

*Uzzoli Annamária*¹

A HAZAI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ALAKULÁSA ÉS TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEI A VÁLSÁG ÉVEIBEN²

BEVEZETÉS

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

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

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

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

CÉLKITŰZÉSEK ÉS MÓDSZEREK

A válság kapcsán milyen gazdasági mechanizmusok szerepe feltételezhető az egészségi állapot alakulásában? Mely társadalmi csoportok, rétegek lehetnek leginkább érintettek a válság hatására bekövetkező egészség-romlásban? Minden esetben a pénzügyi és gazdasági válság közvetlen következménye az egészségi egyenlőtlenségek fokozódása? Beszélhetünk-e a gazdasági válság kedvező egészséghatásairól is?

A felvetett kérdések megválaszolása aktuális feladat a tudományos életben, egyben vita tárgyát képezik a komplex problematika interdiszciplináris feltárásában. Céлом egyrészt a válság és az egészség feltételezett kapcsolatának értelmezése az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározói értelmezésén keresztül, másrészt a hazai helyzet bemutatása statisztikai adatelemzés segítségével. Az egészség-egyenlőtlenségeket hangsúlyozottan az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségekre használom, jelen esetben nem feladatom az

¹ *Uzzoli Annamária: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete*

E-mail: uzzoli@rkk.hu

² A tanulmány az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.

egészségügyi szolgáltatások igénybevételében tapasztalható egyenlőtlenségek vizsgálata. Szintén lényegesnek tartom, hogy a válság és egészség feltételezett kapcsolatát nem globális szinten – tehát az ún. global health szempontjából – elemzem, hanem kizárólagosan a magyarországi helyzetet vizsgálom és értékelem a rendelkezésre álló információk és adatok birtokában.

A jelenlegi elhúzódó gazdasági válság vizsgálati éveit 2009-cel és 2010-zel azonosítom, mert a 2008 őszen bekövetkező hitel- és pénzüpi válság hazai munkaerő-piaci hatásai leginkább 2009-től voltak tapasztalhatók, így a 2012 nyarán rendelkezésre álló statisztikai adatok egyelőre 2009-re és 2010-re vonatkoznak. Az egészségmutatók közül a születéskor várható átlagos élettartam (nemek szerinti megoszlásban is), a gazdasági mutatók közül a munkanélküliség (nemek és iskolai végzettség szerinti megoszlásban is) aktuális adataival dolgoztam. Tehát, a munkanélküliség mint „válságtényező”, a várható élettartam pedig mint az egészség-egyenlőtlenségek és az életesélyek releváns indikátora jelent meg az elemzésben. A két vizsgált „válságév” tekintetében egyrészt fontos volt értelmezni a munkanélküliség és a várható élettartam kapcsolatának intenzitását, másrészt az összefüggésekben megnevezni a válság negatív és pozitív hatásait, harmadrészt összehasonlítani a két válságévet a mutatók alakulása tekintetében, negyedrészt pedig az eredmények birtokában megnevezni a jelenlegi válság „tipikus” évét.

Az egészség-egyenlőtlenségek területi elemzését főként kistérségi szinten végeztem el, az általános tendenciák leírására országos szintű adatokat használtam. Az egészség-egyenlőtlenségek területi vizsgálatában célkitűzés volt vizsgálni a válság hatására egészségfolyamatok tekintetében esetlegesen leszakadó területeket, illetve megfigyelni, hogy a munkanélküliség és az életkilátások területi eloszlásában felfedezhető-e valamilyen szabályszerűség a válság időszakában.

Jelen kutatás szerves folytatása a 2010 őszen megkezdett vizsgálatoknak, amelyeknek fő feladata a jelenlegi válság szerepének értelmezése a hazai egészség-egyenlőtlenségek alakulásában.

AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK TÁRSADALMI MEGHATÁROZOTTSÁGÁNAK ÉRTELMEZÉSE

Az eltérő földrajzi régiókban élő népesség, illetve a különböző társadalmi csoportokhoz tartozók egészségi állapotában jelentős eltérések lehetnek, amelyeket biológiai, életmódbeli, környezeti, társadalmi-gazdasági szocio-kulturális és egyéni tényezők határoznak meg. Az egészség-eltérések egy része a társadalmi-gazdasági viszonyoktól független (pl. genetikai adottságok), azonban nagyobb részük a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek függvénye, következménye (pl. Vitrai et al. 2010a). Ez utóbbiakat a szakirodalom és a szakpolitika is egyaránt egészség-egyenlőtlenségeknek nevezi. Tehát, az egészség-eltérések ún. egészség-egyenlőtlenség része hatásos eszközökkel és eredményes beavatkozással csökkenthető, a népesség egészségének javítása érdekében pedig csökkentendők is (Vitrai et al. 2010b).

Az egészség-egyenlőtlenségek az egyének és csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetére vezethetők vissza, ezért azok igazságtalannak, méltánytalannak tekinthetők (Mackenbach és Bakker 2002). Egy ország egészségügyi ellátórendszere akkor működik hatékonyan és sikeresen, ha mind az egészség-eltérésekben, mind az egészség-egyenlőtlenségekben mérséklődés tapasztalható: vagyis, javul a teljes népesség egészségi állapota, csökken a társadalmi csoportok egészségében tapasztalható különbség, enyhül bizonyos területek (perifériák, félperifériák) lemaradása az országos átlagokhoz képest a helyi lakosság életkilátásaiban.

Az egészség-egyenlőtlenségek alakulását számos egyidejűleg ható tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg. A meghatározó – pl. társadalmi struktúrák – és a befolyásoló tényezők – pl. lakókörnyezet, életkor, munkaerő-piaci pozíció stb. – (Raphael

2008) megismerése, ok-okozati kapcsolataik feltárása tudományos bizonyítékkal szolgálhat, megfelelő tudást és egészség-információt nyújtva a politikai döntéshozók számára.

Az egészség-egyenlőtlenségek befolyásoló tényezőit már sokan és sokféleképpen meghatározták, sőt ezek egyféle összegzéseként tekinthetünk a változatos egészségmodellekre is. A legfontosabb tényezőket legtöbbször a PROGRESS mozaikszóval nevezi meg a szakirodalom (Vitrai et al. 2008):

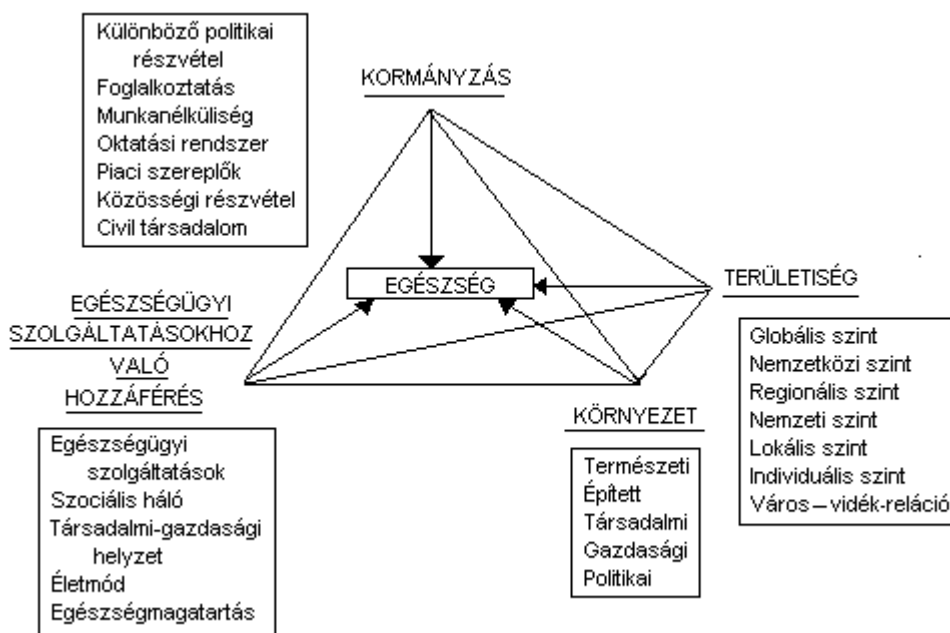
- Place of Residence: Lakóhely
- Race/Ethnicity: Faji, etnikai hovatartozás
- Occupation: Foglalkozás
- Gender: Nemek szerinti megoszlás
- Religion: Vallási hovatartozás
- Education: Iskolai végzettség
- Socio-economic status: Társadalmi-gazdasági helyzet, munkaerő-piaci pozíció
- Social capital/Resources: Társadalmi tőke, társadalmi erőforrások

A válsághelyzetek egyaránt veszélyeztetik a lakosság fizikai és lelki állapotát, valamint az egészségügyi rendszer és a szociális ellátóhálózat működését. Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak értelmezése felveti, hogy a válságok idején a valós és a vélt egészség szempontjából nemcsak a munkaerő-piaci pozíció és a jövedelem-szint számít, hanem a meglévő társadalmi és egészség-egyenlőtlenségek mértéke, növekedése. Az egészséggel összefüggő társadalmi esélyegyenlőtlenség minden országban jelen van, és nagymértékben függ a makrogazdasági feltételektől. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségek mögött a gazdasági egyenlőtlenségek, az elosztási rendszerek igazságtalanságai, a kedvezőtlen munkaerő-piaci pozíció, az egészségügyi ellátáshoz és az oktatáshoz való hozzáférés akadályai, a rossz lakás- és életkörülmények, valamint az egészséges életre való esélytelenség állnak (Benach et al. 2008).

Az egészségi állapotra a munkanélküliség hat a leginkább (Böckerman és Ilmakunnas 2008). Legrosszabb a helyzet a középkorú férfiak esetében, akik általában először válnak munkanélkülivé a válságok idején. A munkanélküliség valóban beteggé tesz, hiszen negatív hatást gyakorol az egyén identitására, érzelmi világára, önértékelésére. A kilátástalanság a depressziós-tünetek, valamint az öngyilkosság kockázatát növeli (Hegerl et al. 2008). Válság idején mindenki törekszik munkahelyének megőrzésére. Emiatt az állandó bizonytalanság, a fokozott stressz-hatás következtében növekszik a fizikai és pszichikai megbetegedések száma. A munkanélküliség okozta stressz a kockázatos magatartásformák (gyógyszerfogyasztás, alkoholizmus, mértéktelen dohányzás) széleskörű elterjedéséhez vezet(het).

A vizsgálatok keretét az egészség társadalmi meghatározói, illetve az egészség-egyenlőtlenségeket befolyásoló tényezők tekintetében leginkább a WHO értelmezése szolgáltatta. A rendelkezésre álló szakirodalmi előzmények és definíciók alapján elkészített egészség-modellben került összegzésre az ENSZ Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottság (ETMB) jelentésének legfontosabb üzenetei (1. ábra). Ugyanis az egészség társadalmi meghatározottsága egyfajta intézményesült formát is öltött mára, hisz 2005-ben az ENSZ létrehozta az ETMB-t, azzal a feladattal, hogy összegezze az egészség-egyenlőtlenségeket meghatározó társadalmi, gazdasági tényezőkre vonatkozó tudományos bizonyítékokat, és tegyen javaslatot egy átfogó globális stratégiára az egyenlőtlenségek csökkentésére. A Bizottság 2008 augusztusában tette közzé jelentését („Számoljuk fel egy generáción belül az egészség-szakadékot!”), amelynek középpontjában az egészségre ható legfontosabb társadalmi tényezők álltak. A Bizottság munkája során megfogalmazta, hogy az

egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóin keresztül valósítható meg (WHO 2008).



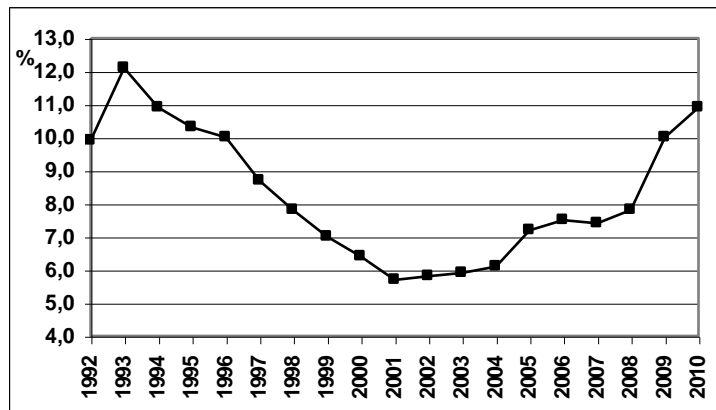
1. ábra: Az egészség társadalmi-gazdasági és környezeti meghatározói a WHO értelmezésében, 2008

Forrás: WHO, 2008 és Orosz É. 2008 alapján saját szerkesztés

Az ETMB munkájának eredményei beépültek az Európai Unió Egészség Cselekvési Programjába is (DETERMINE – EU Cselekvési Konzorcium az Egészség Társadalmi-Gazdasági Meghatározóiért), s ennek keretében olyan nemzeti szakpolitikákról gyűjtenek információkat, amelyek tevékenységeikben bevonták az egészség valamelyik társadalmi tényezőjét, ezáltal javulást értek el az egészség terén (<http://www.health-inequalities.eu>). A kezdeményezés célja, hogy hosszú távon az EU összes tagállama az egészség terén jelentkező egyenlőséget szempontként kezeljék programjaik kialakítása során.

A „VÁLSÁGÉVEK” ÖSSZEHAONLÍTÁSA

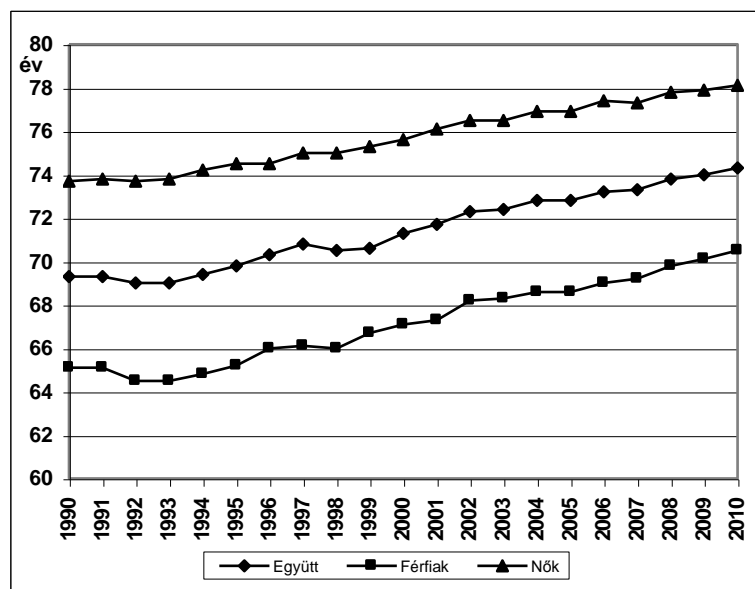
Magyarországon a rendszerváltozás átmeneti időszakában 1993 volt a „mélypont” a társadalmi-gazdasági átalakulási folyamatok tekintetében, hisz legalacsonyabb volt a születéskor várható átlagos élettartam és legmagasabb a munkanélküliség aránya (2. és 3. ábra). A munkanélküliségi arányszám 12,1%, a születéskor várható átlagos élettartam 69 év (férfiaknál: 64,5 év, nőknél: 73,8 év) volt. Azóta mindkét mutató esetében kedvező tendenciák (stagnálás, folyamatos és mérsékelt vagy rohamos javulás) voltak tapasztalhatók. Igaz, a jelenlegi válság kedvezőtlenül hatott a munkanélküliségre, ennek növekvő aránya azonban már 2004-től egyértelmű volt. Jelenleg a születéskor várható átlagos élettartam 74,3 év (férfiak 70,5 év; nők 78,1 év), míg a munkanélküliségi arány pedig 10,9% (2010). Az életkilátások több mint másfél évtized óta tartó kitartó növekedése eredményezte, hogy a mutató néhány tizedes értékkel javult 2009-ről 2010-re, ugyanakkor a válság miatt emelkedő munkanélküliség következménye, hogy közel 1 százalékponttal fokozódott a mutató értéke a vizsgált évek során.



2. ábra: A munkanélküliségi arányszám (%) Magyarországon, 1992-2010

Adatok forrása: portal.ksh.hu

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



3. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam (év) Magyarországon, 1990-2010

Adatok forrása: portal.ksh.hu

Az egyenlőtlenségek vizsgálata a Pearson-féle korrelációs együttható és egy korrelációs mátrix alkalmazásával történt. Közepesen erős összefüggés áll fenn a munkanélküliség és az élettartam között, de ez a korrelációs kapcsolat szorosabbá vált 2010-ben 2009-hez képest (1. és 2. táblázat). Érdekes, hogy 2009-ben a vizsgált kapcsolatrendszerben a munkanélküli nők esetében erősebb volt az összefüggés, de ez 2010-re megszűnt. A legtöbb esetben a férfiaknál erősebb magyarázó tényező a munkanélküliség az életkilátásokban.

1. táblázat: A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam közötti korrelációs kapcsolat (r), 2009

	születéskor várható átlagos élettartam	születéskor várható átlagos élettartam, férfi	születéskor várható átlagos élettartam, nő
munkanélküliek aránya	-0,649	-0,631	-0,532
munkanélküliek aránya, férfi	-0,633	-0,638	-0,536
munkanélküliek aránya, nő	-0,653	-0,615	-0,530

2. táblázat: A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam közötti korrelációs kapcsolat (r), 2010

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

Az egyenlőtlenségek mértéke a két válságév viszonylatában jelentősebb a munkanélküliség tekintetében, bár mindkét mutató esetében 2010-ben mérséklődés tapasztalható 2009-hez képest (3. és 4. táblázat). A legjobb helyzetű kistérségek vagy a fővárosi körüli agglomerációban vagy a nyugati országgrészben, míg a legrosszabb helyzetűek az északkeleti és/vagy délnyugati területeken találhatók.

3. táblázat: Az egyenlőtlenségek mértéke a vizsgált mutatók alapján a kistérségekben, 2009

Adatok forrása: teir.vati.hu

	minimum érték	minimum értékkel rendelkező kistérség	maximum érték	maximum értékkel rendelkező kistérség
munkanélküliek aránya (%)	3,6	Budaörsi	26,9	Sellyei
munkanélküliek aránya, férfi (%)	4,2	Soproni-Fertődi	33,8	Sellyei
munkanélküliek aránya, nő (%)	2,7	Soproni-Fertődi	21,2	Sellyei
születéskor várható átlagos élettartam (év)	67,8	Abaúj-Hegyközi	78,5	Hévízi
születéskor várható átlagos élettartam, férfi (év)	64,1	Abaúj-Hegyközi	74,5	Hévízi
születéskor várható átlagos élettartam, nő (év)	73,0	Bácsalmási	82,1	Hévízi

4. táblázat: Az egyenlőtlenségek mértéke a vizsgált mutatók alapján a kistérségekben, 2010

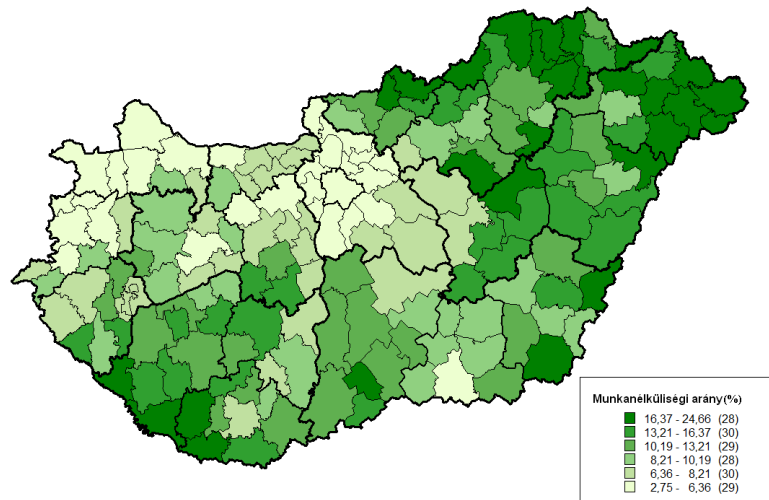
Adatok forrása: teir.vati.hu

	Minimum érték	Minimum értékkel rendelkező kistérség	Maximum érték	Maximum értékkel rendelkező kistérség
munkanélküliek aránya (%)	2,8	Sopron-Fertődi	24,7	Abaúj-Hegyközi
munkanélküliek aránya, férfi (%)	2,8	Sopron-Fertődi	27,3	Abaúj-Hegyközi
munkanélküliek aránya, nő (%)	2,8	Sopron-Fertődi	21,7	Abaúj-Hegyközi
születéskor várható átlagos élettartam (év)	71,3	Bodrogközi	78,4	Budapest
születéskor várható átlagos élettartam, férfi (év)	65,9	Bodrogközi	76,9	Budapest
születéskor várható átlagos élettartam, nő (év)	76,6	Kadarkúti	81,6	Körömdi

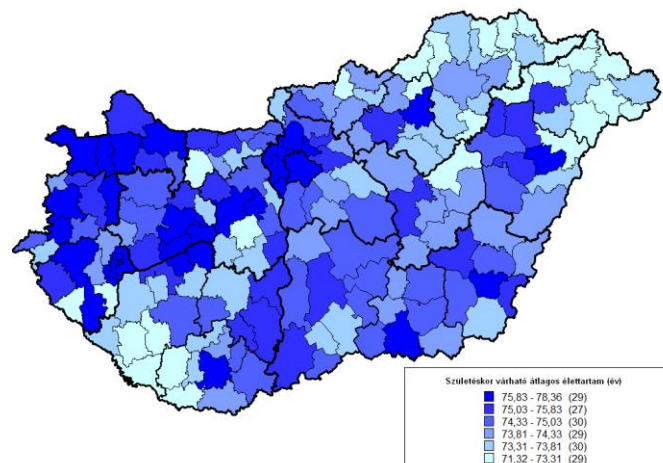
Az áttekinthetőség érdekében az alábbiakban a munkanélküliség és a várható élettartam összefüggésének területi szemléletű elemzésében csak a 2010-es helyzetet ábrázolom térképeken, a szövegkörnyezetben utalok a 2009 és 2010 között bekövetkezett változásokra, átalakulásokra.

Az életesélyek és a munkanélküliség kapcsolatának térbelisége alapján kisebb mértékben figyelhető meg a kistérségek pozícióvesztése és/vagy pozíciónyerése mind a munkanélküliség, mind a várható élettartam esetében 2009 és 2010 között. A munkanélküliség alapján a válság alatt (2009-ről 2010-re) pozícióvesztés – a mutatószám romlása egy év során – főként a Veszprém és a Zala megyében található kistérségeket érintette. Ugyanez az életkilátások esetében Vas és Zala megye kistérségei esetében járt a mutatószám stagnálásával. Ez utóbbi abból a szempontból fontos, hogy Magyarországon több mint 15 éve folyamatos a születéskor várható átlagos élettartam javulása.

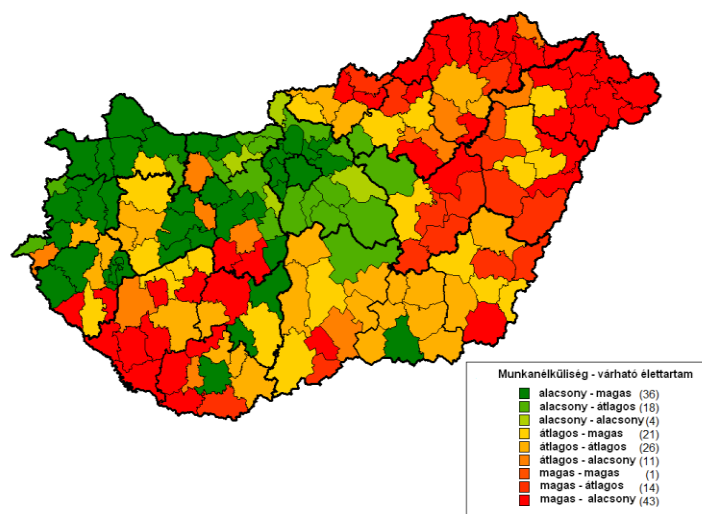
A munkanélküliségi arány és a születéskor várható átlagos élettartam kistérségi különbségei jellegzetes területi mintázatra hívják fel a figyelmet (4. és 5. ábra). Azonban ez a területi szerkezet nem módosult jelentős mértékben a vizsgált két év során. Továbbra is ugyanazok a területek tekinthetők kedvező (Budapest és az agglomeráció, Északnyugat-Magyarország) és kedvezőtlen (Északkelet- és Délnyugat-Magyarország) helyzetűnek. Egyrészt az életkilátások alapján jó helyzetű területek romlása most egyáltalán nem következett, ellentétben a rendszerváltozás krízisével, sőt még a következetes javuló tendenciában sem tapasztalható megtorpanás. Az életesélyek folyamatos javulása az országos átlaghoz képest jóval rosszabb helyzetű kistérségekben is tart napjainkban (6. ábra), de ezeknél a kistérségeknél az országos átlaghoz képesti jelentős hátrány okozza a legtöbb problémát. Másrészt a társadalmi-gazdasági értelemben elmaradott területeken már a válság előtt is magas volt a munkanélküliség, így a jelenlegi válság a munkahelyvesztés kapcsán éppen a kedvezőbb helyzetű kistérségeket érte, területileg főként Nyugat-Magyarországon. Azonban az utóbbi kistérségekben a legtöbb társadalmi-gazdasági mutató jobban alakul az országos szinthez képest, tehát az ő esetükben a válság egy-két éve nem okozott hátrányhelyzetet.



1. ábra: A munkanélküliségi arány (%) a kistérségekben, 2010
Adatok forrása: teir.vati.hu



2. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam (év) a kistérségekben, 2010
Adatok forrása: teir.vati.hu



3. ábra: A munkanélküliségi arány (%) és a születéskor várható átlagos élettartam (év) országos átlagokhoz való viszonyítása a kistérségekben, 2010
Adatok forrása: teir.vati.hu

Az egyenlőtlenségek vizsgálatakor megállapítható, hogy – az eddig rendelkezésre álló adatok birtokában – a jelenlegi válsággal kapcsolatban inkább 2010 tekinthető tipikusnak. Ennek fő okai a következők: a legtöbb esetben szorosabb volt a korrelációs kapcsolat a vizsgált mutatószámok között 2010-ben; másrészt 2010-ben a munkanélküliség esetében a kedvezőtlenebb helyzetű kistérségek rosszabbodása, a várható élettartam alapján pedig a kedvezőbbek javuló tendenciájának mérséklődése volt tapasztalható 2009-hez képest; harmadrészt pedig 2010-ben erősebb magyarázó tényező a térbeliség munkanélküliség és a várható élettartam kapcsolatrendszerében.

ÖSSZEFOGLALÁS

A társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetet a szakirodalmi források alapvetően három, egymással kölcsönhatásban álló meghatározó tényező mentén definiálja: az iskolai végzettség, a munkaerő-piaci pozíció és a jövedelemszint. Válságok idején különösen hangsúlyos az előbb említett tényezők szerepe egyrészt a társadalmi-gazdasági helyzet rosszabbodásában, másrészt az egészség-egyenlőtlenségek alakulásában, esetlegesen azok fokozódásában. Természetesen, a komplex hatások tekintetében más társadalmi-gazdasági, szociális, környezeti, politikai stb. tényező szerepe is egyaránt érvényesül. Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak többrétűsége, komplexitása, értelmezésük multidiszciplináris megközelítése a szakpolitika részéről is felveti az interszektoralis beavatkozások szükségességét.

A különböző szakpolitikai döntéseknek is bizonyítottan van hatása az egészségre, tehát nem mindegy, hogy válság idején a megszorító intézkedések, a forráselvonások és költségcsökkentő beavatkozások milyen módon érvényesülnek az egészségi állapot javítását célzó népegészségügy működésében. Az egészségpolitika alapvető törekvése az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés mindenki számára való biztosítása, függetlenül a gazdasági krízisektől. Nem kizárólagosan csak az egészségpolitikának és az egészségügyi szektornak a feladata az egészség társadalmi meghatározóinak javítása, hanem az, hogy hatékonyan működjön közre az egészség interszektoralis megközelítésében, s így járuljon hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

A vizsgálati eredmények az ún. egészséghatás vizsgálat (EHV) hazai széleskörű alkalmazásához. Az EVH eljárások, módszerek és eszközök olyan kombinációja, amellyel értelmezhetőek egyes – például gazdaságfejlesztési – stratégiák, programok, projektek lehetséges hatásai a lakosság egészségi állapotára, illetve ezeknek a hatásoknak a megjelenése a népesség különböző csoportjaiban (Kishegyi 2008; Kincses és Borbás 2009). Az EHV rugalmas módszertan, amely szakpolitikák, programok és projektek szintjén egyaránt alkalmazható. Az EHV módszer a szakembereknek, eszköz a döntéshozóknak. Az egészséghatás-becslés többek között alkalmas arra, hogy kimutassa, a különféle megszorító intézkedések közül melyiknek van a legkevésbé negatív hatása az egészségre. Az EVH újszerű megközelítés, egyben megteremti a lehetőséget egy olyan komplex módszer kidolgozásához, amely egyszerre képes integrálni a társadalmi, gazdasági, környezeti és politikai nézőpontokat az egészség-egyenlőtlenségek értelmezésében (Molnár et al. 2009).

FELHASZNÁLT IRODALOM

- BENACH J, MUNTANER C, SANTANA V. 2008: Employment Conditions and Health Inequalities. WHO – CSDH, Montreal. 172 p.
- BÖCKERMAN P, ILMAKUNNAS P. 2008: Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics* 18: 161-179.
- HEGERL U, WITTMANN M, ARENSMAN E, VAN AUDENHOVE CH, BOULEAU JH, FELTZ-CORNELIS CH, GUSMAO R, KOPP M. 2008: The “European Alliance Against

- Depression (EAAD)”: A multifaceted, community based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2008/8: 51-59.
- KINCSES GY, BORBÁS I. 2009: Az egészséghatás-értékelés szerepe az egészségügyben. *Egészség-gazdaságtan* 2009/június: 39-44.
- KISHEGYI J. (szerk.) 2008: Az egészséghatás-vizsgálat. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek* 7. OEFI, Budapest. 16 p.
- MACKENBACH JP, BAKKER M. (eds.) 2002: *Reducing Inequalities in Health: An European Perspective*. Routledge, London. 378 p.
- MOLNÁR Á, ÁDÁM B, ÁDÁNY R. 2009: Az egészséghatás-vizsgálat módszertana. *Népegészségügy* 87: 20-30.
- OROSZ É. 2008: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a XXI. század elején. (www.menszt.hu) (Utolsó letöltés: 2009. szeptember 1.)
- RAPHAEL D. 2008: Introduction to the social determinants of health. In: Raphael, D. (ed.): *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 2nd Edition. Canadian Scholars' Press, Toronto. pp. 2-19.
- SZILÁGYI D, UZZOLI A. 2012: Az egészség-egyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika* (megjelenés alatt)
- UZZOLI A. 2012: Impact of economic crisis on life span and its spatial inequalities in Hungary. *Discussion Papers No. 87*. MTA KRTK RKI, Budapest. 43 p.
- VITRAI J, HERMANN D, KABOS S, KAPOSVÁRI Cs, LÖW A, PÁTHY Á, VÁRHALMI Z. 2008: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. *EgészségMonitor*, Budapest. (<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf>) (Utolsó letöltés: 2012. március 28.)
- VITRAI J, BAKACS M, KAPOSVÁRI Cs, NÉMETH R. 2010a: Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. *EgészségMonitor*, Budapest. (http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf) (Utolsó letöltés: 2012. március 28.)
- VITRAI J, BAKACS M, GÉMES K, KISS N, KÖVI R, UZZOLI A. 2010b: Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. *EgészségMonitor*, Budapest. (<http://www.egeszsegmonitor.hu/publikaciok.php>) (Utolsó letöltés: 2012. március 28.)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. WHO, Commission on Social Determinants of Health, Geneva. 256 p. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html) (Utolsó letöltés: 2011. július 18.)