

UZZOLI Annamária, PhD.
tudományos főmunkatárs
ELKH-Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont
Földrajztudományi Intézet

senior research fellow
ELKH- Research Centre for Astronomy and Earth Sciences
Geographical Institute
email: annamaria.uzzoli@gmail.com

**AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEK TERÜLETI
KÜLÖNBΣÉGEI MAGYARORSZÁGON – AZ
EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS
SZEREPÉNEK ÉRTELMEZÉSE**

*REGIONAL DIFFERENCES OF HEALTH INEQUALITIES
IN HUNGARY – DEFINING THE ROLE OF ACCESS TO
HEALTH CARE*

ABSTRACT

The paper is based on a case study which is the part of a research project (No. 119574). This research aims to analyse regional differences of health inequalities in Hungary addressed it to the role of access to health care. The examinations contain both of quantitative and qualitative techniques as mixed method. To measure health inequality and its regional differences morbidity and mortality data of acute myocardial infarction was used. To define the conditions of accessibility health care of infarction was applied. The theoretical background of this research is based on a model '5A'. The most important results of statistical analysis can strengthen a paradox situation: marked improvement of mortality has happened in the last 15 years, but the level of morbidity and mortality is still high internationally. On the other hand, there are notable regional differences within the country. Primary experiences of made semi-structured interviews can highlight the role of availability, lack of human capacity and weaknesses of patient education in the barriers of access to health care. Moreover, there is remarkable difference between the opinion

of medical workers and patients about the relevant influencing factors of accessibility. All results and experiences are suitable to make some proposals for evidence based decision-making. Next step of the research is making expert interviews with important stakeholders of the Hungarian health policy.

Kulcsszavak: egészségyenlőtlenség, hozzáférés, infarktus, esettanulmány, Magyarország

Keynotes: health inequality, accessibility, infarction, case study, Hungary

1. Bevezetés

Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről nyújt jogszabályi keretet az egészségügyi szolgáltatások hozzáféréseinek széleskörű biztosításához:

„Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.”

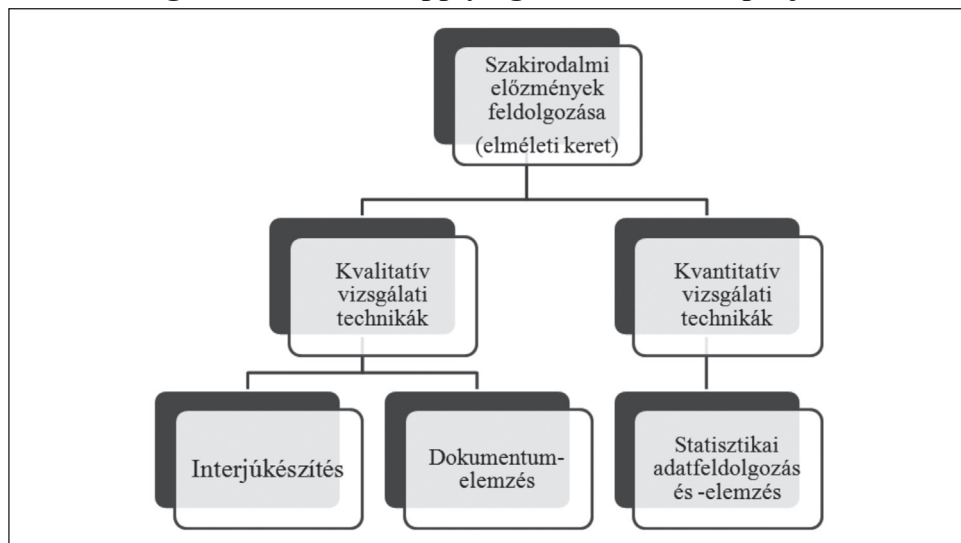
Nemcsak a jogalkotásnak, hanem a szakpolitikai törekvéseknek köszönhetően is hazánkban az egészségügyi szolgáltatások túlnyomó többsége a betegek részéről közvetlen anyagi-pénzügyi ráfordítás nélkül igénybe vehető, amelyet a társadalombiztosítás nyújt az állampolgárok számára. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyei mindenki számára biztosítottak, mégis sok olyan társadalmi-gazdasági, illetve szocio-kulturális tényező létezik, amelyek akadályt jelentenek a hozzáférésben. A számos egyidejűleg ható tényező eredményeként az esélyegyenlőtlenség különböző formái figyelhetők meg, amelyek együttesen hozzájárulhatnak az egészség-egyenlőtlenségek növekedéséhez. Ez a társadalmi jelenség minden ország egészségügyi rendszerében jelen van, vagyis a hozzáférés problematikája és annak kezelése mind nemzeti, mind világszinten kihívást jelent az egészségpolitikák számára.

A tanulmány alapvető célja egy kutatási projekt megvalósítása során elkészített esettanulmány főbb eredményeinek a bemutatása¹. Ebben a hazai egészségyenlőtlenségek területi különbségeinek vizsgálata történt mg elsősorban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepének értelmezésén keresztül. A témában releváns szakirodalmi előzmények feldolgozása, az aktuális statisztikai adatok összegyűjtése és elemzése, a terepmunkák során szerzett interjútapasztalatok számtalan információt nyújtanak számunkra egyrészt a hazai egészségyenlőtlenségekről, másrészt az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeiről és/vagy akadályairól.

A kutatás során az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hazai feltételeinek vizsgálata a népbetegségnek számító ún. akut miokardiális infarktus (AMI: heveny szívizominfarktus) megbetegedési és halálozási helyzetén, valamint ellátásának jellemzőin keresztül valósult meg. Ugyan ez lehetőséget adott az infarktusellátás országos, regionális és lokális tanulmányozásához, azonban egyúttal a kutatás korlátait is kijelölte. Az infarktusellátáshoz való hozzáférés elemzése során 1) az állami egészségügy működését vettük alapul, 2) a tapasztalatok nem általánosíthatók az egészségügyi rendszer egészére vonatkozóan.

A tanulmány felépítése részben alkalmazkodik a kutatás során elvégzett tudományos tevékenységek sorrendjéhez (1. ábra). Ennek megfelelően az elméleti háttér elsődlegesen a fogalom-magyarázatra épül a szakirodalmi előzmények összegzésén keresztül. Az empirikus fejezetek a statisztikai adatfeldolgozások és az egészségügyi szereplőkkel készült interjúkészítések legfontosabb eredményeit ismertetik. Végül az összefoglalás a kutatás során szerzett ismeretek szintézisére, az alapvető konklúziók megfogalmazására fókuszál, kiegészülve a témához kötődő további kutatási lehetőségekre adott javaslatokkal. Ez elősegítheti hasonló kutatások megszervezését, és hozzájárulhatnak a hozzáférés különböző szempontok szerinti értelmezéséhez.

1. ábra: A kutatási projektben alkalmazott módszerek
Figure 1.: Methods applying in the research project



Forrás. saját szerkesztés.

2. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés fogalmi keretei

Az ellátáshoz való hozzáférés meghatározása nem könnyű feladat, hisz alapvetően egy soktényezős, multidimenzionális fogalomról van szó. Fogalmi értelmezése tudományterületenként, sőt még szerzők szerint is eltérő lehet.

Etimológiailag a hozzáférés jelentése az elérés, a belépés vagy a használati jog². Az egészségügyben a hozzáférés az egészségügyi szolgáltatások, a szolgáltatók és/vagy az intézmények igénybevételét, az azokhoz való hozzáférés feltételeit jelenti^{3 4}.

Az ellátáshoz való hozzáférés vizsgálata már az 1970-es években megkezdődött, de tényleges jelentősége az 1980-as évektől vált nyilvánvalóvá az egészségyenlőtlenség jelenségének felismerésével és fogalmának meghatározásával. Napjainkban a téma kutatói egyetértenek abban, hogy a hozzáférés az egészségyenlőtlenségek egyik kiváltó tényezője, ok-okozati összefüggésben állnak egymással. Tény, ha az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyei korlátozottak, ha bizonyos tényezők akadályozzák az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, vagy ha nem megfelelő egészségügyi intézmények állnak rendelkezésre, akkor ezek a körülmények közvetlenül és áttételesen is az egészségben és az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségek fokozódásával fog együtt járni. Azonban az egymásra hatás pozitív értelemben is helytálló: ha az egészségügyi szükségletekhez igazodó új szolgáltatások jönnek létre, vagy ha azok gyors elérhetőségét javítják, akkor ez által többen vehetik igénybe az ellátást, így javulnak a hozzáférés esélyei, amely már rövidtávon elősegítheti az egészségyenlőtlenségek mérséklődését.

A 2000-es évektől a hozzáférés kutatása egyre inkább az egészségkutatások fókuszába került. Számos modell született a hozzáférés lehetőségeit és akadályait jelentő tényezők összegzésére, de az utóbbi években legtöbbször az ún. „5A” modell alkalmazása vált általánossá, amellyel az egészségügyi ellátásban az esélyegyenlőség érvényesülését komplex módon értelmezik^{5 6 7}. A modell összetevői a következők^{8 9 10 11}:

- Hozzáférés (Accessibility): lényegében azt jelenti, hogy adott jogszabályi környezetben az egyének milyen módon, mennyire könnyen tudják igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat.
- Elérhetőség (Availability): A rendelkezésre álló, időben és fizikai akadályok nélkül igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat jelenti.
- Megfizethetőség (Affordability): Az anyagi-pénzügyi ráfordítás nélkül közvetlenül igénybe vehetők egészségügyi szolgáltatásokra utal.

- Elfogadhatóság (Acceptability): A betegjogok érvényesülése alapján értelmezhető.
- Megfelelőség (Appropriateness): Az ellátási szükségletek és a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatások közti összhang alapján lehet meghatározni.

Végeredményben az ún. „5A” modell közvetlenül és áttételesen az egészségügyi ellátás minőségéről is információt szolgáltat.

Összegzésként megállapítható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés fogalmát egyetlen mondatban meghatározni, lényegét kifejezni szinte lehetetlen. Értelmezésében javasolt többtényezős, különböző szempontokat összegző komplex modelleket alkalmazni, valamint integrált szemléleten alapuló módszertani eszköztárt használni.

3. Az infarktus megbetegedés és halálozás hazai helyzete az elmúlt másfél évtizedben

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben érvényesülő esélyegyenlőtlenség feltételei és következményei nagyon gyakran változnak a különböző egészségügyi szolgáltatásokban. Ez volt az egyik oka annak, hogy a hazai ellátás vizsgálatában az ún. akut miokardiális infarktus ellátási körülményeit elemeztük, amely a krónikus nemfertőző keringési rendszeri betegségek egyike.

Az AMI, mint példa kiválasztása az ellátáshoz való hozzáférés akadályainak kutatására épülő esettanulmányban több szempontból is indokolt volt:

- Az AMI az ún. akut koronária szindróma (heveny koszorúér-esemény) egyik tipikus kórképe, amely a szívizom vérellátását biztosító koszorúerek súlyos szűkületére (elzáródására) vezethető vissza¹².
- Az AMI a fejlett országokban, köztük Magyarországon is vezető szív- és érrendszeri halálok.
- Az AMI megbetegedési viszonyok utalnak adott ország egészségfejlesztési intézményrendszerének eredményességére, a prevenció szerepére, illetve a betegek egészségmagatartására és életmódbeli szokásaira¹³.
- Az AMI információhordozó a rövid- és hosszú távú túlélési esélyekről: a betegség kialakulását követő 7 napon belüli halálozás elsődlegesen a kórházi sürgősségi ellátásra vezethető vissza, míg a 30 és 365 napos halálozás nagymértékben függ az orvosi utasítások szakmai tartalmától és azok betartásától, a rehabilitációtól, továbbá a beteg életmódjától, szociális körülményeitől. Az AMI ellátásának hatékonysága

és eredményessége összefügg az időben elvégzett beavatkozásokkal, terápiákkal, amelyek szakmai irányelvekre támaszkodnak¹⁴.

- Az AMI ellátásának mindhárom szakaszában – 1) prehospitális, 2) hospitális sürgősségi, akut (invazív) és rehabilitációs ellátás, 3) fenntartó fázis (gondozás, megelőzés) – a szakmai protokollok alapján egyértelműen meghatározott beavatkozások és terápiák léteznek a közvetlen életveszély elhárítására és az életminőség fenntartására¹⁵.

A hazai AMI megbetegedési és halálozási helyzet időbeli és térbeli alakulásában fontos változások következtek be a 2000-es évek eleje óta. A rendelkezésre álló statisztikai adatok bizonyították, hogy lényegében ettől az időtől kezdve folyamatos, részben számottevő javulás következett be a hazai AMI-halálozásban. Ennek során a halálozási arányszám a felére csökkent, és ez nagymértékben a középkorú férfiakat érintette¹⁶. A látványos javulás egyrészt a keringési rendszeri halálozásokban bekövetkező csökkenésre vezethető vissza, másrészt köszönhető a 2000-es évek közepétől a szívkatóteres központok száma növekedésének. Ez utóbbi során közel 10 év alatt több új olyan ún. hemodinamikai laboratóriumot hoztak létre Magyarországon, amelyek az AMI szívkatóteres kezelésére alkalmasak: ezek létrehozásával, részben a meglévő kapacitások bővítésével területileg kiegyenlítetté vált a szívkatóteres infarktusellátás (perkután koronária intervenció, PCI) az országban. A szívkatóteres kezelésekből fontos előrelépés volt 2012. júliusban, amikor is a beavatkozásokra vonatkozó teljesítményvolumen-korlátot eltörölték.

Azonban a kedvező folyamatok ellenére ellentmondások tapasztalhatók hazánkban az AMI-helyzet tekintetében. A jelentős mértékű javulás ellenére elmaradunk az Európai Unió (EU28) átlagától az AMI-megbetegedés és -halálozás alapján, de a szomszédos kelet-közép-európai országokhoz képest is kedvezőtlenebb a helyzetünk. A csökkenő halálozás nagyrészt a férfiakat érintette, ugyanakkor a nők halálozásában az elmúlt években kissé mértékű rosszabbodás figyelhető meg a területi különbségek enyhe növekedésével együtt¹⁷. Viszont az AMI-halálozás csökkenése nem járt együtt a megbetegedések nagyobb arányú mérséklődésével az elmúlt több mint másfél évtizedben. Továbbra is évi kb. 16.000 infarktuseset van az országban, amelyből kb. 6.000 eset végződik halálozással¹⁸.

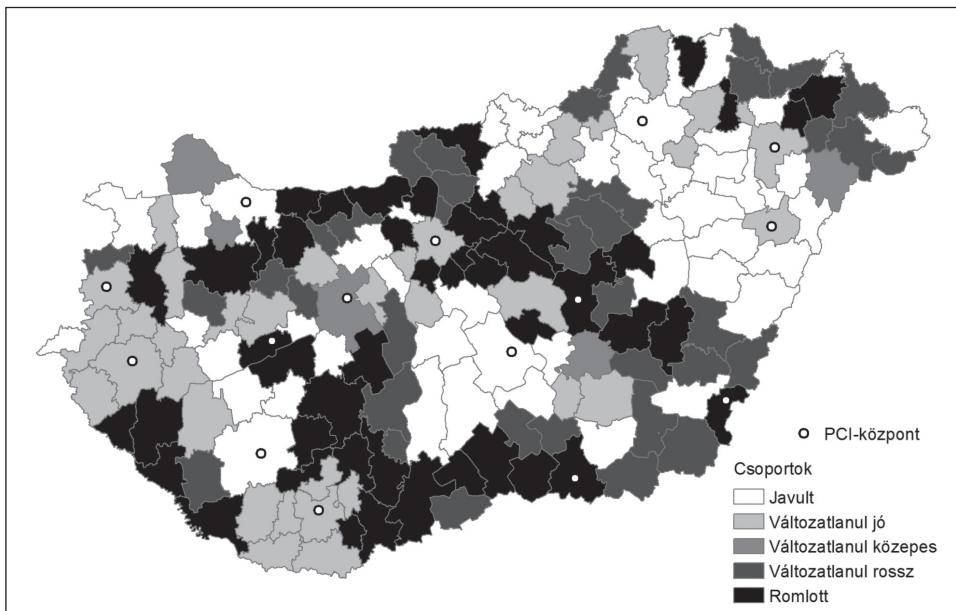
Számos eredmény alátámasztotta, hogy a 2008/2009-es pénzügyi válság hosszú távú egészséghatásai nagy valószínűséggel hátrányosan érintették a hazai AMI-helyzetet, elsősorban a nők tekintetében. Nagy kérdés, hogy a válság miatti munkaerő-piaci bizonytalanságok, vagy a hiteltartó-

zások okozta fokozott stressz és szorongás, vagy a szenvedélybetegségek nagyobb arányú térhódítása a nők körében milyen mértékben járult hozzá az AMI-helyzet mérsékelt romlásához és az egyenlőtlenségek növekedéséhez. Azonban ezek magyarázata további részletes kutatásokat igényel.

A 2000-es évek elejétől kezdődő javuló tendencia kezdetben a területi különbségek csökkenését eredményezte. Ennek ellenére a 2010-es évek elejétől – feltételezhetően a legutóbbi gazdasági válság következményeként – enyhe növekedés következett be az AMI-halálozás területi megoszlásában. A területi egyenlőtlenségek fokozódása főként az AMI-megbetegedések esetében észlelhető, ennek mértéke meghaladja a halálozás esetében tapasztalt egyenlőtlenségeket. Ráadásul az egyenlőtlenségek növekedése inkább a nőkre jellemző. Mindezek lényege, hogy az ország egyes területei között jelentékeny különbség van abban, hogy kik (férfiak vagy nők) és milyen mértékben (országos átlaghoz képest) kapnak infarktust, illetve számukra ez mit jelent a túlélési esélyekben. Leghátrányosabbak a szívkatóéteres központoktól távoli, főként keleti és déli határmenti periférikus területek¹⁹.

2. ábra: Az akut miokardiális infarktus halálozási arányszámának változása a járásokban 2005 és 2015 között

Figure 2.: Mortality rate of acute myocardial infarction and its changes between 2005 and 2015 at micro-regional level (LAU-1)



Forrás: saját szerkesztés.

Az AMI halálozási arányszám 2005 és 2015 között bekövetkezett változása járási szinten jellemző területi különbségekre hívja fel a figyelmet (2. ábra). A javuló tendencia az ország egészét érintette, de nagyobb összefüggő terület főként Kelet-Magyarországon fedezhető fel. Budapest, illetve több nyugat-magyarországi járás AMI halálozási helyzete 2005-ben és 2015-ben is kedvezőnek volt tekinthető. A szívkatóéteres központtal rendelkező járásokban, valamint az azzal szomszédos járásokban vagy javult az AMI halálozási helyzet, vagy továbbra is jónak (országos átlag alattinak) tekinthető. Ez az összefüggés Kelet-Magyarország déli határmenti területein kevésbé helytálló, sőt a két vizsgált év között romlott – növekedett – az AMI halálozási arányszám. Egyébként a romló tendencia éppen a határmenti országrészeket, földrajzi és belső perifériákat érintette.

A kutatás során elvégzett statisztikai vizsgálatok számos releváns eredményt közöltek a hazai AMI-helyzetről és annak változásáról. Azonban az ilyen jellegű vizsgálatok során néhány korlátozó tényezővel is szembe kell nézni:

- 1). az adattisztítás nehézségei,
- 2). kevés társadalmi-gazdasági adat áll rendelkezésre a betegekre vonatkozóan,
- 3). kis elemszám miatt járási szinten az adatok aggregálása szükséges,
- 4). betegség gyógyításának megértéséhez folyamatos orvosi tanácsadás javasolt,
- 5). a statisztikai adatok nem tudnak különbséget tenni az infarktus Stemi és NStemi formája között²⁰,
- 6). egyes kutatási kérdések nem megválaszolhatók pusztán csak a statisztikai vizsgálatok eredményeivel.

Összegzésként megállapítható, hogy statisztikai elemzésekre épülő kutatási eredményeink összhangban vannak a 2017-es MÉRTÉK Jelentés főbb következtetéseivel. Ezek közül megemlíthető, hogy az elmúlt évek alapján megfigyelhető, hogy európai összehasonlításban mérsékelten, de növekszik a 365 napos AMI-halálozás mértéke Magyarországon²¹.

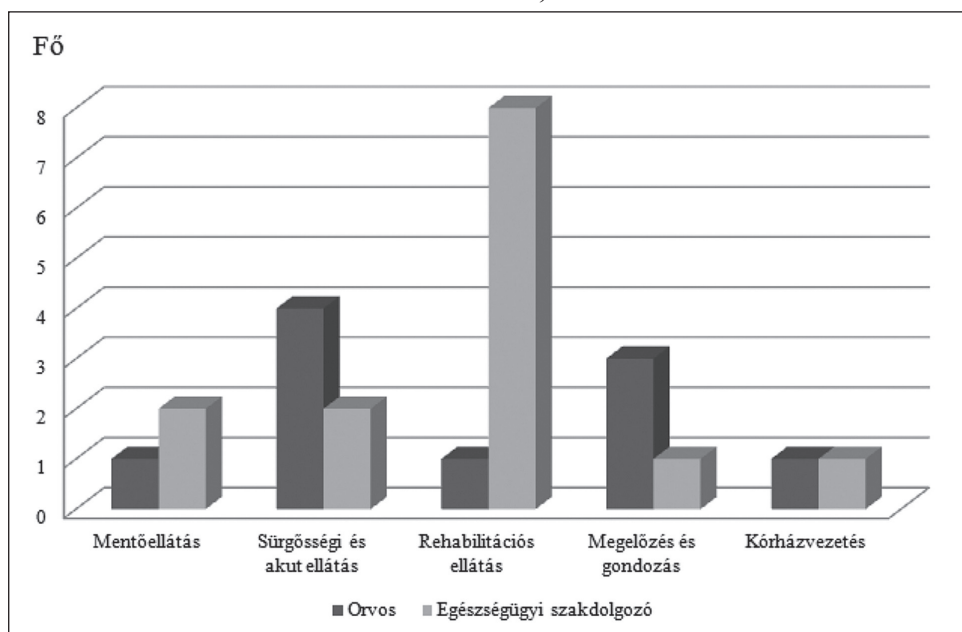
4. Az infarktusellátáshoz való hozzáférés helyi jellemzői egy esettanulmány tapasztalatai alapján

A statisztikai elemzések többféle és többszintű térbeli összefüggésre hívták fel a figyelmet az AMI ellátásának szakmai és területi jellemzői alapján. Ezek tükrében a helyi szinten szervezett esettanulmány mintaterületül

Békés megyét választottuk. A helyi esettanulmány során félig strukturált interjúk segítségével feltártuk az ellátáshoz való hozzáférés főbb akadályait az egészségügyi szereplők két csoportjának – 1) infarktusellátás szakmai résztvevői (egészségügyi szakemberek, szakdolgozók), 2) betegek – véleménye alapján. A kétlépcsős interjúkészítés 2018. április és június között valósult meg: 24 egészségügyi szakemberrel, és 29 beteggel²² (3. és 4. ábra).

3. ábra: Az interjúban megkérdezett egészségügyi szakdolgozók megoszlása ellátási szakaszok szerint, 2018.

Figure 3.: Medical workers in interviews according to different phases of health care, 2018.



Forrás: <https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>

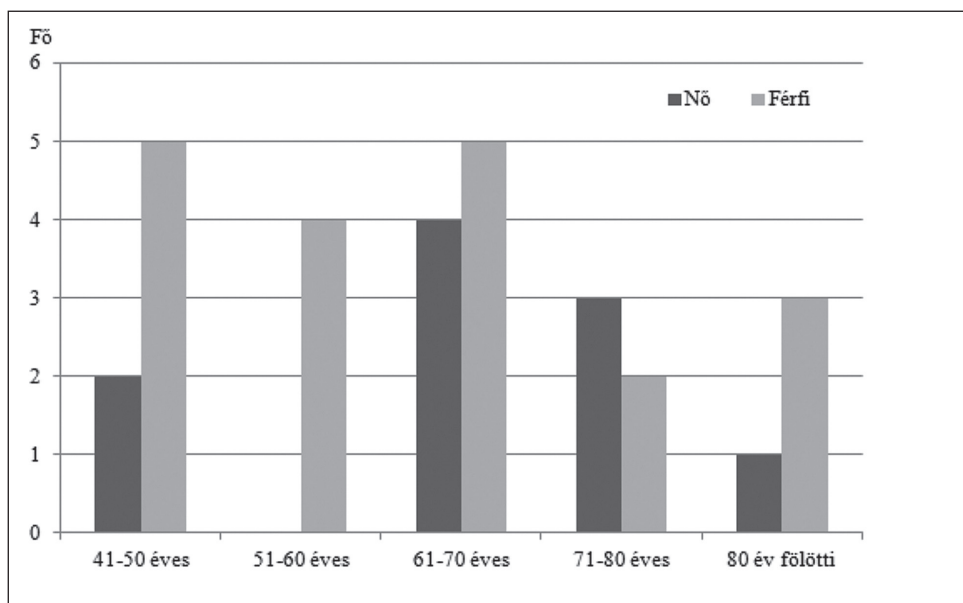
Az infarktusellátásban releváns egészségügyi szakdolgozókkal készült interjúk főbb kérdéscsoportjai a következők voltak:

- Milyen együttműködési mechanizmusok és szakmai protokollok határozzák meg az infarktusellátás megyei működését?
- Helyi szinten milyen megoldási lehetőségek vannak az integrált ellátás megvalósítására az infarktusellátásban?
- Milyen fejlesztések történtek az infarktusellátásban az elmúlt években, és mik a jövőbeli tervek?

- Milyen szerepet tölt be a területiség az infarktusellátásban megnyilvánuló egyenlőtlenségekben?

4. ábra: Az interjúkban megkérdezett betegek megoszlása életkor és nem szerint, 2018.

Figure 4.: Patients in interviews according to their age and gender, 2018.



Forrás: <https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>

Az infarktuson átesett betegekkel készült interjúk főbb kérdéscsoportjai a következők voltak:

- Milyen egészségismereteik vannak a betegeknek a szívizominfarktusról és az azzal kapcsolatban életmódbeli követelményekről?
- Helyi szinten hogyan szervezik a betegutakat az infarktusellátásban, és ez milyen lehetőségeket és/vagy akadályokat jelent a betegek számára?
- Mely tényezők segítik, illetve gátolják az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést?
- Milyen szerepet tölt be a területiség a betegek infarktusellátáshoz való hozzáféréseiben?

A helyi egészségügyi szereplőkkel készült félig strukturált interjúk felhívták a figyelmet arra, hogy regionális és helyi szinten Békés megyében hasonló ellentmondások tapasztalhatóak az infarktusellátásban, mint

amilyen országos szinten megfigyelhető. Az elmúlt években bekövetkező kedvező változások ellenére léteznek részbeni működési kihívások is. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés fontosabb akadályozó tényezői részben különböznek egyrészt az infarktusellátás szakaszai alapján, másrészt az egészségügyi szereplők és a betegek véleménye alapján. Jelentős infrastrukturális és humán erőforrás fejlesztést jelentett a megyében, hogy 2013-ban létrehozták Gyulán a Pándy Kálmán Kórházban a szívkatéteres központot, ezzel egyrészt egyértelművé tették a betegutat az infarktusellátásban, másrészt javították a lakosság túlélési esélyeit az infarktussal kapcsolatban. 2013 előtt, ha valaki infarktust kapott a megyében, akkor lakóhelyétől függően Szegedre, Szolnokra vagy Debrecenbe került szívkatéterezésre.

Az infarktusellátásban releváns egészségügyi szereplőkkel (pl. kardiológus, belgyógyász, mentőápoló, nővér, ápoló, dietetikus, gyógytornász, pszichológus stb.) készült interjúk megerősítették a következő tényezők szerepét az ellátáshoz való hozzáférés akadályai között²³:

- Betegedukáció hiánya: Kevés egészségmegőrző és betegségmegelőző program miatt nagyon hiányos a betegek felkészültsége az infarktussal kapcsolatban, nehezen ismerik fel a tüneteket, sokáig hezitálnak az orvosi segítségkéréssel, ami a 120 perces időablakon túl már csökkentheti is a túlélési esélyeket.
- Egyéni felelősségérzet csökkenése: A gyors és korszerű szívkatéteres beavatkozás helyben való megteremtése jelentősen növelte a túlélési esélyeket, rövidítette a felépülés idejét, és jobb életminőség feltételeket eredményezett a betegek későbbi életszakaszaiban, azonban a hozzáférés javítása egyúttal az egyéni felelősségérzet gyengülésével járt.
- Gyenge betegségtudat: Ez alapvetően akadályozza az orvosi utasítások szigorú betartását, és az eredményes beteg-együttműködést. Sok beteg társadalmi-gazdasági (jövedelemszint) és/vagy szocio-kulturális (egészségmagatartás) helyzetéből fakadóan nem képes a tartós életmódváltásra, amely pedig hosszú távon a sikeres gyógyulás és az újabb infarktus elkerülésének követelménye.
- Kapacitáshiányok: Elsődlegesen a rehabilitációs ellátásban jelentkezik a humán erőforrás hiánya, de részben szükség volna a szívkatéteres centrum bővítésére is, illetve a betöltetlen házi orvosi szolgálatok magas megyei száma miatt a házi orvosok túlterheltek.

Az infarktuson életében már legalább egyszer átesett betegekkel készült interjúk a következő tényezők szerepét emelték ki az ellátáshoz való hozzáférés akadályai kapcsán²⁴:

- Munkaerő-piaci bizonytalanságok: Sok beteg a mihamarabbi újbóli munkába állás miatt nem tudja vállalni a rehabilitációt, ami hosszú távon ronthatja a túlélési esélyeket.
- Anyagi és jövedelmi helyzet hátrányai: A megye távoli helyeiről nem mindenki tudja vállalni a hosszabb utazásokat a kardiológiai kontrollra. Az anyagi nehézségek szintén gátolják az egészséges életmód egyéni feltételeinek megteremtését.
- Kevésbé hatékony információ-átadás egészségügy oldaláról: Emiatt sokan nincsenek tisztában az infarktus utáni életmódváltás jelentőségével.

Az interjútapasztalatok feldolgozása hosszadalmas és nehéz feladat, amelyhez jól kidolgozott szempontrendszer szükséges. Az interjúkészítés korlátai között kell említeni, hogy egyrészt a tapasztalatok nem minden területen általánosíthatóak, másrészt megfontoltan kell a kvantitatív és kvalitatív vizsgálati technikákat kiegészítő jelleggel használni.

Összegzésként kiemelhető, hogy a Békés megyei esettanulmány interjúk útján szerzett tapasztalatai alkalmasak olyan javaslatok megfogalmazására, amelyek a helyi ellátórendszer számára hasznosíthatóak, és általánosíthatóak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés helyi akadályainak azonosításához. Jelen helyzetben elsőrendű feladat a hosszú távú túlélési esélyek javítása a megyében: a rehabilitációs ellátás sikeressége, a tartós életmódváltás támogatása akár a háziorvosi praxisközösségek kialakítása, akár a non-doktori hálózat fejlesztése révén is megvalósítható. Az esettanulmány megerősítette azt az összefüggést, hogy az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése együtt jár a humán erőforrás kapacitásainak megteremtésével, akkor az már rövidtávon javítja a túlélési esélyeket. Lényegében ez volt tapasztalható a megyében az elmúlt években a szívkatéteres központ átadásakor, aminek nyomán számottevően csökkent az AMI-halálozás.

5. Összefoglalás

Az esélyegyenlőség széles körű biztosítása, illetve az egészségyenlőtlenségek mérséklése napjainkban globális és nemzeti szinten egyaránt a szakpolitikai döntéshozatal prioritásává vált. Magyarországon a rendszerváltás utáni egészségpolitikai törekvések csomópontjában meghatározó cél többek

között a népesség egészségi állapotának javítása, az elsődleges és a másodlagos prevenció felértékelése, az egészségügyi alapellátás megerősítése.

A fontosabb ágazati célok és feladatok egy-egy kiemelt alapelv köré csoportosulnak a hazai egészségpolitikában, amelyek a következők:

- Az eredményesség biztosítása az egészségügyi ellátásban az esélyegyenlőség érvényesítésén keresztül.
- A hatékonyság növelése az egészségügyi ellátásban az ellátási feladatok racionalizálásán keresztül.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés feltételeinek megteremtése és fejlesztése elsősorban az eredményesség megvalósulását támogatja, de részben hozzájárulhat a hatékonyság növeléséhez is.

Eddigi kutatásaink célja volt az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepének értelmezése a hazai egészségyenlőtlenségek időbeli és területi alakulásában a rendszerváltás utáni időszakban, elsősorban a 2000-es évektől kezdődően. Mindezt módszertanilag a kvantitatív és kvalitatív vizsgálati technikák együttes alkalmazásával tettük meg, elsődlegesen az akut miokardiális infarktussal, mint népbetegséggel kapcsolatos esettanulmány megvalósítása során. Az eredmények és a tapasztalatok felhasználhatók hasonló vizsgálatok részben elméleti, részben empirikus kidolgozásához, vagy más meghatározó jelentőségű népegészségügyi betegségek ellátási jellemzőinek értelmezéséhez.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi különbségeinek további vizsgálataihoz nyújtanak segítséget a következő ajánlott kutatási témák és kérdések:

- 1). Társadalmi egyenlőtlenség és a hozzáférés akadályainak összefüggései: pl. miként befolyásolhatja a társadalmi státusz és az anyagi helyzet az ellátáshoz való hozzáférést? Hogyan vezet a szegénység az ellátási szükségletek elhalasztásához? stb.
- 2). Áros – vidék ellentétek a hozzáférésben: pl. milyen összefüggés az orvosok földrajzi megoszlása és a periférikus területeken élők ellátása között? Milyen különbségek tapasztalhatók a városi és vidéki népesség egészségmagatartásában? stb.
- 3). A szakpolitikai döntéshozatal szerepe a hozzáférés esélyeinek javításában: pl. milyen köz- és szakpolitikai intézkedésekkel lehet javítani az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést? Az egészségpolitikán kívüli egyéb ágazati szakpolitikák – pl. oktatáspolitikai, szociálpolitika, gazdaságpolitika stb. – hogyan tudnak hozzájárulni a hozzáférés feltételeinek javításához? stb.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg.

JEGYZETEK / NOTES

1. A K119574 számú projekt a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg 2016 – 2019 között. A kutatás résztvevői: Uzzoli Annamária (kutatásvezető), Bán Attila, Beke Szilvia, Kovai Cecília, Pál Viktor, Vitrai József.
2. Zalcz Gábor (szerk.): Etimológiai szótár. Tinta Könyvkiadó. Budapest. 1024 old.
3. Norman Daniels (1982): Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 60(1). 51-81. old.
4. Margaret Whitehead (1992): The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Service*. 22(3). 429-445. old.
5. Avedis Donabedian (1988): The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 260(12). 1743-1748. old.
6. Robert J. Maxwell (1992): Dimensions of quality revisited: from thought to action *Quality in Health Care*. 1(3). 171-177. old.
7. WHO (1994): Report of the WHO Working Group on Quality Assurance. WHO. Geneva.
8. Belicza Éva – Takács Erika – Boncz Imre (2004): Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére *Orvosi Hetilap*. 145(30). 1567-1572. old.
9. Gódné Sándor (szerk.) (2007): A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben. *Pro Die Kiadó*, Budapest. 67 old.
10. Pro-Qaly (2016): Minőség az egészségügyben. <http://www.pro-qaly.hu/>
11. Tóth Gergely – Bán Attila. – Vitrai József – Uzzoli Annamária (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségyenlőtlenségekben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások területi különbségei. *Területi Statisztika*. 58(4). 346-379. old.
12. Katona András – Márk László – Jambrik Zoltán (2015): Akut koszorúér-esemény vagy koronária intervenció. *Szakorvosi tájékoztató és javaslatok*. Pándy Kálmán Kórház. Gyula. 16 old.

13. Bárdos György – Kraiciné Szokoly Mária (2018): Egészség, életmód, egészségfejlesztés a felsőoktatás szemszögéből. Neveléstudomány. 2018/2. 17 p.
14. Belicza Éva – Lám Judit – Kósa István (2016): Az akut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005-2009 között az EuroHOPE kutatás eredményei alapján. Orvosi Hetilap. 157(41). 1626-1634. old.
15. OEP–EOSZEF (2010): Az ST elevációval járó akut myocardialis infarctus diagnosztikája és kezelése. „Finanszírozási protokoll háttéranyaga”. Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály. Budapest. 78 old.
16. Uzzoli Annamária – Vitrai József – Tóth Gergely (2017): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával. Egészségfejlesztés. 58(3). 7-17. old.
17. Tóth G. et al. 2018.
18. Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2019. (<https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>)
19. Uzzoli Annamária – Beke Szilvia (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. In: Fata Ildikó – Kissné Budai Rita (szerk.): Tudományos Mozaik 15. kötet. Tomori Pál Főiskola. Budapest. 155-164. old.
20. Az EKG-felvételen ST-elevációval járó akut miokardiális infarktus az ún. STEMI, míg az NSTemi AMI ST-elevációval nem jár (Becker-Merkely 2016).
21. MÉRTÉK Jelentés (2017): Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás. ÁEEK. Budapest.
22. <https://egeszsegugyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>
23. Beke Szilvia – Uzzoli Annamária – Bán Attila – Pál Viktor – Vitrai József (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei – Békés megyei esettanulmány tapasztalatai. In: Fazekas István – Kiss Emőke – Lázás István (szerk.): Földrajzi Tanulmányok 2018. MTA DTB Földtudományi Szakbizottság. Debrecen. 207-209. old.
24. https://egeszsegugyihozzaferhetoseg.files.wordpress.com/2019/03/rovid_prezentacio.pdf

FELHASZNÁLT IRODALOM / REFERENCES

Feldolgozások

- Becker Dávid – Merkely Béla (2016): Akut coronariaszindróma ellátása – 2016. Orvosi Hetilap. 157(38). 1500-1506. old.
- Ember István – Tóth József – Pál Viktor (2013): Egészségföldrajz. Medicina Kiadó. Budapest. 513. old.
- Health Equity Report 2017. (<http://equity.bvsalud.org/2018/03/28/health-equity-report-2017/>)
- Michael Marmot (2015): The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Bloomsbury, London. 387 oldal.
- Orosz Éva – Kollányi Zsófia: Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. Társadalmi Riport 2016. 334-357. old.
- Richard Wilkinson – Kate Pickett (2010): The Spirit Level – Why Equality is Better for Everyone. Penguin Books. London. 409. old.

Jogszabályok:

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Internetes források:

<https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>

<https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>

<http://www.pro-qaly.hu/>