

Területi tényezők az egészségyenlőtlenségben

Territorial factors in health inequality



Absztrakt

Az egészségyenlőtlenség morálisan elfogadhatatlan, gazdaságilag pedig káros. Különböző társadalmi csoportok között figyelhető meg, és számos tényező befolyásolja. Ugyanakkor a térbeliség, a területi tényezők, illetve a területi sajátosságok szintén meghatározó faktorai az egészségyenlőtlenség fennállásának. Ebből kifolyólag a területi politikának is szerepe van az egészségügyi differenciák mérséklésében, éppen annak okán, hogy területi tényezők is okozzák a különböző helyen élők egészségi állapota között megfigyelhető különbségeket. A tanulmány célja az, hogy e tényezőket feltárja, és javaslatokat fogalmazzon meg az egészségügyet célzó támogatáspolitikára a térbeliséget magában hordozó összefüggések relációjában. E célok elérése érdekében került feldolgozásra a témában fellelhető szakirodalom, amelynek során az egészségyenlőtlenség fogalmi lényege került megvilágításra, illetve az egészséget befolyásoló tényezőket rendszerező egészségmodellek bemutatása, valamint a tényezők köréből a területi aspektussal jellemezhető indikátorok számbavétele történt meg. A kutatás módszere az eddigi ismeretek szintetizálása, a térbeliség szerepének a kiemelésével a vizsgált témában. A szakirodalom feldolgozása során világossá vált, hogy az egészségyenlőtlenséget rendkívül sok tényező befolyásolja, tehát a jelenség multikauszális probléma. Végül következtetés pedig az, hogy e komplex tényezőrendszer figyelembevételével az egyes szakpolitikák beavatkozási lehetőségeit szükséges feltárni, amellyel mintegy mozaikszerű fejlesztések történhetnek meg. A tanulmány a szakpolitikák közül a területi politikát emeli ki.

Kulcsszavak: egészségyenlőtlenség, területi tényezők, regionális politika

Abstract

Health inequality is morally unacceptable and economically harmful. It can be observed among different social groups and is influenced by many factors. At the same time, spatiality, territorial factors, and territorial characteristics are also determining factors for the existence of health inequality. As a result, regional policy also has a role in mitigating health differences, precisely because regional factors also cause the differences that can be observed between the health status of people living in different places. The purpose of this study is to explore these factors and to formulate proposals for the support policy aimed at health care in relation to spatiality. In order to achieve these goals, the literature was processed, which are available on the topic, during which the conceptual essence of health inequality was highlighted, as well as the health models that systematize the factors influencing health also are in this study, and the indicators characterized by the territorial aspect from the range of factors were counted. The method was to synthesize the existing knowledge with emphasis on the role of spatiality in the examined topic. During the processing of the literature, it became clear that health inequality is influenced by an extremely large number of factors, so the phenomenon is a multicausal problem. Finally, the main conclusion is that, taking into account this complex system of factors, it is necessary to

explore the intervention possibilities of individual policies, with which mosaic-like developments can take place. The study highlights the regional policy among the policies.

Keywords: health inequality, territorial factors, regional politics

JEL kód: R10, I14, I18

BEVEZETÉS

Tanulmányunkban górcső alá kívánjuk venni azt a jelenséget, miszerint a társadalom tagjainak egészségi állapota között olyan különbségek figyelhetők meg, amelyek nem természetszerűleg, hanem társadalmilag meghatározottak. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei, mint közvetlen megfigyelési tartomány, az egészségügyi egyenlőtlenség pedig mind okozati tényező kerül a figyelmünk középpontjába. A kutatási célunk pedig az ún. egészségegyenlőtlenség mérséklési lehetőségeinek feltárása.

A társadalmi csoportok egészségi állapota között megfigyelhető különbségek következménye az ún. *egészségegyenlőtlenség*. Az egészségben jelentkező különbségeket bár számos tényező befolyásolja, ugyanakkor ezek soraiban fellelhetők területi tényezők is, vagyis a térbeliség, illetve a területi sajátosságok szintén azonosítható faktorként játszanak szerepet az egészségegyenlőtlenség morálisan elfogadhatatlan, gazdasági szempontból pedig káros fennállásában. A területi tényezők között elsődlegesen a földrajzi térségek közötti különbségek, valamint a településhierarchia különböző szintjeinek funkcióellátottság szerinti eltérései emelhetők ki, amelyek befolyásoló tényezőként játszanak szerepet az egészségegyenlőtlenség kialakulásában (Uzzoli-Pál, 2019). Ahogyan a területfejlesztési politikák kiemelt feladata a területi egyenlőtlenségek csökkentése, ugyanúgy figyelmet kell fordítani az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek mérséklésére is. Mind a területi egyenlőtlenségek, mind pedig az egészségegyenlőtlenség magában hordozzák ugyanis az *esélykülönbségek* megjelenését. Problémát jelent ugyanakkor, hogy – mint a területi különbségek esetén is –, az egészségegyenlőtlenség közvetlenül nehezen mérhető, inkább minőségi, mint mennyiségi jellemzők alkotják (Nemes Nagy, 1990).

Kvantitatív mutatók ugyanakkor rendelkezésre állnak, vagyis számos olyan számszerűsíthető adat érhető el különböző adatbázisokban, amelyekkel jellemezhető egy-egy ország vagy kisebb terület egység egészségügyi helyzete, valamint rendre készítenek olyan egészségügyi elemzéseket, amelyek nemzetközi összehasonlításokra adnak lehetőséget egészségügyi szempontból. Az indikátorok között ugyanakkor érdemes kiemelni azokat, amelyek a térbeliséghez köthetők, ugyanis – mint ahogyan Uzzoli Annamária és Pál Viktor is megfogalmazta 2019-es tanulmányukban (Uzzoli-Pál, 2019) – a térbeliség befolyásoló tényező az egészségegyenlőtlenség esetében, és ennek okán a területi beavatkozások bár közvetett módon, de mérsékelhetik az egészségi állapotban fennálló különbségeket térségenként.

Ebben az elméleti tanulmányban arra teszünk kísérletet, hogy számba vegyünk azokat az összefüggéseket, kategóriákat és mutatókat, amelyekkel jellemezhető, kimutatható a társadalmi csoportok között fennálló egészségegyenlőtlenség, és kiemeljük

azokat a területi tényezőket, amelyek a regionális politika számára beavatkozási céltreületnek vehetők. A regionális politika céljai között említhetjük meg a területi kohéziót, amelynek lényege – a tanulmány tárgya szempontjából nézve is releváns módon – az ágazati fejlesztésben a területi szempontok, illetve a támogatáspolitikában a földrajzi hátrányos adottságok egyenrangú figyelembevétele, valamint a területi fejlettségi egyenlőtlenségek csökkentése (Illés, 2009; Rechnitzer, 2013). Tekintve, hogy tanulmányunk elméleti vizsgálat, módszerként a témában fellelhető szakirodalom szintetizálást végeztük el úgy, hogy az általunk meghatározott fő szempontok érvényesüljenek, vagyis a térbeliség, területi szempontok adják a fő irányvonalát a kiemelt összefüggések tárgyalásának.

Továbbá szükségesnek véljük a regionális különbségek számszerűsítését az egészségegyenlőtlenség szempontjából. A távlati cél pedig az, hogy megalkossunk egy olyan kompozit indexet, amely összevonja és súlyozza azokat az indikátorokat, amelyek kifejezik az egészségegyenlőtlenség különböző aspektusait régióként. Egy ilyen összevont index alkalmas lehet az Európai Unió régióinak összehasonlítására az egészség terén. Végső célként pedig kidolgozható egy olyan támogatáspolitikai, amely az Európai Unió átlagértékéhez viszonyítva célzott (egészségügyi helyzet javítása adott régióban) támogatásokat nyújt a hátrányban lévő régiók számára, annak érdekében, hogy beruházásokat hajtsanak végre az egészségegyenlőtlenség mérséklése érdekében azért, hogy senki ne szenvedjen az életesélyei szempontjából hátrányt csak azért, amiért adott helyen él.

Bízunk abban, hogy tanulmányunk ösztönzőleg hat az egészségegyenlőtlenség témájáról folytatott diskurzusokra, és további kutatásokat indukál a fentiekben megfogalmazott célok elérése érdekében.

1. EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉG

Az egészségegyenlőtlenség egyszerre morális, és egyszerre racionális kérdés. A racionális érveket számos kutatás alátámasztja, ugyanis tanulmányok sora elemzi a népesség egészségi állapotának a makroszintű társadalmi és gazdasági folyamatokra gyakorolt hatását. Ezek a vizsgálatok többféle megközelítést alkalmaznak. Vannak olyan kutatások (Barro–Sala-i-Martin, 1995; Lorentzen et al., 2008; Acemoglu–Johnson, 2007), amelyek a gazdasági teljesítmény és a várható élettartam közötti összefüggéseket vizsgálják. Más felmérések (Csire–Németh, 2007a; 2007b; Nordhaus, 2002) szocioökonómiai indikátorokat vesznek górcső alá. Az ún. *egészségváltozók* jelennek meg e vizsgálatok kereszt-tüzében. A leginkább közismert – legalapvetőbb – ilyen változó a születéskor várható élettartam, amelyet gyakran használnak országok összehasonlítására, rangsorok felállítására. Ugyanitt említhetjük meg az *egészségben eltöltött évek számát*, vagy éppen a *halálozási arányszámot*, mint gyakran használatos mutatókat egy-egy ország vagy kisebb területegység egészségi helyzetének értékelésekor (Egri, 2017a).

E változók tekintetében azonban jelentős eltérések figyelhetők meg az egyes vizsgált társadalmi csoportok vagy területegységek között. Gondolhatunk itt a már említett várható élettartamra, amely esetén az országok között jelentős különbségek mutatkoznak. Továbbá az egyes országokon belül is súlyos differenciákra figyelhetünk fel

térsegenként, régióként, vagy éppen települési szintű relációban is (főként a településhierarchia szerint). E differenciák számos társadalmi és gazdasági szférára kihatással vannak. Éppen emiatt nem meglepő, hogy tudományágak sora foglalkozik e különbségek okainak vizsgálatával, amelynek következtében az egészségegyenlőtlenség definíciója, értelmezése is sokféleképpen alakult. Az angol terminológiában találkozhatunk *health variation*, *health disparity*, *health diversity* elnevezésekkel. A kifejezések azt foglalják magukban, hogy a különböző társadalmi csoportok egészségi állapota között megfigyelhetünk bizonyos mértékű eltéréseket (Starfield, 2001). Az Amerikai Egyesült Államokban viszont a *health inequalities* kifejezés gyakori használata is jellemző, amely azonban annyiban tér el az előző szókapcsolatoktól, hogy olyan különbségekre utal az egészség terén, amelyek nem feltétlenül igazságtalanok, mint például az idősebbek nagyobb valószínűségű elhalálása a fiatalokkal szemben. A nagy nemzetközi szervezetek is meghatározták az egészségegyenlőtlenség fogalmát. Kiemelendő elsősorban a WHO (Egészségügyi Világszervezet) által megalkotott fogalom a tárgyalt kérdésben (Whitehead, 1992), miszerint az egészségegyenlőtlenség a különböző társadalmi-gazdasági csoportok egészségi állapota között megfigyelhető szisztematikus különbség, amely társadalmilag jön létre (éppen ezért megváltoztatható), valamint igazságtalan. A fogalomban megjelenő szisztematikus jelleg arra utal, hogy ezek a különbségek nem véletlenszerűek, valamint kiemelendő, hogy nem egyéni szinten fordul csupán elő, hanem nagyobb népességi csoportok körében is, illetve fontos hangsúlyozni, hogy e differenciák elkerülhetők volnának (McCartney et al., 2019).

Nancy Krieger, a Harvard Egyetem híres társadalmi epidemiológusa^[1] még árnyaltabban határozza meg az egészségegyenlőtlenség fogalmát. Definíciója szerint az egészségegyenlőtlenség országon belül és országok között meglévő igazságtalan, elkerülhető és szükségtelen (értve ez alatt azt, hogy nem elkerülhetetlen és nem javíthatatlan) az egészségi állapotra vonatkozó jelenség, amely szisztematikusan megterheli a lakosság azon rétegeit, amelyek a mögöttes társadalmi struktúrák, valamint a politikai, gazdasági és jogi intézmények miatt sérülékenyebbek (Krieger, 2011). Más kutatók az egyének és csoportok egészségügyi eredményeiben mutatkozó különbségeket, variációkat és egyenlőtlenségeket értenek egészségegyenlőtlenség alatt (pl.: Kawachi et al., 2002). Braveman és szerzőtársai (2017) az egészségegyenlőtlenség kvázi fogalmi ellentétének meghatározásával éppen ellentétes oldalról közelítették meg a kérdést, amikor az *egészségügyi méltányosság* definícióját határozták meg. Konceptiójuk szerint az egészségügyi méltányosság szerint mindenkit megillet az a tisztességes és igazságos lehetőség, hogy a lehető legegészségesebben éljen. Ez megköveteli az egészséget negatívan befolyásoló tényezők, mint a szegénység, a diszkrimináció és ezek következményeinek felszámolását, beleértve a tehetetlenség, a tisztességes fize-

[1] A társadalmi epidemiológusok célja, hogy azonosítsák azokat a társadalmi jellemzőket, amelyek hatással vannak a megbetegedések eloszlási mintázataira és az egészségre a társadalomban, valamint, hogy megértsék az ezek mögött húzódó mechanizmusokat. A társadalmi epidemiológia néhány kiemelt fogalma és vizsgálati területeik a társadalmi egyenlőtlenségek, társadalmi kapcsolatok, társadalmi tőke, illetve a munkahelyi stressz (von dem Knesebeck, 2015).

tést kínáló munkahelyekhez való hozzáférés, a minőségi oktatás és lakhatás, valamint a biztonságos környezet és egészségügyi ellátás hiányát. A kutatók fogalma magában foglalja továbbá, hogy csökkenteni, végső soron pedig megszüntetni szükséges az egészségben és annak meghatározó tényezőiben fennálló egyenlőtlenségeket, amelyek hátrányosan érintik a kirekesztett, valamint a társadalom peremén helyet foglaló csoportokat.

A következőkben felsorolt kutatók egészség egyenlőtlenséggel kapcsolatos fogalmi értelmezésében is találunk utalást a hátrányos helyzetű rétegekre, akik esetében a kérdés súlyosabb hátrányokkal jelentkezik. Wilkinson szerint (1996) az egészségeltérések gyökereit a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségekben kell keresnünk, amelyek rosszabb életkörülményeket, valamint kedvezőtlenebb munkakörülményeket jelentenek. A hátrányos helyzetű rétegek esetén e körülmények szignifikánsan nagyobb kockázatot hordoznak magukban olyan aspektusok mentén, mint a jövedelem, szociokultúra, szocializáció, valamint viselkedésminták. Marmot (2015) is a társadalmi-gazdasági helyzet különbözőségeit teszi elsődlegesen felelőssé az egészség egyenlőtlenség fennállásában. E társadalmi-gazdasági helyzet különbségei aztán növelik vagy csökkentik (aszerint, hogy előnyösebb vagy hátrányosabb helyzet áll-e fent) az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségét a különböző társadalmi csoportok számára (Donabedian, 1988).

2. AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGGEL FOGLALKOZÓ KUTATÁSOK

A fentiekben bemutatott fogalmakban megjelenik az, hogy az egészség egyenlőtlenség elkerülhető. A kutatók pedig törekednek is a szakpolitika számára közvetíteni azt az üzenetet, hogy ezen a téren beavatkozásokra van szükség. A kutatások ennek relációjában is igyekeznek feltárni az egészség és más társadalmi-gazdasági szférák közötti összefüggéseket.

Már az 1970-es évek végén belefogtak olyan kutatásokba, amelyek az egészségben jelentkező egyenlőtlenségeket vizsgálta, amelynek nyomán 1980-ban meg is született az ún. *Black report* (Black et al., 1980), amely nagy visszhangot váltott ki a tudományos és politikai életben, és amelyet mind Nagy-Britanniában, mind más országokban nagy érdeklődés övezett, mind amellet, hogy a kutatás eredményeit a kormányzat nem fogadta túl nagy lelkesedéssel. A Londonban publikált kutatási eredmények ugyanis a következő tényekre világítottak rá (Smith et al., 1990):

- rendkívül széles különbségek tapasztalhatók a halandóság tekintetében az egyes társadalmi osztályok között;
- a társadalmi-gazdasági helyzet kiszélesíti a halandóságban tapasztalható egyenlőtlenségeket;
- az egészség egyenlőtlenség fennállásának ténye minden olyan országban nyilvánvalóvá válik, ahol erre vonatkozóan már gyűjtenek adatokat;
- az egészség szempontjából társadalmi osztálybeli különbségek mutatkoznak;

- a jövedelemelosztás tendenciái további szélesedését jelzik előre az egészségyenlőtlenségek;
- a különböző társadalmi intézkedések nem foglalkoznak a halandóságban mutató különbségekkel.

A Black reportot követően számos tanulmány látott napvilágot a témában, amelyek lehetővé tették a halálozási különbségek nemzetközi összehasonlítását (Smith et al., 1990).

Ennek folyományaként az elmúlt néhány évtizedben több európai országban a felső és alsó társadalmi-gazdasági csoportok közötti halálozási arányok relatív különbségének növekedéséről számoltak be. Mackenbach több olyan kutatást is vezetett (Mackenbach et al., 2003; Mackenbach, 2012), amelyek a vizsgált egyenlőtlenség relatív növekedéséről számoltak be, valamint más szerzők tanulmányai is a halálozási különbségek szélesedéséről adtak számot már az 1970-es, illetve az 1980-as években. Azokban az országokban, ahol erre vonatkozóan volt adat, rendre kimutatták a hátrányosabb társadalmi-gazdasági helyzetűek magasabb halálozási arányát, kiemelve azt az érdekességet, hogy nem volt releváns, hogy a társadalmi-gazdasági pozíciót az iskolai végzettség, a foglalkozás alapú osztály vagy éppen a jövedelmi szint fejezte-e ki (Mackenbach et al., 2003).

A vizsgálatok szélesebb földrajzi dimenzióban is zajlottak. Ugyancsak Mackenbach és szerzőtársai (2003) említhető meg e tekintetben, akik a kétezres évek elején országok közötti összehasonlításként hat nyugat-európai országot vizsgáltak. A kutatás során Finnország, Svédország, Norvégia, Dánia, Egyesült Királyság és Olaszország került fókuszba. A társadalmi-gazdasági státuszt az iskolázottság és a foglalkozási osztály szerint értelmezték. Ez alapján különítették el két társadalmi-gazdasági csoportot, az alacsony és a magas szintbe sorolható csoportokat. A fő indikátor pedig a halandóság volt. A vizsgálatok alapján kiderült, hogy a teljes halálozás relatív egyenlőtlenségei mindegyik országban nőttek. A szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás ugyanakkor a felsőbb társadalmi-gazdasági csoportban kisebb arányban volt tetten érhető a legtöbb vizsgált országban, mint az alacsonyabb státuszú rétegnél, kivéve Olaszországot, ahol az arány fele-fele volt az alsó és a felső társadalmi rétegek között. A kutatók vizsgálataikkal azt igazolták, hogy a társadalmi-gazdasági pozíció meghatározó tényező az egészségyenlőtlenség tekintetében.

Magyarországon is folytak egészségyenlőtlenségi vizsgálatok. Hazai kutatók vizsgálták többek között az egészségpolitika területi kiegyenlítődsére vonatkozó irányait az egészség vonatkozásában. Ennek keretében feltárták a területi szempontokat is az egészségügyet érintő koncepciókban és intézkedésekben. Megállapították, hogy e szempontok főként az 1990-es évektől jelentek meg a tervezési dokumentumokban hazánkban. A szakpolitikai törekvések olyan célterületekre irányultak, mint az egészségügyi ellátórendszer új struktúrájának kialakítása, valamint a progresszivitás megvalósítása. A 2000-es évektől aztán az életminőség javítása, az egészségmegtartás és egészségkultúra, a különböző szemléletformáló életmódprogramok támogatása, a szenvedélybetegségek visszaszorítása, helyi egészségterv készítésének előmozdítása, egyenlő hozzáférés, valamint az egészségügyben szükséges hatékonyságnövelés került

fókuszba. 2010 után pedig az egészségügyi feladatok térségi megszervezése vált prioritássá (Uzzoli-Pál, 2019). Mások az egészségügy strukturális egyenlőtlenségeivel foglalkoztak, feltárva azokat a tendenciákat, amelyek jellemezték a magyar egészségügy strukturális egyensúlytalanságait egészen az 1960-as évektől kezdődően vizsgálva. Már az akkori időkben is jelentősen gyengébbnek minősült a magyar lakosság egészségi állapota a fejlett országok lakosaihoz képest. A férfiak várható élettartama stagnált, a '70-es években pedig még csökkenésnek is indult. Megállapították továbbá, hogy hazánkban az egészségi állapot romlásához, illetve az egyenlőtlenségekhez területi és társadalmi aspektusok egyaránt hozzájárultak. Fontos kiemelni, hogy a halálozások tekintetében a társadalmi rétegek között kiugróan nagy különbségek voltak még a '90-es években is. A területi különbségek pedig megyei szinten is megmutatkoztak a vizsgált kontextusban. Kimutatták ugyanis, hogy a magasabb társadalmi-gazdasági fejlettségű megyékben kedvezőbb egészségi állapot volt jellemző, míg az elmaradottabb megyékben ennek az ellenkezője. A hátrányosabb helyzetű térségekben az egészségügyi erőforrások szűkösebben álltak rendelkezésre, amely magyarázattal szolgál az egyenlőtlenségre. Az erőforrások területi eloszlásának egyensúlytalansága mellett az ellátáshoz való hozzáférésben és annak igénybevételében is eltéréseket azonosítottak a kutatók. Az egyenlőtlenség abban is megnyilvánult, hogy az alapellátás, valamint a szociális ellátás fejlesztése alulmaradt a kórházak fejlesztésével szemben. Különbségeket regisztráltak a falusi és a városi körzeti orvosi ellátás tárgyi és szervezeti feltételeiben is. Miközben a falusi ellátás kedvezőtlenebb feltételek mellett zajlott, a körzeti orvosra jutó betegforgalom is sokszorosa volt a falvak esetében a városokhoz képest (Orosz, 1989).

Hazai kutatók az egészségyenlőtlenség mélyebb összefüggéseit tárták fel, amikor számba vettek olyan tényezőket, amelyek meghatározzák a különböző társadalmi csoportok egészségi állapota között meglévő eltéréseket. Az esélyegyenlőség már ott csorbul, hogy az egyes társadalmi rétegek, valamint a különböző helyen élők az egészségügyi ellátáshoz nem azonos módon férhetnek hozzá. Ez a tény további ok-okozati összefüggésekre vezethető vissza. Többek között az egészségügyi kapacitások, illetve egészségügyi szolgáltatások sem mennyiségben, sem pedig minőségben nem állnak ugyanúgy rendelkezésre minden lakos számára. Ebből az következik, hogy időbeli és fizikai távolságok jelennek meg, még hozzá eltérő mértékben az egészségügyi szolgáltatást igénybe venni kényszerülők számára. Mások az ellátás körülményei is térségenként, illetve a településhierarchia szerint, vagyis a szolgáltatások minősége között különbségek azonosíthatók. Attitűd szerinti, és az egyes társadalmi rétegek különböző aspektusaiban fennálló eltérésekben keresendő az az okozati összefüggés, amikor az egészségi állapotban mutatkozó különbségeket az orvoshoz való fordulás, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való hajlandóság során mutatkozik eltérés (Uzzoli et al., 2019). Ekképpen az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben azonosíthatjuk elsősorban az egészségyenlőtlenség okozati összefüggéseit. Ezzel kapcsolatban zajlottak kutatások nemzetközi léptékben is, amikor országokat hasonlítottak össze az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés relációjában, illetve előfordultak egymás mellett lévő térségek, régiók összehasonlítását célzó vizsgálatok is (Brezzi-Luongo, 2016; Shah et al., 2016).

A fentiekkel összefüggésben Uzzoli és szerzőtársai (2019) kiemelik a regionális tudományban is fontos definíciót, méghozzá a *távolság* fogalmát, a vizsgálati mezsgyét mintegy szűkítve, mélyebb fúrást végezve az egészségyenlőtlenség háttérfolyamatainak, okozati, meghatározó tényezőinek feltárásában. A távolság a térbeliség relációjában értelmezhető fogalom, és területi tényezőként vehetjük a vizsgált kontextusban. A távolság itt az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének relációjában jelenik meg, tehát alapvetően szerepet játszik abban, hogy milyen kilátásokkal nézhetnek szembe a különböző társadalmi csoportok az egészségük tekintetében. A hazai kutatók ezzel kapcsolatosan ismertették azokat a külföldi vizsgálatokat is, amelyek a hozzáférés földrajzi kérdésével, vagyis az egészségügyi ellátás és az egyének lakóhelye közötti távolság által generált hatásokkal foglalkoztak. Az egyik ilyen hatás, következmény, hogy a lakóhely és az ellátó hely közötti távolság fordítottan arányos az orvos-beteg kontaktusok számával. Minél nagyobb ugyanis a távolság a két hely között, annál kevesebbszer veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatást. Ha a távolság kisebb, nő az igénybevétel gyakorisága (Cromley–McLafferty, 2011). Ugyanígy a kórházaktól való távolság és a különböző betegségek okozta halálozások – például szívinfarktus – között is fennáll kimutatható kapcsolat (Buchmueller et al., 2006). Hazánkban is folytak az egészségügyi ellátó helyektől való távolságra, azok elérhetőségére vonatkozó kutatások, főként a 2000-es évektől, amelyek keretében a hozzáférés akadályait igyekeztek feltárni (pl.: Uzzoli et al., 2019).

További kutatások pedig más változókat helyeztek fókuszba az egészségyenlőtlenséggel összefüggésben, többek között a *válságok* egészségre gyakorolt hatását (Szilágyi–Uzzoli, 2013). A válságok okozta bizonytalanság, munkanélküliség, anyagi problémák, kilátástalanság ugyanis kedvezőtlen befolyással bír az egészségi állapotra. Így a válságok szintén azonosítható faktorként jelennek meg a tárgyalt kontextusban. A hazai szakirodalomban találkozhatunk kistérségi szinten elvégzett kutatással, amely a válságok miatt bekövetkező egészségromlást helyezték górcső alá. Vizsgálták, hogy melyek azok a térségek, amelyek a munkanélküliség szempontjából legkritikusabb években – 1990-es évek korai időszaka, a 2008-ban kirobbant pénzügyi világgazdasági válság utáni néhány év – az egészség szempontjából leszakadó térségeknek voltak tekinthetők. E válságok idején amellet, hogy magas volt a munkanélküliségi ráta, az egészségmutatók is kedvezőtlenül alakultak, és területileg kimutatható volt e mutatók értékeinek jelentős differenciája. A világgazdasági válságot követő időszakban pedig még élesebben elkülönültek az egészségmutatók szempontjából a vizsgált terület egységek. Továbbá a kutatók azt is megállapították, hogy hazánk nyugati és keleti országrésze között éles határvonal van, a vizsgált, egészségügyi mutatókat alapján. A nyugati kistérségek kedvezőbb, a keleti országrész kistérségei pedig kedvezőtlenebb képet mutattak a vizsgált indikátorok alapján. Fontos megállapítása volt a kutatóknak végül az, hogy a kiinduló makrogazdasági feltételek befolyásolják a válságok következményeinek súlyosságát, amely az egészségyi kilátásokra is hatással van (Szilágyi–Uzzoli, 2013).

Az egészségyenlőtlenséggel foglalkozó vizsgálatok ugyanakkor tágabb földrajzi kontextusban is folytak, a hazai folyamatok elemzése mellett Kelet-Közép-Európa, valamint az Európai Unió is górcső alá került, mint területi dimenzió a tárgyalt kérdés vonatkozásában (Boncz–Sebestyén, 2006; Cornia–Paniccia, 2000). A kutatók jelentős

mértékű egészségyenlőtlenséget tapasztaltak az európai kontinensen, valamint még figyelemreméltóbb, hogy a nyugati és keleti elhatárolás, megosztottság ebben a kontextusban is megjelenik. Olyannyira, hogy a II. világháború után ún. *egészségügyi vasfüggöny* kialakulását írják le Európában, miszerint a kontinens nyugati és keleti tömbje között éles különbség jelenik meg az egészség terén is (a politikai megosztottság mellett) (Boncz–Sebestyén, 2006). A különbség a két tömb között abban mutatkozott meg, hogy keleten rendkívül magas volt a korai halálozások száma a nyugati tömbhöz képest. Ugyanakkor a gazdasági adatok nem indokolták az egészségi állapotban mutatkozó gyengébb eredményeket. Ez utóbbi összefüggést nevezték el egészségparadoxonnak (Cornia–Paniccia, 2000). Azon túlmenően, hogy a születéskor várható élettartam tekintetében, illetve a halandósági trendekben jelentős differenciák voltak a szocialista országok hátrányára – mortalitási válságról is beszélhetünk a szocializmus időszakában –, a halálokok vonatkozásában is differenciákat látunk a keleti, illetve a nyugati országokat szembeállítva. Nyugaton már voltak ugyanis olyan innovatív orvosi eljárások – kardiovaszkuláris forradalom –, amelyek kedvezően hatottak az ottani egészségügyi helyzetre. A keleti tömb országaiban még a daganatos megbetegedések is jelentősebb arányban fordultak elő a vezető halálokok között (Egri, 2017b).

Európa esetében ma is beszélhetünk egészségi eltérésekről, amelyeket az életmód, a táplálkozási szokások, krónikus betegségek, munkakörülmények, urbanizációs hatások – például légszennyezettség –, az egészségügyi infrastruktúra, és még számos más tényező közötti különbségek eredményeznek (WHO, 2013). Ami Kelet-Közép-Európát illeti, vannak szerzők, akik a napjainkban jellemző társadalmi, illetve egészségügyi problémák fennállásáért a szocialista korszakot teszik felelőssé (pl.: Simonyi, 2015).

Az egészségyenlőtlenség kimutatásával a különböző térségekben a fentiek alapján tehát széleskörű kutatások foglalkoztak, amelyek keretében számos indikátor szolgált az egészségügyi helyzetkép jellemzésére. Emellett pedig a differenciák mögött húzódó tényezők, okok feltárására is sor került a kutatók részéről. Mindemellett ugyanakkor az egészségyenlőtlenség hatásainak, következményeinek vizsgálata is részét képezi a téma kutatásának. Tehát az egészségyenlőtlenség fennállásának ténye, bizonyítása, majd az okok, mögöttes tényezők feltárása, végül pedig a társadalmi-gazdasági folyamatokra gyakorolt hatása, vagyis a probléma következményeinek tárgyalása teszi teljessé a téma körbejárását.

A szakirodalomnak az egészségyenlőtlenség következményeivel kapcsolatos egyik megállapítása az, hogy az egészség hatással van a makroszintű gazdasági és társadalmi folyamatokra, ugyanakkor ezzel egyidejűleg a társadalmi-gazdasági fejlettség befolyásolja a társadalom egészségi állapotát, tehát egy oda-vissza ható, kölcsönös összefüggés áll fenn az egészség, illetve a területi-gazdasági fejlettség között (Barro, 2013). Az összefüggést a kutatók sokszor regressziós elemzési eljárással bizonyítják adott területet, országot vagy országrészt, vagy éppen városrészt vizsgálva, számba véve valamely gazdasági mutatót, például az egy főre jutó GDP adatait, valamint egy egészségváltozót, leggyakrabban a várható élettartam mutatók közül választva. Többváltozós elemzésekre is van ugyanakkor példa a kutatások között, amikor is más indikátorokat is bevonnak az eljárásba. A gazdasági mutatókra példaként vehetjük a munkanélküliségi rátát, vagy

éppen a képzettségi adatokat, vagyoni helyzetet, de az egészségváltozók közül is sokat bevonnak a vizsgálatokba, pl. a halálozási arányszámot a már említett várható élettartam mutatók mellett, vagy a potenciális elvesztett életévek aránya is megjelenik inputként az elemzésekben (Egri, 2017a).

Vannak olyan kutatások, amelyek nem a gazdasági fejlettség oldaláról közelítik meg a kérdést, hanem éppen az ellenkezőjéről. Például Egri Zoltán tanulmányában (Egri, 2017a) hivatkozik azokra a magyar kutatásokra, amelyek az egészség és a depriváció, a szegénység kapcsolatát vizsgálták települési szinten, illetve az elkerülhető halálozás szocioökonómiai tényezőkkel való összefüggéseit is feltárták (Juhász et al., 2010; Nagy et al., 2011).

Árnyaltabb összefüggés, amikor az egyén társadalmi státusza és az egészsége között mutatnak ki kapcsolatot. Megállapították ugyanis a témával foglalkozó társadalomtudósok, hogy a társadalmi ranglétrán elfoglalt pozíció szintén befolyásolja az egészségi állapotot, azon belül pedig a krónikus betegségek előfordulását, valamint a halálozást. Minél magasabb társadalmi státuszban van valaki, úgy csökken az említett betegségek kockázata. Azok, akik alacsonyabb szinten helyezkednek el a társadalomban, esetükben az egészségkárosító magatartás valószínűsége is növekszik (Marmot et al., 1991). A beosztás, illetve az életkor hossza között is kapcsolatot azonosítottak a kutatók, aki magasabb beosztásban dolgozott, hosszabb életet élt meg (Chandola et al., 2007).

3. EGÉSZSÉGMODELLEK

Az egészségyenlőtlenséggel foglalkozó kutatások végül számos eredményre vezettek. Egyrészt a felhalmozott ismeretek, összefüggések a témában elméletekbe és modellekbe integrálódtak. Másrészt a WHO életre hívta a *Commission on Social Determinants of Health* elnevezésű bizottságot 2005-ben, amely a társadalomban fennálló egészségyenlőtlenség csökkentésére irányuló szakmai anyagot állított össze az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőket feltárva és modellbe foglalva. Az általuk kialakított modell számba vette azokat a *tényezőket*, amelyek felelősek az egészségyenlőtlenség fennállásáért a társadalomban. A tényezők felsorolása mellett elhatárolták továbbá a társadalmi faktorokat, valamint az egyéni változókat. A modell nagy értéke, hogy magában foglalja e tényezők egymásra hatását is, vagyis azokat a kölcsönhatásokat, hatásmechanizmusokat, amelyek az egyes faktorok minőségi és mennyiségi jellemzőiből következnek. A társadalmi – strukturális egészségmeghatározó – tényezők között az alábbiakat határozták meg (Vitrai, 2011):

- társadalmi, gazdasági, politikai környezet, mint
 - kormányzás,
 - gazdaságpolitika,
 - szociálpolitika (foglalkoztatás, lakáspolitikai, termőföldgazdálkodás),
 - közpolitika (oktatás, egészség, szociális védelem),
 - kultúra és társadalmi értékek.

A köztes, vagy más néven egyéni tényezők pedig a következők:

- anyagi helyzet (lakó és munkahelyi feltételek, élelmiszer elérhetőség, stb.),

- magatartás és biológiai tényezők,
- pszichoszociális tényezők.

A modell szerint a társadalmi tényezők kihatással vannak az egyén társadalmi-gazdasági helyzetére. Az egyén részéről e társadalmi státusz pedig annak a függvénye, hogy mely társadalmi csoporthoz tartozik, milyen nemű, milyen etnikumú. A fentiek kivül az iskolázottság, a foglalkoztatás, valamint a jövedelmi szint is meghatározó. A társadalmi-gazdasági helyzet összességében befolyásolja az egyéni tényezőket. Ez utóbbi tényezők következménye, hogy az egyén hogyan kapcsolódik az egészségügyhöz a korábban már tárgyalt hozzáférés vonatkozásában. Az egyének egészségi állapotának minősége a végeredmény, amely össztársadalmi szinten – tehát az egyének összességként – meghatározzák az egészségegyenlőtlenség mértékét és a társadalmi jóllétet. A hatásmechanizmusok sora ugyanakkor itt még nem áll meg, ugyanis körkörös folyamatról beszélhetünk, mikor is az egészségegyenlőtlenség és a társadalmi jóllét szintje aztán visszahat a korábban már tárgyalt társadalmi egészségmeghatározókra, valamint az egyének társadalmi-gazdasági helyzetére. További két fogalom megjelenik a modellben, a társadalmi kohézió, valamint a társadalmi tőke, amely mintegy áthatja az egész struktúrát. A modell nagy értéke, hogy kifejezi az egészségegyenlőtlenség más társadalmi-gazdasági szférákra, illetve az egész társadalom jóllétére való hatását, ezzel is érdekeltté téve a döntéshozókat az egészségegyenlőtlenség mérséklésére, amely társadalmi szinten válik így érdeké.

Scambler (2007) ugyancsak kialakította azt a keretrendszert, amely strukturalja azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják az egészséget és az élettartamot. Modellje szerint az alábbi faktorok vehetők számba:

- Biológiai meghatározottság, amelyet befolyásolnak az osztályviszonyok is, vagyis, hogy alacsony vagy magasabb jövedelmű családba születik valaki, abból kifolyólag, hogy az alacsonyabb jövedelmű családokba született gyerekek nagyobb kockázatnak vannak kitéve a későbbi – krónikus – megbetegedéseknek.
- Pszichológiai tényező, amely általános ellenállóképességet, küzdési képességet jelent itt, amelyet a szakirodalomban rezilienciának is neveznek. Ugyanakkor sebezhetőségi tényezőként is értelmezik. Az élet különböző életeseményeivel való megküzdés képességeként vehetjük itt számba.
- Társadalmi javak, amelyek előkelő helyet foglalnak el az egészségegyenlőtlenségi vizsgálatok okozati tényezői között. A társadalmi javak – vagy társadalmi tőke – alatt a társadalmi integrációt, hálózatokat és támogatottságot kell érteni.
- Kulturális javak vagy kulturális tőke, amely az elsődleges szocializáció során alakul ki, majd pedig a formális oktatási lehetőségeket és az elért eredményeket is magában foglalja.
- Területi feltételek, amelyek fontosságát számos területi kutatás bizonyította, olyan összefüggések feltárásával, mint például, hogy a magas mortalitású területek olyan helyek, ahonnan magas a kivándorlás azok körében, akik képzetesebbek és tehetősebbek.
- Szimbolikus javak közé sorolható a társadalmi státusz és megbecsültség, amelyek

bizonyítottan befolyásolják az egészséget. Az emberek azon érzése is megjelenik itt, hogy hol állnak másokhoz képest a referenciacsoportjukon belül.

- Anyagi javak, amelyek összessége az életszínvonalat jelenti. A relatív szegénység vagy depriváció az elszegényedésből és gyenge életszínvonalból következően összefüggésben áll az egészség romlásával és az élettartam csökkenésével.

Vitrai (2011) doktori értekezésben magyar vonatkozású egészségmodelleket is számba vesz. Kiemeli a Népegészségügyi Jelentés 2004 egészségmodelljét, valamint a saját modelljét is bemutatja. A Népegészségügyi Jelentés egészségmodellje koncentrikus körök mentén jeleníti meg azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják az egyén egészségi állapotát. A modellben a központi magtól kifelé haladva jutunk el a közvetlen egyénre ható tényezőktől a közvetett, külső környezetben található faktorokig. Az egyén egészségét közvetlenül befolyásoló tényezők közé sorolták a biológiai, valamint lelki tulajdonságokat, illetve a képzettséget és az egyén magatartását. A következő – a magtól távolabb eső – koncentrikus körben helyezték el a következő faktorokat: anyagi helyzet, lakó- és munkahely, család és ismerősök, értékek és ismeretek, háziorvos, illetve „hétköznapi” szabadság. A modell külső köre pedig magában foglalja a politikai környezetet, a gazdasági környezetet, a fizikai környezetet, a társas környezetet, a kulturális környezetet, végül pedig az egészségügyi ellátási környezetet.

Vitrai modellje szintén két dimenziót jelöl ki az egészséget befolyásoló tényezők halmazaként, vagyis az egyén és a környezet jelenik meg, mint a befolyásoló faktorok eredői. Az egyéni tényezők a következők (Vitrai, 2011):

- Az egyénnek természetesen vannak öröklött tulajdonságai, amelyek adottságként vehetők. Ezek közé sorolható a nem, a testi és lelki vonások, illetve betegségek iránti fogékonyság.
- Az egészségmagatartás viszont már nem adottságként vehető, hanem az egyén egészséges életmódhoz való viszonyaként értelmezhető, amely magában foglalja a táplálkozási szokásokat, a testmozgást, kockázati magatartást, hajlandóságot az egészségügyi ellátás igénybevételére, illetve a problémákkal való megbirkózás képességét is.
- A szerzett tulajdonságok szintén az egyénhez kapcsolódó tényezők, amelyek elsajátított ismereteket, készségeket, motivációt, valamint a testi és lelki jellemzők változásait foglalják magukban.
- Ugyanitt vehetjük számba az egyén társadalmi helyzetét, mint egészséget meghatározó egyéni faktor. A társadalmi helyzet ugyanis az egyén anyagi helyzetét, társadalmi elismertségét, illetve kapcsolati tőkéjét határozza meg, amelyek szintén befolyásolják egészségi állapotát.

A modell másik pillére a környezet, amely újabb meghatározó faktorokat sorakoztat fel, amelyek hatással vannak az egyének egészségére (Vitrai, 2011):

- Ezen belül számba vehetünk egy tágabb halmazt, méghozzá a gazdasági-politikai környezetet, amelyen belül helyezkednek el a szűkebb dimenziók, mint az egészségügyi rendszer, a fizikai környezet, illetve a pszicho-szociális környezet.
- A tág halmaz, a gazdasági-politikai környezet olyan elemek összességéként jelenik meg a modellben, mint a társadalmi szerkezet, intézmények, szervezetek, politikai

és jogrendszer, kommunikációs és közlekedési infrastruktúra, gazdasági rendszer, valamint teljesítmény.

- A szűkebb dimenziók közé sorolt egészségügyi rendszer a népegészségügyi, valamint az egészségügyi szolgáltatások és ellátások körét foglalja magában.
- A fizikai környezetben pedig a lakó és munkahelyi környezet fizikai, kémiai, biológiai jellemzői a meghatározóak, valamint az információk, az elérhető termékek és szolgáltatások köre, illetve a szabadidő eltöltésének lehetőségei sorolhatók.
- Végül a pszicho-szociális környezet az összetartó és áthidaló kapcsolatokat, hálózatokat, társadalmi tőkét, kulturális értékeket, normákat és szokásokat, illetve a közhangulat és -érés jellemzőit foglalja magában

A fentiekben ismertetett modellekből levonható az a következtetés, hogy a társadalomban az egyén egészségi állapotát, valamint összességében az egészségben jelentkező különbségeket társadalmi csoportonként, illetve földrajzi térségek szerint – tehát az egészségegyenlőtlenséget – számos tényező együttes hatása befolyásolja, és emiatt egy komplex rendszerrel beszélhetünk. A modellek sok tekintetben átfedéseket tartalmaznak, illetve hasonló logika mentén épülnek fel. Ezek alapján beszélhetünk külső tényezőkről, amelyek a tágabb környezetben fellelhető jellemzőket foglalják magukban, illetve belső tényezőkről, amelyek az egyén saját képességeit, valamint közvetlen lehetőségeit jelentik. A modellek közös jellemzője, hogy az egyes tényezőket nem egymástól izoláltan értelmezik, hanem ezek közötti kölcsönhatásokat is azonosítanak, és a tágabb környezet, valamint a belső viszonyok közötti oda-vissza ható, kölcsönös viszonyt is szemléltetnek. Jelentős a szerepe a társadalmi viszonyoknak, a gazdasági helyzetnek, vagy éppen az egyén társadalomban betöltött pozíciójának is. Ugyanúgy a társadalmi kapcsolatok, közösségi részvétel, bizalom, és más társadalmi tőkébe sorolt tényezők is meghatározó faktorok az egészségre nézve. A jövedelmi viszonyok, az anyagi helyzet szintén jelentős tényező. Az egyén részéről pedig ugyancsak számos változó befolyásolja az egészséget, mint amilyen az iskolázottság, magatartás, életmód, vagy éppen az egészségügyi ellátás igénybevételére való hajlandóság. A számba vett tényezők közül sok van, amelyet a társadalom, illetve a politika és szakpolitika fejleszteni tud, mind a tágabb, környezeti tartományban, mind pedig a szűken vett, egyént közvetlenül érintő kérdések kapcsán is.

Az egészségegyenlőtlenségről szóló diskurzusok éppen azt sürgetik, hogy e komplex tényezőrendszert sokrétűen befolyásolnunk szükséges – mindegyik szakterület a maga eszköztárával és a maga beavatkozási célterületére fókuszálva –, javítva ezzel az esélyegyenlőséget, összességében pedig a társadalom egészségi állapotát, amely jócskán hozzájárulhat a társadalmi és gazdasági jóllét növeléséhez.

4. AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉG MÉRÉSE

Az előző részekben ismertetett egészségegyenlőtlenséggel foglalkozó kutatások, valamint az összefüggéseket szintetizáló modellek célja, hogy csökkenjen a társadalomban fennálló egészségegyenlőtlenség, amely összegzett indikátora a társadalomban lévő

általános igazságtalanságnak. A téma iránti érdeklődés ugyanakkor nemcsak a probléma társadalmi-gazdasági vetülete miatt növekedett meg, hanem annak erkölcsi, etikai szempontja miatt is. Az egyenlőtlenség mérséklése érdekében teendő beavatkozásokhoz szükséges elsődleges lépés azonban a jelenség mérése. Yukiko Asada (2005) három lépésben határozta meg a mérés algoritmusát:

1. első körben meg kell határozni azt, hogy mikor válnak az egészségben mutatkozó különbségek méltánytalanná,
2. mérési stratégia kijelölése a választott egyenlőtlenség fogalom függvényében,
3. az egészségegyenlőtlenségről szerzett információk számszerűsítése.

Az első két lépés teszi lehetővé, hogy levonjuk a következtetéseket az egészségügyi megoszlások elemzése kapcsán (következtetés lehet például az, hogy méltánytalanul áll fenn az egészségegyenlőtlenség, hiszen az egészségügyi ellátás aránytalanul oszlik meg egy adott térségben, tehát beavatkozásokra, beruházásokra van szükség). A harmadik lépés pedig azt jelenti, hogy az információkat egyetlen számmal számszerűsítjük, amellyel az egészségegyenlőtlenség mértékét fejezzük ki. A számszerűsítés célja, hogy megkönnyítsük a vizsgáldást, az összehasonlítást, valamint az egészségegyenlőtlenség okainak megértése válik általa könnyebbé. Az egyenlőtlenség mérése esetén több megközelítés is lehetséges. Többek között rangsorolhatunk, amely során rangsorba állíthatunk például országokat valamely egészségindikátor (születéskor várható élettartam) alapján. Módszer lehet az is, hogy meghatározunk egy normális értéket adott egészségindikátor esetében, és ehhez az értékhez viszonyítjuk a vizsgált sokaság értékeit. Gyakori, hogy a vizsgált sokaság tagjainak az értékét viszonyítják a sokaság átlagához (Asada, 2005).

Albert-Ballestar és társa (2021) egészségkutatásokkal foglalkozó szerzőpáros szerint az egészségegyenlőtlenség mérésének első lépése a releváns témák és indikátorok kiválasztása. Leszögeznek ugyanakkor, hogy már a kiválasztási folyamat során is nehézségekbe ütközhetnek a kutatók. Emiatt a szerzők egyik tanulmányukban leírják az egészségügyi indikátorok kiválasztásának folyamatát és kritériumait, valamint közölnek egy széleskörű listát a legrelevánsabb egészségügyi adatokat kínáló adatbázisokról, amelyek többek között a WHO, az Európai Bizottság, a Világbank, valamint más nemzeti hatáskörű szervezetek állítottak össze. Ezek között találunk olyan adatbázist, amelyben térképi megjelenítések segítik az egészségegyenlőtlenségek térségenkénti összehasonlítását. A szerzők mindemellett 691 egészségügyi indikátort számoltak össze az elérhető adatbázisok alapján, amelyek hozzájárulhatnak az egészségegyenlőtlenséggel kapcsolatos kutatások folytatásához.

Az egészségegyenlőtlenség mérésére ugyanakkor már évtizedekkel korábban is találunk nemzetközi példákat. Többek között Nagy-Britanniában a Népszámlálási Hivatal már 1971-től végzett longitudinális vizsgálatokat a lakosság körében egészségügyi szempontból (Fox–Goldblatt, 1982). E vizsgálatokban a társadalmi osztályokhoz kapcsolódó eltérő mortalitást hasonlították össze a társadalmi-gazdasági helyzet egyéb mérőszámaival. Olyan indikátorokat alkalmaztak a vizsgálat során, mint a lakástulajdonlás hiánya, autótulajdonlás hiánya, alacsonyabb iskolai végzettség, alacsonyabb társadalmi

osztályba való besorolás. A felmérés során e tényezők és a halandóság között korrelációt mutattak ki. Az egészségegyenlőtlenség mérése szempontjából azért tekinthető e brit példa kiemelendőnek, mert a népszámlálás keretében történt.

Az 1970-es években ugyancsak végeztek egészségügyi felméréseket Norvégiában, Dániában, Finnországban. E vizsgálatok célja az volt, hogy kimutassák az eltérő halandóság mögött húzódó társadalmi-gazdasági különbségeket az iparosodott társadalmakban. Megállapították ezekben az országokban, hogy a szakképzetlen férfiak halálózása 50%-kal magasabb az összes foglalkoztatott férfi átlagos halálózásánál, és mintegy kétszerese a szakképzettek és egyetemi végzettségűek halálózási arányainak (Lynge, 1981).

Az egészségegyenlőtlenség mérésére olyan példát is találunk a nemzetközi szakirodalomban, amely nem egyetlen országot vett górcső alá, hanem sok országot vont be az elemzésbe összehasonlítás céljából. Mackenbach és társai (2008) 22 európai országra kiterjedő vizsgálatot végeztek el az egészségegyenlőtlenség témájában. A vizsgálatba bevont országokban a társadalmi-gazdasági státusz és az egészségügyi eredmények közötti kapcsolatot *regressziós egyenlőtlenségi indexek* segítségével mérték. Adataikat szintén népszámlálás alapú adatbázisokból vették, illetve a halálózási okok alapján különítették el az egyes csoportokat. Olyan halálózási okokat vettek számba, mint a szív- és érrendszeri betegségek, rák, dohányzás, alkohol, vagy éppen a tuberkulózis, vagy magas vérnyomás. Kutatásukban arra jutottak, hogy a vizsgált országokban a halálózási arány magasabb volt az alacsonyabb társadalmi osztályokban. Néhány dél-európai országban azonban az egyenlőtlenség a tárgyalt kontextusban nem volt olyan jelentős mértékű, mint a keleti és balti országokban. Végül azt is megállapították a kutatás eredményeként, hogy a dohányzásnak és az alkohol fogyasztásnak kiugró szerepe volt a halálózási okok között.

Voltak kutatók (pl.: Pacáková et al., 2019), akik indikátor készletet állítottak össze, amellyel mérni és kifejezni próbálták az egészségegyenlőtlenséget. Az indikátorok alapján statisztikai elemzéseket végeztek, olyan módszereket alkalmazva, mint a korreláció, faktor analízis, valamint klaszter analízis. Az adatokat az OECD (Európai Gazdasági Együttműködés Szervezet) egészségre vonatkozó adatbázisából gyűjtötték, és olyan indikátorok elemeztek, mint születéskor várható élettartam, egészségben eltöltött évek száma, halálózási ráta, egészségügyi kiadások a GDP százalékában, egy fője jutó egészségügyi kiadások, orvosok száma ezer lakosra, nővérek száma ezer lakosra, vagy éppen a munkanélküliségi ráta. Az általuk alkalmazott többdimenziós elemzési módszerek rávilágítottak az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek meghatározó tényezőire, mint a jövedelmi viszonyok között fennálló különbségek, az egészségügyi ellátórendszer egyensúlytalanságai (például orvosok eltérő száma lakosságárányosan a települések között), munkanélküliség, stb.

Példaként vehetjük az egészségegyenlőtlenség mérésére hazai kutatók egy vizsgálatát, amely kiemelten rossz körülmények között élők egészségi állapotára vonatkozott. A kutatás az Észak-Alföld régió egyik településén zajlott. A kutatók kérdőív segítségével gyűjtöttek információkat az ott élők egészségével kapcsolatban. A felmérés során a vizsgált alapsokaságon belüli differenciákra derült fény az egészség vonatkozásában.

A kérdések mentén górcső alá vették a válaszadók egészségi állapotát, az egészségi állapot befolyásolásának képességét, krónikus betegségek előfordulását, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőséget, annak akadályozó (anyagi) tényezőit, magánorvosi ellátás igénybevételét, prevenciós magatartást, valamint a védőoltásokhoz való viszonyt, illetve az egészségműveltséggel kapcsolatban is előfordultak kérdések a vizsgálat során. A kérdések között a fentiek alapján megtalálhatók voltak azok is, amelyek az egészségben mutatkozó különbségek méltánytalanságáért felelősek. Többek között az egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége kapcsán a megfelelő közlekedés megléte vagy hiánya meghatározó faktor lehet a méltánytalanság szempontjából. De ugyanúgy a gyógyszerek kiváltásának a költsége komoly terhet jelenthet a jövedelmi helyzet viszonylatában. A kutatásból továbbá kiderült, hogy súlyos probléma az is, hogy a megkérdezettek köre fogorvosi ellátást sem tud igénybe venni (Libicki–Fedor, 2022).

Az egészségügyi egyenlőtlenségről szerzett empirikus adatok részletes képet adnak a különböző területi szinteken fennálló méltánytalan egyenlőtlenségekről. Valamennyi kutatásból, illetve a kutatások kérdéseiből, azok vizsgálati fókuszaiból, valamint a korábban tárgyalt modellek összetettségéből nyilvánvalóvá válik, hogy milyen sokrétű, sok dimenzióból álló tényezőrendszerek együttes minőségi és mennyiségi jellemzői alakítják a társadalomban fellelhető egyenlőtlenségeket. A különböző szakpolitikák más és más beavatkozási felületeket azonosíthatnak, amelyekkel a tárgyalt problémát mérsékelni, kezelni képesek, ugyanakkor a területpolitika számára a *területi tényezők* alakítása, befolyásolása jelenti azt a területet, amellyel hatékonyan segítheti a társadalom esélyegyenlőség felé való elmozdulását az egészség terén.

5. AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉG TERÜLETI TÉNYEZŐI

Az egészségegyenlőtlenséget befolyásoló területi tényezők, illetve térbeli aspektusok számbavételének célja, hogy a komplex tényezőrendszer szűkebb tartományainak azonosításával célzott beavatkozások valósulhassanak meg adott szakpolitika részéről.

A területi politika szempontrendszerébe olyan tényezők illeszkednek, amelyek a térbeliséghez, térbeli relációkhoz kapcsolódnak, valamint az e szakpolitika keretében megjelenő támogatáspolitikai is figyelembe veszi a területi szempontokat. Alapvetően szükséges tehát a támogatáspolitikai számára feltárni az egészségegyenlőtlenséget képező legkritikusabb területi tényezőket a tárgyalt kontextusban.

Az 1. táblázatban a szóban forgó komplex tényezőrendszer szűkebb mezsgyéjében található területi tényezőket vesszük számba, vagyis azokat a térbeliséghez kapcsolható faktorokat, amelyek felelősek lehetnek a társadalomban megjelenő egészségegyenlőtlenség kialakulásáért, fennállásáért. Azok az indikátorok kerültek a táblázatba, amelyekre a szakirodalomban találtunk utalást (Uzzoli–Pál, 2019; Uzzoli et al., 2019), valamint amelyek megtalálhatók a hazai legfontosabb adatbázisokban, mint amilyen a KSH. Természetesen a téma további tudományos diskurzusainak folytatásakor az indikátorok bővíthetők.

1. táblázat: Területi tényezők az egészségyenlőtlenségben
Table 1 Territorial factors in health inequality

Területi tényező	Indikátor
egységsségügyi erőforrások területi elosztása	dolgozó orvos tízezer lakosra
	egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos
	működő kórházi ágy tízezer lakosra
	egy közforgalmú gyógyszertárra jutó lakos
	országos mentőszolgálat, főfoglalkozású mentőorvos
infrastruktúra, elérhetőség	sportlétesítmények, edzőtáborok működtetése és fejlesztése
	Budapest elérési ideje közúton a leggyorsabb úton
	saját vármegyeszékhely elérési ideje közúton a leggyorsabb úton
	saját járásszékhely elérési ideje közúton a leggyorsabb úton
természeti környezet, illetve városodottság	önkormányzati tulajdonú zöldterület, egy lakosra
	városodottság
gazdasági fejlettség	foglalkoztatott
	GDP
	munkaerő felkészültsége
társadalmi fejlettség	kultúra
	társadalmi tőke
	humán tőke
	a régió társadalmi kohéziója

Forrás: Saját szerkesztés a KSH, TEIR és az EUROSTAT adatai alapján

A legkritikusabb területi tényezők közé sorolhatjuk az egészségügyi erőforrások területi elosztását, az infrastruktúra kiépítettségét, fejlettségét, illetve elérhetőséget, valamint a természeti környezet kiterjedését, illetve a városodottság, városi népesség arányát, a városodottságnak, mint folyamatnak tendenciáit, valamint a területi gazdasági fejlettségi szintet, amelyet a foglalkoztatottság, illetve a GDP – egy főre jutó GDP, regionális szintű GDP – fejezhet ki. Az infrastruktúra tényezőinek sorában a sport létesítmények azért kerültek a táblázatba, mivel az egészséges életmód alapvető feltétele a rendszeres testmozgás, azonban ennek feltételeiben – uszoda, konditerem stb. – jelentős eltérések vannak a települések között (gondolhatunk itt egy nagyváros és egy község eltérő feltételeire ebben a tekintetben). Természetesen további diskurzusok függvénye az infrastrukturális tényezők körének a bővítése is.

Mindenesetre a területi tényezők számos változót foglalnak magukban, amelyeket a fenti táblázatban is láthattunk, és amelyekre statisztikai adatbázisaink is vannak. Az indikátorok jelentősége akkor mutatkozik meg, amikor az egyes területegységek

adatait egymás mellé helyezve az indikátorok értékeinek szórása, differenciáltsága számszerűen bemutatásra, elemzésre kerül. Sok indikátor esetén jelentős differenciák mutatkoznak a települések között, amelyek nyilvánvalóan hátrányt jelentenek azoknak, akik a rosszabb feltételekkel rendelkező településeken élnek. E hátrányok csorbitják az esélyegyenlőséget az egészség terén, amely nem hagyható figyelmen kívül a társadalompolitika részéről. A területi politika eszköztára, szempontrendszere, támogatáspolitikája és finanszírozási mechanizmusai mérsékelhetik a fentiekben bemutatott tényezők területi szintek és területegységek között fennálló különbségeit.

Olyan szakpolitikai beavatkozásokra lenne szükség, amelyek ösztönzik

- az egyes erőforrások egyenletesebb térbeli eloszlását,
- az úthálózat fejlesztését,
- az elérhetőség javítását,
- infrastrukturális beruházások megvalósítását,
- az urbanizáció káros hatásainak mérséklését,
- a zöldfelületek növelését,
- illetve a vidékpolitika forrásainak növelését.

Végül kiemelhető, hogy a regionális gazdaságfejlesztés ugyancsak releváns eszköztárral bír, amely a térség lakosainak jövedelmi helyzetét képes javítani, ezáltal növelve az egészségben eltöltött évek számát a lakosok számára.

6. ÖSSZEGZÉS

A tanulmány céljaként azt határoztuk meg, hogy bemutassunk egy általunk kiemelten kritikusnak tartott társadalmi problémát, amely célzott beavatkozásokkal mérsékelhető, javítható volna. E társadalmi kérdés az ún. egészségegyenlőtlenség, amely a különböző társadalmi csoportok, illetve más-más földrajzi térségben élők között fennálló egészségi állapot szerinti eltéréseket jelenti, olyan eltéréseket, amelyek – az okozati tényezők befolyásolásával – elkerülhetők volnának. A differenciák mérséklése pedig – mint ahogyan a tanulmányban is kifejtésre került – egyszerre morális felelősség, illetve egyszerre gazdasági érdek is. Az egészségegyenlőtlenség mint társadalmi jelenség bemutatása azt a célt is magában foglalta, hogy rávilágítsunk a területi politika szerepére a kérdés kapcsán. Ugyanis szakirodalmi elemzések és tapasztalatbéli tények támasztják alá azt az állítást, miszerint az egészségegyenlőtlenséget okozó komplex, rendkívül sok változót és sokrétű hatásmechanizmust magában foglaló tényezőrendszerében *területi tényezőket* is azonosíthatunk. A területi tényezők pedig a regionális politika számára beavatkozási felületként értelmezhető, a célzott támogatáspolitiká pedig közvetett módon – a területi feltételek befolyásolásával – segítheti az elmozdulást a társadalmi igazságosság és esélyegyenlőség felé az egészség terén.

A cél érdekében szükséges volt feltárni a téma szakirodalmának eredményeit, szakirodalmi hátterét, amelynek során világossá vált, hogy szerteágazó kutatások sora vizsgálta a kérdést. Továbbá fontos volt kiemelni azokat az összefüggéseket, regressziókat, amelyek bizonyítékként, illetőleg érvként jelennek meg a politika felé történő kommu-

nikációban két dolgot hangsúlyozva. Egyrészt azt, hogy fennáll az egészségyenlőtlenség ténye a társadalmon belül, másrészt pedig, hogy a jelenség negatív hatással van a makroszintű társadalmi és gazdasági folyamatokra. A tanulmányban bemutatott egészségmodellek nyilvánvalóvá tették, hogy mennyire összetett hatás- és tényezőrendszer áll az egészségyenlőtlenség hátterében, amely a strukturális tényezők mellett a társadalom tagjainak közvetlen feltételeit, adottságait, lehetőségeit is magában foglalja. A számtalan okozati tényező interdiszciplináris megközelítést, valamint sokrétű szakpolitikai megfontolást igényel. Az általunk kiemelt szakpolitika a területi politika, amely okán az egészségmodellekbe szintetizált tényezők közül a területi sajátosságokat, térbeli meghatározottságot emeltük ki.

A területi tényezők négy fő csoportját tartjuk a legkritikusabb pilléreknek a szakirodalmi feldolgozás nyomán. Az *egészségügyi erőforrások területi elosztása* mellett az *infrastruktúra és elérhetőség* dimenzióit, a *természeti környezet*, illetve *városodás* jellegzetes hatásait az egészségre, valamint a *térségek területi-gazdasági fejlettségét* azonosítottuk az egészségmodellek alapján, mint területi sajátosságok, térbeli aspektusok. E tényezők befolyásolják az egyének egészségi állapotát, illetve összességében az egész társadalomban fennálló egészségyenlőtlenséget. E területi tényezők minőségét számos indikátor együttes érvényesülése határozza meg, olyan indikátoroké, amelyek kvantitatív adatként kézzel fogható, értelmezhető inputként szolgálnak az elemzésekhez. Amikor e változókat összehasonlító elemzésekbe foglaljuk, élesen és „húsba vágóan” válik nyilvánvalóvá, hogy milyen mértékű differenciák mutatkoznak a térségek között a tárgyalt kérdésben. E tényezők számbavétele pedig területpolitikai stratégiák, valamint hosszútávú országstratégiák részévé válhat, kijelölve azokat a beavatkozási irányokat és módokat, amelyek világosan kifejezett célként az egészségyenlőtlenség mérséklését tűzik ki zászlóikra.

Konkrét javaslatként megfogalmazzuk, hogy szükséges volna elsődlegesen az egészségügyi erőforrások egyenletesebb térbeli eloszlásának megvalósítása, hiszen a szakirodalomban olvasható kutatások eredményei hazánk esetében is beszámoltak olyan térségekről, településekről, ahol az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályokba ütközött. Ehhez kapcsolódik az úthálózat fejlesztésére vonatkozó javaslatunk is, hiszen levonhatjuk azt a konklúziót, hogy az elérhetőség még mindig kritikus kérdés az ellátórendszer igénybevétele esetében hazánkban. Érdemes volna az egészségmegőrzés, valamint prevenció lehetőségeit kiszélesíteni a kisebb települések lakosai számára is, különböző sportlétesítmények – például tanuszoda – telepítésével. Összességében pedig a vidékpolitika forrásainak bővítését látjuk szükségesnek, amely forrásbővülés szélesebb szempontrendszerrel – egészségügyi szempont – tervezhetné a területi politikai beavatkozási stratégiáit olyan települések esetében is, amelyek a nagyvárosoktól, illetve a regionális központoktól távolabb helyezkednek el.

Mind a legtöbb kutatásnak, e vizsgálódásnak is megvannak a korlátai. A már korábban többször jelzett multikauzális jelleg, az egészségyenlőtlenség sok változós problematikája megnehezíti annak bizonyítását, hogy adott tényező – például valamely területi tényező – befolyásolásával érdemi változást tudunk elérni az egészségyenlőtlenség kérdésében. Hiszen számos más változó is okozhatja a különböző egészségi prob-

lémákat. Az is nehézség, hogy az egyes intézkedések sok esetben hosszú távon éreztetik hatásukat, e hatások kimutatása évek múltán lehetséges. A kutatás korlátja, nehézsége továbbá az egészséggel, egészségügyi helyzettel kapcsolatos adatok hozzáférhetőségének kérdése, összegyűjtésének akadályai.

A téma vizsgálatának következő lépése lehet empirikus adatok elemzése. Tekintve, hogy e tanulmány az elméleti áttekintésre fókuszált a témában, a kutatás következő státusza a gyakorlati terepre való kilépés, a hazai egészségügyi helyzet empirikus adatokon való vizsgálata. Ugyanakkor – mint ahogyan e tanulmány címe is magában foglalta – ezt kifejezetten a területi tényezőkre való fókuszálás mellett valósítanánk meg.

IRODALOMJEGYZÉK

- Acemoglu, D.–Johnson, S. (2007) Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 6, pp. 925–985. <http://doi.org/b2865s>
- Albert-Ballestar, S.–García-Altés, A. (2021) Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *Int J Equity Health*, 20, 73, <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>
- Asada, Y. (2005) A framework for measuring health inequity. *J Epidemiol Community Health*, 59, pp. 700–705. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.031054>
- Barro, R. J. (2013) Health and Economic Growth. *Annals of Economics and Finance*, 14, 2, pp. 305–342.
- Barro, R. J.–Sala-i-Martin, X. I. (1995) *Economic growth*. McGraw-Hill, New York.
- Black, D.–Morris, J. N.–Smith, C.–Townsend, P.–Davidson, N.–Whitehead, M. (1980) *The black report: inequalities in health*. DHSS, London.
- Boncz I.–Sebestyén Á. (2006) Economy and mortality in Eastern and Western Europe between 1945 and 1990: the largest medical trial of history. *International Journal of Epidemiology*, 35, 3, pp. 796–797.
- Braveman, P.–Arkin, E.–Orleans, T.–Proctor, D.–Plough, A. (2017) *What is health equity? And what difference does a definition make?* Robert Wood Johnson Foundation, Princeton.
- Brezzi, M.–Luongo, P. (2016) Regional disparities in access to health care: a multilevel analysis in selected OECD countries. *OECD Regional Development Working Papers* 2016/04. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/5jm0tn1s035c-en>.
- Buchmueller, T. C.–Jacobson, M.–Wold, C. (2006) How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics*, 25, 4, pp. 740–761. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.10.006>
- Chandola, T.–Ferrie, J.–Sacker, A.–Marmot, M. (2007) Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ*, 334, 990. <https://doi.org/10.1136/bmj.39167.439792.55>
- Cornia, G. A.–Paniccia R. (2000) The Transition Mortality Crisis: Evidence, Interpretation and Policy Responses. In: Giovanni Andrea Cornia, G. A.–Paniccià, R. (Eds.): *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. WIDER Studies in Development Economics, Oxford. pp. 3–31. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198297413.003.0001>
- Cromley, E. K.–McLafferty, S. L. (2011) *GIS and public health*. Guilford Press, New York.
- Csíte A.–Németh N. (2007a) A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországon. *Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás*, 2, 2, 257–289.

- Csíste A.–Németh N. (2007b) *Az életminőség területi differenciái Magyarországon: a kistérségi szintű HDI becslési lehetőségei*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet; BCE Emberi erőforrások tanszék, Budapest. (Budapesti Munkagazdaságtani füzetek 2007/3).
- Donabedian, A. (1988) The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260.12, pp. 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Egri Z. (2017a) Települési egészséggyenlőtlenségek a gazdasági fejlettség triadikus felbon-tása alapján. *Studia Mundi – Economica*, 4, 3, 32–44.
- Egri Z. (2017b) *Spaciális egészséggyenlőtlenségek, törésvonalak az Európai Unió regionális terében. Magyarok a Kárpát-medencében*, 2, 16, 411–425.
- Fox, A. J.–Goldblatt, P. O. (1982) *Longitudinal study: socio-demographic mortality differentials*. HMSO, London.
- Illés I. (2009) A „területi kohézió” szerepe az EU és a tagországok politikájában. In: Kocziszky Gy.–Sáfrányné Gubik A. (Szerk.): *VII. Nemzetközi Konferencia*. I-II. kötet. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Miskolc. 214–224.
- Juhász A.–Nagy Cs.–Páldy A.–Beale L. (2010) 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*, 70, pp. 1342–1349. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.024>
- Kawachi, I.–Subramanian, S. V.–Almeida-Filho, N. (2002) A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56, 9, pp. 47–52. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- von dem Knesebeck, O. (2015) Concepts of social epidemiology in health services research. *BMC Health Serv Res*, 15, <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1020-z>
- Krieger, N. (2011) *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press, New York. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>
- Libicki É.–Fedor A. (2022) A telepi körülmények között élők egészségi állapotának és egészségműveltségének jellemzői. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 13, 34, 138–162. <https://doi.org/10.19055/ams.2022.05/31/7>
- Lorentzen, P.–McMillan, J.–Wacziarg, R. (2008) Death and development. *Journal of Economic Growth*, 13, pp. 81–124. <https://doi.org/fpssjv>
- Lyngé, E. (1981) Occupational mortality in Norway, Denmark and Finland 1971–1975. In: Committee for International Cooperation of National Research in Demography (Ed.): *Socio-economic differential mortality in industrialised societies*. World Health Organisation, Paris.
- Mackenbach, J. P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 4, pp. 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Mackenbach, J. P.–Bos, V.–Andersen, O.–Cardano, M.–Costa, G.–Harding, S.–Reid, A.–Hemström, Ö.–Valkonen, T.–Kunst, A. E. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32, 5, pp. 830–837. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg209>
- Mackenbach, J. P.–Stirbu, I.–Jan R. Roskam, A.–Schaap, M. M.–Menvielle, G.–Leinsalu, M.–Kunst, A. E. (2008) Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The new england journal of medicine*, 358, pp. 2468–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
- Marmot, M. (2015) *The health gap – the challenge of an unequal world*. Bloomsbury Press, London.
- Marmot, M. G.–Smith, G. D.–Stansfeld, S.–Patel, C.–North, F.–Head, J.–White, I.–Brunner, E.–Feeney, A. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337, pp. 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-k](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-k)

- McCartney, G.–Popham, F.–McMaster, R.–Cumbers, A. (2019) Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, pp. 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>.
- Nagy Cs.–Juhász A.–Beale L.–Paldy A. (2011) Mortality amenable to health care and its relation to socioeconomic status in Hungary 2004–08. *European Journal of Public Health*, 22, 5, pp. 620–624. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr143>
- Nemes Nagy J. (1990) Területi kiegyenlítődé és differenciálódás Magyarországon. *Földrajzi Értesítő*, 39 1–4, 151–173.
- Nordhaus, W. D. (2002) *The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards*. NBER Working Paper No. 8818. Cambridge, National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226551791.003.0002>
- Orosz É. (1989) Az egészségügy területi egyenlőtlenségei — az újraértelmezés szükségességéről. *Tér és Társadalom*, 3, 2, 3–19.
- Pacáková, V.–Jindrová, P.–Kopecká, L. (2019) Statistical Analysis of Health Inequalities in European Countries. *ITM Web Conf.*, 24. <https://doi.org/10.1051/itmconf/20192402002>
- Rechnitzer J. (2013) Adalékok Kelet-Közép-Európa térszerkezetének felrajzolására. *Geopolitika a XXI. században*, 4, 35–52.
- Scambler, G. (2007) Social structure and the production, reproduction and durability of health inequalities, *Social Theory and Health*, 5, 4, pp. 297–315.
- Shah, T. I.–Bell, S.–Wilson, K. (2016) Spatial Accessibility to Health Care Services: Identifying under-Serviced Neighbourhoods in Canadian Urban Areas. *PLOS ONE*, 11, 12, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168208>
- Simonyi Á. (2015) *Synthesis Report: Social Cohesion and Social Policies Growth-Innovation-Competitiveness Fostering Cohesion in Central and Eastern Europe*. Grincoh Working Papers, 5, http://www.grincoh.eu/media/syhtnesis_reports/grincoh_wp5_synthesis_report_simonyi.pdf Letöltve: 2023. 08. 15.
- Smith, G. D.–Bartley, M.–Blane, D. (1990) The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *Br. Med. J.*, 301, pp. 373–377. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6748.373>
- Starfield, B. (2001) Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*, 55, pp. 452–454. <https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>
- Szilágyi D.–Uzzoli A. (2013) Az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika*, 16, 2, 130–147.
- Uzzoli A.–Pál V. (2019) A térbeli szempontok megjelenése az egészségügyenlőtlenségek csökkentésére irányuló szakpolitikai törekvésekben Magyarországon. In: Karlovitz J. T. (Szerk.): *Tanulmányok a kompetenciákra építő, fenntartható kulturális és technológiai fejlődés köréből*. International Research Institute (IRI), Komárno. 28–40.
- Uzzoli A.–Pál V.–Beke Sz.–Bán A. (2019) Egészségügyenlőtlenség, hozzáférés, térbeliség – A Szívizominfarktus ellátásának néhány földrajzi jellegzetessége Magyarországon. *Földrajzi Közlemények*, 143, 2, 107–123. <https://doi.org/10.32643/fk.143.2.2>
- Vitrai J. (2011) *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Doktori Értekezés, Pécs.
- Whitehead, M. (1992) The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22, 3, pp. 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- WHO (2013) *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Wilkinson, R. (1996) *Unhealthy Societies — the Afflictions of Inequality*. Routledge, London.

INTERNETES FORRÁSOK:

- www.ksh.hu
- www.teir.hu
- Database - Eurostat (europa.eu)