egészség-egyenlőtlenséget csökkentő szakpolitikáinak összehasonlító elemzése. [Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries, 2008] Ugyancsak a szakpolitika számára gyűjtötték össze és tették az Interneten elérhetővé az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére bevált legjobb beavatkozási gyakorlatokat az EU által támogatott projekt szakemberei az *European Portal for Action on Health Equity* honlapján.¹²

Az összegyűlt tapasztalatoknak a döntéshozók számára használható formába történő összegzése volt a fő célja az Egészségügyi Világszervezet 2005-ben életre hívott szakértői bizottságnak, amely 2008-ban a WHO nevében előterjesztette az egészség-egyenlőtlenség csökkentésére alkalmas ajánlásait. [Commission on Social Determinants of Health, 2008] Az ajánlás alábbi vázlatos ismertetése után néhány európai ország e területen ismertté vált gyakorlatát vesszük szemügyre.

¹¹ Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Hollandia, Norvégia, Olaszország, Spanyolország, Svédország

¹² <http://www.health-inequalities.eu/?uid=f50300c73e2b51ce71766a9d2972f60d&id=home>

5.1. WHO: SZÜNTESSÜK MEG AZ EGYENLŐTLENSÉGEK SZAKADÉKÁT EGY GENERÁCIÓ ALATT!

A WHO ajánlása a fellelhető valamennyi evidenciát, tapasztalatot felhasználva készült el sok száz szakember több éves munkája eredményeképpen. A tudományos bizonyítékok körültekintő elemzés alapján a szakemberek a WHO nevében három fő feladatot jelöltek ki a nemzetközi szervezetek, a nemzeti kormányok, az adományozók illetve a civil szervezetek számára: (1) *Javítsuk a mindennapi életkörülményeket!* (2) *Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását!* (3) *Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel hatását!* A dokumentum e három javaslat alá rendezve, egy-egy témában konkrét beavatkozási lépéseket fogalmaz meg. A célszerűséget szem előtt tartva a nemzetközi szervezeteknek és az adományozóknak címzett vagy kizárólag a fejlődő országokra vonatkozó lépéseket az alábbi ismertetésből kihagytuk.¹³

1. JAVASLAT: Javítsuk a mindennapi életkörülményeket!

Olyan döntések szükségesek, amelyek eredményeképpen javul a lányok és asszonyok jólléte valamint azok a körülmények, amelyek között gyermekeik megszületnek, továbbá elismerik a korai fejlődési szakasz és az iskoláztatás jelentőségét, javulnak az élet- és munkakörülmények, megfelelő feltételeket biztosítanak az aktív és békés öregkori élethez.

Egyenlőség az élet kezdetén

- A kormányzat biztosítson mindenki számára minőségi korai fejlesztési szolgáltatás – függetlenül fizetési képességétől!
- A kormányzat biztosítson olyan minőségi oktatást, amely illeszkedik a gyermekek fizikai/szociális/ valamint nyelvi/kognitív fejlettségéhez, már óvodáskortól kezdődően!
- A kormányzat biztosítson mindenki számára kötelező minőségi alap- és középszintű oktatást, a fizetési képességtől függetlenül, külön figyelmet szentelve a beiskolázási nehézségekre, az oktatásból kiesőkre!

¹³ Magyar fordításban elérhető: [Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékat! 2008]

Egészséges lakóhely, egészséges ember
• A helyi önkormányzatok és a civil szervezetek, a kormány támogatásával valósítsanak meg helyi részvételi kormányzást, amely lehetővé teszi a közösség számára, hogy a helyi kormányzat partnereként egészségesebbé és biztonságosabbá válják lakóhelyük! • A központi és helyi kormányzat, a civil szervezetekkel együttműködve mindenki számára elérhető minőségi lakhatást biztosító településfejlesztést valósítson meg! • A helyi kormányzat a civil szervezeteket bevonva olyan településfejlesztést végezzen, amely megfelelő közlekedésfejlesztés révén elősegíti a fizikai aktivitást, az egészséges termékek hozzáféréseinek növelésével hozzájárul az egészséges táplálkozás elterjedéséhez, a környezet megfelelő kialakításával, az alkoholárúsítás korlátozásával csökkenti az erőszakot és a bűnözést! • A központi és helyi kormányzat megfelelő programok bevezetésével biztosítson a vidéki lakosság számára mezőgazdasági megművelésre alkalmas földterületeket és munkalehetőséget egész évre, megfelelő kereskedelmi lehetőségeket, valamint az egészség védelmét elősegítő egészségügyi ellátást, oktatást, közlekedést és egyéb közszolgáltatást! • A kormányok és a nemzetközi szervezetek dolgozzanak ki ajánlásokat a klímaváltozás egészség-egyenlőtlenséget érintő hatásainak csökkentését célzó mezőgazdasági, közlekedési, ipari hulladék-gazdálkodási intézkedésekre!
Igazságos foglalkoztatás, tisztességes munkalehetőség
• A kormányzat állítsa politikájának és fejlesztési stratégiájának középpontjába a teljes és igazságos foglalkoztatottságot és a tisztességes munkalehetőséget, ehhez partnerként vonja be a dolgozók képviselőit! • A kormány olyan gazdasági és foglalkoztatási politikát folytasson, amely biztonságos munkahelyet és a tisztességes életvitelhez szükséges bért biztosít! • A kormány biztosítsa azokat a kapacitásokat, amelyek betartatják a mindenki számára járó igazságos foglalkoztatottságot és a tisztességes munkát előíró szabályokat! • A kormány csökkentse a munkahely elvesztésének fenyegetettségét olyan jogalkotással és politikával, amely a tisztességes életvitelhez szükséges bért és társadalombiztosítást biztosító informális, ideiglenes, és részfoglalkozási lehetőséget tesz lehetővé! • A munkáltatók alkalmazzanak minden formális és informális dolgozóra érvényes munkaegészségügyi és -biztonsági szabályokat és programokat, beleértve a munkahelyi stressz és ártalmak elleni védelmet!
Szociális védelem egész életen át
• A kormány és, ahol szükséges, a civil szervezetek, a munkáltatók együttműködésével terjessze ki mindenkiére a szociális védelmet az egészséges életvitelhez szükséges szinten! Építsen ki tartalék védelmet azok számára, akik esetleg kiesnek az általános szociális védőhálón! • A kormány és, ahol szükséges, a civil szervezetek, munkáltatók együttműködésével terjessze ki a szociális védőrendszert az informális dolgozókra és a háztartásbeliekre is!

Általános egészségügyi szolgáltatás

- A kormány a civil szervezetekkel együttműködve építsen ki mindenki számára minőségi szolgáltatást nyújtó, az alapellátásra fókuszáló ellátórendszert!
- A kormány biztosítson alapvetően adóból/járulékból finanszírozott egészségügyet, amely függetlenül a rászoruló anyagi helyzetétől mindenki számára ellátást nyújt, és egyidejűleg minimalizálja a hálapénz jellegű kiadást!
- A kormány fejlessze az egészségügyi humánkapacitást, gondoskodjon a ki-egyensúlyozott területi kapacitáselosztásról!

2. JAVASLAT: Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását!

A társadalom szerveződését kell úgy alakítani, hogy az egészség-egyenlőtlenség és a mindennapi életkörülményekben mutatkozó méltánytalan különbségek lecsökkenjenek. Ehhez erős, elhivatott és alkalmas kapacitásokkal illetve megfelelő anyagi forrásokkal rendelkező civil társadalomra van szükség. Ennek olyan megerősített kormányzás a feltétele, mely elismeri és támogatja a civil szervezeteket, az elszámoltatható magánszférát, a közért tevékenykedő embereket.

Egészség-egyenlőséget minden szakpolitikába, rendszerbe és programba

- A Parlament tűzze ki célul a kormánynak, hogy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóra irányuló programmal csökkentse az egészség-egyenlőtlenséget!
- Az egész kormányzat tekintse feladatának és megfelelő eljárásrendet kialakítva munkálkodjon együtt az egészség javításán és az egyenlőtlenség csökkentésén, az eredményekről pedig számoljon be a Parlamentnek!
- A kormány intézményesítse az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők monitorozását, valamint a kormányzati döntések egészség-hatás vizsgálatát!
- A kormány építse be egészségügyi szakpolitikájába az egészség társadalmi-gazdasági meghatározó tényezőire vonatkozó tudományos ismereteket!

Igazságos finanszírozás

- A kormány fejlessze a progresszív adózási rendszert!
- A központi és a helyi kormányzat a civil szervezetekkel együttműködve vezessen be összkormányzati finanszírozást a társadalmi-gazdasági tényezők egészségét támogató változtatására!
- A kormány folyamatosan ellenőrizze, hogy a közpénz-felhasználás területi és társadalmi csoportokra vonatkozóan méltányosan történik-e!

Felelősség a piacokért

- A kormány biztosítsa, hogy az egészségügy képviselői részt vegyenek a hazai és nemzetközi gazdasági tárgyalásokon!
- A kormány erősítse a közszereplők meghatározó szerepét az egészséget alapvetően érintő termékek előállításában és szolgáltatások nyújtásában valamint azok ellenőrzésében!

Nemek egyenlősége
• A kormány megfelelő jogszabály-alkotással biztosítsa a nemek egyenlőségét és a megkülönböztetés tilalmát! • A kormány működtessen olyan intézményt, amelyik figyelemmel kíséri a nemi egyenlőséget érintő politikát, programokat, intézményi kereteket! • A kormány fejlessze a lányok és asszonyok oktatását, képzését! • A kormány és a munkáltatók biztosítsanak a nőknek a férfiakkal egyenlő bért és munkalehetőséget! • A kormány a civil szervezeteket bevonva fejlessze a mindenki által igénybe vehető nőgyógyászati és szülészeti szolgáltatásokat és programokat!
A civil társadalom politikai szerepének megerősítése
• A kormány fejlessze úgy a politikai- és jogrendszert, hogy az mindenki számára egyenlő lehetőséget biztosítson! • A kormány biztosítson politikai képviselőket a kisebbségeknek szükségleteik, igényeik és jogaik érvényre juttatásához! • A kormány biztosítson igazságos képviselőket minden társadalmi csoportnak az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalban valamint azok végrehajtásában és értékelésében! • A kormány támogassa az egészség-egyenlőtlenség csökkentését célzó civil kezdeményezéseket!

3. JAVASLAT: Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel hatását!

A probléma felismerése és az egyenlőtlenség vizsgálata nélkülözhetetlen a beavatkozáshoz. A WHO és a nemzeti kormányok felállítanak egy olyan monitorozó rendszert, amely figyelemmel kíséri az egészség-egyenlőtlenséget és az azt befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőket illetve az ezeket érintő politikák hatásait. Az ehhez szükséges szervezetek és erőforrások biztosításához fejleszteni kell a releváns döntéshozói és szakértői ismereteket. A kapcsolódó népegészségügyi kutatások megerősítése ugyancsak elengedhetetlen.

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira vonatkozó monitorozás, képzés, kutatás

- A kormány működtessen egészség-egyenlőtlenséget monitorozó rendszert és a társadalmi-gazdasági meghatározókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtést!
- Az ország kutatástámogatási testületei különítsenek el forrást a társadalmi-gazdasági meghatározók illetve az egészség-egyenlőtlenség kutatására, és a bizonyítékok közzétételére!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek az egészségügyi szakemberképzés tananyagának kötelező része legyen!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy a nem egészségügyi oktatásban és képzésben résztvevők illetve a lakosság körében növekedjenek az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek!
- A kormány növelje valamennyi szektor döntéshozóinak illetve tervezőinek ismereteit az intézkedéseknek az egészség-egyenlőtlenségre vonatkozó hatásainak elemzéséhez!

5.2. AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSÉNEK NEMZETKÖZI GYAKORLATA

Követve a WHO-nak az Európai Közösség szintjére vonatkoztatható javaslatait az Európai Bizottság – különös tekintettel a 2008 őszen kezdődött pénzügyi-gazdasági válságra – konzultációt indított 2009 tavaszán „*Solidarity in Health Reducing Health Inequalities in the EU*” címmel, majd a beérkező javaslatokat értékelve októberben lépéseket jelentett be az egyenlőtlenségek csökkentésére. A WHO 2. javaslatának megfelelően felhívta a tagországok kormányainak a figyelmét arra, hogy tegyenek lépéseket a hátrányos helyzetű csoportok szükségleteinek jobb kielégítésére. [EK Bizottság, 2009] A 3. javaslat alapján a Közösség és a kormányok számára két kiemelt fejlesztendő területet jelöl meg: a rendszeres adatgyűjtések és jelentések készítése illetve az egészség-hatás vizsgálatok szerepének erősítése az egyenlőtlenségek csökkentését célzó közösségi és nemzeti szakpolitikák értékelésére.

Több fejlett országban a döntéshozók számára nem voltak újak a WHO ajánlásai, hiszen hosszabb ideje már annak szellemében tevékenykedtek. Tanulságosan fogalmaz például a kanadai szenátus Népegészségügyi Bizottsága is a *Miért van szüksége a kormánynak népegészségügyi politikára?* című jelentésében: „A megalapozott gazdasági okokon túl, mi úgy véljük, a kormánynak erkölcsi kötelessége olyan társadalmi, kulturális viszonyok biztosítása, melyek támogatják az egyént, a közösségeket, az egész társadalmat kialakítani és fenntartani a jó egészség feltételeit minden lakos számára. Ez igen nagy feladat, amelyet csakis olyan átfogó kormányzati stratégiával lehet teljesíteni, mely az egészséget és az egészség-egyenlőtlenségeket minden politikai terület (oktatás, szociális és kulturális szolgáltatások, gazdaságpolitika, környezetvédelem, adópolitika, stb.) fókuszába állítja.” [Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology, 2008]

Az egyenlőtlenség területén „úttörő” országokban az egészségpolitikai stratégia fontos vagy éppen kiemelt célja az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése. Ilyen például az Egyesült Királyságban (*Tackling Health Inequalities: A Programme for Action 2003*)¹⁴,

¹⁴ http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083471

Svédországban (*Public Health Objective Bill, 2003*)¹⁵, az USA-ban (*Healthy People 2010*)¹⁶, Új-Zélandon, (*The New Zealand Health Strategy, 2003*)¹⁷ vagy Norvégiában, ahol a brit példához hasonlóan a stratégia a címében hordozza az egyenlőtlenségek csökkentésének célját. [National strategy to reduce social inequalities in health, 2007] A britek stratégiája például három fő beavatkozási irányt határoz meg: (1) társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők hatásának kiegyenlítése (kiemelten a foglalkoztatás és az iskolázottság növelése), (2) hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségmagatartásának kedvező irányú befolyásolása, (3) a hátrányos helyzetű térségek egészségügyi ellátásának szükségletekhez illeszkedő fejlesztése. A stratégia végrehajtása során szerzett tapasztalatok, az eredményesség követésére 2-3 évente értékelő jelentés készül. [Health Inequalities – Progress & Next Steps, 2008] A legutóbbi monitorozó jelentésben a következő stratégia időszakára vonatkozó ajánlásokat is megfogalmaztak már a szakértők. [Equality Impact Assessment - Health Inequalities: Progress and Next Steps, 2008]

A WHO ajánlásából kitűnik, hogy az egészségegyenlőtlenségek csökkentéséhez elengedhetetlen az egészségügynek a többi szektorral való szoros együttműködése. Egy a holland kormány számára készített friss elemzés leginkább hangsúlyos üzenete éppen ez: „Más országok gyakorlata igazolja, megvalósítható az integrált megközelítés.” [Van der Wilk és mtsai., 2008] Ezt bizonyítja a tizenhét ország egészség-egyenlőtlenség csökkentését célzó interszektoriális együttműködéséről készített tanulmány is, amelyet a WHO és a Kanadai Népegészségügyi Intézet felkérésére egy szakértői csoport esettanulmányok alapján állított össze. [Health Equity Through Intersectoral Action: An analysis of 18 Country Case Studies, 2008].

Az interszektoriális együttműködés szükségszerűsége könnyen belátható, hiszen a lakosság egészségét leginkább javító beavatkozások célterületei, mint a lakáskörülmények, táplálkozás, oktatás, anyagi helyzet, foglalkoztatás, társadalmi befogadás más szektorok „felségterületei”. [Primer to Action: Social Determinants of Health, 2008] Ezt a felismerést üzeni az USA-beli egészség-egyenlőtlenségekről készített legfrissebb ta-

¹⁵ http://www.fhi.se/templates/Page_617.aspx

¹⁶ <http://www.healthypeople.gov/>

¹⁷ <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>

nulmány is, az egyenlőtlenségek csökkentéséhez tágítani szükséges a beavatkozások területét („Reducing health disparities: Broadening the focus”; 69.o.) [Overcoming Obstacles to Health, 2008] A tanulmány az egészségügyi ellátás és az egészségmagatartás befolyásolásán túl – a WHO 1. és 2. javaslatának megfelelően – olyan szakpolitikák alkalmazását javasolja, mely egészségesebb otthonok, lakókörnyezet, iskolák és munkahelyek kialakítását célozzák, amelyek támogatják a gyermekek és az ifjúság fejlődését, és amelyek előmozdítják a gazdasági fejlődést és csökkentik a szegénységet.

A szakpolitika számára hosszútávra irányt adó stratégia nyilvánvalóan akkor lehet sikeres, ha az széles társadalmi konszenzuson nyugszik, és emiatt az egymást követő – esetleg eltérő politikai szemléletű – kormányok maguk számára is követendőnek tartják. Ezt célozzák Európa országában a kormányok egészség-egyenlőtlenség csökkentését célzó cselekvését eltérő szintű jogszabályok: törvény például az Egyesült Királyságban, kormányhatározat Finnországban vagy kormányprogram Hollandiában.

A stratégia fókusza eltérő lehet az egyes országokban: Hollandiában főként az életmódi tényezők befolyásolásával kívánják az egyenlőtlenséget csökkenteni, ezért a káros egészségmagatartás visszaszorításán keresztül a dohányzásban, az elhízásban és a cukorbetegségben hátrányosan érintett csoportok miatt tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentése a cél. Máshol az életmódi tényezők mellett a társadalmi-gazdasági tényezőkre is fókuszálnak, így pl. az oktatás, a foglalkoztatás, vagy aszociális- és egészségügyi ellátások területén avatkoznak be.

A célkitűzések természetesen meghatározzák a beavatkozások adminisztratív szintjeit és ezzel végrehajtóit, szereplőit is. Míg az egészségmagatartás befolyásolását egyén közeli, helyi, általában nonprofit közhasznú szervezetek végzik hatékonyan, addig a társadalmi-gazdasági tényezők esetében regionális, nemzeti szintű – általában állami – intézmények szerepe a döntő.

Az egészségügy kitüntetett felelősséget visel, és egyben ő a főszereplő (vagy szürke eminenciás?) az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésében. Ezért a következőkben a szakirodalom alapján áttekintjük, hogyan tudja az egészségügy küldetését teljesíteni.

5.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER SZEREPE AZ EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSÉBEN

Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy populációs szinten az egészségügyi rendszer jelentős hatással van az egészségre. Különböző országok epidemiológiai és gazdasági összehasonlító vizsgálatai bizonyítják, hogy az egészségügyi rendszer – különösen az alapellátás – javítja a lakosság egészségét, más tényezőktől függetlenül. [Gilson és mtsai., 2007]

Azon túl, hogy az egészségügyi rendszer működése a lakosság egészségére számottevő hatással van, nagyszámú kutatás bizonyítja, hogy az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és csökkentésében is komoly szerepet játszik. E bizonyítékokra támaszkodva állított össze olyan javaslatokat a WHO a tagországok egészségügyi felsővezetői számára, melyek alkalmasak az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére. [Commission on Social Determinants of Health, 2008] A 2009 májusában tartott WHO közgyűlésén elfogadott határozat e javaslatok alapján történő intézkedésekre szólította fel a tagországokat (*Reducing health inequities through action on the social determinants of health*, 2009).

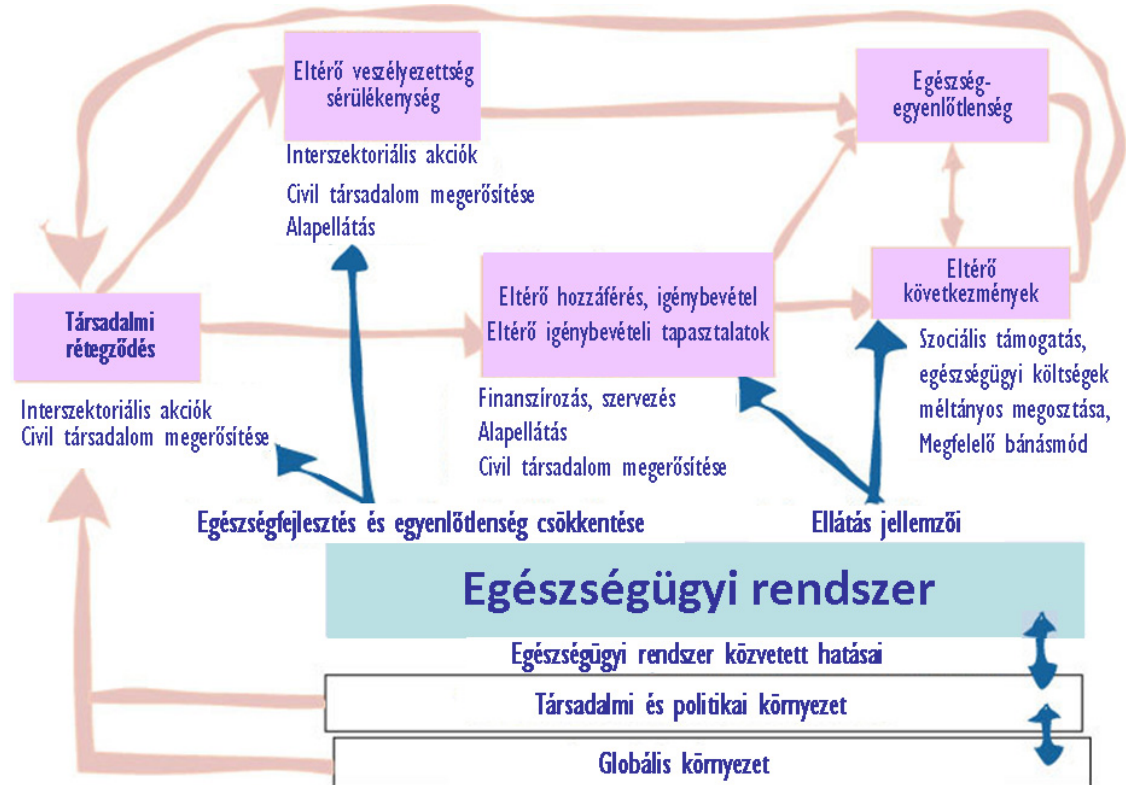
A WHO által megbízott, az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak szerepét vizsgáló bizottság (*Commission on the Social Determinants of Health*) javaslatai a 25. ábra modelljében jelölt összefüggésein alapulnak.

A WHO által leginkább hatékonynak tartott, az alapellátást középpontba helyező megközelítés (*primary health care approach*) [The World Health Report 2008], az egészségfejlesztés, az egyenlőtlenségek csökkentését célzó interszektoriális akciók és a civil társadalom megerősítése (*social empowerment*) révén kedvező irányba tudja változtatni a társadalmi rétegződést, csökkentve a hátrányos helyzetűek veszélyeztetettségét és sérülékenységét, ami ezáltal az egészség-egyenlőtlenségek csökkenését okozza. [25. ábra felső része].

Az ellátáshoz való hozzáférésben és igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségek csökkentése ugyancsak hozzájárul az egészség-egyenlőtlenségek mérséklődéséhez. Ehhez leginkább a finanszírozás és ellátás-szervezés, az alapellátás és a civil társadalom megerősítése lehet a megfelelő eszköz. A „hozzájárulás a képesség, támogatás a szük-

ség szerint” elvének következetes érvényesítése a szociális ellátás és a finanszírozás területén, továbbá a méltányolható elvárásoknak megfelelő bánásmód alkalmazása az ellátás során alkalmas arra, hogy az egészség megromlásának következményeiben jelentkező társadalmi különbségeket mérsékelje. [25. ábra középső része]

25. ábra: Az egészségügyi rendszer lehetséges beavatkozási pontjai az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez*



*Forrás: *Challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. WHO, Genf 2007. Figure A; p30.*

Könnyen belátható az is, hogy az egyenlőtlenségeket célzó egészségpolitika csakis más szektorokkal együttműködve, a nemzetközi tapasztalatokat felhasználva és a határokon kívülről érkező hatásokat figyelembe véve érhet csak el sikereket. [25. ábra alsó része]

5.4. A HAZAI GYAKORLAT

Az egészség-egyenlőtlenség csökkentését valamennyi magyar egészségpolitikai dokumentum kiemelt célként jelöli meg. A 2003-ban az Országgyűlés által elfogadott Népegészségügy Program három alapértékének egyike: „az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás”. A négy „politikai sík” közül az egyik beavatkozási fő irány az esélyegyenlőség megteremtése. [Országgyűlés határozat: 46/2003. (IV.16.), 2003] A Program első pillérének, az „Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása” egyik alpontja a „Esélyegyenlőség az egészségért” lényegében a kirekesztett társadalmi csoportoknak az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférést tűzi ki célul. Már a célkitűzések is, de a tervezett egészségügyi beavatkozások is erősen korlátozottak a WHO ajánlásokkal összevetve. A Program eredményességéről értékelhető információ nem áll rendelkezésre, hiszen az Egészségügyi Minisztérium honlapján legfrissebb bejegyzésként 2007. április 23.-i dátummal a 2004. és a 2005. évi előrehaladásról találni beszámolót, amelyek – természetesen – a Program eredményeiről még nem tartalmazhatnak információt. Egyetlen kivételként említhető a „Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése”, amelyről közlemény is megjelent, és amely a telepen élőknek a másokhoz képest súlyosan hátrányos egészség-egyenlőtlenségéről tudósít. [Kósa és mtsai., 2007] A felmérés adatainak további elemzése szerint az egyenlőtlenségben nagy szerepet játszó káros egészségmagatartás csak részben volt magyarázható a szociális helyzettel, és emiatt javasolt olyan beavatkozás tervezése, amely figyelembe veszi a kulturális tényezők meghatározó szerepét. [Vokó és mtsai., 2009b]

Az Egészségügyi Minisztérium 2005-ben szakmai és társadalmi vita után véglegesített Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptiójának (EFK) ugyancsak kiemelt témája az egészség-egyenlőtlenség. [Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió, 2005] Három átfogó célja közül az egyik így fogalmaz: „Jelentősen csökkenjenek az egyenlőtlenségek az egészségi állapotban, az egészségügyi szolgáltatások színvonalában és az azokhoz való hozzáférésekben.” Bár a javasolt beavatkozások kizárólag az egészségügyre vonatkoznak, a dokumentum a WHO ajánlásokkal összhangban leszögezi: „Az egészségpolitika alakítása elsődlegesen az egészségügyi tárca feladata, ugyanakkor az egészségtudatos magatartás kialakításához, az egészség ügyének érvényesítéséhez meg kell erősíteni a tárca kormányzaton belüli koordinációs és horizontális szerepét. A népegész-

ségügyi törekvések megvalósításának elősegítése érdekében úgy kell az illetékes tárcaikkal együttműködni, hogy az érintett tárcák által készített fejlesztési tervekben, valamint a későbbiekben a tárcák működésében is megjelenjenek a konkrét népegészségügyi tennivalók. Ez többféle fórum – tárcaközi bizottságok, regionális és helyi egyeztető fórumok – létrehozását, működését, illetve szakpolitikák kialakítását és források biztosítását teszi szükségessé.” Az EFK elkészítését nem követte az arra épített stratégia kifejlesztése, és annak végrehajtása, a dokumentum asztalfiókba került. [Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Koncepció, 2005]

A 2006-ban megjelent „Zöld könyv” fontos megállapításokat tesz a magyar lakosság más országokhoz képest elmaradott egészségi állapotáról, a hazai területi egészség-egyenlőtlenségekről valamint az igénybevétel egyenlőtlenségeiről. [Zöld könyv, 2006] Az egészségügy valamennyi problémájának megoldásaként – beleértve az egészség-egyenlőtlenséget is – kizárólag az egészségbiztosítás átalakítását és az ellátórendszer strukturális átalakítását szorgalmazta. Nem kell sok érvet felsorolni, mennyire távol áll ez a beszűkült szemlélet a WHO ajánlásaitól. A megfogalmazott kormányprogram megvalósítására, leszámítva a kórházi ágyszámok és a gyógyszer-finanszírozás részleges átalakítását, nem került sor.

A jelenlegi egészségügyi kormányzat idevágó szakmai dokumentuma, a konzultációra szánt vitaanyag, a „Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére”. [Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére, 2010] A stratégiai dokumentum a célok, értékek és alapelvek között sorolja fel a méltányosságot, az igazságosságot, amelyeket az ellátáshoz való hozzáférésre, valamint az ellátás költségének térítésére értelmez. Meg kell jegyezni azonban, hogy az utóbbival kapcsolatban felveti a szükségletalapú hozzáférés elvének korlátozását: „A rendelkezésre álló források által meghatározott megvalósíthatósági korlátok szükségessé tehetik a szükségletalapú és fizetőképességgel arányos hozzájárulás alapelvei illetékességi körének szűkítését az **öngondoskodás** (az fizet az egészségügyi ellátásért, aki igénybe veszi) kiterjesztését, **kiegészítő jelleggel.**” (7.o.) Ugyancsak eltérne a szükségletalapúság elvétől a terv gyógyszer-támogatásokra vonatkozó egyik javaslata, mely a „vertikális méltányosság erősítése”, azaz társadalom- és gyermekpolitikai szempontok érvényesítése” céljából előnyben részesítene bizonyos gyógyszercsoportokat vagy indikációkat. (60.o.) A hozzáférés egyenlőtlensége alatt a

dokumentum szerzői tulajdonképpen a nyújtott ellátás színvonalának területi és szakmai eltérését értik: „A rendszer tehát nem biztosítja, hogy ugyanazzal a betegséggel ugyanolyan színvonalú ellátást kapjon bárki, függetlenül attól, hogy hol lakik, hogy az ellátás színvonalát ne a betegsége mibenléte határozza meg.” (9.o.)

Ki kell emelni, hogy a Semmelweis Tervben az egészség-egyenlőtlenséggel kapcsolatban csupán az egészségügyi ellátásra vonatkozóan fogalmaznak meg javaslatokat, a többi társadalmi-gazdasági-politikai környezeti tényezőt figyelmen kívül hagyják.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

1. **A hazai lakosság egészsége messze elmarad az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől – mutatta ki a doktorandusz által vezetett elemzői csoport.**

Az értekezés bevezetőjében összefoglalt tények azt igazolják, hogy a magyar lakosság egészsége nemcsak a fejlett nyugat-európai országoktól, hanem a hasonló társadalmi-gazdasági fejlődésen átment országokhoz viszonyítva is lemaradást mutat. A legtöbb egészségmutató szerint lemaradásunk növekedett az elmúlt két évtized alatt. A tények alapján megállapítható, hogy az egészségügy prioritásai között az első helyen kell állnia a lakosság egészségében hosszú évek óta tapasztalható elmaradás csökkentésének. Ennek felismerése különösen fontos és aktuális, mivel csakis a prioritásoknak megfelelő szakpolitikai beavatkozások kiválasztásával biztosítható, hogy a szűkösen rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával jelentősebben javítható legyen a lakosság egészsége.

2. **A korábbi kutatások eredményei alapján, a doktorandusz által felépített egészségmodell segítségével jól demonstrálható, hogy az egészség megromlása és az egészség-egyenlőtlenségek kialakulása döntően társadalmi tényezőkre és azok egyenlőtlenségére vezethetők vissza.**

Az értekezésben részletesen bemutatott egészségmodell segítségével igazolható, hogy az egészséget meghatározó egyéni tényezőket – leszámítva az öröklött tulajdonságokat – jórészt a környezeti tényezők befolyásolják, és ezek között is a társadalmi-gazdasági-politikai körülmények azok, amelyek, mint az „okok okai” valamennyi tényezőre hatással vannak. Kiemelendő még, hogy az egyének önkárosító magatartását is – amint azt sokszorosan igazolták – a külső környezet döntően meghatározza. Emiatt a kockázati egészségmagatartás visszaszorítása is csakis a társadalmi-gazdasági-politikai környezet megfelelő változtatása révén lehet sikeres.

- 3. Az ellátási szükséglet egyenlőtlenségeit vizsgáló, doktorandusz által vezetett kutatás igazolta, hogy a modellhez illesztett statisztikai eljárásokkal kimutatható, hogy Magyarország különböző térségeiben élők illetve egyes társadalmi csoportok halandóságában tapasztalható különbségek kialakulásában az egészséget befolyásoló tényezők eltérő szerepet játszanak.**

Az értekezésben ismertetett kutatás igazolta, hogy az egészségmodellhez illesztett, többszintű statisztikai eljárás képes az egészséget befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét elemezni, lehetővé téve az egyes tényezőcsoportok szerepének azonosítását.

Az elemzés során a vizsgált egyéni illetve a lakóhelyi környezet tényezői mentén mért különbségek kiegyenlítését követően is a legnagyobb és a legkisebb halandóságú kistérség közötti egyenlőtlenség közel másfélszeres maradt. Ez arra utal, hogy a térségi több-lethalalozás okainak tisztázásához további befolyásoló tényezők elemzésbe történő bevonása szükséges.

A hátrányosság, a fejlettség és a roma lakossági arány alapján képzett kistérségi csoportok között ugyanakkor a kiegyenlítési lépések után eltűntek a halandósági egyenlőtlenségek. Megállapítható, hogy a vizsgált tényezőkben mutatkozó különbségek okozták a társadalmi-gazdasági szempontok alapján csoportosított kistérségek halandóságának eltéréseit.

Az eredmények szerint valamennyi vizsgált egyéni és környezeti tényezőre történő kiegyenlítés után is az iskolázottság és a gazdasági aktivitás szerint hátrányos társadalmi csoportokban a halandóság emelkedett maradt. Arra lehet következtetni, hogy az egészséges étellel kapcsolatos társadalmi esélyegyenlőtlenség hátterének részletesebb feltárásához és csökkentéséhez további társadalmi-gazdasági jellemzők bevonása szükséges. Az életkori csoportok illetve a nők és férfiak esetében a fennmaradó halandósági egyenlőtlenségek biológiai meghatározottsággal könnyen megmagyarázhatók.

- 4. A kutatás igazolta továbbá, hogy a térségi különbségeket és egyenlőtlenségeket befolyásoló tényezők a keringési és a daganatos betegségek halandóságában eltérő szerepet játszottak.**

A keringési halálozásban a térségi és társadalmi csoportok közötti halandósági különbségek és egyenlőtlenségek az összhálalozáshoz hasonlóan alakultak. A daganatos halá-

lozásban tapasztalt különbségek és egyenlőtlenségek azonban jellegzetes különbségeket mutattak mind az összhálalozással, mind a keringési halálalozással összevetve. Egyik fontos különbség, hogy a rosszindulatú daganatos betegségekben az iskolázottsági csoportok között kisebb volt a halandósági különbség és egyenlőtlenség. A másik sajátosság az volt, hogy a kistérségek lakossági összetételének kiegyenlítése másfélszeresről kétszeresre növelte, a környezeti tényezőkre történő kiegyenlítés ismét lecsökkentette a halandósági egyenlőtlenségeket. Ez a tapasztalat a vizsgált környezeti tényezőknek a daganatos halandóságban betöltött sajátos szerepét igazolja.

A kutatás eredményei alapján javasolható, hogy a hazai egészség-egyenlőtlenségek részletesebb feltárásához további célzott kutatások szükségesek, főképpen a hátrányos társadalmi csoportok valamint a daganatos betegek sajátos problémáinak jobb megértéshez.

5. Az egészség megromlása miatti korlátozottság térségi illetve társadalmi csoportok szerinti különbségeinek kialakulásában is kimutatható az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők eltérő szerepe.

A korlátozottság nyers adatai alapján a megyék között kimutatott különbség a lakosság összetételének kiegyenlítését követően jelentősen lecsökkent. Ebből arra következtethetünk, hogy a megyék lakossági összetétele döntően meghatározta a korlátozottsági kockázatok között megfigyelt különbségeket.

A hátrányosság, a fejlettség illetve a roma lakosság aránya alapján képzett kistérségi csoportok között a lakossági összetétel kiegyenlítésének hatására eltűnnek az egészség megromlásában mért egyenlőtlenségek. Feltételezhető, hogy az elérhető adatok térségi felbontása, illetve a kistérségek csoportosítása miatt fellépő „átlagoló” hatás áll ezen eredmények hátterében.

A társadalmi csoportokat vizsgálva megállapítható, hogy az életkori csoportok egészségének megromlása közötti különbséget azok nembeli összetételének különbsége magyarázta csupán. A többi társadalmi csoportban az életkor és a nem hatása nagy, hiszen az ezekre az egyéni tényezőkre történt kiegyenlítés nagymértékben lecsökkentette a korlátozottsági különbségeket. A társadalmi csoportokban mért korlátozottsági egyenlőtlenségekben a környezeti tényezők szerepe elenyésző, hiszen az azokra történő kiegyenlí-

tés már nem csökkentette tovább az egyenlőtlenség mértékét. Különösen a gazdasági aktivitásnál, de az iskolázottság és az anyagi helyzet esetében is további kutatások szükségesek valamennyi vizsgált tényezőre történt kiegyenlítés után megmaradt egyenlőtlenségek okainak feltárásához.

- 6. A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az egészségmodellhez illeszkedő statisztikai elemzés megfelelő eszköznek bizonyult az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők összetett hatásrendszerének vizsgálatához. A tapasztalatok alapján meg lehetett fogalmazni, hogy az adatforrások és az elemzési módszerek milyen továbbfejlesztése szükséges a magyar lakosság kirívóan rossz egészségét és az egyenlőtlenséget okozó tényezők részletesebb megismeréséhez.**

Az eredmények alátámasztják a kutatók azon előfeltevéseit, hogy az egészséget befolyásoló tényezők bonyolult hatásrendszerének többszintű statisztikai módszerekkel történő „felbontása” segíthet megérteni az egészség-egyenlőtlenségek sajátos okait és így megválaszolni a szakpolitika „hol”, „mit” és „hogyan” kérdéseit.

A kutatás tapasztalatai alapján megállapítható, hogy mind az egyéni, mind a környezeti tényezőkre vonatkozó adatok köre tovább bővítendő. A bővítés eredményeképpen javítható lenne a modellek illeszkedése, és ezáltal a becslések pontossága is. A kutatások számára elérhető adatok kistérségi aggregáltsága korlátokat jelent a lakóhelyi környezet hatásainak felmérésében, hiszen a kistérségek gyakran igen eltérő településeket foglalnak magukba. Emiatt az egészség-egyenlőtlenségi kutatásokat hátráltató adathozzáférést szabályozó jogi környezet módosítása időszerű lenne.

- 7. A lakosság egészségének javítására és az egyenlőtlenségek csökkentésére a doktorandusz által összegyűjtött és bemutatott nemzetközi tapasztalatok – figyelembe véve az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozó hazai információkat – megfelelő kiindulópontként szolgálhatnak a hazai szakpolitikai beavatkozások tervezéséhez. A lakosság egészségének javítását és az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését, más országokhoz hasonlóan, központi kérdésként kellene kezelnie a magyar egészségügyi szakpolitikának is.**

Ma már a döntéshozók rendelkezésére áll az a politikai eszköztár, amivel ezek a társadalmi problémák orvosolhatók. Amint azt az értekezésben ismertetett nemzetközi ta-

pasztalatok igazolják, a siker érdekében beavatkozásokra nem csak az egészségügyben, hanem más szakterületeken is szükség van. Ennek kezdeményezése egyértelműen az egészségügy felelőssége, hiszen az egészség javításához szükséges tudással elsősorban az egészségügy rendelkezik.

A magyar lakosság rossz egészségét előidéző okok és az egészség-egyenlőtlenségek részletesebb feltárásához további célzott kutatások szükségesek, főképpen a hátrányos társadalmi csoportok valamint a daganatos betegek sajátos problémáinak jobb megértéshez. Ehhez az egészség-egyenlőtlenségi kutatásokat hátráltató adathozzáférést szabályozó jogi környezet módosítása elengedhetetlen. Mindezekhez ki kellene építeni az egészség-monitorozás szakmai bázisát, és az informált döntéshozatal érdekében erősíteni szükséges a szakpolitika és a tudomány képviselőinek együttműködését.

7. HIVATKOZOTT SZAKIRODALOM

1. Magyar Háztartás Panel 1996, Műhelytanulmányok, TÁRKI, Budapest, 1997.
2. A területfejlesztés kedvezményezett térségeinek lehatárolása, KSH Területi és Koordinációs Főosztály, Budapest, 2004.
3. A kistérségi krízis-előrejelzés és megelőzés módszerei, MTA RKK NYUTI közleményei. MTA RKK NYUTI. 2005.
4. Measuring Health Disparities (Downloadable computer file) MHDID0806. University of Michigan, School of Public Health, 2005.
https://practice.sph.umich.edu/mphtc/site.php?module=courses_one_online_course&id=247
5. Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió, Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2005.
www.eum.hu/egeszseguqi
6. Zöld könyv, Egészségügyi Minisztérium, 2006. <http://www.eum.hu/zoldkonyvuj-pdf>
7. National strategy to reduce social inequalities in health, Norwegian Ministry of Health and Care Services. 2007.
8. Equality Impact Assessment - Health Inequalities: Progress and Next Steps, UK Department of Health. 2008.
9. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. WHO, Genf, 2008.
http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
10. Health Equity Through Intersectoral Action: An analysis of 18 Country Case Studies, World Health Organization, Public Health Agency of Canada. 2008.
11. Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries, Swedish National Institute of Public Health, 2008
12. Health Inequalities – Progress & Next Steps, UK Department of Health. 2008.
13. Overcoming Obstacles to Health, Robert Wood Johnson Foundation. 2008.
14. Primer to Action: Social Determinants of Health, Health Nexus and Ontario Chronic Disease Prevention Alliance. 2008.
15. Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot! Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2008.; www.oefi.hu/modszertan11.pdf
16. Health at a Glance 2009, OECD http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en
17. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. 62th World Health Assembly, 22 May 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
18. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010.
http://elitmed.hu/upload/pdf/semmelweis_terv_az_egeszseguqi_megmentesere-6370.pdf
19. Ádány R. A megelőző orvostan és népegészség tárgya. In: Ádány R. (szerk.), Megelőző orvostan és népegészségügy. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006. pp 13-34.
20. Agresti A. Categorical Data Analysis, Wiley, 1990.
21. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Costs of Disorders of the Brain in Europe, *Eur J Neurology*, 2005 Vol. 12, Supp. 1
22. Auchincloss AH, Roux AVD, Mujahid MS, Shen M, Bertoni AG, Carnethon MR. Neighborhood Resources for Physical Activity and Healthy Foods and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Arch Intern Med* 2009;169:1698-1704.
23. Augustin T, Glass T, James BD, Schwartz BS. Neighborhood Psychosocial Hazards and Cardiovascular Disease: The Baltimore Memory Study. *Am J Public Health* 2008;98:1664-1670.

24. Axelson H, Bales S, Minh PD, Ekman B, Gerdtham UG. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health* 2009;8:20.
25. Backlund E, Rowe G, Lynch J, Wolfson MC, Kaplan GA, Sorlie PD. Income inequality and mortality: a multilevel prospective study of 521 248 individuals in 50 US states. *Int J Epidemiol* 2007;36:590-596.
26. Bakacs M, Vitrai J. Hogyan befolyásolják a térségi társadalmi-gazdasági különbségek a halandóságot? Irodalmi áttekintés. *Orvosi Hetilap* 2008a;1317-1321.
27. Bakacs M, Vitrai J, Várhalmi Z, Kaposvári Cs, Hermann D, Kabos S, Löw A. A halandóságot befolyásoló egyéni biológiai és társadalmi-gazdasági tényezők hatásrendszerének vizsgálata. *Orvosi Hetilap* 2008b;2371-2376.
28. Balabanova D, McKee M, Pomerleau J, Rose R, Haerpfer C. Health service utilization in the former soviet union: evidence from eight countries. *Health Serv Res* 2004;39:1927-1950.
29. Baranyi B. Gondolatok a perifériaképződés történeti előzményeiről és következményeiről. *Tér és Társadalom* 2004;2:1-21.
30. Beaudoin CE. Bonding and bridging neighborliness: An individual-level study in the context of health. *Social Science & Medicine* 2009;68:2129-2136.
31. Berkman L, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 2000;51:843-857.
32. Bernard P, Charafeddine R, Frohlich KL, Daniel M, Kestens Y, Potvin L. Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine* 2007;65:1839-1852.
33. Bíró P, Molnár L. A kistérségek fejlettségi szintjének és infrastruktúrájának összefüggései. *Közgazdasági Szemle* 2004;11:1048-1064.
34. Blakely T, Wilson N. Shifting dollars, saving lives: What might happen to mortality rates, and socio-economic inequalities in mortality rates, if income was redistributed? *Social Science & Medicine* 2006;62:2024-2034.
35. Boncz I, Sándor J, Oláh A, Betlehem J, Sebestyén A, Kisbenedekné Gulyás K, Dózsa Cs. Az ott-honi szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben. *Lege Artis Medicinae* 2004;14:47-52.
36. Boncz I, Sántha K, Szaszko D, Sebestyén A. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak Lorenz-féle elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2006a;44:35-41.
37. Boncz I, Takács E, Szaszko D, Belicza É. Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. Területi egyenlőtlenségek I. *Kórház* 2006b;12:37-43.
38. Boncz I, Takács E, Szaszko D, Belicza É. Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. Területi egyenlőtlenségek II. *Kórház* 2006c;12:30-32.
39. Boros, J. Kutatási jelentés OLEF2003. Egészségmagatartás, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
40. Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. Indexes: Properties and Problems. In: Lin J (szerk.) *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. South East Public Health Observatory, Oxford, 2005 http://www.sepho.org.uk/extras/rch_handbook.aspx#chapters
41. Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot M. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ* 2007;334:990.
42. Clarkwest A. Neo-materialist theory and the temporal relationship between income inequality and longevity change. *Social Science & Medicine* 2008;66:1871-1881.
43. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976a;38:300-314.
44. Collett D. *Modelling Binary Data*, Chapman and Hall, London, 1991.

45. Commission on Social Determinants of Health: Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health, WHO, Genf, 2007.
46. Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, WHO, Genf, 2008.
47. Cox M, Boyle PJ, Davey PG, Feng Z, Morris AD. Locality deprivation and Type 2 diabetes incidence: A local test of relative inequalities. *Social Science & Medicine* 2007;65:1953-1964.
48. Crombie, K, I, Irvine, L, Elliott, L, Wallace, H. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, WHO, Genf, 2005.
49. Csatári B. A magyarországi kistérségek néhány jellegzetessége, MTA RKK ATI, Kecskemét, 1996
50. Csatári B. Kísérlet a magyarországi kistérségek komplex fejlettségi típusainak meghatározására. In: Dövényi Z (szerk.), Az Alföld és a nagyvilág. Tanulmányok Tóth Józsefnek. MTA FKI, Budapest, 2000. pp 151-167.
51. Cséfalvay Z, Csizmadia N, Csordás L. Kistérségek versenyképessége és a globális hálózatok. *Polgári Szemle* 2005;6-7.
52. Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine* 2007;65:1825-1838.
53. Dahl E, Ivar Elstad J, Hofoss D, Martin-Mollard M. For whom is income inequality most harmful? A multi-level analysis of income inequality and mortality in Norway. *Social Science & Medicine* 2006;63:2562-2574.
54. de Looper, M, Lafortune G. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries, OECD HEALTH WORKING PAPERS, OECD, Párizs, 2009.
55. Deckovic-Vukres V, Hrkal J, Németh R, Vitrai J. Inequalities in Health System Responsiveness. Joint World Health Survey Report Based on Data from Selected Central European Countries, WHO/EURO, Koppenhága, 2007. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/JointReport.pdf>
56. Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine* 2008;67:330-340.
57. Diderchsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans T, Whitehead M, Diderchsen F, Bhuiya A, Wirth M (szerk.), Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford University Press, New York, 2001.
58. Drukker M, Feron FJ, van Os J. Income inequality at neighbourhood level and quality of life--a contextual analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:457-463.
59. Dunn JR, Burgess B, Ross NA. Income distribution, public services expenditures, and all cause mortality in US states. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:768-774.
60. Durie R, Wyatt K. New communities, new relations: The impact of community organization on health outcomes. *Social Science & Medicine* 2007;65:1928-1941.
61. Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness* 2008a;30:565-582.
62. Eikemo TA, Bambra C, Judge K, Ringdal K. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine* 2008b;66:2281-2295.
63. EK Bizottság: A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban, Európai Bizottság, Brüsszel, 2009.
64. Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities: Health Inequalities Glossary. Background document for meeting on 7 May 2007, Brüsszel, 2007.

65. Faluvégi A. A társadalmi-gazdasági jellemzők területi alakulása és várható hatásai az átmenet időszakában, MTA KTK Discussion Papers, Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Kutatóközpont, Budapest, 2004.
66. Faragó M. Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2007.
67. Frank LD, Saelens BE, Powell KE, Chapman JE. Stepping towards causation: Do built environments or neighborhood and travel preferences explain physical activity, driving, and obesity? *Social Science & Medicine* 2007;65:1898-1914.
68. Fuller-Thomson E, Gadalla T. Income inequality and limitations in activities of daily living: A multilevel analysis of the 2003 American Community Survey. *Public Health* 2008;122:221-228.
69. Gee GC. A Multilevel Analysis of the Relationship Between Institutional and Individual Racial Discrimination and Health Status. *Am J Public Health* 2008;98:S48-S56.
70. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Knowledge Network on Health Systems: Challenging inequity through health systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health, WHO, Genf, 2007.
71. Görög K. Kutatási jelentés OLEF2003. Funkcionalitás/funkciócsökkenés, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
72. Graham H. Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities, Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead, 2007
73. Gravelle H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *BMJ* 1998;316:382-385.
74. Gravelle H, Wildman J, Sutton M. Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data? *Social Science & Medicine* 2002;54:577-589.
75. Gundgaard J, Lauridsen J. A decomposition of income-related health inequality applied to EQ-5D, *Eur J Health Econ*, 2006;4:231-237.
76. Hajdú Á. Egészségügyi ellátás igénybevétel. OLEF2003 Kutatási jelentés, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
77. Harrington DW, Elliott SJ. Weighing the importance of neighbourhood: A multilevel exploration of the determinants of overweight and obesity. *Social Science & Medicine* 2009;68:593-600.
78. Hernandez-Quevedo C, Jones AM, Rice N. Persistence in health limitations: a European comparative analysis. *J Health Econ* 2008;27:1472-1488.
79. Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences, WHO, Genf, 2005.
80. Jen MH, Jones K, Johnston R. Compositional and contextual approaches to the study of health behaviour and outcomes: Using multi-level modelling to evaluate Wilkinson's income inequality hypothesis. *Health & Place* 2009a;15:198-203.
81. Jen MH, Jones K, Johnston R. Global variations in health: Evaluating Wilkinson's income inequality hypothesis using the World Values Survey. *Social Science & Medicine* 2009b;68:643-653.
82. Józán P, Forster DP. Social inequalities and health: ecological study of mortality in Budapest, 1980-3 and 1990-3. *BMJ* 1999;318:914-915.
83. Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health Inequalities: a Challenge for Europe, UK Presidency of the EU, London, 2005.
84. Juhász A, Nagy Cs, Páldy A, Beale L. Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998-2004. *Social Science & Medicine* 2010;70(9):1342-9.

85. Jusot F, Grignon, M, Dourgnon P. Psychosocial resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Párizs, 2007.
86. Kaló Z. Az angol egészségügyi területi forráselosztás magyar adaptációjának lehetőségei, Soros Alapítvány Mintarégió Program, Tanulmányok a regionális egészségügyi forráselosztásról, Fact Intézet, Pécs, 1997.
87. Karlsson M, Nilsson T, Lyttkens CH, Leeson G. Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective. *Social Science & Medicine* 2009;In Press, Corrected Proof.
88. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-1498.
89. Klinger A. Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (I.). *Demográfia* 2006a;49:197-231.
90. Klinger A. Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II.). *Demográfia* 2006b;49:342-365.
91. Klomp J, de Haan J. Is the political system really related to health? *Social Science & Medicine* 2009;69:36-46.
92. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* 2009;339:b4471.
93. Kopp M, Skrabski Á, Kawachi I, Adler N. Low socioeconomic status of the opposite sex is a risk factor for middle aged mortality. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:675-678.
94. Kopp M, Skrabski Á, Szántó Zs, Siegrist J. Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:782-788.
95. Kopp M, Skrabski Á, Székely A, Stauder A, Williams R. Chronic Stress and Social Changes: Socioeconomic Determination of Chronic Stress. *Ann NY Acad Sci* 2007;1113:325-338.
96. Kopp M. Bevezetés: Az esélyerősítés magatartástudományi modellje. In: Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban, Kopp M. (szerk.) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008, p. 3-9.
97. Kormányrendelet a területfejlesztés kedvezményezett térségeinek jegyzékéről 64/2004. (IV. 15.)
98. Kósa K. A társadalmi egyenlőtlenségek népegészségügyi hatásai Magyarországon. *Népegészségügy* 2010;87:329-335.
99. Kósa Zs, Széles Gy, Kardos L, Kósa K, Németh R, Országh S, Fésűs G, McKee M, Ádány R, Vokó Z. A Comparative Health Survey of the Inhabitants of Roma Settlements in Hungary. *Am J Public Health* 2007;97:853-859.
100. Kovács K. Egészség-esélyek, Életünk fordulópontjai. Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2006.
101. Kovács K, Habcsek L. Iskolázottság és halandóság, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2006.
102. Kristiansson C, Gotuzzo E, Rodriguez H, Bartoloni A, Strohmeyer M, Tomson G, Hartvig P. Access to health care in relation to socio-economic status in the Amazonian area of Peru . *International Journal for Equity in Health* 2009;8.
103. Egészségi Állapotfelmérés, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1996.
104. Kunst, A. E. Development of health inequalities indicators for the Eurothine project, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, 2008.
105. Lopez JH, Perry G. Inequality in Latin America: Determinants and Consequences, The Policy Research Working Paper Series, The World Bank, New York, 2008.

106. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002;1:1.
107. Mackenbach, J. P. Health Inequalities: Europe in Profile, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, 2006.
108. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-2481.
109. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Soc Sci Med* 2008;66:43-56.
110. Mansyur CL, Amick BC, Harrist RB, Franzini L, Roberts RE. The cultural production of health inequalities: a cross-sectional, multilevel examination of 52 countries. *Int J Health Serv* 2009;39:301-319.
111. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-1104.
112. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-1393.
113. Morenoff JD, House JS, Hansen BB, Williams DR, Kaplan GA, Hunte HE. Understanding social disparities in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control: The role of neighborhood context. *Social Science & Medicine* 2007;65:1853-1866.
114. Nagy G. A magyar gazdaság területi folyamatainak mérlege: erősödő területi eltérések vs. regionális kiegyenlítődés. In: Táj, környezet és társadalom. SZTE, Szeged, 2006. pp 529-540.
115. Ogwang T. A Convenient Method of Computing the Gini Index and its Standard Error. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 2000;62:123-129.
116. Orosz E. The Hungarian country profile: inequalities in health and health care in Hungary. *Soc Sci Med* 1990;31:847-857.
117. Orosz E. Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái, Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2004.
118. Országgyűlési határozat a területfejlesztési támogatások és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszeréről 24/2001 (IV. 20.)
119. Országgyűlés határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 46/2003. (IV.16.)
120. Oshio T, Kobayashi M. Income inequality, area-level poverty, perceived aversion to inequality, and self-rated health in Japan. *Social Science & Medicine* 2009;69:317-326.
121. Petersen S, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R and Gray A European cardiovascular disease statistics. British Heart Foundation, London, 2005.
122. Pikó B. 1998: Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég*, 1998. 11. 94–108.
123. Polonsky J, Balabanova D, McPake B, Poletti T, Vyas S, Ghazaryan O, Yanni MK. Equity in community health insurance schemes: evidence and lessons from Armenia. *Health Policy Plan* 2009;czp001.
124. Poulou T, Elliott SJ. Individual and socio-environmental determinants of overweight and obesity in Urban Canada. *Health & Place* 2010;16:389-398.
125. Ronzio CR, Pamuk E, Squires GD. The politics of preventable deaths: local spending, income inequality, and premature mortality in US cities. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:175-179.
126. Sándor J. A halandóság területi és egyéb társadalmi-gazdasági különbségeinek elemzése, meghatározó tényezők. In: Bakacs M, Vitrai J (szerk.), Népegészségügyi Jelentés 2004. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Nepegeszsegugyi%20Jelentes%202004.pdf>
127. Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *J Public Health* 2005;27:49-54.

128. Skrabski Á. A társadalmi tőke és a középkorú halálozás összefüggései. *Demográfia* 2003;46:95-103.
129. Skrabski Á, Kopp M, Kawachi I. Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:340-345.
130. Snijders T, Bosker J. Multilevel Analysis, Thousand Oaks, CA:Sage, 1999.
131. Stafford M, Cummins S, Ellaway A, Sacker A, Wiggins RD, Macintyre S. Pathways to obesity: Identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet. *Social Science & Medicine* 2007;65:1882-1897.
132. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
133. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med* 2007;64:1355-1362.
134. Starfield B, Birn A. Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:1038-1041.
135. Stockdale SE, Wells KB, Tang L, Belin T, Zhang L, Sherbourne CD. The importance of social context: Neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. *Social Science & Medicine* 2007;65:1867-1881.
136. Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology: Population health policy: issues and options, Senate Subcommittee on Population Health, Canada, 2008.
137. Subramanian SV, Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Krieger N. Racial Disparities in Context: A Multilevel Analysis of Neighborhood Variations in Poverty and Excess Mortality Among Black Populations in Massachusetts. *Am J Public Health* 2005;95:260-265.
138. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:844-848.
139. Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place* 2006;12:141-156.
140. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *J Urban Health* 2002;79:S21-S34.
141. Subramanyam M, Kawachi I, Berkman L, Subramanian SV. Relative deprivation in income and self-rated health in the United States. *Soc Sci Med* 2009;69:327-334.
142. Sun X, Rehnberg C, Meng Q. How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities. *International Journal for Equity in Health* 2009;8:2.
143. Susánszky É, Szántó Zs. Egészségi állapot: kilábalás és növekvő egyenlőtlenség, Fejlesztéspolitikai Helyzetértékelő Tanulmányok, TÁRKI, Budapest, 2005.
144. Széles Gy. Egészségügyi ellátás igénybevétele. In: Boros J, Németh R, Vitrai J (szerk.), Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/kutatasi_jelentes_OLEF2000.pdf
145. Tahin T, Jeges S, Lampek K. Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 2000;1:70-93.
146. Takács E, Szaszko D, Belicza É, Boncz I. Az OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevételeinek területi egyenlőtlenségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 2006;5:15-22.
147. Theodossiou I, Zangelidis A. The social gradient in health: The effect of absolute income and subjective social status assessment on the individual's health in Europe. *Economics & Human Biology* 2009;7:229-237.
148. Tubeuf S. Income-related health inequalities in France in 2004: Decomposition and explanations. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2009;57:e34-e43.

149. Van der Wilk E, Melse J, Den Broeder J, Achterberg P. Learning from our Neighbours. Cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth, screening, RIVM Report, RIVM - Centre for Public Health Status and Forecasting, Bilthoven, 2008.
150. Vargáné Hajdú P, Boján F. A családi állapot szerepe az idő előtti halandóság alakulásában. *Lege Artis Medicinae* 1994;4:530-535.
151. Vitrai J, Vokó Z. Egészségmodell. In: Bakacs M, Vitrai J (szerk.), Népegészségügyi jelentés 2004. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Nepegeszsegugyi%20Jelentes%202004.pdf>
152. Vitrai J. Hogyan ítéli meg a magyar lakosság az egészségügyi ellátás körülményeit? A Cseh Köztársaság, Horvátország, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia egészségügyi rendszerének nem-orvosi teljesítményéről, az Egészségügyi Világszervezet számára készített jelentés döntéshozói összefoglalója, TÁRKI, Budapest, 2007.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/WHO_jelentes.pdf
153. Vitrai J, Hermann D, Kaposvári Cs, Kabos S, Löw A, Várhalmi Z. Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez, EgészségMonitor, Budapest, 2008.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf>
154. Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevétele egyenlőtlenségei Magyarországon, EgészségMonitor, Budapest, 2009a.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf
155. Vitrai J, Füzesi Z, Kaposvári Cs, Kapócs G, Rácz J, Sinkó E. Itt halnod kell? *Lege Artis Medicinae* 2009b;19:462-465.
156. Vitrai J. Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz. In: Bodrogi J (szerk.), A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.
157. Vitrai J, Bakacs M, Juhász A, Kaposvári Cs, Nagy Cs. Jelentés egy egészségben elmaradott országból... Egészségjelentés 2010, EgészségMonitor, Budapest, 2010.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Egeszsegjelentes_2010.pdf
158. Vokó Z, Nagyjánosi L, Kaló Z: A cukorbetegség közvetlen egészségügyi költségei Magyarországon. *LAM* 2009a;19(12):775-780
159. Vokó Z, Csépe P, Németh R, Kósa K, Kósa Zs, Széles Gy, Ádány R. Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *J Epidemiol Community Health* 2009b;63:455-460.
160. Wagstaff A, van Doorslaer E. Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 2000;21:543-567.
161. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, Gerdtham UG, Gerfin M, Gross L, Hakinnen U, Johnson P, John J, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Peran E, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Rodriguez M, Schellhorn M, Winkelhake O. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 1999;18:263-290.
162. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:473-478.
163. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Routledge, London, 1996
164. Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Social Science & Medicine* 2007;65:1965-1978.
165. Wong IOL, Cowling BJ, Lo SV, Leung GM. A multilevel analysis of the effects of neighbourhood income inequality on individual self-rated health in Hong Kong. *Social Science & Medicine* 2009;68:124-132.

166. Zatoński W, Mańczuk M, Sulkowska U, HEM Workinggroup. Az egészség területén fennálló egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban. Országjelentés: Magyarország, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Varsó, 2008.
167. Zimmerman FJ. A commentary on "Neo-materialist theory and the temporal relationship between income inequality and longevity change". *Social Science & Medicine* 2008;66:1882-1894.

8. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK ÉS ELŐADÁSOK

Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények és előadások az alábbi listákban szürke háttérrel jelöltek.

8.1. KÖZLEMÉNYEK

1. Czobor P, **Vitrai J**, Bucsy Gy. Komplex elektrofiziológiai laboratórium koncepció-tervezete. *Kórház és Röntgentechnika* 1980;2:40–46.
2. Marosfi S, Czobor P, **Vitrai J**, Tóth I. Elektrofiziológiai módszerek jelentősége a sclerosis multiplex diagnózisában. In: *Sclerosis Multiplex*, Juhász P (szerk.) Akadémiai Kiadó, Budapest, 1980. pp 114–134.
3. **Vitrai J**, Czobor P, Marosfi S, L' Auné Gy. A study of periodicity and structure of EEG complexes in a case of SSPE. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1980;50:111–118.
4. **Vitrai J**, Czobor P, Marosfi S, Nagypál T, Rácz, J. Egyszerű számítógépes módszer epilepsziás tüsketevékenység felismerésére. *Ideggyógyászati Szemle* 1981;34:515–526.
5. Ungvári G, Bitter I, Czobor P, **Vitrai J**, Pethő B.: Zur rolle der neuroleptischen Hochdosis–Therapie und des Elektroschocks bei der Behandlung der akuten Phase von Schizophrenien. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1981;33:458–463.
6. Czobor P, **Vitrai J**, Simon G, Ivanyos G, Varga L, Marosfi S. Különböző principal komponens analízis modellek kiváltott potenciál adatokra. In: *Számítógépes és Kibernetikus Módszerek az Orvostudományban*. Györi I, Kanyár B (szerk.) , Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982. pp 273–277.
7. **Vitrai J**, Czobor P, Simon G, Varga L, Marosfi S. Kanonikus komponens analízis: adatredukciós módszer a kiváltott potenciálok osztályozására. In: *Számítógépes és Kibernetikus Módszerek az Orvostudományban*. Györi I, Kanyár B (szerk.) Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982. pp.278–287.
8. Follmann P, Kerényi Á, **Vitrai J**, Czobor P, Marosfi S. Assessment of optic nerve function by visual evoked potential recordings in the diagnosis of glaucoma. In: *Doc. Ophthal. Proc. Series*, Heckenlively JR, van Lith GHM, Lawwilt T (eds.), Dr.W. Junk Publishers, Dordrecht/Boston/Lancaster, 1984. pp 265–271.
9. **Vitrai J**, Czobor P, Simon G, Varga L, Marosfi S. Beyond principal component analysis: canonical component analysis for data reduction in classification of EPs. *Int J Bio–Med Comp* 1984;15:93–111.
10. Gierow W, Cammann R, **Vitrai J**, Czobor P. Statistische Analysen visuell evozierter Potentiale bei frühkindlich hierngeschädigten Kindern und einer Kontrollgruppe. *Z Psychol* 1985;193:339–345.
11. Magyar I, Rajna P, Czobor P, **Vitrai J**. Az EEG jelentősége a pszichiátriai diagnózisban. *Orvosképzés* 1987;62:435–448.
12. Rajna P, Veres J, **Vitrai J**. A phenitoin (Diphedan) helye az antiepileptikus terápiás rezsimben. *Gyógyszereink* 1990;11:206–211.
13. Rajna P, **Vitrai J**, Szegedi N. Alkalmos-e a spektrális EEG elemzés a demenciák elkülönítésére. *Clin Neuosci/Ideggy Szle* 1992;45(1–2):23–30.
14. **Vitrai J**, Czobor P. Portré Michael Kohnról. *Tudomány* 1992. (november):77–79.
15. Czobor P, **Vitrai J**. Gyakori hibák a pszichiátriai vizsgálatok elemzésekor és közlésekor. *Psychiatria Hungarica* 1993;8:1–13.
16. Czobor P, **Vitrai J**. Statisztikai módszertani ajánlások a Psychiatria Hungarica számára. *Psychiatria Hungarica* 1993;8:15–22.

17. Ladds B, Convit A, Zito JM, **Vitrai J**. Medication of patients who are incompetent to stand trial: a descriptive study of the New York experience with judicial review. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 1993;21:529–545.
18. Ladds B, Convit A, Zito JM, **Vitrai J**. The disposition of criminal charges after involuntary medication to restore competency to stand trial. *Journal of Forensic Sciences* 1993;38:1142–1459.
19. **Vitrai J**, Czobor P. Módszertani levél. Regresszió az átlaghoz, avagy miért igaz az, hogy az okosabbak gyerekei várhatóan butábbak szüleiknél? *Psychiatria Hungarica* 1993;8:119–24.
20. Volavka J, Zito JM, **Vitrai J**, Czobor P. Clozapine effects on hostility and aggression in schizophrenia. *J Clin Psychopharm* 1993;13:287–289.
21. Zito JM, **Vitrai J**. Toward a therapeutic jurisprudence analysis of medication refusal in the court review model. *Behav Sci Law* 1993;11:151–163.
22. Zito JM, Volavka J, Craig TJ, Czobor P, Banks S, **Vitrai J**. Pharmacoeconomics of clozapine in 202 inpatients with schizophrenia. *Ann of Pharmacotherapy* 1993;27:1262–1269.
23. **Vitrai J** és Czobor P. Betegszám a vizsgálatokban. *Psychiatria Hungarica* 1994;9:197–202.
24. **Vitrai J**, Bitter I, Czobor P. Placebó: az orvostudomány kulcskérdése. Bevezető gondolatok a Magyar Neuropszichofarmakológiai Egyesület (HCNP) 'Placebó' konferenciájához. *Psychiatria Hungarica* 1994;9:287–290.
25. **Vitrai J**, Bitter I, Czobor P. Placebó. Az orvostudomány próbaköve. Interdiszciplináris áttekintés. *Gyógyszereink* 1995;45:83–93.
26. Volavka J, Mohammad Y, **Vitrai J**, Connolly M, Stefanovic M, Ford M. Characteristics of state hospital patients arrested for offenses committed during hospitalization. *Psychiatric Services* 1995;46:796–800.
27. Agárdi T, Bartkó Gy, **Vitrai J**. Depressziós betegek grafometriás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica* 1996;11:167–177.
28. Barcs G, **Vitrai J**, Halász P. Rövidtávú memóriateljesítmények többszemponú megközelítése epilepsziások két diagnosztikai csoportjában. *Clin Neuosci/Ideggy Szle* 1996;49:96–103.
29. Chou JC, Zito JM, **Vitrai J**, Craig TJ, Allingham BH, Czobor P. Use of Neuroleptics in acute mania: a pharmacoepidemiologic study. *Ann Pharmacotherapy* 1996;30:1396–8.
30. **Vitrai J**, Czobor P. Tanulmány az Orvosi Hetilap közleményeinek statisztikai színvonaláról. *Orvosi Hetilap* 1996;137:465–472.
31. **Vitrai J**. Tesztek eredményeinek összevetése. *Psychiatria Hungarica* 1996;11:137–146.
32. Zito JM, **Vitrai J**, Craig TJ. Toward a therapeutic jurisprudence analysis of medication refusal in the court review model. In: Wexler DB, Winick BJ (eds.) *Law in a Therapeutic Key*. Carolina Academic Press, Durham, North Carolina, 1996, pp 935–948.
33. Agárdi T, Bartkó Gy, **Vitrai J**, Simon L. Szkizofrén betegek kézírásának vizsgálata. *Psychiatria Hungarica* 1997;12:603–610.
34. Barcs G, **Vitrai J**, Halász P. Investigation of vehicle driving ability in two diagnostic groups of epileptic patients with special neurophysiological approach. *Med Law* 1997;16(2):277–287.
35. Tariska P, Klein, V, Pánczél G, **Vitrai J**, Knolmayer, J, Mészáros Á, Urbanics K, Kiss É. Vascular disease risk factors and findings in patients with Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1997;(25):237–243.
36. Vizi J, Arató M, **Vitrai J**, Somogyi A. A Floxet (EGIS) és egy referencia fluoxetin kapszula összehasonlító klinikai vizsgálata depressziós betegeken (előzetes elemzés). *Háziorvos Továbbképző Szemle* 1997;2(2):187–190.
37. Balázs J, Bitter I, Hideg K, **Vitrai J**. A M.I.N.I. és a M.I.N.I. PLUSZ kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica* 1998;13:160–168.

38. Carpenter WT, Zito JM, **Vitrai J**, Volavka J. Hypothesis testing: Is clozapine's superior efficacy dependent on moderate D2 receptor occupancy? *Biol Psychiatry* 1998;43:79–83.
39. Janka Z, Lux E, **Vitrai J**. Szexuális diszfunkció előfordulása antidepresszívummal kezelt kedélybetegek körében hazai populációban. *Psychiatria Hungarica* 1998;13:5-17.
40. Szádóczy E, Papp Zs, **Vitrai J**, Rihmer Z, Füredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders* 1998;50:153–162.
41. **Vitrai J**, Vizi J. Pszichiátriai epidemiológia. In: Magyar Pszichiátriai Kézikönyve, (szerk.), Füredi J, Buda B, Németh A, Tariska P. Medicina, Budapest, 1998. pp 53–72.
42. **Vitrai J**, Bitter I. A pszichiátriai kutatások módszertana. In: Magyar Pszichiátriai Kézikönyve, (szerk.), Füredi J, Buda B, Németh A, Tariska P. Medicina, Budapest. 1998. pp 753–768.
43. **Vitrai J**, Bitter I: Pszichiátriai kutatás, biostatisztika, becslőskálák. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (szerk.) : A pszichiátria magyar kézikönyve. Második, bővített kiadás. Medicina, Budapest, 2001. pp 909-918 (3. kiadás, 2003, pp 909-918).
44. Janszky J, Halász P, **Vitrai J**, Rásonyi G, Barsi P. Hippocampal damage and the onset of epilepsy [letter]. *Neurology* 1999;52 (8):1718-1720.
45. Vokó Z, Vitrai J, Ursicz G, Lépes P. Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. *Népegészségügy* 1999;1:28–33.
46. Aszalós Zs, Barsi P, **Vitrai J**, Nagy Z. A leukoaraiózis jelentősége agyi érbetegségeknek. *Clin Neurosci/Idégy Szle* 2000;53:376-381.
47. Bitter I, Hoffer G, **Vitrai J**, Porkoláb L, Alföldi P, Magyar Költségeket Feltáró és Vizsgáló Kutatócsoport. A haloperidol és az olanzapin költség hatékonyságának elemzése Markov-modellezéssel magyar viszonyok között. *Psychiatria Hungarica* 2000;15:18-30.
48. Szádóczy E, Papp Zs, **Vitrai J**, Füredi J. A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt lakosság körében. *Orvosi Hetilap* 2000;141:17-22.
49. Szádóczy E, Rihmer Z, Papp Zs, **Vitrai J**, Füredi J. Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív alapján. *Psychiatria Hungarica* 2000;15:127-133.
50. Szádóczy E, **Vitrai J**, Rihmer Z, Füredi J. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2000;15:343-7.
51. Vizi J, **Vitrai J**, Hoffer G. Szkizofrénia risperidon és olanzapin kezelésének költség hatékonysági vizsgálata. *Tényeken Alapuló Orvoslás* 2000;3:58-67.
52. Zsombók T, Berghammer R, **Vitrai J**. Mozgásprogram szerepe a krónikus fejfájós (migrén, tenziós) páciensek kezelésében. *Sportorvosi Szemle* 2000;4:245-251.
53. Horvát-Karajz K, Karoliny A, **Vitrai J**, Sréter L, Németh J. A mortalitás, motiváció és egészségnevelés összefüggései az emlőrák korai diagnózisával. *Egészségnevelés* 2000;41:10-12.
54. Boros J, Grajczar I, Széles Gy, Vitrai J, Vizi J, Vokó Z. Preliminary Report of the National Health Interview Survey 2000. Egészségfejlesztési Kutatóintézet, Budapest, 2001.
55. Boros J, Grajczar I, Széles Gy, **Vitrai J**, Vizi J, Vokó Z. Report of the National Health Interview Survey 2000: Basic estimates on health status, health behavior and health care utilization. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2001.
56. Aszalós Zs, Barsi P, **Vitrai J**, Nagy Z. A stroke korai halálozását és ismételt stroke kialakulását meghatározó tényezők. *Orvosi Hetilap* 2001;142:715-721.
57. Jekkel É, Tringer L, **Vitrai J**. Diszfunkcionális attitűdök a szuicidum hátterében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2001;3:30-34.
58. Osváth P, Fekete S, **Vitrai J**. Szexuális zavarok gyakorisága antidepresszív kezelés során – multicentrikus retrospektív felmérés első eredményei. *Psychiatria Hungarica* 2001;16:621-631.
59. Péterfai É, Pálfi S, **Vitrai J**, a BRLP-42 vizsgálat centrumai, Kurucz I, Korányi L. Újabb lehetőség a diabeteszes nephropathia kezelésére. Beszámoló a hőskkféherje-koindukáló BRLP-42-vel

- (bimoclolomol) végzett, hat hónapos, kettős vak, randomizált, fázis II/a klinikai vizsgálatról. *Diabet Hung* 2001;9:81–84.
60. Vitrai J: Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000. Összefoglaló jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/kutatasi_jelentes_OLEF2000.pdf
61. Aszalós Z, Barsi P, **Vitrai J**, Nagy Z. Hypertension and clusters of risk factors in different stroke subtypes (an analysis of Hungarian patients via Budapest Stroke Data Bank). *J Hum Hypertens* 2002;16(7):495-500.
62. Jekkel É, Tringer L, **Vitrai J**. Diszfunkcionális attitűdök és az öngyilkosság. *Psychiatria Hungarica* 2002;17:287-297.
63. Boros J, Németh R, Vitrai J. (szerk.) Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000. Kutatási Jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002.
64. Szűcs A, **Vitrai J**, Janszky J, Migléczi Gy, Halász P, Nagy Z. Alvási apnoe szindróma akut ischaemiás agyi inzultusban és agyvérzésben. *Agyérbetegségek* 2002;8:2-5.
65. Szűcs A, **Vitrai J**, Janszky J, Migléczi G, Bodizs R, Halász P. Pathological sleep apnoea frequency remains permanent in ischaemic stroke and it is transient in haemorrhagic stroke. *Eur Neurol* 2002;47:15-9.
66. Osváth P, Fekete S, **Vitrai J**. A szexuális zavarok felismerésének és kezelésének problémái antidepresszív kezelés során – hazai multicentrikus, retrospektív felmérés eredményei. *Neuropszichopharm Hung* 2002;IV/2: 99-104.
67. Vitrai J, Vokó Z. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés. *Orvostovábbképző Szemle* 2002;7:12-17.
68. Vitrai J, Vokó Z. Egy korszerű szemléleten alapuló egészségmodell. *Családorvosi Fórum* 2002;10:39-41.
69. Szádóczky E, Rihmer Z, Papp Zs, **Vitrai J**, Füredi J. Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *Int J Psychiat Clin* 2002;6:31-37.
70. Bartkó Gy, Kanka A, **Vitrai J**, Vizi J, Fehér L, Pungor K. Antipszichotikus Kezelés Hazai Költségeit Vizsgáló Szakértő Csoport: A haloperidol és a risperidon összehasonlító költséghatékonysági vizsgálata Markov-modellezéssel hazai viszonyok között *Psychiatria Hungarica* 2002;17:499-520.
71. Aszalós Z, Barsi P, **Vitrai J**, Nagy Z. Lateralization as a factor in the prognosis of middle cerebral artery territorial infarct. *Eur Neurol* 2002;48:141-145.
72. Zsombok T, Juhász G, Budavári Á, **Vitrai J**, Bagdy Gy. Effect of autogen training on drug consumption in patients with primary headache: an 8-month follow-up study. *Headache* 2003;43:251-257.
73. Borsos K, Vitrai J, Boros J, Németh R, Vizi J, Országh S. A felnőtt lakosság egészségügyi kiadásai a 2000. évi országos felmérés adatai alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2003;41:25-33.
74. Osváth P, Fekete S, Vörös V, **Vitrai J**. Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants—a Hungarian retrospective study. *European Psychiatry* 2003; 18:412-4.
75. Juhász G, Zsombok T, Módos EA, Olajos S, Jakab B, Németh J, Szolcsányi J, **Vitrai J**, Bagdy Gy. NO-induced migraine attack: strong increase in plasma calcitonin gene-related peptide (CGRP) concentration and negative correlation with platelet serotonin release. *Pain* 2003;106:461-70.
76. Bakacs M, Vitrai J: Népegészségügyi Gyorsjelentés 2003. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/NepegeszsegugyiGyorsjelentés2003.pdf>
77. Bakacs M, Vitrai J National public health update 2003. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/NatPublicHealthUpdate2003.pdf>

78. Boros J, Csizmadia P, Hermann D, Kéki Zs, Kiss G, Németh R, Ország S, Vitrai J, Vizi J, Zakariás I: Összefoglaló Jelentés OLEF2003. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/NatPublicHealthUpdate2003.pdf>
79. **Vitrai J:** Összefoglaló a világ lakosságának egészségéről. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Osszefoglalo_%20a_%20vilag_lakossaganak_egeszsegerol2003.pdf
80. Vitrai J, Bakacs M, Hermann D, Kabos S, Németh R: Előrejelzés az egészségügyi ellátás igénybevételeire 2021-ig. Gyorsjelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/ElorejelzesEllatasTervezeséhez.pdf>
81. Vitrai J, Vokó Z. Egészségmodell. In: Bakacs M, Vitrai J (szerk.): Népegészségügyi Jelentés 2004. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Nepegeszsegujy%20Jelentes%202004.pdf>
82. Bakacs M, Vitrai J (szerk.): Népegészségügyi Jelentés 2004. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Nepegeszsegujy%20Jelentes%202004.pdf>
83. **Vitrai J,** Kaposvari Cs, Bakacs M, Kiss B, Vizi J: The Hungarian Health Information System. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004.
84. Vitrai J (szerk.). Hogyan segíti az ország versenyképességének javítását az egészségügy fejlesztése? Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2004. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/EgeszsegujyFejlesztések_Versenykepesség.pdf
85. Rodler I, Bíró L, Greiner E, Zajkás G, Szórád I, Varga A, Domonkos A, Ágoston H, Balázs A, Mozsáry E, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Zs. Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003–2004. Orvosi Hetilap 2005;146:1781-1789.
86. Zsombok T, Juhász G, Gonda X, **Vitrai J,** Bagdy Gy. Kognitív- és szimbólumterápiás elemekkel módosított autogén tréning hatása az elsődleges fejfájós betegek kezelésére. *Psychiatria Hungarica* 2005;20:25-34.
87. Vitrai J (szerk.). Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2005. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/EgeszsegujyFejlesztéspolitikaiKonceptio.pdf>
88. Vitrai J, Mihalicza P. Egészségi állapot. In: Kolosi T, Tóth IGy, Vukovich Gy (szerk.) Társadalmi Riport 2006. TÁRKI, Budapest, 2006.
89. **Vitrai J,** Hermann D, Vizi J, Csaba I. Valójában mennyi közpénzt költünk Magyarországon gyógyszerre? *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 2006;5:5-10.
90. Bíró L, Zajkás G, Greiner E, Szórád I, Varga A, Domonkos A, Ágoston H, Balázs A, Mozsáry E, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Zs, Martos É. Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003–2004. Mikro-tápanyagok: ásványi sók. Orvosi Hetilap 2007;148:703-708.
91. Deckovic-Vukres V, Hrkál J, Németh R, Vitrai J, Zach H. Inequalities in Health System Responsiveness. Joint World Health Survey Report Based on Data from Selected Central European Countries. Vitrai J (szerk.) WHO/EURO, Koppenhága, 2007. <http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/JointReport.pdf>
92. Vitrai J. Hogyan ítéli meg a magyar lakosság az egészségügyi ellátás körülményeit? A Cseh Köztársaság, Horvátország, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia egészségügyi rendszerének nem-orvosi teljesítményéről, az Egészségügyi Világszervezet számára készített jelentés döntéshozói összefoglalója. TÁRKI, Budapest, 2007. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/WHO_jelentes.pdf
93. Zajkás G, Bíró L, Greiner E, Szórád I, Ágoston H, Balázs A, Vitrai J, Hermann D, Boros J, Németh R, Kéki Zs, Martos É. Táplálkozási vizsgálat Magyarországon, 2003–2004. Mikro-tápanyagok: vitaminok. Orvosi Hetilap 2007;148:1593-1600.
94. **Vitrai J:** A 2007/8-as magyarországi szezonális influenza járvány becsült társadalmi költsége. EgészségMonitor, Budapest, 2008. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Influenza_koltsege.pdf
95. Bakacs M, Vitrai J. Hogyan befolyásolják a térségi társadalmi-gazdasági különbségek a halandóságot? Irodalmi áttekintés. Orvosi Hetilap 2008;28:1317-1321.

96. Vitrai J. A magyar egészségügy tiszta Amerika? Az OECD szerint pocskókol, de nem pazarol a magyar egészségügy. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2008;8:5-7.
97. Bakacs M, Vitrai J, Várhalmi Z, Kaposvári Cs, Herrman D, Kabos S, Löw A. A halandóságot befolyásoló egyéni biológiai és társadalmi-gazdasági tényezők hatásrendszerének vizsgálata. Orvosi Hetilap 2008;50:2371–2376.
98. Vitrai J, Hermann D, Kaposvári Cs, Németh R. Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés, HODEF2008. EgészségMonitor, Budapest, 2008.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/HODEF_jelentes.pdf
99. Vitrai J, Hermann D, Kabos S, Kaposvári Cs, Löw A, Páthy Á, Várhalmi Z. Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. EgészségMonitor, Budapest, 2008.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf>
100. **Vitrai J**, Busa Cs, Füzesi Zs, Busa Cs, Szilágyi J. Tanulmány a „Nemzeti drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről. EgészségMonitor, Budapest, 2009.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Tanulmany%20a%20drogstrategia%20ertekelesehez.pdf>
101. **Vitrai J**, Tistyán L. Összefoglaló az „Alkoholstratégia és -politika 2009” című stratégiai dokumentum egészséggel kapcsolatos szempontok szerinti feltérképezéséről, szűréséről. EgészségMonitor, Budapest, 2009. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/AlkoholStratEHV_vegleges.pdf
102. Vitrai J, Füzesi Zs, Kaposvári Cs, Kapócs G, Rácz J, Sinkó E: Itt halnod kell? Lege Artis Med 2009;19:462–465.
103. Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételeének egyenlőtlenségei Magyarországon. EgészségMonitor, Budapest, 2009.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Ignybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf
104. **Vitrai J**, Busa Cs, Füzesi Zs, Kesztyüs M, Szilágyi J, Tistyán L. Tanulmány az „Elterelés hatássosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. EgészségMonitor, Budapest, 2009.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/eltereleskutatas_vegleges.pdf
105. Vitrai J. A budapesti lakosság egészségének előrejelzése 2025-ig. EgészségMonitor, Budapest, 2009. http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/BP_egeszsegelorejelzes.pdf
106. Vitrai J, Füzesi Zs, Kaposvári Cs, Kapócs G, Rácz J, Sinkó E. „Tenéked magyarázzam?” Válasz Bondár Évának. Lege Artis Med 2010;20:65–68.
107. Vitrai J, Bakacs M, Juhász A, Kaposvári Cs, Nagy Cs. „Jelentés egy egészségben elmaradott országból...” Egészségjelentés 2010. EgészségMonitor, Budapest, 2010.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Egeszsegjelentes_2010.pdf
108. Vitrai J, Bakacs M, Juhász A, Kaposvári Cs, Nagy Cs. Jelentés egy egészségben elmaradott országból... Egészségjelentés – 2010 – összefoglaló. Lege Artis Med 2010;20:217–221.
109. **Vitrai J.** (szerk.): Büntetés helyett. A büntető eljárás alternatívájaként működő elterelés értékelése. L'Harmattan, Budapest, 2010.
110. Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételeének egyenlőtlenségei Magyarországon. Lege Artis Med 2010;20:527–532.
111. Vitrai J. Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz. In: Bodrogi J (szerk.) A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.
112. Vitrai J. The sick man of Europe? Public Service Review: Science and Technology 2010;8:220-221.
113. **Vitrai J**, Kiss N, Kriston Vízi G. A magyar egészségügyi szektorban jelenleg használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. EgészségMonitor, Budapest, 2010.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Egeszsegugyi_szolgaltatasok_tervezese.pdf
114. Uzzoli A, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Vitrai J. Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei. Comitatus. 2010;95:27-35.

115. **Vitrai J.** Különböző módszerekkel nyert kábítószer-problémára vonatkozó adatok eltérésének értékelése, értelmezése. EgészségMonitor, Budapest, 2010.
http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Kevertm%C3%B3dszer_Vitrai.ppt
116. Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. EgészségMonitor, Budapest, 2011.
<http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Hozzaferes%20egyenlotlensege.pdf>
117. Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2011;2:12-16.
118. Vitrai J, Füzesi Zs, Kriszbacher I. Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők. Egészség Akadémia, 2011;1:48-56.
119. Vitrai J. Milyen a magyar népesség egészsége? In: Helyzetkép a népesség egészségi állapotáról. Andorka konferencia. (szerk.) Mészáros J, Harcsa I. Gondolat, Budapest, 2011; pp. 9-24.
120. Vitrai J. Milyen a magyar népesség egészsége? In: Helyzetkép a népesség egészségi állapotáról. Andorka konferencia. (szerk.) Mészáros J, Harcsa I. Gondolat, Budapest, 2011; pp. 25-34

A 2011. március 25.-én összesített idézettség **423**, az impaktfaktor **33,88** volt.

8.2. ELŐADÁSOK

1. Vitrai J, Boros J, Grajczar I, Németh R, Országh S, Széles Gy, Vizi J, Vokó Z. Az OLEF2000 tervezésének és megvalósításának tapasztalatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság X. Nagygyűlése, Gyula, 2001. április 26-28.
2. Vokó Z, Vitrai J. Az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 (OLEF2000) tervezésekor alkalmazott egészségmodell. Népegészségügyi Tudományos Társaság X. Nagygyűlése, Gyula, 2001. április 26-28.
3. Vokó Z, Széles Gy, **Vitrai J**, Ádány R. The Impact of Public Health Training on Population Health and Health Policy. XXIII ASPHER Annual Conference, Hortobágy, 2001. szeptember 22-25.
4. Vitrai J. Célkitűzések, egészségfelmérés. Országos Egészségstatisztikai Fórum, Budapest, 2001. október 29-30.
5. Vizi J, Borsos K, Németh R, Boros J, Grajczar I, Országh S, Széles Gy, **Vitrai J**, Vokó Z. Az egészség-problémák költségei. Népegészségügyi Tudományos Társaság XI. Nagygyűlése, Nyíregyháza, 2002. április 11-12.
6. Vitrai J. Az egészségmonitorozás várható fejlődési irányai. II. Országos Egészségstatisztikai Fórum, Budapest, 2002. május 12.
7. Zsámbokiné Bakacs M, Vitrai J, Kaposvári Cs. Az Egészségmonitorozási Hálózat létrehozásának jelentősége és aktualitásai. Népegészségügyi Tudományos Társaság XII. Nagygyűlése, Hévíz, 2003. április 24-26.
8. Vitrai J, Országh S, Boros J, Kaposvári Cs. Magyar Egészségadattár: Hogyan tovább. Népegészségügyi Tudományos Társaság XII. Nagygyűlésére, Hévíz, 2003. április 24-26.
9. Zsámbokiné Bakacs M, Vitrai J, Kaposvári Cs. Egységes éves jelentés? Egészségjelentés itthon és Európában. Népegészségügyi Tudományos Társaság XII. Nagygyűlésére, Hévíz, 2003. április 24-26.
10. **Vitrai J.** Experiences on policy-driven selection of health indicators. Should the measurement tools be developed after agreeing on common outputs (indicators) or should indicators be developed considering the feasibility and availability of measures. Joint

- UNECE/WHO/EUROSTAT Meeting on the Measurement of Health Status, Genf, 2004. május 24-26.
11. **Vitrai J.** A Föld lakosságának egészsége. Népegészségügyi Tudományos Társaság XIII. Nagygyűlés, Szekszárd, 2004. május 6-8.
 12. **Vitrai J., Vokó Z.** Effect of Accession on Health Monitoring System in Hungary. 3rd Annual APHO Conference & 3rd Annual Conference of European Public Health Observatories, Durham, 2004. július 8-9.
 13. Vitrai J. A megromlott egészség társadalmi terheinek monitorozása. Magyar Tudomány Napja, Budapest, 2006. november 16.
 14. Vitrai J. Egyenlőtlenségek az egészségügyi rendszerek teljesítményében néhány európai országban a Világ Egészségfelmérés adatai alapján. VI. Egészséginformációs Fórum, Budapest, 2007. május 23-24.
 15. **Vitrai J.** Egészség, információ, rendszer. VI. Egészséginformációs Fórum, Budapest, 2007. május 23-24.
 16. Vitrai J, Bakacs M. Fordulópontok az utóbbi 50 év korcsoportos halandóságában — összehasonlító trendelemzések. Népegészségügyi Tudományos Társaság XVI. Nagygyűlés, Pécs, 2008. április 17-19.
 17. Vitrai J, Hermann D, Kaposvári Cs, Németh R. Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés, HODEF2008. Konferencia a Hódmezővásárhelyi Egészségfelmérésről, Hódmezővásárhely, 2008. november 20.
 18. Vitrai J. Health inequity in Hungary. Regional Roma Health Intelligence Center, Country Coordinators' Workshop, Budapest, 2009. június 26-27.
 19. Vitrai J, Kaposvári Cs. How to peel the onion of the Roma's health inequalities. What are behind the inequalities concerning the Roma people's health. International Conference on Roma Health Program, Kosice, 2009. szeptember 11-12.
 20. Vitrai J, Németh R, Bakacs M, Kaposvári Cs. Az egészségügyi ellátás igénybevételében jelentkező, szükségletre korrigált egyenlőtlenségek többszintű elemzése. I. rész: Háttér, módszerek. Magyar Higiénikusok Társasága XXXIX. Vándorgyűlése, Balatonvilágos, 2009. október 6-8.
 21. Bakacs M, Vitrai J, Németh R, Kaposvári Cs. Az egészségügyi ellátás igénybevételében jelentkező, szükségletre korrigált egyenlőtlenségek többszintű elemzése. II. rész: Eredmények, következtetések. Magyar Higiénikusok Társasága XXXIX. Vándorgyűlése, Balatonvilágos, 2009. október 6-8.
 22. **Vitrai J,** Busa Cs, Füzesi Zs, Kesztyűs M, Szilágyi J, Tistyán L. Az „Elterelés hatásosságának vizsgálata” című komplex kutatás bemutatása. A Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa, Siófok, 2009. november 19-21.
 23. Busa Cs, Füzesi Zs, Kesztyűs M, Szilágyi J, Tistyán L, **Vitrai J.** Az elterelés intézményrendszere – áttekintés az elterelést végző intézményekről. A Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa, Siófok 2009. november 19-21.
 24. Füzesi Zs, Busa Cs, Kesztyűs M, Szilágyi J, Tistyán L, **Vitrai J.** Az eredményesség fogalma az eltereléssel kapcsolatban és az eredményességet befolyásoló tényezők az elterelés különböző szereplőinek véleménye alapján. A Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa, Siófok, 2009. november 19-21.
 25. **Vitrai J,** Busa Cs, Füzesi Zs, Kesztyűs M, Szilágyi J, Tistyán L. Változtatási javaslatok az elterelés intézményrendszerével kapcsolatban az elterelés különböző szereplői részéről. A Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa, Siófok, 2009. november 19-21.
 26. Vitrai J. Jelentés egy egészségben elmaradott országból. LAM-Klub: Betegségügy 1990-2010. Budapest, február 25.

27. Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételek egyenlőtlenségei Magyarországon. Népegészségügyi Tudományos Társaság XVIII. Nemzetközi Kongresszusa, Orosháza-Gyopárosfürdő, 2010. május 13-15.
28. Bakacs M, Vitrai J, Várhalmi Z, Kaposvári Cs, Hermann D, Kabos S, Lőw A. A halandóságot befolyásoló egyéni biológiai és társadalmi-gazdasági tényezők hatásrendszerének vizsgálata. Népegészségügyi Tudományos Társaság XVIII. Nemzetközi Kongresszusa, Orosháza-Gyopárosfürdő, 2010. május 13-15.
29. Vitrai J. Egészség-egyenlőtlenség Magyarországon. Egyenlőtlenségekről a LAM-Klubban, Budapest, 2010. május 26.
30. Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A. Egyenlőtlen esélyek szürkehályog műtétre Magyarországon. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés magyarországi egyenlőtlenségeinek kutatás 1. szakaszának eredményei. Magyar Higiénikusok Társasága IX. nemzeti Kongresszusa, Balatonvilágos, 2010. október 5-7.
31. Vitrai J. Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz. A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés című egészségügyi csúcstalálkozó, Budapest, 2010. október 14.
32. Vitrai J. A népesség egészsége és egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. "Helyzetkép a népesség egészségi állapotáról" Andorka Rudolf Műhelykonferencia, Budapest, 2010. október 26.
33. **Vitrai J.** Ellátás-tervezés az egészségügyi szektorban Magyarországon. „Kilátások az ellátásban - Tervezés és fejlesztés az addiktológiai ellátások területén” nemzetközi Konferencia, Budapest, 2010. október 28.
34. **Vitrai J**, Busa Cs, Demetrovics Zs, Füzesi Zs, Tistyán L. Az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálatban. "MÓD-SZER-TAN" Megelőző-felvilágosító Szolgáltatások Konferenciája, Budapest, 2010. december 2.
35. **Vitrai J.** Mik azok a kevert módszerek, és mire jók. "Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése" munkaértekezlet, Budapest, 2011. január 31.
36. Vitrai J, Bakacs M, Juhász A, Kaposvári Cs, Nagy Cs. Jelentés egy egészségben elmaradott országból. "Marketing, public relations és reklám az egészségügyben" XIV. Országos Konferencia, Budapest, 2011. február 17-18.
37. Vitrai J. Egészség-egyenlőtlenség Magyarországon. Fodor József emlékelőadás. Fodor József és Fenyvessy Béla Emlékgyűlés. Magyar Higiénikusok Társasága, Budapest, 2011. március 10.
38. Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. A tanulmány szakmai bemutatója. Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Kar Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont és az EgészségMonitor Kht. közös szervezés. Budapest, 2011. március 18.
39. Vitrai J, Bakacs M. Az egészségügyi ellátás igénybevételeiben mutatkozó egyenlőtlenségek elemzése az ELEF adatai alapján. Népegészségügyi Tudományos Társaság XIX. Nemzetközi Kongresszusa, Győr, 2011. április 26-27.
40. Felvinczi K, **Vitrai J**, Füzesi Zs, Tistyán L, Busa Cs. The final evaluation of Hungary's first national drug strategy (2000-2009) and the consequences of the evaluation exercise on the development of the Hungarian drug policy. Fifth Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy, Utrecht. 2011. május 23-24.

9. MELLÉKLET

9.1. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK KÜLÖNLENYOMATAI

9.2. CD AZ ÉRTEKEZÉS SZÖVEGÉVEL ÉS A KÜLÖNLENYOMATOK MÁSOLATÁVAL