

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
TERMÉSZETTUDOMÁNYI KAR
Földtudományok Doktori Iskola

Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer jellemzői
Nógrád megyében

PhD értekezés

Kajtor Erzsébet

Témavezető:

Prof. Dr. Tóth József
rector emeritus, professor emeritus

PÉCS, 2010

Tartalomjegyzék

| | |
|---|-----------|
| Bevezetés..... | 1 |
| 1. Problémafelvetés, a kutatás céljai és alkalmazott módszerei..... | 2 |
| 1.1. Problémafelvetés | 2 |
| 1.2. A célkitűzések megfogalmazása..... | 6 |
| 1.3. Alkalmazott módszerek | 7 |
| 2. A kutatás szakirodalmi háttere | 10 |
| 2.1. Az egészségfogalmak tudományelméleti megközelítése | 10 |
| 2.1.1. Az egészség, a betegség és az életminőség meghatározása..... | 10 |
| 2.1.2. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők szerepe | 13 |
| 2.1.3. A mortalitás mutatói | 15 |
| 2.1.4. Az egészségi állapot mérésére szolgáló mutatók, a morbiditás indikátor típusai | 16 |
| 2.2. Szakirodalmi áttekintés..... | 18 |
| 2.2.1. Az egészségföldrajz irányzatai és kutatási témái | 18 |
| 2.2.2. Egészségföldrajzi kutatási témák az egészségföldrajzon kívül | 21 |
| 2.2.3. Nógrád megyével kapcsolatos mortalitási és morbiditási vizsgálatok | 28 |
| 2.3. Összegzés | 32 |
| 3. A népesség demográfiai és egészségügyi jellemzői Nógrád megyében..... | 33 |
| 3.1. A demográfiai tényezők szerepe az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek kialakulásában | 33 |
| 3.1.1. Népmozgalmi helyzet | 34 |
| 3.1.2. A lakosság korösszetétele és nemek szerinti megoszlása..... | 38 |
| 3.2. Életkilátások | 42 |
| 3.2.1. Várható élettartamok | 42 |
| 3.2.2. Elvesztett életévek | 47 |
| 3.2.3. Egészségben várható élettartam | 50 |
| 3.3. Nógrád megye népességének egészségi állapota a halálozások alapján | 53 |
| 3.3.1. Csecsemőhalálozás | 53 |
| 3.3.2. A halálozások területi különbségei, kor és nem szerinti jellemzői | 56 |
| 3.3.3. Halálloki struktúra | 60 |
| 3.3.4. A halálozások időbeni változása..... | 66 |
| 3.4. Nógrád megye népességének egészségi állapota a megbetegedési adatok alapján..... | 69 |
| 3.4.1. házi orvosokhoz, a házi gyermekorvosokhoz bejelentkezettek gyakoribb betegségei – WHO-HBSC tanulmánnyal megerősítve..... | 69 |
| 3.4.2. A Nemzeti Rákregiszter adatai és az Európa Tanács ajánlásai a rák korai felismerésére | 71 |
| 3.4.3. A megyei táppénzes helyzet, a rokkantak és a fogyatékosok számának alakulása | 73 |
| 3.5. Nógrád megye egészségügyi ellátórendszerének földrajza..... | 74 |
| 3.5.1. Az egészségügyi alapellátás Nógrád megyében | 74 |
| 3.5.2. A járóbeteg-szakellátás Nógrád megyében | 79 |
| 3.5.3. A fekvőbeteg-szakellátás Nógrádban..... | 82 |
| 3.5.3.1. Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján | 87 |
| 3.5.3.2. Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat | 88 |
| 3.5.3.3. Margit Kórház, Pásztó | 89 |
| 3.5.4. Otthoni szakápolás, gyógyszerellátás, mentés, betegszállítás | 90 |

| | |
|--|------------|
| 3.5.5. Az egészségügyi humán erőforrás ellátottság megyei helyzete | 94 |
| 3.6. Egészségfejlesztés és egészségmagatartás..... | 97 |
| 3.6.1. A Nemzeti Népegészségügyi Program | 97 |
| 3.6.2. Szervezett lakossági szűrések..... | 98 |
| 3.6.3. Egyéb prevenciós és egészségfejlesztő programok..... | 99 |
| 3.6.4. Egészségmagatartás | 99 |
| 3.7. Összegzés | 101 |
| 4. Nógrád megye természeti- társadalmi környezetének viszonyai | 103 |
| 4.1. Történelmi múlt | 103 |
| 4.2. Földrajzi adottságok | 108 |
| 4.3. Nógrád megye népessége | 110 |
| 4.4. Településszerkezet..... | 113 |
| 4.5. Gazdasági környezet..... | 115 |
| 4.5.1. Gazdasági fejlettség..... | 116 |
| 4.5.2. Ipari termelés, beruházás, gazdasági szervezetek..... | 119 |
| 4.5.3. Infrastruktúra | 120 |
| 4.6. A munkaerőpiac jellemzői..... | 122 |
| 4.6.1. Foglalkoztatottság..... | 123 |
| 4.6.2. Jövedelmi viszonyok | 125 |
| 4.7. Szociális körülmények, tudásbázis, fogyasztás, jólét..... | 126 |
| 4.7.1. Nógrád megye tudásbázisa, népességének iskolázottsága | 127 |
| 4.7.2. Lakáshelyzet | 130 |
| 4.7.3. A fogyasztás és a jólét indikátorai..... | 131 |
| 4.8. A nógrádi kistérségek fejlettségi különbségei..... | 133 |
| 4.9. Összegzés | 135 |
| 5. Az irányított betegellátási rendszer (IBR) tapasztalatai és eredményei Nógrád megyében | 136 |
| 5.1. Előzmények, történeti áttekintés | 137 |
| 5.2. Ellátásszervezés a nógrádi irányított betegellátási rendszerben..... | 139 |
| 5.3. A nógrádi irányított betegellátási rendszer prevenciós stratégiája és prevenciós programjai..... | 144 |
| 5.3.1. A 35-65 éves rizikókorcsoportra vonatkozó prevenciós programok..... | 145 |
| 5.3.2. A 6-18 éves korcsoportra vonatkozó prevenciós programok | 146 |
| 5.4. Eredmények a nógrádi irányított betegellátási rendszerben | 146 |
| 5.5. Összegzés | 149 |
| Összefoglalás | 150 |
| A kutatás megállapításaiból levonható következtetések, javaslatok | 159 |
| A kutatás további lehetséges irányai..... | 163 |
| Az eredmények hasznosításának területei..... | 164 |
| Irodalom | 166 |
| Köszönetnyilvánítás..... | 176 |
| Mellékletek | 177 |

„Szeresd egészségedet, mert ez a jelen.
Védd a kisgyermeket, mert ez a jövő.
Őrizd szüleid egészségét! – mert a
múlton épül fel a jelen és a jövő.”
(Bárczi Gusztáv)

Bevezetés

Az egészség létfontosságú emberi jog, amely meghatározó a társadalmi és gazdasági fejlődés szempontjából is. Az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető jogainak egyikét alkotja, bármilyen legyen is faja, vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete (EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET (WHO) ALKOTMÁNYA 1946).

Hazánkban a Magyar Köztársaság Alkotmánya rögzíti valamennyi állampolgára számára az egyenlő esélyek biztosításának követelményét. Az Alkotmány deklarálja, hogy minden magyar állampolgárnak joga van az élethez, az emberi méltósághoz, az elérhető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. *„Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.”* (MAGYAR KÖZTÁRSASÁG ALKOTMÁNYA, 1949)¹.

Az egészségügyről szóló törvény² meghatározza az egészségügy ellátórendszerének struktúráját, az állam, az önkormányzatok kötelező feladatait az egészségügyi alap és a szakellátást érintően. Az Alkotmány és a törvény által biztosított garanciák ellenére hazánk népességének egészségi állapota az elmúlt három évtizedben sokat romlott, és nemzetközi összehasonlításban is rendkívül kedvezőtlen képet mutat.

A témakör egyik legtekintélyesebb szakértője a magyar halálozási viszonyokról megállapította, hogy *„a halál előtti egyenlőtlenség, amely talán soha nem volt nagyobb, mint napjainkban, nem csak az esélyegyenlőtlenséget és a társadalmi igazságtalanságot fejezi ki, de minden bizonnyal meghatározó mértékben hozzájárul a – nemzetközi összehasonlításban – magas mortalitáshoz, olyan halálozási viszonyok jelenlétéhez, amelyek inkonzisztensek a magyar társadalom és gazdaság fejlettségével. Magyarországon elhúzódó epidemiológiai válság van; ez a válság kvalifikált (nem általános) amennyiben nem az egész népességet, hanem főleg, de nem kizárólag a középkorú férfi populációt sújta, nagyjából azokat, akik a társadalom leszakadt rétegét alkotják.”* (JÓZAN P. 2002. p. 419.)

¹ 1949. évi XX. törvény. A Magyar Köztársaság Alkotmánya. 70/D. §. (1-2).

² Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

A magyar népesség és a fejlett országok egészségi állapota közötti kedvezőtlen különbség a '70-es és a '80-as években drámai módon növekedett. A magyar egészségügynek ez a leszakadása a '90-es években tovább folytatódott az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer erőforrásainak szempontjából egyaránt (OROSZ É. 2001).

Az egészségügyi mutatóink uniós megközelítése érdekében lényeges az egészségföldrajzi folyamatok további vizsgálata az ezredfordulót követően is.

Az egészségügyben és az egészségi állapotban a '90-es évek eleje óta lejátszódó folyamatok az átalakulóban lévő magyar társadalomföldrajz figyelmét a térbeli kutatásokra irányították. Az egészségföldrajz keretében végzett kutatások képesek az egészségügy problémáinak térbeli vonatkozásait integráltan és komplexen vizsgálni. Az egészségföldrajz az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás területi folyamatait együttesen elemzi, bemutatja az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségeit. A különbségekre magyarázatokat keres, összehasonlítva más társadalmi-gazdasági területi egyenlőtlenségekkel (PÁL V. 2002), (TÓTH J. – PÁL V. – ANTAL G. 2005).

1. Problémafelvetés, a kutatás céljai és alkalmazott módszerei

1.1. Problémafelvetés

Az egészségföldrajzi folyamatok vizsgálatát napjainkban több tényező is indokolja. Ezek közül kiemelésre érdemesnek a magyar népesség egészségi állapotának romlása mellett az egészségügy működésében kialakult válságjelenségek és az egészségügyben meglévő területi különbségek.

A területi egyenlőtlenségek elkerülhetetlenek és tartósak (ENYEDI GY. 2004). Az egészségügyben kialakult területi különbségeket azonban nagyrészt társadalmi előnyök és hátrányok alakítják, ezért a korrekciójukra a kutatások eredményeit hasznosítani kell.

A megoldásra *Daróczi és Kovács* a következő javaslatot teszi: „*A halandóság regionális és társadalmi különbségeinek csökkentése nem megoldhatatlan feladat. A teendők kézenfekvők. Kétségtelenül szükség van további oknyomozói kutatásra, de az eddigi ismeretek alapján is világos, hogy sürgős, jelentős és átfogó javulásra van szükség az oktatásban, az egészségügyben, a munkahelyi, a környezeti biztonság és a higiénia területén. A nagy kérdés természetesen az, hogy a döntéshozók hajlandók-e és képesek-e a*

felismerést követő adekvát cselekvésre, melynek első lépése a társadalmi támogatottság megnyerése.” (DARÓCZI E. – KOVÁCS K. 2004/2. p. 130.)

A fejlett világban az egészség-egyenlőtlenségek vizsgálata az egészségügyi kutatások kiemelt területe. Az egészség-egyenlőtlenség értelmezésére több megközelítés található. A magyar kutatásokban használatos megnevezés az angol és az amerikai szakirodalomból átvett kifejezések health variation; health disparity; health diversity egyike (*egészség-eltérések*). Részletesebb meghatározása: különböző társadalmi, demográfiai vagy földrajzi lakosságcsoportok egészségében jelentkező egy vagy több rendszeres eltérés (STARFIELD, B. 2001). A másik fogalom a health inequity (*az egészség-egyenlőtlenség*). Pickett és Pearl a területi társadalmi-gazdasági tényezők és az egészségi állapot közötti összefüggések megállapításához többszintű statisztikai modelleket alkalmazó közlemények kritikai áttekintését végezte el, melyek során kimutatható volt az összefüggés a halandóság és a térségek társadalmi-gazdasági státusa között (PICKETT, K. E. – PEARL, M. 2001).

A világ lakosságának egészségét rendkívüli területi különbségek jellemzik. Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam mérőszáma, vagyis az az életkor, amelyet átlagosan megélhet egy ma született nő vagy férfi.

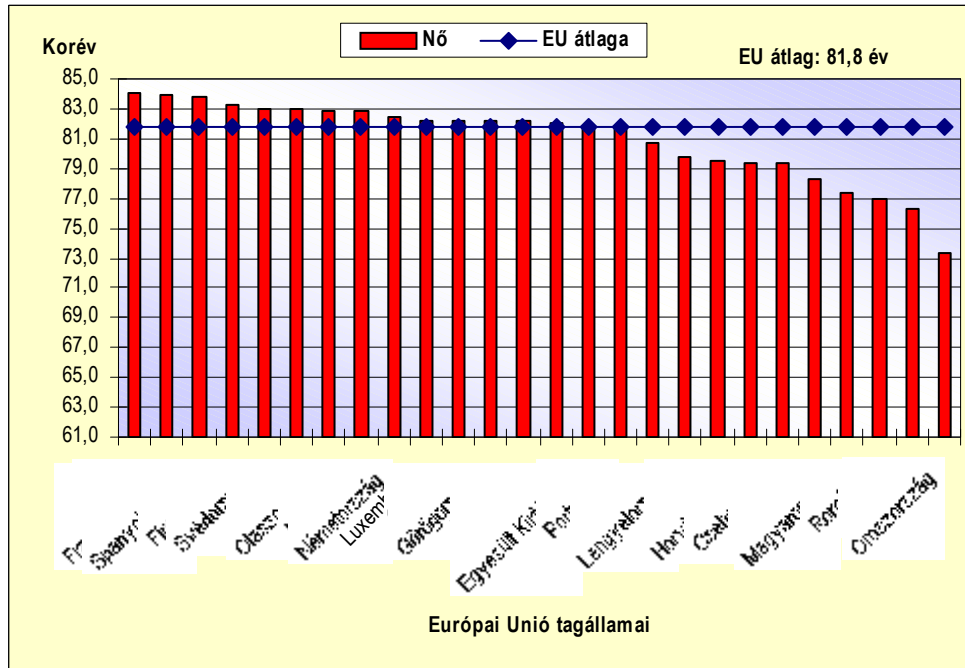
Magyarország várható élettartam mutatója nemzetközi összehasonlításban 2007-ben a 102. helyen – a fejlődő országok között – foglalt helyet³.

A lakosság egészségi állapota alapján hazánk a világ országai között ugyan a középmezőnyhöz tartozik, de Európában egyike a legkedvezőtlenebb helyzetű országoknak. Az egészség összes mutatója rosszabb az európai átlagnál, különösen a középkorú férfiak halálozása tekintetében. Az egészségi állapot 1966-tól kezdődő tartós romlása mélypontját 1985-re érte el. A rendszerváltozás sem hozott javuló tendenciát (UZZOLI A. 2005).

Orosz megállapítása szerint „A várható élettartam hosszú távú trendjeinek nemzetközi összehasonlításából az a következtetés vonható le, hogy a fejlett nyugati országok és Magyarország között nem csupán mennyiségi különbségek vannak – hanem Magyarország esetében a fejlett nyugati országok fejlődési irányától elkanyarodó trend alakult ki. Ezt az elkanyarodó trendvonalat a társadalmi és területi egyenlőtlenségek fokozódása kíséri.” (OROSZ É. 1993. pp. 233-234.)

³ Forrás: URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>

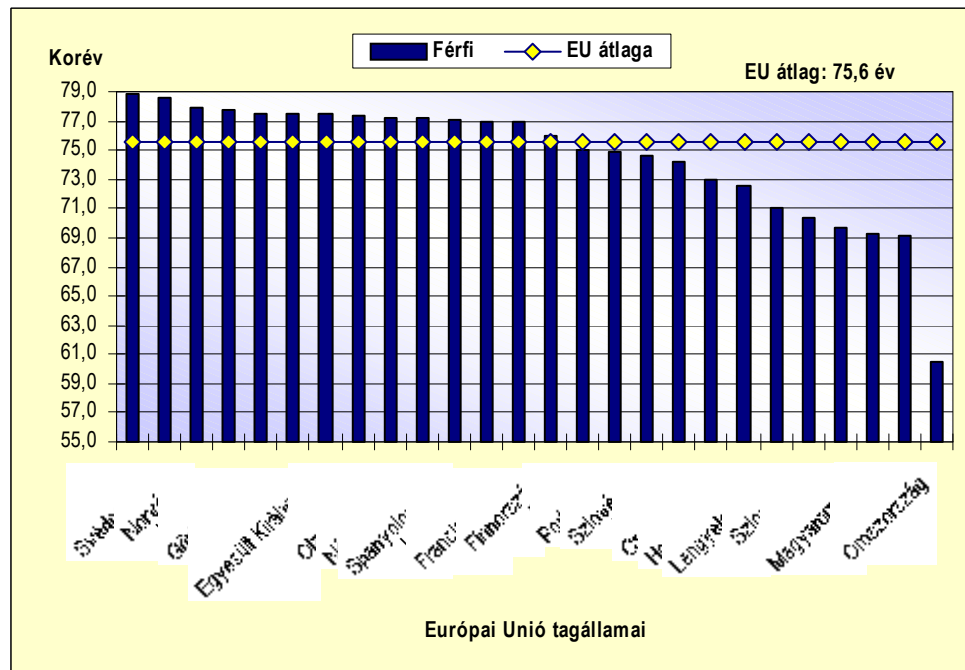
Az Európai Unióban a 2007-ben született nők 81,8 év, a férfiak 75,6 év körüli átlag életévre számíthatnak. Magyarországon átlagosan hat évvel rövidebb életet élünk, mint az európai országok többségében (1-2. ábra).



1. ábra. A nők születéskor várható élettartama az Európai Unió tagállamaiban, 2007

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Health for All Data Base European Region, World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: July 2008



2. ábra. A férfiak születéskor várható élettartama az Európai Unió tagállamaiban, 2007

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Health for All Data Base European Region, World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: July 2008

Rendkívül magas az idő előtti halálozások száma. Nemzetközi összehasonlításban is kimagasló. Nógrád megyében a halálozások közel 30%-a 65 év alatt – a munkaképes aktív korúak körében – következett be. A 65 év alatti halálozás az összegzését adja az elkerülhető halálokoknak.

A korai halálozás csökkentésében jelentős a szerepe a prevenciónak, a szemléletváltásnak. „*Szemléletváltásra van szükség, mind a politikában, mind az egészségügyben, hogy ez a szemléletváltás a népességben is végbemehessen.*” (KISS I. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L. – EMBER I. 2003. p.127.)

A szív- és érrendszeri betegségek elleni küzdelmet a nyugati országokban siker koronázta. A Egyesült Királyságban és Franciaországban a nőknél igen hamar, már az ötvenes években gyors javulás kezdődött meg, a férfiak pedig a hetvenes években csatlakoztak ehhez (DARÓCZI E. – KOVÁCS K. 2004/2).

Az egészségi állapotban létrejövő területi különbségeket számos tényező összhatása okozza, többek között az alacsony hatékonyságú egészségügyi ellátórendszer.

A mai magyar egészségügy helyzetelemzéséről és kibontakozásáról készült tanulmányában *Solymosi* a hazai gyakorlatot úgy jellemzi, hogy sem az intézményszerkezet, sem a finanszírozás nem illeszkedik a különböző betegcsoportokhoz. Nincsenek meg azok a szakmai protokollok, amelyek iránymutatást adhatnak a betegek kivizsgálásában és kezelésében. Mindezek miatt az egészségügy képtelen megfelelni az elvárásoknak. Mindent kivizsgálni és meggyógyítani a világ egyetlen egészségügyi rendszere sem képes, különösen olyan helyzetben nem, amikor az igények folyamatosan és megállíthatatlanul növekednek, míg a források apadnak (SOLYMOSI T. 2006).

A rendszerváltás óta számos olyan egészségügyi reform és reformkísérlet született, amely az egészségügyi ellátórendszer minden szintjét érintette. Ezek a változások az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelését és korszerűsítését célozták meg, azonban érdemi átalakulást nem eredményeztek.

A 2004-ben megjelent *Népegészségügyi Jelentés* számottevő regionális egyenlőtlenséget mutatott ki. 2002-ben mindkét nem esetében a mortalitás Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legalacsonyabb, és az északi régiókban a legmagasabb (SÁNDOR J. 2004).

Kutatási tevékenységem az előzőekben felvetett problémák alapján az Észak-magyarországi Régión belül – szűkebb hazám – Nógrád megye lakossága egészségi állapotának és a megye egészségügyi ellátórendszerének komplex vizsgálatára terjedt ki.

1.2. A célkitűzések megfogalmazása

Az értekezésemben Nógrád megye népessége egészségi állapotának, és az egészségügyi ellátórendszerének az országos átlagtól és a megyéktől való eltéréseit, illetve a megyén belül a kistérségi szinteken megjelenő területi különbségeket – mint egészségföldrajzi jelenséget – tanulmányozom.

Az *értekezés célkitűzése*, hogy komplex módon elemezze az egészségi állapotban és az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségeket, hogy átfogó képet kapjunk Nógrád megye helyzetéről és az egészség térséghez kötött társadalmi esélyéről.

További szándékom a prevenció fontosságának hangsúlyozása, az egészségnek, mint értéknek a közvetítése, az egészségfejlesztő és az egészségmagatartás javítását elősegítő felvilágosító programok szükségességének igazolásával és megvalósításával.

A célok eléréséhez az egészségföldrajz problémamegoldó (magyarázó) kutatási metodikáját választottam.

A vizsgálat során két fő kérdésre keresem a választ:

1. Milyen tényezők befolyásolják Nógrád megye lakosságának egészségi állapotát?
2. Milyen egészségföldrajzi folyamatok vezettek a területi különbségek kialakulásához, Nógrád megye lemaradásához?

Az egészségföldrajzi jelenségek hatótényezőinek feltárásához részkérdéseket is megfogalmaztam:

1. Hogyan határozható meg az egészségi állapot, és milyen módszerekkel, mutatókkal mérhető?
2. Milyen megállapításokat fogalmaznak meg a – témával kapcsolatban – az egészségföldrajz, a demográfia, az epidemiológia, az egészség-gazdaságtan és a szociológia kutatásai?
3. Milyenek az Észak-magyarországi Régió – a régión belül elsősorban Nógrád megye – gazdasági és egészségügyi paraméterei?
4. Milyen területi különbségek mutathatók ki az egyes paramétereknél a régiók és a megyék, Nógrád megyén belül a kistérségek között?
5. Milyen térbeli struktúrát alkotnak a megye egészségügyi szolgáltatói?
6. Hogyan alakult a kórházi kapacitás és az igénybevétel összhangja?
7. Milyen következményei vannak az egészségügyi reformnak?

A kérdések megválaszolásával valós képet szeretnék adni Nógrád megyében az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer jellemzőiről.

1.3. Alkalmazott módszerek

A szakirodalmi háttérrel a hazai egészségföldrajz, a demográfia, az epidemiológia, az egészség-gazdaságtan és a szociológia kutatásai képezték. A külföldi szakirodalom a trendek és a módszerek figyelemmel kísérésében segített.

A kutatás konkrét irányát a válogatott szakirodalom áttekintése alapján jelöltem ki. Az empirikus kutatás feltáró jellegű, elsősorban a figyelem felkeltése az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségekre és a térséghez kötött egészségesélyre.

A nógrádi népesség egészségföldrajzi jelenségeit a fontosabb társadalmi-gazdasági tényezőkkel együtt tanulmányoztam, összehasonlítva a régiós, az országos és a nemzetközi adatokkal. A vizsgálat térbeli keretét főképpen a megyei szint alkotja, időbeli keretét elsősorban a 2000-2007 közötti időszak elemzése teszi ki. A jelenségek tendenciájának áttekintéséhez a korábbi évek adatbázisát is igénybe vettem.

Az értekezés elméleti részét az egészséggel kapcsolatos fogalmak, valamint a válogatott szakmai-tudományos publikációk és a földrajzi epidemiológiai kutatások eredményei képezik (*2. fejezet*).

A gyakorlati részben bemutatok minden olyan térségi jellemzőt, amelyek Nógrád megye lakosainak egészségi állapotát befolyásolhatják (*3. 4. fejezet*).

Az egészségügyben jó gyakorlatnak bizonyult, hogy mielőtt a lakosság egészségügyi ellátásában új szervezeti formát vezetnének be kísérleti jelleggel, szűkebb területen modellezik az új eljárást. Az irányított betegellátási rendszer modellkísérletként indult, amelyhez Nógrád megye is csatlakozhatott. Értekezésemben esettanulmányként bemutatom a modellkísérlet sikereit és kudarcait, valamint legfontosabb eredményét, a prevencióos tevékenységet. A tanulmányban a modell és a rendszer kifejezést egyaránt alkalmazom, mivel az irányított betegellátási modell 2006. január 1-től irányított betegellátási rendszerként működött tovább (*5. fejezet*).

A megfogalmazott kérdésekre a választ az elemzések alapján – több helyen szakirodalmi hivatkozással is alátámasztva – az összefoglalásban adom meg. A megállapításokból levonható következtetések után az értekezés végén javaslatot teszek a kutatás további lehetséges irányaira és az eredmények hasznosításának lehetőségeire, megyei és országos szinten.

Az egészségföldrajznak még nem alakultak ki az önálló vizsgálati módszerei, ezért az eszköztárat a társadalomföldrajz egyéb területeiről és a kapcsolódó tudományoktól vettem.

Ezek többnyire standard társadalomtudományi módszerek, amelyek problémafelvetésből, adatgyűjtésből, elemzésből és a problémák megoldására tett javaslatokból állnak.

Elemzéseimet döntően az *országos és a megyei adatforrásokra építettem*, melyeknek zömét a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) évkönyvei és adatbázisai képezik (Népszámlálási adatok, Magyar Statisztikai Évkönyvek, Demográfiai Évkönyvek, Egészségügyi Statisztikai Évkönyvek, Területi Statisztikai Évkönyvek, Nógrád megye statisztikai évkönyvei, Terület atlasz, stADAT-táblák).

Alkalmaztam az OEP-FIFO⁴, az ESKI-IMEA⁵, az Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF), az Országos Epidemiológiai Központ⁶, a Nemzeti Rákregiszter, az Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár, az ÁNTSZ Észak-magyarországi Regionális Intézete és a nógrádi irányított betegellátási rendszer adatait is. Tanulmányoztam a lakosság egészségi állapotára és az egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó válogatott szakirodalmat, az Egészség Évtizedének Nemzeti Programját, az NKI Kutatási jelentéseit, a régiós tisztifőorvos⁷ éves beszámolóit, valamint a megyei közgyűlés elé kerülő tájékoztatókat, szakmai fejlesztési koncepciókat.

Az időbeli és térbeli összehasonlításokhoz a *statisztika módszereit* használtam. Az elemzések során különféle viszonyszámokat és arányszámokat képeztem. A népesség egészségi állapotának mérésére a népmozgalmi és egészségügyi statisztika adatait, a morbiditás és a mortalitás mutatóit vettem igénybe. A halálozás vizsgálatát kiegészítettem a halálloki struktúra felállításával, és ezen arányszámok nemek szerinti és területi megoszlásával. A népesség egészségi állapotának fontos indikátora a morbiditás, amely a betegségek előfordulási arányait tükrözi. Kutatásom témájában meghatározó szerepe van a mortalitáshoz kapcsolódó élettartam mutatóknak. Eszközrendszerem volt továbbá az öregedési index, az eltartottsági és a munkanélküliségi ráta.

Az egészségügyi alapellátásról kialakított lakossági vélemények megismerésére *kérdőíves módszerrel* betegelégedettségi vizsgálatot folytattam, amit a 3. és a 3.a mellékletben részletezek. A kórházakban és a szakrendelőkben is végeztem kérdőíves betegelégedettségi és dolgozó elégedettségi vizsgálatokat, de értekezésemben – terjedelmük miatt – ezeket nem ismertetem.

⁴ Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központjából (Gyógyinfok) 2004. január 16-án alakult. Ettől a dátumtól kezdve a korábbi feladatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztárba integráltan végérik tovább. OEP-FIFO Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Informatikai Főosztály.

⁵ Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet-Internetes Magyar Egészségügyi Adattár.

⁶ Korábban: Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ (1998. január 1-től 2006. szeptember 11-ig).

⁷ 2006-ig a megyei tisztifőorvos éves beszámolóit.

A *szervezés módszertana* segítségével alakítottam ki a nógrádi irányított betegellátási rendszer szervezetét, struktúráját és működési rendjét.

Epidemiológiai módszer alkalmazásával történt a tünetekkel nem rendelkező, gyógyszereket nem szedő egyének kardiovaszkuláris kérdőíves rizikófelmérése és a kiszűrt betegek gondozása. A prevenció program megvalósításához indikátorokat képeztem.

A betegek igényeinek megismeréséhez, az adatgyűjtéshez, a kérdőívek feldolgozásán és a dokumentumok elemzésén túl lehetőségem volt *résztevéő (közvetlen) megfigyeléseket* is végezni. E tevékenységem a betegek viselkedési szokásaira irányult a járóbetegszakrendeléseken, a betegforgalom szabályozása és a konfliktusok elkerülése érdekében. Megtapasztalhattam a kora reggeli zsúfoltságot, a vidéki autóbuszok – 7 és 8 óra közötti – városokba érkezését követően. A megfigyelésnek különösen nagy volt a jelentősége a vizitdíjak bevezetése előtt és azután, ahol a tumultus, az adminisztráció, a pénz- és a hangulat kezelése mellett a tájékoztatási kötelezettségnek is eleget kellett tenni.

Az értekezésem elkészítéséhez, az információk feldolgozásához az *informatika eszköztára* jelentős lehetőséget nyújtott. Az adatgyűjtéshez segítségemre volt az Internet, valamint a statisztikai adatállományok CD-s változatai is.

A kérdőívek feldolgozásához egyedi programot fejlesztettünk ki Delphi rendszerben. Ez a program dBase adatállományokkal dolgozik.

A megállapítások és eredmények szemléltetéséhez térképes, diagrammos ábrázolást és folyamatábrákat alkalmaztam. Az adatok feldolgozásához és bemutatásához MS Excel táblázatkezelőt használtam.

A tematikus térképek az elemzések egyik legfontosabb eszközének tekinthetők, amelyek Mapinfo 8.5 szoftver segítségével készültek.

Az értekezésem résztémáiból megtartott prezentációk összeállításához a Microsoft PowerPoint programot vettem igénybe.

A közelmúltban a megyében – mindhárom kórházat érintően –beruházások, rekonstrukciók valósultak meg, mind az épületek, mind a műszerezettség tekintetében. A kor színvonalának – esztétikailag és felszereltségét tekintve – megfelelő kórházak szolgálják ki a megye lakosságát. A kórház-rekonstrukciók eredményét külső képekkel illusztráltam.

A Nógrád Megyei Levéltárban és a Nógrádi Történeti Múzeumban áttekintettem a megye természeti-társadalmi helyzetének időbeni és térbeni történéseit. Hogy a megtett utat értékelhessem, szükségesnek tartottam megismerni a régebbi Nógrád megye egészségügyét, a kórházépítés indítékait, a lakosság élet- és munkakörülményeit.

2. A kutatás szakirodalmi háttere

A fejezet az egészséggel, a betegséggel kapcsolatos alapvető fogalmak, az egészséget befolyásoló tényezők, az egészségi állapot mérésére szolgáló mutatók és a szakirodalmi háttér bemutatását tartalmazza. Az egészség és betegség fogalmak változásának tudományelméleti megismerését azért tartottam fontosnak, mert alapját képezik a kutatási témának.

Az egészségtudományban új szemléletet jelent annak elismerése, hogy az egészséget az ember viselkedése befolyásolja, az egészség több mint a betegség hiánya. Utat mutat az egészségfejlesztés irányába, így az egészségmegőrzésben a megelőző és az egészségfejlesztő tényező is szerepet kap (VERGEER F. – LEEUWE J. 2002).

Elsősorban a kutatási témához kapcsolódó magyar szakirodalmat törekedtem áttekinteni. Ezek képezték a kutatásom tudományelméleti háttérét, segítettek az egészségügyi jelenségek folyamatának megismerésében, és a jelenségeket előidéző okok és összefüggések keresésében. A szakirodalmi feldolgozások eredményei megerősítették az elemzéseimből levont következtetések igazolását.

2.1. Az egészségfogalmak tudományelméleti megközelítése

Az *egészség* igen képlékeny fogalom. Századokról-századokra folyamatosan változik, mind köznapi, mind tudományos szempontból. Régebben az egészségen a betegség hiányát értették, mára már ez a megfogalmazás többször is módosult. Ez az értelmezés egy állandósult állapotot jelent, míg az egészség valójában egy mozgásban lévő egyensúlyt kereső folyamat. Az egészség és a betegség térben és időben változik, ezért még ma sem beszélhetünk egységesen elfogadott meghatározásról, koncepcióról. Az egészség az egészségkultúra érték kategóriája, és így a mindenkori szűkebb és tágabb környezet függvénye.

2.1.1. Az egészség, a betegség és az életminőség meghatározása

Az orvosi gondolkodásban fogalmazódott meg az a felfogás, hogy az egészség nem más, mint a betegségek hiánya. Ez az *orvosi megközelítés* a 18. században teljessé vált ki a medicinában *biomedikális szemléletként* (VITRAI J. – VOKÓ Z. 2004).

A WHO értelmezésében az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólétnek az állapota, és nem csupán a betegség vagy a fogyatékoság hiánya (WHO ALKOTMÁNYA, 1946)⁸. Az Alma-Atai nemzetközi konferencia nyilatkozatban erősítette meg az 1948-as egészség-definícióját, amit *emberi alapjogként deklarált* (WHO, ALMA-ATA 1978)⁹. Alma-Ata szellemét továbbvitte az *Ottawai Charta*¹⁰, amely lépés egy újfajta népegészségügy irányába.

A tradicionális orvosi (biomedikális) szemlélet mellett a *funkcionális modell* vált meghatározóvá, amelyben az egyén testi, lelki, szociális működésének épségét az határozza meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani. A funkciók legmagasabb szintje a társadalomban való részvétel. A funkcionalitás csökkenése bármely életkorban jelentkezhet, de legnagyobb mértékben az időseknél mutatkozik (VITRAI J. – VOKÓ Z. 2004). A WHO által bevezetett International Classification of Functioning, Disability and Health¹¹ korszerű egészségmodellben a funkcionalitás csökkenésének három kategóriája különböztethető meg: a *zavar (impairment)* a test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely funkcióját érintő probléma; az *akadályozottság (activity restriction)* valamely fizikai vagy mentális tevékenység végrehajtásában jelentkező nehézség; a *korlátozottság (participation restriction)* valamely feladat végrehajtásában, a társadalmi szerep betöltésében megmutatkozó probléma. Az egészségügyi kutatásokban napjainkban terjedő egészség-szemlélet a *percepcionális modell*, amely az egészséget az egyén saját véleménye alapján határozza meg.

Az egészség és a betegség elméleti szintű megfogalmazására a szakirodalomban két uralkodó irányzat különíthető el. A *naturalista iskola* szerint: egészséges az a szervezet, amely a környezetéhez jól alkalmazkodik, beteg az, amelyik rosszul. A *normativista iskola* egészségdefiníciója: az egészség az a testi és szellemi állapot, amely lehetővé teszi az észszerű társadalmi normákhoz való fájdalom- és szenvedésmentes alkalmazkodást, és ezen társadalomban való minél hosszabb boldogabb életet (KOVÁCS J. 1995. p. 21.) Ez a felfogás jelenik meg a WHO definíciójában.

⁸ A New Yorkban megrendezett Egészségügyi Értekezleten hangzott el, és a jelenlévő 61 ország 1946. július 22-én fogadta el, írta alá. A definíció angol szövege: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." <http://www.who.in/about/definition>

⁹ Nemzetközi konferencia az egészségügyi alapellátásról. Alma-Ata, Szovjetunió, 1978. szeptember 6-12.

¹⁰ Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta, Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa (Kanada), 1986. november 17-21.

¹¹ World Health Organization, <http://www3.who.int/icf/icfemplate.cfm> A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO). Egészségügyi Világszervezet, EszCsM, OEP, Medicina, 2004. Budapest.

A *vélt egészség* számos nemzetközi szervezet¹² ajánlott egészségindikátorai között szerepel. Az országok közötti összehasonlítást azonban megnehezíti, hogy az eltérő kultúrákban az egészségi állapot eltérő szubjektív egészségérzetet eredményezhet (BOROS J. – NÉMETH R. – VITRAI J. szerk. 2002).

Az egészség és betegség szubjektív megítélése szabályozza egészség-magatartásunkat, orvoshoz fordulási szokásainkat, ezért jelentősége megközelíti az objektív egészségi állapotét (PAULUK E. – MÜLLER A. – PIKÓ B. – PETŐ É. 1997).

Betegségen a szervezet egyensúlyának megbomlását értjük, amikor annak felépítésében vagy működésében kisebb- nagyobb átmeneti vagy tartós eltérések alakulnak ki. A felépítésben vagy működésben, illetve mindkettőben egyszerre bekövetkező károsodás a normálistól eltérő reakciókat, vagy azok sorozatát váltja ki és így kóros folyamatokat indít meg. Ennek eredménye a megbetegedés, a betegség pedig ennek fennállását jelző fogalom.

Ha a környezetből érkező, vagy a szervezeten belül keletkező ok megzavarja az ember normális életműködését, az ezen okok hatására megváltozott működésű szervezet már nem tekinthető egészségesnek, és ekkor már betegségről beszélünk. Ahhoz, hogy valaki beteg legyen, szükséges valamilyen betegséget okozó tényező. A betegségek okainak jelentős részét ismerjük, de nem kevés azon betegségek száma sem, amelyek okát vagy okait az orvostudomány még ma sem ismeri (SIMON T. 1998).

Az Egészségügyi Világszervezet egészség meghatározásából következik, hogy az egészségnek a betegség és a fogyatékoság hiánya mellett még van valamilyen harmadik „dimenziója” is. Ezt a harmadik dimenziót lehet az *életminőség* fogalommal megközelíteni (KULLMANN L. – HARANGOZÓ J. 1999).

Az életminőség nem azonos az életszínvonal fogalmával, és nem lehet leegyszerűsíteni az egészségi állapotra, valamint az anyagi javakkal való ellátottságra. Méréséhez objektív és szubjektív dimenziójú megközelítéssel juthatunk.

A *WHO életminőség felfogása* szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát (WHO, 1993).

¹² WHO, EU, OECD.

2.1.2. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők szerepe

A lakosság egészségi állapotát számos kockázati tényező határozhatja meg. A betegségek kifejlődését elősegítő tényezők a *rizikófaktorok*. A rizikótényezők nagy része elsősorban betegségekre hajlamosító, halmozódásuk azonban növelheti a betegségek előfordulási gyakoriságát. A környezeti hatások a munkahelyen és az ember mikrokörnyezetében – háztartásában, lakókörnyezetében – egyaránt jelentkezhetnek.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által megfogalmazott egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezők a népegészségügyi tevékenység szinterei¹³.

Egyéni, endogéntényezők: veleszületett genetikai adottságok, szerzett tulajdonságok, amelyek örökletes tényezőktől, nemtől, kortól is függenek.

Életmód, életvitel: táplálkozási szokások, fizikai aktivitás, szabadidő eltöltése, élvezeti szerek fogyasztása, iskolázottság, az egészségtudatosság, problémamegoldó képesség.

Lakókörnyezeti tényezők: természetes és épített környezet, kémiai, biológiai tényezők állapota, város-falu, ipar-mezőgazdaság, szolgáltatások.

Munkavégzéssel, munkakörnyezettel kapcsolatos tényezők: munkavégzésből, munkakörnyezetből származó fizikai, pszichés megterhelés, kémiai, biológiai, pszichoszociális kóroki tényezők.

Társadalmi, gazdasági (makro és mikro) környezeti tényezők: életvitelt meghatározó társadalmi, gazdasági tényezők, szociális környezet.

Az egészségügyi, szociális ellátáshoz való hozzáférés: az egészségügyi és a gyógyszerellátás minősége, az ellátás elérhetősége.

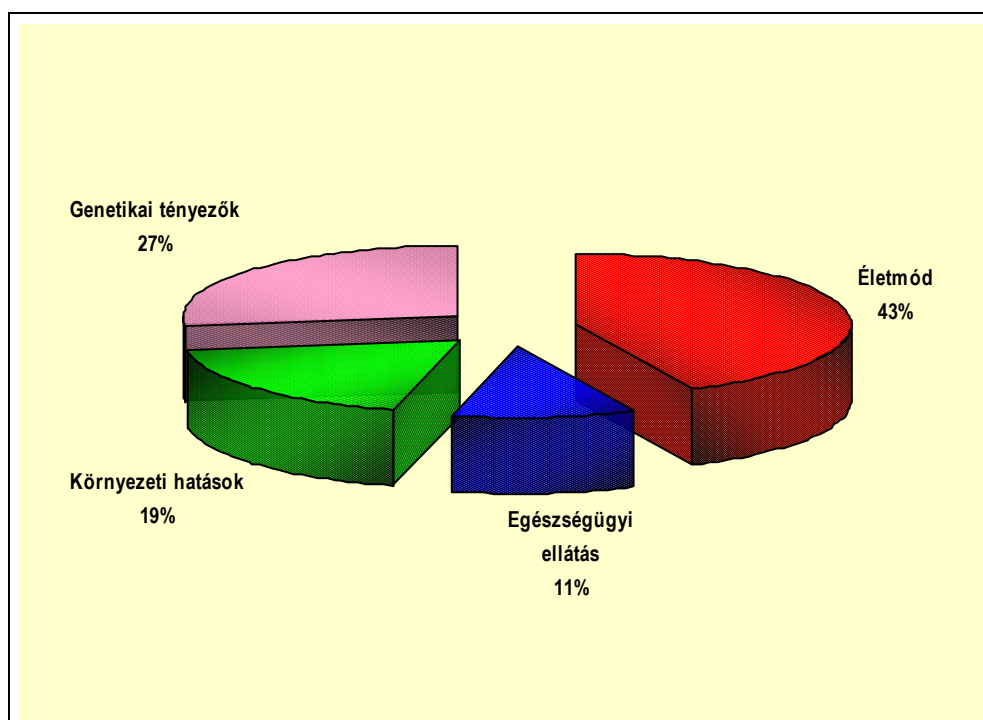
Az egészségi állapotot befolyásoló egyéni tényezők között vannak egyénen kívüli és egyénnel összefüggő tényezők. Az egyénen kívüli tényezők döntően azok, amelyek hatását nem, vagy csak kis mértékben tudja az ember befolyásolni. Az egyénnel összefüggőek pedig azok, amelyeket az ember befolyásolni és ellenőrizni tud. Az egyénen kívüliek *külső tényezőknek*, míg az egyénnel összefüggőek *belső tényezőknek* nevezhetők (UZZOLI A. 2000b).

A funkcionális szemléleten alapuló modell az egészséget a szervezet, az egyéni- és társas tevékenység szintjén jellemzi. Az egyéni és a környezeti tényezők egymással bonyolult kölcsönhatásban vannak. Az egyén egészségi állapota is visszahat az őt befolyásoló tényezőkre (VITRAI J. – VOKÓ Z. 2004), (3. ábra).

¹³ <http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/kozegeszessegugy/egeszsegallapot.html>



3. ábra. Az Egészségügyi Fejlesztési Központ (EFK) egészségmodellje
 Forrás: <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/EgeszseguyiFejlesztespolitikaiKonceptio.pdf>



4. ábra. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők szerepe
 Forrás: Kincses Gy. 1996 (szerk. KAJTOR E.)

A WHO állásfoglalása alapján a lakosság egészségi állapotára döntően az életmódbeli tényezők (társadalmi tényezők, egészség/betegség magatartás) hatnak. Ennél kisebb szerepet játszanak a genetikai tényezők és a környezeti hatások. Legkisebb a ráhatása az egészségügyi ellátás minőségének (4. ábra).

2.1.3. A mortalitás mutatói

Az értekezés 3. fejezetében a mortalitás elemzését az alábbi mutatók felhasználásával végeztem:

A lakosság egészségi állapotának megítélésében egyik legmegbízhatóbb paraméter a *halandóság (mortalitás)*. A mortalitás vizsgálatának alapvető forrása az éves népmozgalmi statisztika. A leggyakoribb mutató a *nyers halálozási arányszám*: az adott évi halálozások száma osztva az évközépi népesség számával. *Standardizált halálozási hányados*: Ez a mutatószám egy adott lakosságcsoportra vonatkozóan hasonlítja össze a halálozások tényleges számát a várt halálozással. Ha ez a mutató adott lakosságcsoportban nagyobb mint 100, akkor ott magasabb a halandóság, rosszabb a helyzet mint az alapul választott népességben.

A korcsoportonkénti halálozáson belül az 1-64 év közötti a *korai, idő előtti*, a 65 év feletti az *időskori halálozás*. A korai halálozás egyik széles körben használt összefoglaló mutatója az *elvesztett életévek száma 100 ezer főre*.

A *halálok-specifikus halálozás* esetében az egyetlen halálok haláleseteinek számát viszonyítjuk a lakosság évközépi számához. A halálok-specifikus halálozási arányszám segítségével kiszámítható egy adott ország *halálloki struktúrája*. A halálokokat, a halálloki csoportosításokat a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) szerint végzik, így az adatok nemzetközileg összehasonlíthatóak. A fejlődő országokban a fertőző és élősdiek okozta halálokok képezik a vezető halálokokat, míg a fejlett országokban a halálozások többségét a keringési-rendszer betegségei, a daganatok, az emésztő- és légzőszervi betegségek, valamint az erőszakos halálokok teszik ki.

A halandósági elemzések speciális területe a csecsemőhalálozás. Ezt a mutatót az egészségügyi ellátás színvonalának minősítésére is használják. *Csecsemőhalálozási arányszám*: az adott évben ezer élve szülöttre jutó egyéves kor előtt bekövetkezett halálozások száma. Az egészségügyi ellátás minőségét, és a társadalmi-gazdasági viszonyok fejlettségét is tükrözik a csecsemőhalálozási arányszám típusok (WHITELEGG, J. 1982).

A *perinatális halálozási arányszám* a születés körüli halálozást méri. Az *anyai halálozási arányszám* az élve születettek számához viszonyítja az anyai halálozások számát.

A mortalitáshoz kapcsolódó mutatók a különféle élettartam mutatók, amelyek az életesélyekről tájékoztatnak. A halandósági táblákból számolják ki, az adott évi koréves halálozásból kiindulva megnézik, hogy az adott életkort megélők milyen valószínűséggel halnak meg a következő születésnapjuk előtt, azaz milyen a halálozási valószínűségük. Az *élettartam-mutatók* életévekben kifejezett átlagértékek (JÓZAN P. 1996). Legismertebb a *születéskor várható élettartam*, amely azt mutatja meg, hogy az adott év élve szülöttjei hány évet élnének, ha a születésük évében meglévő korszpecifikus halálozási viszonyok változatlanul folytatódna.

2.1.4. Az egészségi állapot mérésére szolgáló mutatók, a morbiditás indikátor típusai

A lakosság morbiditásának teljes köréről – a mortalitással ellentétben – nem rendelkezünk adatokkal. A morbiditásnak az a része, amelyről a különböző jelentésekből és nyilvántartásokból képet kaphatunk, a *nyilvántartott (ismert) morbiditás*. A lakosság körében fennálló és ellátást igénylő, de az egészségügyi ellátás által nem ismert betegségek összessége a *rejtett morbiditás*.

A népesség vagy népességcsoport egészségi állapotának méréséhez és összehasonlításához is megfelelő mérőszámokra van szükség. A népesség, a népességcsoportok szintjén a *morbiditást különféle indikátorok segítségével jellemzik*. Ezek gyakran nem a teljes népességre vonatkoznak, hanem a népesség bizonyos mintáin való kikérdezés útján kerülnek megállapításra. Ezeket az indikátorokat Kovács „Az egészségi állapot mérése. Mortalitás és morbiditás Magyarországon” c. tanulmányában három csoportban részletezi (KOVÁCS K. 2006a).

Esetszám típusú mérőszámok: az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, az egészségügyi intézményekben megjelenők számát mérik. Ezek az indikátorok főleg az egészségügyi szolgáltatások tervezésénél használatosak.

Táppénzes statisztikák: a felnőtt dolgozó lakosság megbetegedéseiről a legátfogóbb statisztikai adatokat a keresőképtelenséggel járó megbetegedési (táppénzes) statisztikák nyújtják. Széleskörű nemzetközi adatbázis áll rendelkezésre, melyet az ILO¹⁴

¹⁴ ILO = Nemzetközi Munkaügyi Szervezet.

évkönyveiben nyilvánosságra hoznak. A mérőszám legnagyobb hibája, hogy csak a munkahellyel rendelkező népességet veszi számításba.

Kérdőíveken alapuló indexek, skálák, egészség- és betegségprofilok: az egészségi állapot mérésére kérdéssorok kidolgozásával, a kérdésekre adott szubjektív válaszok összegzésével készíthetők egészségi állapot leírások. Ezek közül ismeretes a Quality of Well-Being Scale (QWBS), amely már nemcsak az idős népesség körében mérte az életfunkciók ellátásában való korlátozottságot (BOWLING, A. 1991). Az egészségi állapot szélesebb értelemben való mérésére – ami az emberek jólétére befolyással lehet – több nemzetközi kérdőívet készítettek (WARE, J. E. 1986), (CZIMBALMOS Á. – NAGY ZS. – VARGA Z. – HUSZTIK P. 1999).

Napjainkban már nemcsak az a kérdés fontos, hogy meddig élünk, hanem az is, hogy az eltöltött éveket milyen egészségben éljük meg. A nemzetközi kutatások ezért a várható életidőtartam (Life Expectancy – LE) helyett az egészségben eltöltött életevek számára (Healthy Life Expectancy – HALE) helyezik a hangsúlyt (CRIMMINS, E. M. – CAMBOIS, E. 2003). A társadalom és az egyén érdekeit összevetve kijelenthető, hogy a legfontosabb mutató az egészségben megélt évek száma, azaz hogy hány évet tölthetünk el egészségesen anélkül, hogy különböző betegségek korlátoznák életvitelünket. A magyar lakosság körében lényegesen alacsonyabb a minőségi (egészséges) életevek száma, mint az várható lenne az ország gazdasági helyzete, teljesítőképessége szerint. 2002-ben a világ országai között Magyarország a férfiak vonatkozásában a 63. a nők esetében a 43. – kedvezőtlen – helyen állt. Az egészséges életevek száma nagy eltérést mutat a világ országaiban. Legmagasabb Japánban, ahol 2002-ben a nők 78, a férfiak 72 teljes egészségben leélt évre számíthattak. A legkevesebb egészséges életév Sierra Leonében várt, a nőkre 30, a férfiakra 27 év¹⁵.

Reálisabb képet nyerhetünk az *összetett egészségindikátorok* használatával. QALY, (Quality-Adjusted Life Years – életminőséggel korrigált életév nyereség). DALE (Disability-Adjusted Life Expectancy – egészségkárosodástól mentes várható átlagos élettartam)¹⁶. A nevét az utóbbi években megváltoztatták HALE-re (Health-Adjusted Life Expectancy).

¹⁵ Az adatok az Országos Epidemiológiai Központ a világ lakosságának egészségéről készített összefoglalójából származnak, melynek alapját képezte a The World Health Report 2003, Shaping Future című kiadványa.

¹⁶ A WHO vezette be 2000-es Világ-egészségügyi Jelentésében, mint a felmérésben résztvevő népesség egészségi állapotának, az egészségben eltöltött években összegzett mutatóját.

A DALY (Disability-Adjusted Life Years – betegséggel/rokkantsággal súlyozott életevek), vagyis azok az egészséges életevek, amelyek az idő előtti halálozás, betegség vagy rokkantság miatt nem következnek be. A DALY egyetlen mutatóban foglalja össze a korai, azaz a 65 év előtti halálozást, és a korlátozottságban leélt éveket. A betegségteher kormegoszlása a világban igen jelentős regionális különbségeket mutat. 2002-ben a Föld lakosságának DALY-ban kifejezett veszteségének 36%-át a 15 év alatti gyermekek betegségei adták, és majdnem 50%-át a 15-59 év közöttiek betegségei.

Értekezésemben a morbiditás indikátorai közül az esetszám típusú mérőszámokat, a táppénzes statisztikákat, az egészségkárosodástól mentes várható átlagos élettartam összetett egészségindikátorát (3. fejezet), és a kérdőíves egészségi állapot felmérést (5. fejezet) alkalmaztam.

2.2. Szakirodalmi áttekintés

A magyar morbiditási és mortalitási viszonyok kritikus alakulásáról számos tanulmány készült kistérségi, megyei, regionális és nemzetközi összehasonlításban egyaránt. Ebben az alfejezetben a kutatási témához kapcsolódó, az értekezés elkészítéséhez tudományos támpontot adó szakirodalmat összegzem.

2.2.1. Az egészségföldrajz irányzatai és kutatási témái

Hogyan és miért oszlanak el az egészségügyi jelenségek a térben? Az egészségföldrajzi kutatások erre a kérdésre keresik a magyarázatot. Magyarországon az egészségföldrajz – a társadalomföldrajz többi tudományához viszonyítva – fiatal tudományterületnek számít. Az egészségföldrajz „a társadalomföldrajzhoz tartozó, önálló, egységes inter- és multidiszciplináris tudományterület (résztudomány), amely a népesség egészségi állapota, egészséggel kapcsolatos viselkedése és az ezekhez kötődő összetett társadalmi jelenségek (egészségügyi rendszer, egészségügyi ellátás) földrajzi-térbeli vonatkozásaival foglalkozik.” (PÁL V. 2002. p. 383.)

Az egészségföldrajz fogalmi és tudományelméleti kérdéseinek megismeréséhez főképpen Tóth József és Pál Viktor tanulmányait használtam fel (TÓTH J. 2002), (TÓTH J. – PÁL V. – ANTAL G. 2005), (PÁL V. 1997; 2002). Az egészségföldrajz felöleli mind a betegségek térbeli eloszlását, a földrajzi környezettel való összefüggéseit tanulmányozó tradicionális irányzatot, mind pedig az egészségügyi szolgáltatások területi

vonatkozásaival foglalkozó a '60-as, '70-es években kibontakozott új irányzatot. Az egészségföldrajz tradicionális irányzatának, az orvosföldrajznak hosszú történelmi múltja van. A gyökerei már az ókorban fellelhetők, majd követték a betegség és környezet közötti összefüggés elképzések középkori orvosföldrajzi leírásai. Az orvosföldrajz – „*medizinisch-praktischen Geographie*” – kifejezés *Finke* (1792) nevéhez kötődik (RÉTI E. 1979). Az orvosföldrajz fejlődésének további jelentős állomása a betegségek esetszámainak térképezése (*John Snow* 1948-ban Londonról alkotott koleratérképe). *Peterman* 1852-ben az 1831-1833-as nagy angol kolerajárványról¹⁷ készített koleratérképet, amely a betegség-terjedését mutatta. Az '50-es években létrejött *betegség ökológia*¹⁸ alapjait *May* rakta le. Ötkötetes munkája a „*Human ecology*.” Elgondolása szerint a betegség akkor keletkezik, ha az ember tévesen alkalmazkodik a környezetéhez (RÉTI E. 1962).

Az 1980-as évek közepétől a kutatások a krónikus és degeneratív betegségek és a HIV vizsgálatára irányultak (MEADE, M. S. 1979, DEL CASINO, V. J. Jr. 2001).

Az egészségügyi rendszer földrajza (geography of health care) fiatalabb az orvosföldrajznál. Az 1960-as években bontakozott ki, bár voltak előzményei¹⁹.

Az 1970-es években önálló irányzattá vált, az egészségügyi rendszer térstruktúrájának és az egészségügyi erőforrások térbeli egyenlőtlenségeinek vizsgálatával (SHANNON, G. W. – DEVER, A. G. 1974), (HAYNES, R. M. 1985).

Az egészségföldrajz modern irányzatának meghonosodása *Orosz Éva* nevéhez fűződik. Kutatási témái között szerepel az egészségügyi rendszer földrajzának elméleti kérdéseitől kezdve az egészségügy területi egyenlőtlenségeit feltáró, valamint az egészségügyi rendszerek és az egészségügyi vonzáskörzetek vizsgálatai, amelyek megalapozták az egészségföldrajz önálló kutatási irányzattá válását (OROSZ É. 1984; 1988; 1989; 1993). A magyarországi egészség-egyenlőtlenségekről a rendszerváltás után *Orosz* angol nyelven átfogó tanulmányt publikált. A területi halandósági különbségekről tett legfontosabb megállapításai, hogy évtizedek óta tapasztalható egyenlőtlenség a felnőtt és a csecsemőhalandóságban. 1970 és 1984 között jelentősen nőttek a megyei egyenlőtlenségek a férfilakosság, de különösen a középkorú férfiak körében (OROSZ É. 1990). Az egészségügyi rendszer elégtelen működésének legfontosabb okaként az erőforrások

¹⁷ Az 1848-as kolerajárvány idején a kolerás eseteket egy London-térképen ábrázolta. Felfedezését, hogy a betegek egy kút vizéből ittak és a kút vize felelős a fertőzésekért korelatérképpel bizonyította.

¹⁸ Más elnevezés szerint *betegség humánökológiája*.

¹⁹ Edward Jarvis 1851: elmekórházak távolság hatásainak vizsgálata. Mouat 1881: A londoni kórházak és a szegények lakóhelyi elhelyezkedésének összevetése (OROSZ É. 1988).

szükségét, a merev intézményi struktúrát, az integrált egészségpolitika, az erőforrások elosztásának a változó szükségletekhez való igazításának hiányát jelöli meg (OROSZ É. 1990). *„Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái”* c. disszertációja (könyve) átfogó képet ad a ’90-es évek egészségügyének átalakulásáról (OROSZ É. 2001).

Magyarországon az egészségügyi rendszer földrajzához sorolható kutatások általában az alábbi kérdésekre keresik a választ: *„Milyen térbeli struktúrát alkotnak egy adott országnak (vagy annak egy kisebb térségének) az egészségügyi szolgáltatásai (az egészségügyi intézmények és a munkaerő)? Hogyan viszonyul az egészségügyi ellátás területi elosztása a népesség demográfiai jellemzőinek, ill. egészségügyi állapotának térbeli eloszlásához? A társadalom egyes csoportjainak társadalmi és térbeli helyzete milyen mértékben és milyen mechanizmusokon keresztül korlátozza az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget? Milyen folyamatok alakítják az egészségügyi szolgálatok igénybevételének (tényleges „használatának”) társadalmi területi egyenlőtlenségeit? Milyen értékeket kövessen az egészségügyi tervezés az egészségügyi rendszer meglévő területi struktúrájának értékelésekor és a struktúra alakításakor? Hogyan egyeztethetők össze a gazdaságosság és az egyenlő hozzáférhetőség egymásnak sokszor ellentmondó követelményei, az egészségügyi szféra különböző szereplőinek – orvosok, páciensek, biztosító, állam stb. – ellentétes érdekei stb.?”* (OROSZ É. 1988. pp. 33-34.)

Pál Viktor kutatásai kiterjedtek az infrastrukturális ellátottságra (PÁL V. 1996), az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás vizsgálatára (PÁL V. 1998), a határmenti periférikus települések egészségföldrajzi sajátosságainak elemzésére (PÁL V. 2003).

A doktori iskolákban növekszik az egészségföldrajz tudományággal foglalkozók száma. A korábbi kutatási irányzatok folytatása mellett új kutatási témák feldolgozását ismerhetünk meg. Ezek: Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségei (BODÁNE GÁLOSI M. 2001). A betegjogok érvényesítésének konkrét lehetőségei (ANTAL G. 2002). Az orvosdiagnosztikai laboratóriumok helyzetének elemzése (KALMÁR G. 2006). Az irányított betegellátási rendszer tapasztalatai (KAJTOR E. 2006a; 2008; KAJTOR E. – CSORDÁS P. 2007). A civilszervezetek és az egészségügy együttműködése (BEKE SZ. 2001; 2004). A társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával, valamint az egészségi állapot társadalmi területi különbségei Magyarországon (UZZOLI A. 2001; 2005).

Az egészségföldrajzi jelenségek társadalomföldrajz kutatóinak érdeklődése egyes térségek komplex egészségföldrajzi folyamatainak vizsgálatára is kiterjed. A publikált komplex térségi tanulmányok: Régiók és a Dél-Alföld (PÁL V. 1999; 2004), Budapest VIII. kerület (UZZOLI A. 2000a), Békés megye (BEKE SZ. 2002; 2009), Nógrád megye (KAJTOR E. 2007a).

2.2.2. Egészségföldrajzi kutatási témák az egészségföldrajzon kívül

Az egészségföldrajz modern irányzatának viszonylag késői meghonosodása miatt – Magyarországon az 1980-as évekre tehető – más tudomány is kezdett foglalkozni az egészséget és az egészségügyet érintő problémákkal. Az értekezés készítése folyamán az egészségföldrajz tudományelméleti kérdései, és a kutatási irányzatai mellett ezért figyelemmel kísértem a kapcsolódó tudományok (epidemiológia, demográfia, közgazdaságtan, szociológia, egészségpolitika) témát érintő kutatási eredményeit is.

Az 1990 óta megjelent hazai tanulmányok számos, a halandóságot befolyásoló területi társadalmi-gazdasági tényezőt határoztak meg, mint a település nagysága, a népsűrűség, a foglalkoztatottság, a jövedelem, az iskolázottság vagy az etnikai összetétel.

A területi társadalmi tényezők és az egészség közötti kapcsolatot – többváltozós módszereket alkalmazva – értékelték a hazai felméréssorozatok (*Hungarostudy* 1983; 1988; 1995; 2002)²⁰, (KOPP M. – SKRABSKI Á. – SZEDMÁK S. 1999), (RÓZSA S. – RÉTHELYI J. – STAUDER A. – SUSÁNSZKY É. – MÉSZÁROS E. 2003). A felmérések alapján *Skrabski és munkatársai* a magyar középkorú férfiak és nők halandóságát vizsgálták 151 kistérségben, összevetve a társadalmi tőke és a társadalmi hatékonyság mutatóival (SKRABSKI, Á. – KOPP, M. – KAWACHI, I. 2004).

A másik módszert, az *Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF)* első vizsgálatát Magyarországon 2000-ben alkalmazták (OLEF2000). A lakosság reprezentatív mintáján alapuló kérdőíves egészségfelmérések azokról is adatot szolgáltatnak, akik egészségproblémáikkal nem fordulnak orvoshoz, és így nem kerülnek be az egészségügyi rendszer adatbázisába. A lakosság egészségében bekövetkező változások követése érdekében 2003 őszén újabb kérdőíves Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2003) történt, ami a Nemzeti Népegészségügyi Program eredményességének megítéléséhez is lényeges adatot biztosít (BOROS J. 2005).

²⁰ A Hungarostudy vizsgálatok a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet szakmai vezetésével készültek.

Az MTA Orvosi Osztályának kezdeményezésére az Epidemiológiai Munkabizottság tagjainak szerkesztői, szerzői és lektori közreműködésével készült, hiánypótló összefoglaló tanulmány az ezredforduló népegészségügyi helyzetelemzésének tekinthető. A szerzők a hazai népegészségügyi helyzet jellemzésére az általánosan elfogadott demográfiai és halálozási adatok mellett bemutatták a megbetegedési viszonyokat és az egészségi állapotot döntően meghatározó egészségmagatartási tényezők alakulását. A tanulmány több fejezetében is az elemzés tárgyát képezik az országon belüli térségi egyenlőtlenségek (ÁDÁNY R. szerk. 2003).

A **földrajzi epidemiológiai kutatások** általában a vezető halálokokra irányulnak. Egy ország lakossága egészségi állapotát első szinten a korai, azaz a 65. életév betöltése előtt bekövetkezett halálozások mértéke és haláloki struktúrája jellemzi és határozza meg. Ezen belül sajátos korcsoportot képvisel az első életév során bekövetkező halálozások összességével jellemzett csecsemőhalálozás, amely nem annyira a lakosság egészségi állapotát, mint inkább az egészségügyi ellátás színvonalát tükrözi. A csecsemőhalálozás alakulását hazánkban és a megyében is csökkenő trend jellemezte. A kelet-közép-európai régió számos országában 1997-ben a mutató 10% alá csökkent. Ez a kedvező tendencia azonban elégedettségre nem adhat okot, hiszen ennek az értéknek az átlépése az EU minimumot képviselő Svédországban már egy negyedszázaddal korábban megtörtént. Az 1-64 éves korosztály halálozása döntő módon az egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezők és azok érvényesülésének mértéke által meghatározott, ezért a népegészségügyi szakirodalom e korosztály halálozását kiemelten elemzi. Hazánkban a 70'-es évek elején még mind a férfiak, mind a nők halálozása az EU-tagországok átlaga körüli volt. Az évtized közepén viszont elkezdődött a férfiak halálozásában az a példátlan meredekségű növekedés, amely 1993-ban 830/100000 halálozási arányszámmal tetőzött. Ezzel párhuzamosan az EU-tagországok korai halálozási mutatói jelentősen javultak, így egyre mélyült elszakadásunk az EU-átlagtól. Bár 1994-től a magyar férfiak korai halálozását csökkenő trend jellemzi, de a csökkenés nem elég erőteljes ahhoz, hogy megközelítse az EU-átlag viszonyszám mértékét. A nők korai halálozása a férfiakénál jóval kedvezőbbnek minősíthető, de az EU-átlagtól történő elmaradás itt is igen jelentős (ÁDÁNY R. – V. HAJDÚ P. – K. FÜLÖP I. 2003).

A korai halálozás mértékének csökkentése szempontjából döntő fontosságú a haláloki struktúra ismerete, melynek vizsgálata a 25-64 éves korosztályban látszik különösen indokoltnak, mivel a betegségek okozta korai halálozások több mint 90%-a ebben az életkortartományban következik be. „*A korai halálozások jellegzetességei az ezredforduló*

Magyarországon” c. tanulmány alapján 1994-1999 között a 25-64 éves korban bekövetkezett halálesetek 32,7%-át a férfiak esetében a keringési rendszer betegségei, 26,9%-át pedig a daganatos betegségek okozták. A két vezető halálokot az emésztőrendszer betegségei (16,5%) és a külső okok (14,4%) követik. A nők tekintetében a haláloki rangsor eltérő. 36,5%-os a daganatok okozta halálozás, második helyen a keringési rendszer betegségei okozta halálozás áll (31,35%). A harmadik helyen a haláloki rangsorban az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás 13,7%-al, míg a külső halálozás nők esetében is a negyedik helyen áll, de aránya lényegesen kisebb, mint a férfiaknál. A tanulmány rávilágít arra is, hogy a korai halálozásban jelentős térségi egyenlőtlenségek figyelhetők meg (ÁDÁNY R. – V. HAJDÚ P. – K. FÜLÖP I. 2003).

A fejlett országokban a 20. század második felében a korai halálozás csökkenése elsősorban a keringési rendszer betegségei okozta halálozás számottevő csökkenésének eredménye. Ezen tendenciákkal szemben Magyarország és a fejlett európai országok között a korai halálozásban kialakult szakadék jórészt a keringési rendszer betegségei okozta korai halálozásban észlelhető különbségeket tükrözi (V. HAJDÚ P. – KARDOS L. – ÁDÁNY R. 2003).

Népegészségügyi szempontból kiemelt jelentősége van a daganatos halálozáson belül is a korai halálozásnak. A magyar férfiak és nők 65 évesnél fiatalabb korban bekövetkezett daganatos halálozása 1970 óta folyamatosan emelkedett a 90'-es évek második feléig, és egyre távolodott nemcsak az Európai Unió, hanem Kelet-Közép-Európa lakosságának átlagos halálozási szintjétől is (ECKHARDT S. 2003). A halálozási ranglista második helyét elfoglaló daganatok előfordulását, területi megoszlását, az esetleges halmozódásokat, a kockázati tényezőket vizsgálja „*A daganatos halálozások regionális és megyei megoszlása*” c. tanulmány abból a célból, hogy programokat lehessen kidolgozni, illetve végrehajtani a daganatos halálozások csökkentése érdekében (KISS I. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L. – EMBER I. 2003).

Az egészségi állapottal foglalkozó publikációk a **demográfiai adatok elemzéséből** indulnak ki. Az utóbbi időben azonban már rendelkezésre állnak a morbiditási struktúrát jellemző információk is. Olyan alapos megközelítés is lehetséges, hogy a társadalmi összetételből következtethetünk általában a népesség egészségi állapotára és várható változásaira (HOÓZ I. 1988), (JÓZAN P. 2000; 2003; 2006).

A halálozási adatok elemzése és értékelése jelentős helyet foglal el a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában. Magyarországon a '60-as évek közepéig a halandósági mutatók folyamatosan javultak.

1965-től a halandósági viszonyok kedvező irányzata megfordult. 1966-ban ezer lakos közül tíz fő halt meg, a férfiaknál ez az arányszám 10,6, a nőknél 9,5 volt. A mortalitási mutató először 1985-ben emelkedett 14 ezrelék fölé, miközben Európában 10,8 ezrelék volt az átlagos arány. 1995-1997-ben a korábbi harminc év rossz tendenciája megállt, a halandóság szintje három éven át szolidan csökkent. 1998-tól azonban újra kis mértékű emelkedés tapasztalható. A '90-es évtized során a gyermekek és a fiatalok életésélyei mindvégig javultak. A középkorúaké nagymértékben, míg az idősebbek életkilátásai szerény mértékben romlottak (JÓZAN P. 2000).

Az epidemiológiai fejlődés fontos jelensége az öregek mortalitásának csökkenése, és ennek következményeként az életésélyek javulása. A legutóbbi három évtizedben kialakult krónikus epidemiológiai válság ijesztő jelensége a középkorú – 35-64 év közötti – férfiak korai halálozása. Magyarországon kellemetlen epidemiológiai jelenség, hogy a növekvő jólét körülményei között egyre több, élete delén lévő férfi halt, illetve hal meg (JÓZAN P. 2002).

A KSH Népesedésszisztikai Főosztály munkatársai részéről is számos kiadvány jelent meg a hazai halandóság földrajzi eltéréseiről (KLINGER A. 1963; 1987), (KOVÁCS K. 2003). A kutatások szerint az életkort tekintve a legerőteljesebb társadalmi különbségek a gazdaságilag aktív korú felnőttek halandóságában mutatkoznak. A magasabb életkorokban a társadalmi csoportok közötti halandósági különbségek jóval kisebbek (KLINGER A. 2001).

A kistérségek közötti halandósági különbségeket *Klinger* több tanulmányában elemezte. A 2001-2003 közötti adatokat összevetve az 1996-2000 évek megfelelő adataival megállapította, hogy a halandóság az alacsony népsűrűségű kistérségekben magas, míg a nagyvárosokat is magukban foglaló kistérségekre az alacsony halandósági szint a jellemző. A halandóság területi különbségeit a kistérségek fejlettségi szintje szerint is vizsgálta. A kistérségi komplex fejlettségi mutatót²¹ összehasonlítva a halandósági szinttel, arra a következtetésre jutott, hogy a legerősebben – Pearson-féle korreláció=-0,610 – a komplex fejlettségi mutató korrelál a halandósági hányadossal. Minél fejletlenebb egy kistérség, annál nagyobb a lakosságának halandósága (KLINGER A. 2006a, 2006b). A kistérségek fejlettsége demográfiai sajátosságai között összetett kapcsolat van (HABLICSEK L. 2003).

A közgazdászok szerint a humántőkében megtestesülő egészségi állapot meghatározó tényezője a nemzetgazdaságnak. *Gidai* „különleges jószágnak” nevezi az egészséget,

²¹ Az európai uniós kistérségi támogatások elosztásakor alkalmazott komplex fejlettségi mutató.

mert mással nem helyettesíthető „árucikk”, hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét, keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, helyreállítása iránti igény időpontja az esetek jelentős részében nem tervezhető (GIDAI E. 1998, 2007).

Az egészségügy „gazdasági mechanizmusának” reformjával foglalkozik *Kornai*. Megállapítja, hogy a versenyszféra alapjában véve átalakult korszerű piacgazdasággá, míg az egészségügyi szektorban sajátos fajta piaci szocializmus él tovább. Az egészségügyi szektor történelmi lépésekkel lemaradt a versenyszféra mögött (KORNAI J. 1998).

Mossialos szerint a kiadáskorlátozó intézkedések egy része egyáltalán nem bizonyult hatékonynak Európában. A kórházi ágyak számának csökkentése nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. Kórházak bezárását sokkal hatékonyabb módszerek tekintik (MOSSIALOS E. 1999).

Az **egészség-gazdaságtan** külön tudományág, mely vizsgálódásának alapjául az egészséget tekinti. *Dézszy* társalapítója ennek a II. világháború után megjelenő új diszciplínának. A WHO egészség definíciója szerinte erősen romantikus színezetű, ami testi, pszichés és szociális egyensúlyból áll. „*Ugyan ki van valójában és folyamatosan ebben az állapotban?*” (DÉZSY J. 2006. p. 24.)

A **szociológia** két területe szorosan kapcsolódik az egészségföldrajzhoz. Az *egészségszociológia* bizonyos társadalmi csoportok egészségi állapotát és a halandóságát befolyásoló társadalmi tényezőkkel foglalkozik (PIKÓ B. 2002). Az *orvosszociológia* átöleli az egészségügyi szervezet, beleértve az orvosi pálya tanulmányozását (MOLNÁR L. 1986; 1989), (KOVÁCS KATALIN – KOLOZSI BÉLA 1990).

Az iskolai végzettség és a halandóság összefüggéseit a KSH népszámlálási és halandósági adatainak felhasználásával vizsgálták. Az életkilátásokban a leghátrányosabb helyzetűek a legalacsonyabb iskolai végzettségűek. Az iskolázottsággal párhuzamosan növekednek a 30 éves korban várható élettartam területi különbségei. A régiós elemzések konklúziója, hogy az egyenlőtlenségek növekedése, illetve néhány halálkockázati csoport stabilizálódása minden régióra jellemző, melynek csupán a mértékében mutatkoznak területi különbségek Magyarország régiói között (KOVÁCS K. – HABLICSEK L. 2006).

Az egészség-egyenlőtlenséget *Kovács* a társadalmi rétegződés különféle dimenziói mentén vizsgálta. Öt egyenlőtlenségi dimenziót tanulmányozott: az iskolai végzettség, a jövedelem, a depriváció, a szegénység és a munkaerő-piaci helyzet (KOVÁCS K. 2006b).

Az egészségügyben is tetten érhető az egyes társadalmi csoportok esélyegyenlőtlensége. A hozzáférhetőségi különbségek már az egészségügyi alapellátás szintjén megjelennek (BABUSIK F. 2004). Az országban mindenütt élnek *cigányok*, de

területi megoszlásuk nem egyenletes. Kiemelkedően magas a cigányság részaránya Észak-Magyarországon (CZIBULKA Z. 2003). A cigányság számarányára és térbeli elhelyezkedésére elsősorban a népszámlálási adatokból, másodsorban a becslésekből kaphatunk információt. Az 1993/94. évi reprezentatív cigányvizsgálat alapján dokumentált becslés készült. Népszégbecslésük eredményét településsoros bontásban, táblázatokban, illetve országos és megyei térképek révén is megjelenítik. Az adattár visszatekintő térképpel is illusztrált adatokat tartalmaz 1893-1992 között a cigány népesség területi eloszlásának bemutatására (KERTESI G. – KÉZDI G. 1998). A cigányság becsült létszáma az elmúlt száz esztendőben folyamatosan emelkedett, jelentősen meghaladva a népesség egészében tapasztalt mértéket. A roma és nem roma népesség jövőbeli alakulásában nagy eltérések várhatók. Minden életkori csoportban megemelkedik a roma kisebbség aránya (HABLICSEK L. 2007). A 19-34 éves korú roma népesség a legtöbb betegcsoport esetében a teljes népességhez képest jelentős arányban betegebb. Ezt megerősíti a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végzett kutatás (BABUSIK F. – PAPP G. 2002). A romák átlagosnál jóval kedvezőtlenebb egészség-esélyeit is nagyrészt iskolai végzettségbeli illetve jövedelmi, deprivációs hátrányaik magyarázzák (KOVÁCS K. 2006b).

Az **egészségpolitika** történései nagymértékben meghatározzák az egészségföldrajz vizsgálatának szerteágazó tárgykörét; *egyrészt* a népességet, *másrészt* a népesség egészséggel kapcsolatos viselkedését, *harmadrészt* az egészségügyi rendszert. Az egészségpolitikai tanulmányok segítenek a változások szükségszerűségének, az irányának, a céljainak és az új struktúrájú egészségügyi intézményrendszernek a megismeréséhez. Az egészségügy alapkonfliktusait, az egészségügyi ellátás helyzetét, az egészségügyi rendszer megújulását, és az egészségügyi reformok folytatásának lehetséges irányait ismerhetjük meg a publikációkból, amelyek a nemzetközi tapasztalatokat is felhasználják (BORBÁS I. – KINCSES GY. szerk. 2007), (KINCSES GY. 1994; 1996; 2002), (KÖKÉNY M. 2004), (MIHÁLYI P. 2007; 2009), (SOLYMOSI T. 2006).

Az *egészségügyi rendszerek működésének vizsgálata*, teljesítményük összehasonlítása számos kutatás tárgya. Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának munkatársai tanulmányukban az Európai Unió fejlettebb régiójának tagországairól, a régi tagállamok egészségügyi rendszereiről nyújtanak összehasonlítást. A tanulmány egységes szemléletben vizsgálja azokat a témákat, amelyek meghatározzák egy ország egészségügyét. A vizsgálat fő kérdéscsoportjai: *Milyen az országban a gazdasági-politikai háttér? Mi jellemzi a lakosság egészségi állapotát? Milyen maga az egészségügyi rendszer? Miből és hogyan finanszírozzák? Milyen*

szolgáltatásokat kínál? A tanulmány szerint Franciaország az, amely az elmúlt években a legjobb minősítést kapta az egészségügyi rendszerét érintően.

A Health Consumer Powerhouse (HCP) által készített Euro Health Consumer Index (EHCI)²² – 2006-ban – Franciaország egészségügyét találta a legjobbnak. Ezt követte a holland, a német és a svéd rendszer. *Franciaország* egészségügye már a WHO 2000-ben publikált, a világ egészségügyéről szóló tanulmánya²³ szerint is első helyre került az egészségügyi rendszer teljesítménye alapján. Az EU-15 többi tagországa közül Olaszország (2), Spanyolország (7), Ausztria (9), és az első 34-ben mind a 15 ország megtalálható (BORBÁS I. – KINCSES GY. szerk. 2007. p. 3.)

Az EU-tagállamok egészségügyi, jóléti rendszerei általában két típusba sorolhatók. Az egyik típus Bismarck a német-porosz kancellár, a másik Beveridge brit közgazdász nevét viseli. A *bismarcki rendszerben* egy ország majdnem minden állampolgára a biztosítási alap tagja, amely finanszírozza az állampolgárok számára szükséges egészségügyi ellátást. Az egészségügyi szolgáltatók többsége nincs a biztosítók tulajdonában, lehetnek magántulajdonban vagy állami, közösségi tulajdonban. Ebbe a típusba tartozik Németország, Ausztria, Franciaország, Belgium, Hollandia és Luxemburg. A *Beveridge rendszer* adóból finanszírozott, a szolgáltatók állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények. Ez a rendszer jellemzi Nagy-Britániát, Írországot, Svédországot, Finnországot, Dániát, Portugáliát, Spanyolországot, Olaszországot és Görögországot. A két modell fő jellemzője, hogy biztosítás vagy adóalapon működik. Az egészségügyi rendszerek közötti valódi különbségek a funkciókban, a politikákban jelentkeznek (BORBÁS I. – KINCSES GY. szerk. 2007).

Számos vizsgálatban az *egészségügyi ellátás igénybevételének (utilization)* indikátorait alkalmazzák a hozzáférés megközelítő értékeként. Az ellátásokhoz való hozzáférés (access) tekintetében *Whitehead* és *Dahlgren* különbséget tesz földrajzi, pénzügyi és kulturális korlátok között. Jóllehet, a pénzügyi korlátok (önrész) állnak

²² Az EHCI felmérés a fogyasztók szempontjai alapján rangsorolja az EU-25 egészségügyi rendszereit. A rangsorolás 28 indikátor alapján történt, öt kategóriába osztva: betegjogok és beteg tájékoztatás (10 indikátor), várakozási idő (5 indikátor), teljesítmény és minőség (6 indikátor), az egészségügyi rendszer bőkezűsége - milyen ellátást térítenek - (3 indikátor), gyógyszerügy (4 indikátor). <http://www.healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf>

²³ WHO: World health report 2000. A teljesítménymérésben olyan indikátorok szerepeltek, mint a DALE, a rokkantsággal korrigált várható élettévek, az egyenlőtlenségek az egészségügyben, az egészségügy megfelelősége, betegközpontúsága, az egészségügyre fordított pénzügyi források.

<http://www.who.int/whr/2000/media-centre/en/index.html>

előtérben, de a földrajzi (lakóhely, az általános és szakorvosok területi megoszlása) és a kulturális (nem, nemzetiség, migránsok) korlátok is jelentősek²⁴.

A kutatások eredményei mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban kimutatták az egészségügyi ellátás területén a hozzáférési, igénybevételi egyenlőtlenségeket (VITRAI J. – BAKACS M. – KAPOSVÁRI CS. – NÉMETH R. 2009).

2.2.3 Nógrád megyével kapcsolatos mortalitási és morbiditási vizsgálatok

Az ezredforduló népegészségügyi helyzetelemzéséről készült tanulmány „*A krónikus légzőszervi megbetegedések epidemiológiája*” c. fejezete is megerősíti, hogy a 20. század orvostudománya a fertőző betegségek elleni küzdelemben érte el talán a legnagyobb sikereit, mely a tuberculosisra is érvényes. A tanulmány szerint a krónikus bronchitis területi különbségeinek alakulása nem morbiditási különbségeket jelez, mivel olyan nagy életkori vagy dohányzásbeli eltérések nincsenek az országban. *Nógrád megye azon megyék közé tartozik, ahol a bronchitises csoportok egymáshoz viszonyított aránya a súlyosabb betegek felé tolódott el.* Ez a veszélyes jelenség arra utal, hogy a betegek jelentős része nem részesül időben szakellátásban, gondozásban. Ez a tanulmány felhívja a figyelmünket arra, hogy korunk egyik jellegzetes betegsége az allergia, amelyben kiemelkedő szerepet játszik az asthma bronchiale. Ez nemcsak kellemetlen, hanem sok szenvedést is okoz a gyermekeknek és a felnőtteknek egyaránt. A regisztrált betegek életkor-specifikus megoszlásában a morbiditás a férfiak és a nők esetében 30-34 éves korban hasonló, fiatal korban a férfiak, idősebb életkorban a nők morbiditása a magasabb (PATAKI G. 2003).

Az *emésztőrendszeri betegségek gyakorisága* a vidéki településeken, a megyeszékhelyeken és a fővárosban szembetűnően különböző. Mindkét nem vonatkozásában Budapesten a legalacsonyabbak a gyakorisági értékek, majd a megyeszékhelyen kívüli területek következnek. A megyei szintű vizsgálatok a 45-64 éves férfiaknál kimutatták a Délnyugat-északkeleti irányú, magas érintettségű sávot, és az alacsony becsült morbiditású Északnyugat-dunántúli és a Délkelet-alföldi megyék elkülönülését. *Nagyságrenddel magasabb gyakorisági mutató jellemezte Nógrád megyét.* A krónikus májbetegségek és a májzsugor kialakulásában az alkoholfogyasztás magas kóroki szerepe mellett a kutatók felhívják a figyelmet a fogyasztott alkoholos italok minőségére, májkárosító-vegyülettartamuk további vizsgálatára, melyhez az egészségügyi rendszeren

²⁴ Gesundheitswesen, 2009. 71. pp. 59-64.

kívüli szektorokkal való összefogást és együttműködésen alapuló stratégiát sürgetnek (KARDOS L. – SZÉLES GY. – V. HAJDÚ P. – BORDÁS I. – ÁDÁNY R. 2003).

A „*Halálózási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak*” c. dolgozat eredményei megerősítették, hogy a magasabb iskolai végzettség csökkenti a lakóhelyi (megyei) hátrányokat²⁵. Az iskolázottság növekedésével a halandóság területi különbségei lényegesen kisebbek. A *legrövidebb életkilátásokat a középkorú szakmunkások számára mindkét nem esetében Nógrád nyújtja. Daróczi* szerint ez összefügghet azzal, hogy a nógrádi szakmunkások nagyobb arányban dolgoztak veszélyes körülmények között. *A 30-59 éves diplomás férfiak életkilátásait illetően Nógrád az utolsó helyen áll.* A kutatási adatok tükrében bizonyított a házasságban nem élők halandósági többlete és az egészségdeficitje. A területi különbségek alakulásában szerepet játszanak a jövedelmi egyenlőtlenségek, valamint a szegénység és a depriváció (DARÓCZI E. – KOVÁCS K. 2004/2).

Az *Egészségbiztosítási Felügyelet felkérésére* 2008-ban készített kutatás jelentős egészség-egyenlőtlenséget állapított meg, a különböző földrajzi térségekben és társadalmi rétegek tagjaként élők között Magyarországon 2001-2003-ban. Az egészségi állapot minőségében való eltérések egy részét genetikai/biológiai tényezők, más részét a környezet, az egyént körülvevő társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. A tanulmányban az aktuális hazai egészség-eltérések feltérképezésre kerültek. A legmagasabb halandóságú kistérségekben az összhalálozás több mint kétszeres volt a legalacsonyabbhoz viszonyítva. A kistérségek közül Zalaszentgrót térségben kétszer nagyobb a halandósági kockázat, mint a veszprémi kistérségben, ahol az országos átlag 70 százalékát regisztrálták (az országban a legalacsonyabb). Megyei szinten *Nógrád megyében volt a legmagasabb a halandósági kockázat (1809/100 ezer lakos), itt az országos átlag 110 százalékát mérték.* Legkisebb Fejér megyében, az országos átlag 89 százalékával. *A korra, nemre történt kiegyenlítést követően is Nógrád maradt a legrosszabb helyzetű megye.* A kutatás is igazolta a korábbi tanulmányok megállapításait, hogy minél fejlettebb egy térség, annál kevesebb a daganatos és a keringési betegségek által okozott halálozás, és minél kisebb a roma lakosság aránya egy térségben, annál jobb a halálózási mutatók. Az egyéni tényezők közül leginkább az iskolázottság és a gazdasági aktivitás befolyásolja a halálózási kockázatot. Kiemelést érdemel a tanulmány azon megállapítása, hogy a *legképzetlenebbek kockázata Nógrádban a legmagasabb.*

²⁵ A halandósági mutatókat az 1999 és 2002 közötti időszak négy éve alatt történt elhalálozások számából és a 2001-es népszámlálás népességadataiból származtatták.

A kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a környezet közvetlen hatása másodlagos az egészségügyi kockázat szempontjából. Az esélyegyenlőtlenség kialakulásában nem tulajdonítanak komoly szerepet annak sem, hogy milyen a lakóhely közeli egészségügyi ellátás minősége. Véleményük szerint a lakosság egészségét döntően a lakáskörülmények, a táplálkozás, az oktatás, az anyagi helyzet és a foglalkoztatás befolyásolják (VITRAI J. – HERMANN D. – KABOS S. – KAPOSVÁRI CS. – LŐW A. – PÁTHY Á. – VÁRHALMI Z. 2008).

A népesség megbetegedési arányainak ismerete nélkülözhetetlen a járványtanban és az egészségügyi szolgáltatások tervezésénél is. A magyar lakosság egészségi állapotának megismeréséhez az egészségügyi alapellátásban, a fekvő- és járóbeteg szakellátásban keletkezett adatok, a népesség egy kisebb részének egészségi állapota feltérképezése, valamint a betegségekre vonatkozó teljeskörű felmérések (szűrések) vezethetnek. A népesség minden tagjának részletekbe menő kivizsgálása – melynek során a kóros elváltozásokat felismernék – nem kivitelezhető.

Nógrád megyében is végeztek olyan vizsgálatokat, amelyeknek célját képezte a település valamennyi lakója *megbetegedéseinek teljes körű feltárása*. A balassagyarmati eredményeket egybevetették a többi vizsgált település adataival.

A magyar lakosság reprezentatív hányadának átszűrését *Vilmon és munkatársai* Balassagyarmaton, *Fülöp és munkatársai* Balmazújvárosban, *Hahn* Dorogon, *Mányi* Tetétlenen, *Tényi* Sásdon végeztek (SIMONOVITS I. 1979). A vizsgálatok egy-egy évig tartottak. A vizsgálati eredményekből megállapítható lett, hogy Balassagyarmaton egy főre 2,16, Balmazújvárosban pedig 3,3 latens²⁶ krónikus megbetegedést találtak. Az orvoshoz fordult lakosság morbiditását és a szűréssel feltárt latens morbiditás eredményét összeadva a vizsgálatok Balassagyarmaton egy főre 5,14; Balmazújvárosban pedig 5,61 betegséget mutattak. A vizsgálati eredményekből látható, hogy Balassagyarmaton lényegesen kevesebb volt az orvos által nem látott megbetegedés, mint Balmazújvárosban, melynek oka elsősorban Balassagyarmat jó orvos ellátottsága volt.

Balassagyarmat Nógrád megyében az Ipoly völgyében fekvő város. 1790 és 1950 között a megye székhelye, a vizsgálat idején a balassagyarmati járás székhelye volt. A balassagyarmati morbiditási vizsgálatnál a megfigyelt lakosság Balassagyarmat járási jogú város, valamint az egészségügyi ellátás szempontjából hozzátartozó Ipolyszög és Patvarc

²⁶ Lappangó, rejtett, megbetegedés.

községek 13 500 lakosának 1963. szeptember 1. és 1964. augusztus 31. között regisztrált megbetegedési esetei és a járóbeteg-szolgálat által ellátott megjelenési esetek voltak.

A vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Szervezési Tanszéke végezte. A balassagyarmati lakosok összefoglaló morbiditási adatai alapján a megfigyelés időszakában 40 223 megbetegedést és 166 841 megjelenési esetet vettek számba. Egy lakosra 2,98 nyilvántartásba vett megbetegedés jutott. Egy nyilvántartott megbetegedésre számított megjelenési esetek száma átlagosan 4,2, az egy lakosra számított összes megjelenési esetek száma pedig 12,4 volt. Mind az egy lakosra számított megbetegedés, mind a megjelenési esetek arra utaltak, hogy a legkevesebbet a 15-39 éves férfiak vették igénybe az egészségügyi hálózatot, és legtöbbször a 40-59 éves nők fordultak orvoshoz. A morbiditási és a betegforgalmi adatok foglalkozási és a nemek szerinti feldolgozásából megállapítható volt, hogy a mezőgazdasági munkások, zömmel a szegény parasztok jelentkeztek legkevesebb megbetegedéssel (két megbetegedés) és megjelenési esettel (8,1 megjelenési eset). A mezőgazdasági munkásokon belül a férfiak nyilvántartott morbiditása volt a legalacsonyabb (1,9). Ugyanezen csoporton belül a nők megjelenési esetszáma a legkevesebb. A vizsgálat megállapítása szerint ebben a rosszul értelmezett szeméremnek is szerepe volt, ugyanis a komplex szűrővizsgálatoknál azt tapasztalták, hogy az öreg parasztasszonyok nem akartak levetkőzni az orvosok előtt. A legmagasabb megbetegedési arányszám (3,3) a szellemi foglalkozású és alkalmazotti csoporton belül a nőknél volt megfigyelhető (VILMON GY. - KUBÁNYI I. - SOÓS L. - SZENTESSY I. - ZALÁNYI S. 1968).

A Dorogon végzett általános morbiditási vizsgálat eredményeit a balassagyarmati és a balmazújvárosi adatfelvétellel egybevetették. A három helyen végzett morbiditási adatok alapján megállapították, hogy a lakosság 70-80 százaléka jelent meg egy év alatt betegséggel, illetve valamilyen tünet miatt az egészségügyi intézményekben. Ez az arány akkor megfelelt a külföldi morbiditási felvételeknek. A megbetegedések között a légzőrendszer betegségei álltak az *első helyen* mindhárom településen, megközelítve ezer lakosra a 600 esetet. Balassagyarmaton meg is haladta ezt az értéket. Elsősorban a mandulabetegségek képezték a légzőrendszer betegségeinek jelentős részét. *Második helyen* a fogbetegségek álltak, ezer lakosra 400 körüli értékkel. A fogbetegségek az összes megbetegedések 14-20%-át képezték. *Harmadik helyen* Balassagyarmaton és Balmazújvárosban a bőrbetegségek, és ezt követően a balesetek szerepeltek, Dorogon a balesetek megelőzték a bőrbetegségeket. Dorogon ez a sorrend a bányászattal függött össze. A betegségeket életkor szerint is vizsgálták, 0-14, 15-39, 40-59, 60 éves és idősebb

részletezéssel. Minden adatfelvétel – bár eltérő sorrendben – megállapította a légzőrendszer betegségeinek, a fog, a bőrbetegségeknek, a psychoneurosisnak, a hypertoniának a jelentőségét. A balassagyarmati és a balmazújvárosi felvételek már igazolták a cardiosclerosis tömeges előfordulását, a dorogi adatfelvételek pedig a fénytörési hibák gyakoriságát jelezték.

A nyilvántartásba vett és a szűrővizsgálatok során kiszűrt latens morbiditás adatait összeadva igazolódott az eredeti hipotézis, amit a gyakorlati tapasztalatokból és a szakirodalomból állítottak, miszerint az életkor és a teljes morbiditás között erős pozitív kapcsolat van.

A vizsgálatot végzők kinyilvánították, hogy a morbiditási és az epidemiológiai vizsgálatok nem öncélúak, hanem eszközök a betegségek elleni küzdelemben, az egészségi állapot további javításának tudományos megalapozásában (HAHN G. – SZENDRŐ J. – ZONGOR GY. 1968).

2.3. Összegzés

Az értekezés elkészítésének tudományos háttérét a válogatott szakirodalom áttekintése biztosította. A vizsgálat iránya az egészségi állapotot meghatározó tényezőkre – a genetikai kivételével – épült.

Végigkísértem a hazai egészségföldrajz meghonosodását, fejlődését, a társadalomtudományban elfoglalt helyét és a kutatási irányzatait bemutató tanulmányokat. Ezek képezték a kutatásom tudományelméleti alapját.

A *népegészségügyi szakirodalom* gazdag kínálata rálátást adott az egészségi állapot – elsősorban a regionális és a megyei szintű – területi egyenlőtlenségeire. A kutatók érdeklődése a kisebb területi egységek elemzésére is kiterjed. Így a kistérségek halálzási viszonyairól is képet kaphattam.

A *demográfia, az egészség-gazdaságtan és az egészségpszociológia* kutatási eredményei a halálzásokra, az epidemiológiai válságra, az egészségügyi rendszer problémáira és a halandóságot befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők földrajzi megoszlására hívták fel a figyelmemet.

A *Nógrád megyét érintő* mortalitási és morbiditási vizsgálatok segítettek az elemzéseimből levont megállapításaim bizonyításában.

Az értekezés 3. 4. 5. fejezetében és az összefoglalásban a konklúziók levonásához további szakirodalmi hivatkozásokat is felhasználok.

3. A népesség demográfiai és egészségügyi jellemzői Nógrád megyében

Az egészségföldrajz szerteágazó kapcsolatrendszeréből következik, hogy a tanulmányozott kérdéseinek jelentős részét más tudományterületek is vizsgálják. Ezen tudományterületek által feltárt eredmények és az összefüggések forrásértékűek az egészségföldrajz számára. Az adott térség népességének egészségi állapotával foglalkozik a demográfia és a népegészségtan is. Az egészségföldrajz elsősorban a népességstatisztika népmozgalmi területével áll igen szoros kapcsolatban, főképpen a halálozási regionális statisztikákkal. A viszony összefonódását igazolja, hogy az egészségföldrajz alapfogalmainak és módszerének egy részét a demográfiától veszi át (PÁL V. 2002).

A demográfia jelentősége következtében a *3. fejezet* Nógrád megye lakosságának demográfiai összetételét jellemző mutatók áttekintésével, valamint a népesség összetételének, változásának törvényszerűségeivel és az okok feltárásával kezdődik.

A továbbiakban a nógrádi népesség életkilátásait, és az egészségben bekövetkezett változásokat (halálozások, megbetegedések) vizsgálom.

A helyzetelemzés a megye egészségügyi ellátórendszerének szintjeivel és azok térbeli struktúrájával, valamint az egészségügyi humán erőforrás problémájával folytatódik.

A fejezet a kedvezőtlen egészségi állapothoz vezető káros egészségmagatartás bemutatásával zárul.

3.1. A demográfiai tényezők szerepe az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek kialakulásában

A magyar népesedési viszonyok sok vonatkozásban hasonlóak az európaiakhoz: az alacsony termékenység, a lélekszám csökkenése és az öregedés általános európai probléma. „*A demográfiai helyzetnek van azonban magyar sajátossága is: ez a demográfiai válság elhúzódó jellege, az a körülmény, hogy 1959 óta nem biztosított a népesség egyszerű reprodukciója és az ország lélekszámához mérten rendkívül nagy a kumulatív természetes fogyás.*” (JÓZAN P. 2006. p. 61.)

A demográfiát országosan jellemző negatív tendenciák Észak-Magyarországra különösen érvényesek. Az alacsony születésszám és alacsony termékenység, valamint a nagymértékű halálozás mellett a vándorlási veszteség a meghatározó a régióban.

A régióon belül Nógrád természetes fogyása a legrosszabb, amely országosan is – Békés megye (-7,2 ezer lakosra) után – a legkedvezőtlenebb.

3.1.1. Népmozgalmi helyzet

A magyar társadalom – hasonlóan az Európai Unió több országához – öregszik, a népesség közül egyre többen tartoznak az idős korosztályhoz és egyre kevesebben a fiatalok közé. Az Észak-magyarországi Régió népességszáma 1990 óta 1 323 ezerről 1 237 ezer főre, -6,5%-kal csökkent, míg országos szinten -3,2%-kal. A régióon belül Nógrád megyében volt a legszembetűnőbb a fogyás (-7,5%). Észak-Magyarországon a népességszámot alakító tényezők 2007-ben is – összességében – előnytelenül alakultak annak ellenére, hogy az élveszületés kedvezőbb az országosnál. Ennek oka, hogy a halálozási arányszám sokkal rosszabb.

Az ezer lakosra jutó halálozások, és ezen belül az élveszületőkre jutó egy éven aluli meghaltak aránya a régióban a legkedvezőtlenebb, amely összefügg a cigány lakosság magas számával. Így a természetes fogyás nagyobb, mint országosan. Az élveszületések száma a fejletlen Borsod-Abaúj-Zemplén megyei kistérségekben a legtöbb, ahol a roma lakosság aránya jelentősen magasabb az országosnál. Nógrádban 2007-ben ezer lakosra közel kilenc élveszületés jutott, amely elmarad az országos átlagtól. Ez elsősorban a korszerkezet és a gyermekvállalási kedv mérséklődésének következménye (1. táblázat).

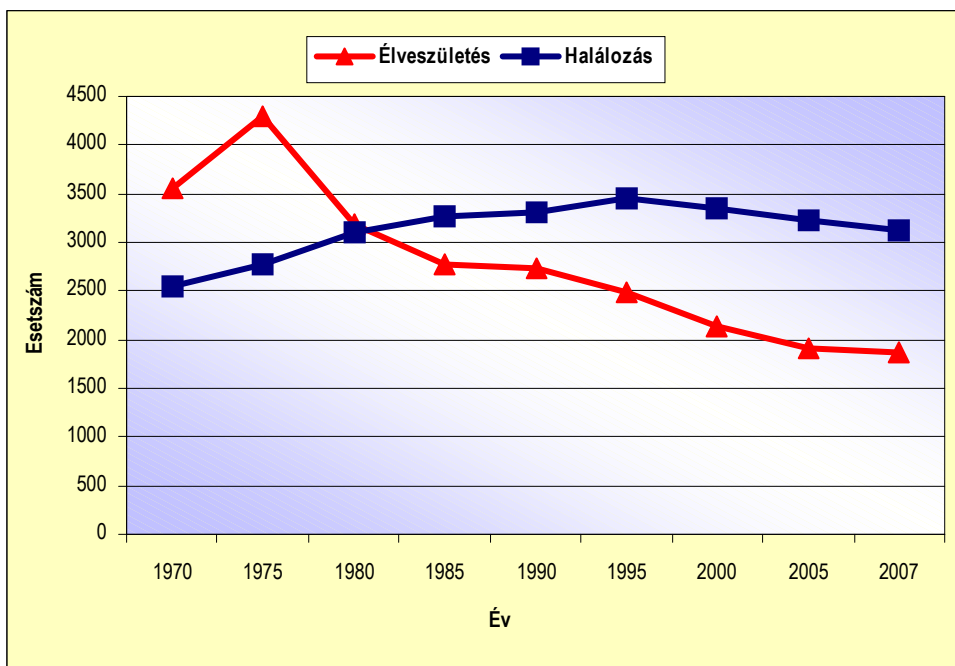
1. táblázat. Természetes népmozgalom főbb arányszámai Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Élveszületés fő | Élveszületés | Halálozás | Természetes szaporodás, illetve fogyás (-) | Ezer élveszületőre jutó egy éven aluli meghalt |
|------------------------|--------------------|--------------|-------------|---|---|
| | | | | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 7 317 | 10,2 | 14,1 | -3,8 | 11,9 |
| Heves | 2 967 | 9,3 | 14,2 | -4,8 | 6,1 |
| Nógrád | 1 863 | 8,8 | 14,8 | -5,9 | 5,4 |
| Észak- Magyarország | 12 147 | 9,8 | 14,2 | -4,4 | 9,5 |
| <i>Régiók minimuma</i> | 8 665 | 8,8 | 12,5 | -2,4 | 4,9 |
| <i>Régiók maximuma</i> | 29 477 | 10,3 | 14,2 | -5,2 | 9,5 |
| Magyarország | 97 613 | 9,7 | 13,2 | -3,5 | 5,9 |
| Megyék | 79 985 | 9,6 | 13,1 | -3,5 | 6,2 |

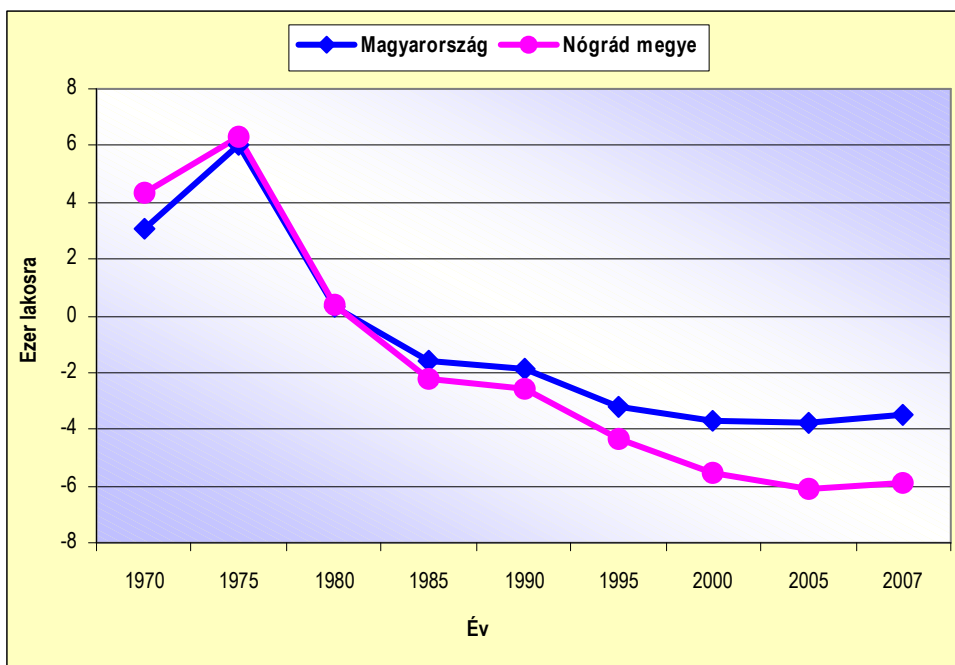
Forrás: Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A megyében évről-évre kevesebb gyermek születik. A nyers halálozási mutató értéke 1987-től nagyobb volt, mint az országos átlag.

Mindezek következményeként tendenciájában is az országosnál nagyobb mértékű természetes fogyás figyelhető meg (5-6. ábra).



5. ábra. Élveszületés és halálozás alakulása Nógrád megyében, 1970-2007
 Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 1970-2007 (szerk. KAJTOR E.)



6. ábra. A természetes szaporodás, fogyás rátája Magyarországon és Nógrád megyében, 1970-2007
 Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007; Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 1970-2007 (szerk. KAJTOR E.)

Országosan 1980, Nógrádban 1981 volt az utolsó év, amikor természetes szaporodás történt. 2007-ben a megyében 3 122 személy halálozott el, ezzel szemben mindössze 1 863 gyermek született.

A természetes népmozgalom mellett a vándorlások is befolyásolják a népességszámot. A belföldi migrációban is jelentős különbségek tapasztalhatók az ország nyugati, illetve az észak-keleti régióiban. 2007-ben a régiók közül Közép-Magyarország vándorlási többlete emelkedik ki (8,0 ezer lakosra). Ezen kívül szintén pozitív volt Nyugat-Dunántúl (1,4 ezer lakosra) belföldi vándorlási egyenlege. Az ország régiói közül Észak-Magyarországon a legnagyobb az elvándorlás (2. táblázat).

2. táblázat. Demográfiai adatok Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Belföldi vándorlási veszteség | Házasságkötés | Válás |
|------------------------|-------------------------------|---------------|------------|
| | ezer lakosra | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | -9,3 | 3,5 | 2,7 |
| Heves | -4,1 | 3,7 | 2,6 |
| Nógrád | -7,5 | 3,2 | 2,6 |
| Észak- Magyarország | -7,7 | 3,5 | 2,7 |
| <i>Régiók minimuma</i> | 8,0 | 3,5 | 2,3 |
| <i>Régiók maximuma</i> | -7,7 | 4,6 | 2,7 |
| Magyarország | | 4,1 | 2,5 |
| Mezők | -0,7 | 3,8 | 2,5 |

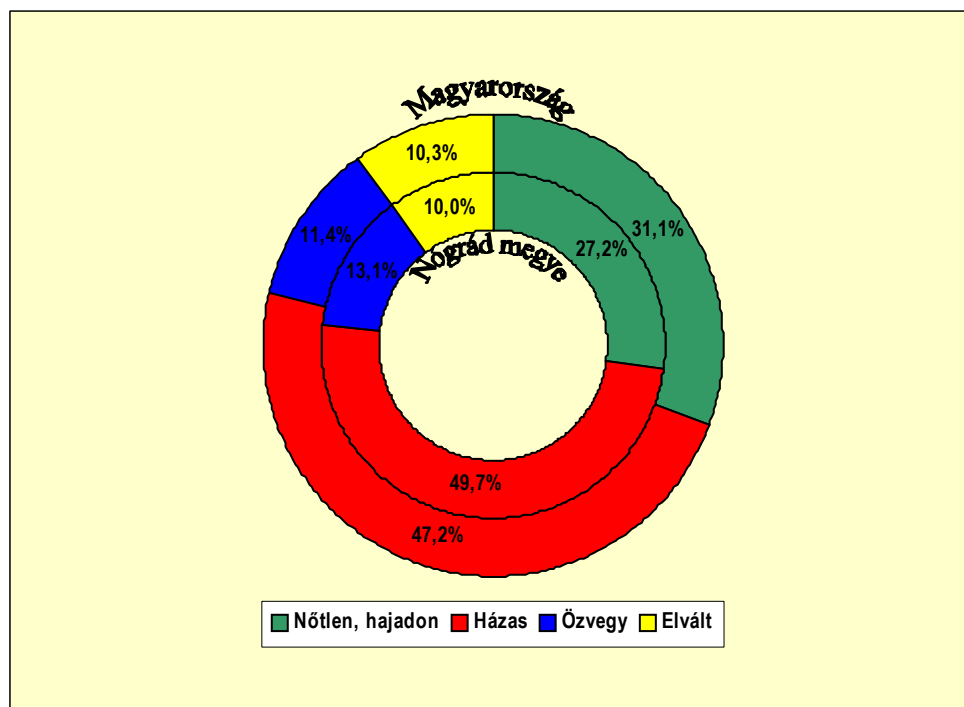
Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A belföldi vándorlás fő kiváltó oka az új munkahelyek, a megélhetési lehetőségek keresése, az elköltözés a szegényebb térségekből a jobb módú területek felé. A vándorlások vonzásterületein a bevándorlók főleg az aktív korú népesség számát növelik, a kibocsátó területeken azt csökkentik.

A megyék közül legvonzóbbak Győr-Moson-Sopron (5,2 ezer lakosra), Csongrád (1,9 ezer lakosra) és Fejér (1,6 ezer lakosra) megyék. A legnagyobb vándorlási veszteséget Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád (2. táblázat), Szabolcs-Szatmár-Bereg (-7,4 ezer lakosra) és Békés (-7,4 ezer lakosra) megye szenvedte el. A népesség csökkenése már nemcsak a községekre, hanem a városokra is jellemző.

A megyéből történő elvándorlás okaként elég a bruttó átlagkereset alakulásának területi egyenlőtlenségét megfigyelni (2007-ben: Budapest 233 ezer Ft; Fejér 175 ezer Ft; Győr-Moson-Sopron 174 ezer Ft; Nógrád 146 ezer Ft).

A népmozgalmi adatok közül a születések és a halálozások alakulása befolyásolja közvetlenül a népességszámot. Közvetett módon azonban a házasságkötések és a válások is hatást gyakorolnak rá. A főbb demográfiai adatokhoz hasonlóan Észak-Magyarországon legkedvezőtlenebbek a házasságkötés és a válás mutatószámai is. 2007-ben az ezer lakosra jutó házasságkötések száma országosan ebben a régióban a legkevesebb, a válások száma pedig a legmagasabb. Nógrádban a házasságkötési szándék nem éri el sem a régió, sem az ország átlagát. A legalacsonyabb arányszámú megyék egyike, amely összefüggésben áll a korszerkezettel és a fiatalok elvándorlásával (2. táblázat). Házasságkötés szempontjából Nógráddal azonos alacsony arányszámú megye Somogy (3,2 ezer lakosra) és Békés (3,2 ezer lakosra). A kedvezőtlen házasságkötési jelenséghez Nógrád megyében az országos átlagot meghaladó válás társul, a megyék sorában a negyedik legnagyobb értékkel (2,6 ezer lakosra). A családi állapot megoszlását a 7. ábra mutatja.



7. ábra. A 15 éves és idősebb lakónépesség Magyarországon és Nógrád megyében családi állapot szerint, 2008. január 1.

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007; Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az özvegyek országost meghaladó aránya a korszerkezet mellett a kedvezőtlen halandóságot jelzi. Különösen rámutat a nógrádi férfiak magas halandóságára az özvegy nők megoszlási százaléka (országos 18,1; Nógrád 21,4).

Kistérségi szinten jelentős eltérések tapasztalhatók a népmozgalmi adatokban. A természetes fogyás a 2000-2007-es évek átlagában a bátonyterenyei kistérségben volt a legmagasabb, míg a migráció miatti csökkenés a salgótarjáni kistérséget érintette a leghátrányosabban. Jól megfigyelhető azonban a fejlődő rétsági kistérség legalacsonyabb természetes fogyása és pozitív belföldi vándorlási különbözete (3. táblázat).

3. táblázat. Főbb népmozgalmi adatok Nógrád megyében kistérségenként, 2007

| Területi egység | A 60 éves és idősebb népesség aránya, % | Élveszületés | Halálozás | Belföldi vándorlás különbözet | Természetes szaporodás, fogyás | Belföldi vándorlási különbözet |
|---------------------------|---|--------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | 2000-2007. évi átlaga | |
| ezer lakosra | | | | | | |
| Balassagyarmati kistérség | 21,7 | 9,0 | 14,1 | -8,6 | -5,8 | 0,0 |
| Bátonyterenyei kistérség | 23,5 | 8,7 | 11,9 | -8,1 | -6,1 | -3,4 |
| Pásztói kistérség | 22,1 | 9,2 | 13,2 | -9,3 | -5,2 | -0,9 |
| Rétsági kistérség | 21,4 | 7,6 | 13,2 | -2,4 | -4,3 | 2,8 |
| Salgótarjáni kistérség | 23,0 | 8,6 | 17,5 | -7,8 | -5,6 | -4,4 |
| Szécsényi kistérség | 21,9 | 10,0 | 15,3 | -7,1 | -5,0 | -2,2 |
| Nógrád megye | 22,4 | 8,8 | 14,8 | -7,5 | -5,4 | -1,8 |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Mindezek a demográfiai folyamatok egyértelműen összefüggnek a korszerkezettel, a roma lakosság arányával és a kistérségek fejlettségével (4.3. 4.8. fejezet).

3.1.2. A lakosság korösszetétele és nemek szerinti megoszlása

A népesség legfontosabb strukturális összetevője a korösszetétel, amit alapvetően a születések, a halálozások és a nemzetközi vándorlás formál. A népmozgalmi folyamatok közül kiemelkedő szerepe van a születések alakulásának. Az elmúlt másfél évtized csökkenő születésszáma jelentősen mérsékelte a gyermekkorúak számát. A magyar társadalom és ezen belül Észak-Magyarország is öregszik. A népesség közül egyre többen tartoznak az idős korosztályhoz és egyre kevesebben a fiatalok közé. Az eltartottsági ráta²⁷ a régiók közül Észak-Magyarországon a legmagasabb. 2008. január 1-jén száz 15-64 évesre 48,4 gyermek és időskorú személy jutott, míg országosan 45,3.

²⁷ Eltartottsági ráta: a 0-14 évesek és a 65 évesek és idősebbek aránya a 15-64 évesekhez képest.

Nógrád rátája bár kedvezőbb a régió átlagánál, az országost azonban meghaladja. Az eltartottsági arányokat kifejező mutató magas értékét alapvetően az befolyásolja, hogy a 15-64 évesek hányada Észak-Magyarországon a legkisebb. A régió lakosságának öregedési indexe az országos átlag alatti. Heves és Nógrád megyében viszont az országos értéket meghaladja (4. táblázat).

4. táblázat. Eltartottsági ráta és öregedési index Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2008. január 1.

| Területi egység | Gyermek népesség eltartottsági rátája | Idős népesség eltartottsági rátája | Eltartott népesség rátája | Öregedési index |
|----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | százalék | | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 25,0 | 23,6 | 48,6 | 94,6 |
| Heves | 22,1 | 25,9 | 48,0 | 117,2 |
| Nógrád | 22,4 | 25,8 | 48,2 | 115,0 |
| Észak- Magyarország | 23,8 | 24,6 | 48,4 | 103,3 |
| Régiók minimuma | 20,3 | 21,7 | 43,3 | 87,9 |
| Régiók maximuma | 24,7 | 24,8 | 48,4 | 116,3 |
| Magyarország | 21,8 | 23,5 | 45,3 | 107,6 |
| Megyék | 22,6 | 22,9 | 45,5 | 101,2 |

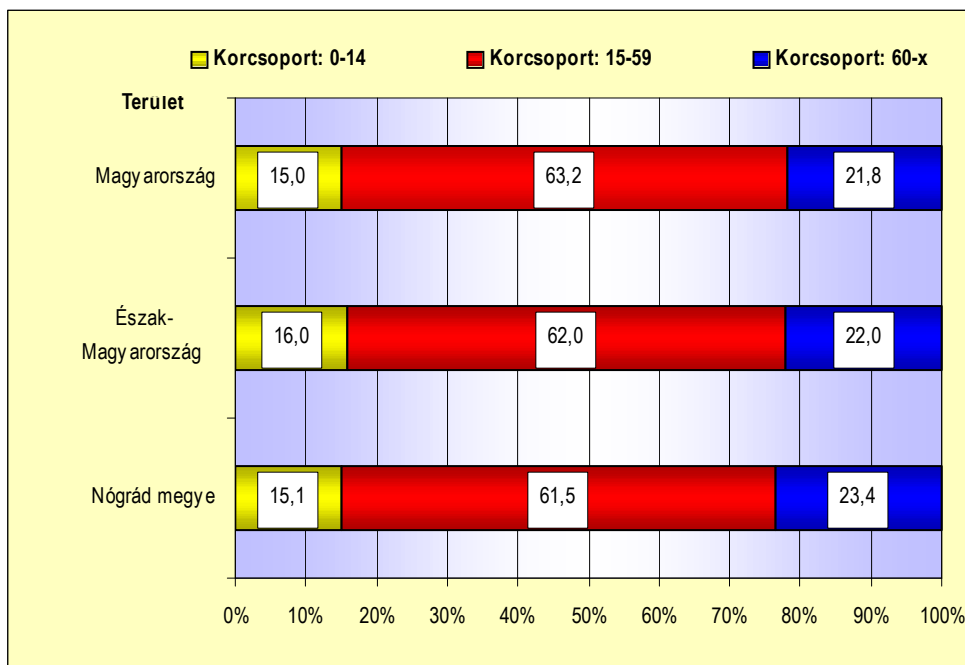
Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megye népességének öregedése az ezredforduló után a hazai átlagtól gyorsabb mértékben folytatódott, ezt jelzi az öregedési index²⁸ alakulása. 2000-ben a megyei és az országos öregedési index között több mint 6,4 százalékpontos eltérés volt, a különbség 2007 végére 1%-al növekedett (7,4%). A megyében 2008. január 1-én 115, országosan 107,6 időskorú jutott száz gyermekkorúra..

Egy adott területi egység népességének korösszetételében – így az öregedési indexében is – módosulást okoznak a ki- és beköltözések, a lakóhely változtatások. Nógrádból többnyire a fiatal, magasabb termékenyséű korosztály költözik el, és az idősebbek maradnak helyben. Következésképpen Nógrád népességének korösszetétele kedvezőtlenebb az országosnál. A megyében a 0-14 évesek aránya csaknem azonos az országgal, amíg a 15-59 éveseké alacsonyabb. A 60 év felettieké viszont jóval magasabb.

²⁸ Az öregedési index praktikus mutatószám, mert térben és időben összehasonlíthatóan fejezi ki a népességben történő változást. Az öregedési index növekszik, ha a népességben belül emelkedik az időskorúak száma (pl. élettartam növekedésével), az öregedési index csökken, ha emelkedik a születések száma és a 14 év alatti korosztály száma (pl. a termékenység növekedésével).

A lakónépesség átlagos életkora 2008. január 1-én – a nőknél 43,6 év (országos: 42,6 év), a férfiaknál 39,0 év (országos: 38,4 év) – mindkét nem esetében magasabb az országosnál. A korösszetétel átalakulása jól mutatja a demográfiai öregedés felgyorsulását (8. ábra), (5. táblázat).



8. ábra. A népesség korcsoportok szerinti összetétele Magyarországon, Észak-Magyarországon és Nógrád megyében, 2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

5. táblázat. Nógrád megye lakónépessége nem és életkor szerint, 2008. január 1.

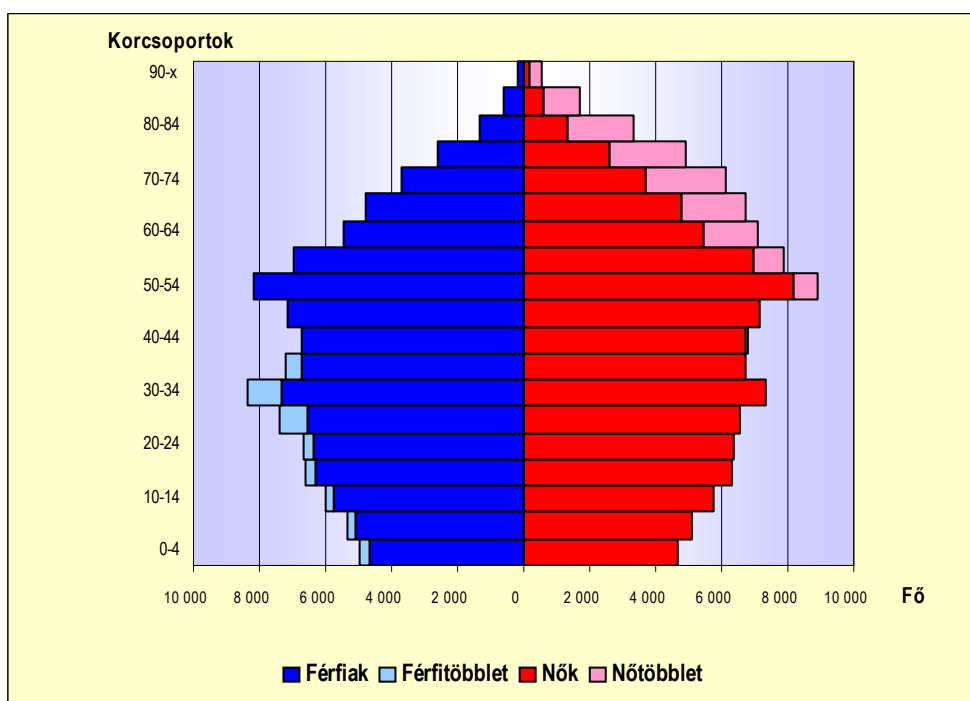
| Nemek | 0-14 év | | 15-59 év | | 60-X év | | Összesen | |
|----------|---------|-------|----------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | fő | % | fő | % | fő | % | Fő | % |
| Férfi | 17 673 | 51,3 | 72 730 | 49,7 | 12 906 | 36,1 | 100 353 | 47,7 |
| Nő | 16 763 | 48,7 | 73 539 | 50,3 | 22 890 | 63,9 | 109 829 | 52,3 |
| Összesen | 34 436 | 100,0 | 146 269 | 100,0 | 35 796 | 100,0 | 210 182 | 100,0 |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A nemek aránya Nógrád lakosságában viszonylag állandó. A nemek szerinti megoszlás 1980-ban: férfi 48,5%; nő 51,5%, 1990-ben: férfi 48,2%; nő 51,8%, 2000-ben: férfi 48,3%; nő 51,7%. 2007-ben a megyében az országoshoz hasonló a férfiak, illetve a nők megoszlása (országos: férfi 47,5%; nő 52,5%). Megfigyelhető az idősödő lakosságon belül a nők arányának növekedése. A nők tovább élnek, mint a férfiak. Ennek okai a halandóságra vezethetők vissza (5. táblázat).

Főképpen a korszerkezet következtében 2008 januárjában Nógrád megye lakosságának több mint 32,2%-a volt nyugdíjban vagy nyugdíjszerű ellátásban részesülő. Ez az arány meghaladja a 30,4%-os országos és a megyék 30,2%-os átlagát. A nyugdíjban, a nyugdíjszerű ellátásban részesülők lakónépességen belüli aránya változó a megyében. Legmagasabb a bátonyterenyei (33,3%), míg legalacsonyabb a rétsági (30,3%) kistérségben.

A népesség nemek és korcsoportonkénti összetételére vonatkozóan figyelemre méltó információkat mutat a *korfa* (9. ábra).



9. ábra. Nógrád megye népességének száma nem és életkor szerint, 2008. január 1-jén
 Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A megyében a 0-4 éves korcsoport létszáma a tendenciájában csökkenő születések miatt alacsony. Nógrádra is jellemző, hogy a korfa 20 éves kor alatt keskenyedik, az 50-54 és a 30-34 éves sávban vannak a legnagyobb értékek. A fiúk születéskori kissé nagyobb aránya 35-40 év körül kiegyenlítődik, és idősebb korban a nők számaránya lesz nagyobb. Feltűnő a 40-44 éves középkorúak alacsony száma. Az 50-54 éves korcsoportban megegyezik a férfiak és a nők aránya. A férfiak száma 55 év felett csökkenő tendenciát mutat a nőkével szemben. A lakónépesség korfáját a két nem tekintetében az 50 év alatti férfi, és az 54 év feletti nőtlélet jellemzi. A nemek közötti arányváltozás magába rejti többek között a férfiak nagyon kedvezőtlen korai (65 év előtti) halálózását is.

A korfa kifejez még egy hátrányos előregedő lakossági struktúrát is, amelyben csökken a gyermekkorú és nő az idős korú lakosság aránya, amely az egészségügyi ellátórendszer fokozottabb igénybevételével jár együtt.

A társadalom előregedése egész Európában megfigyelhető demográfiai jelenség, mely a 65 évesek és idősebbek arányának növekedését, és a 0-14 éves korú gyermekek arányának csökkenését jelenti. *„Az öregedés a 21. század legnagyobb társadalmi, gazdasági, sőt politikai kihívásai közé tartozik. Az előreszámítások szerint 2050-ben a 15 éven aluliak proporciója 13,4% lesz, míg a 65 évesek és idősebbeké 28,2%.”* (JÓZAN P. 2003. p. 24.)

Az öregedési trend, a növekedő idős korúak részaránya következtében még fontosabb lesz a krónikus betegségek, a rokkantság megelőzése, a fizikai fájdalom és a lelki szenvedés enyhítése (FARAGÓ M. 2007).

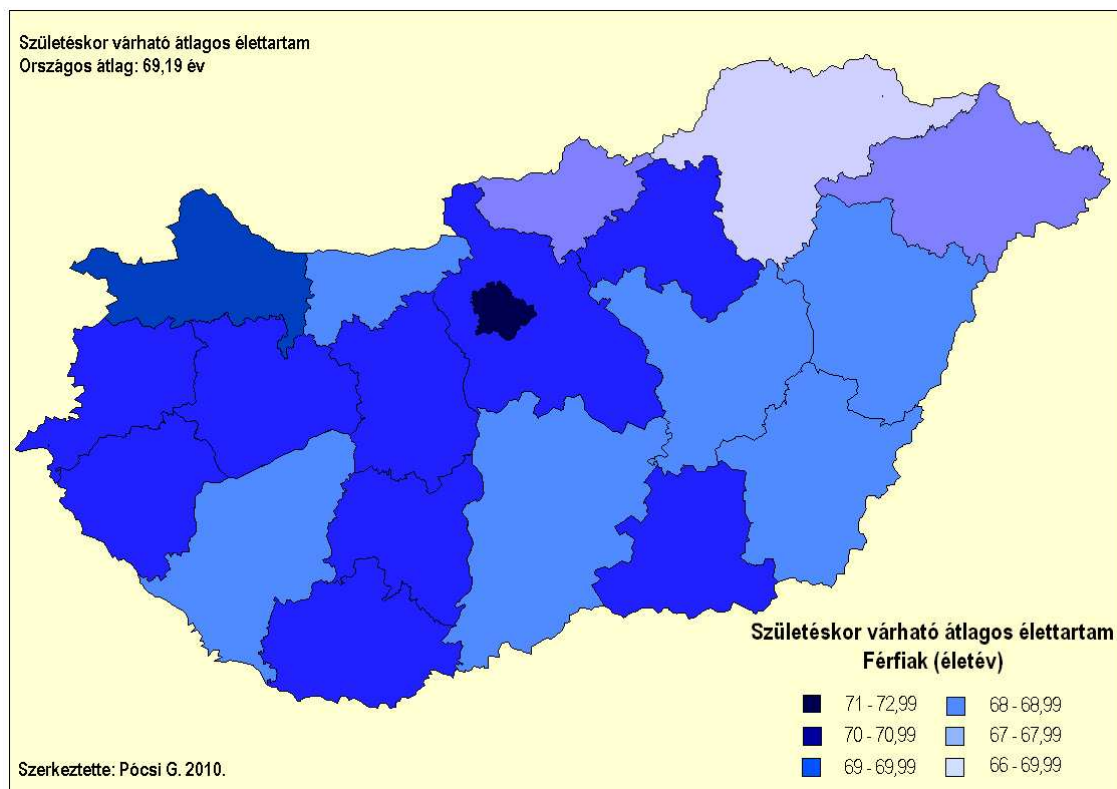
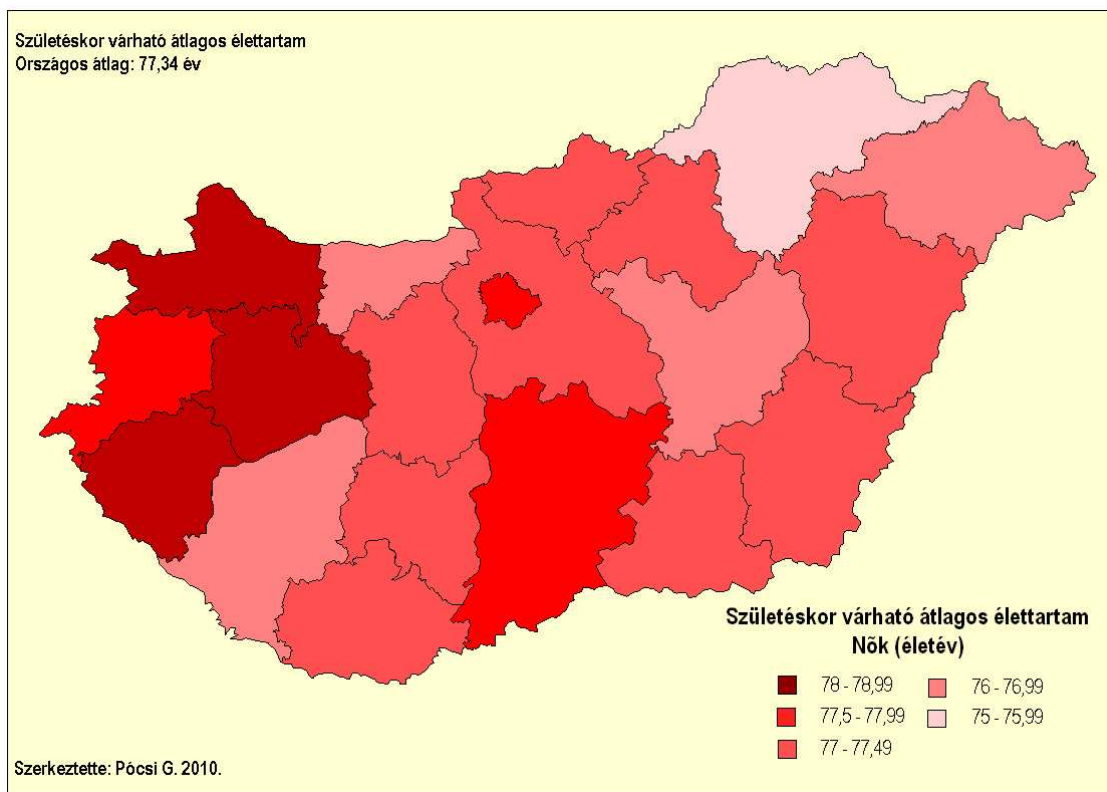
3.2. Életkilátások

A népesség életesélyének területi eltérései a halálozási mutatók összehasonlításával bizonyítottak. A várható átlagos élettartam a halandósági viszonyok legfontosabb mutatója, amely azt fejezi ki, hogy a különböző életkorúak az adott év halandósági viszonyai mellett még hány évi élettartamra számíthatnak. A várható átlagos élettartamon kívül többféle módszer ismeretes. A korai halálozás egyik széles körben használt összefoglaló mutatója az elvesztett életévek száma százezer főre, amit általában a 0-70 éves korcsoportra határoznak meg. Az egészségben várható élettartam olyan komplex mutató, amely a halálozási és a morbiditási viszonyokat is tekintetbe veszi, és amit széles körben elfogadottan használnak az életminőség jellemzésére.

3.2.1. Várható élettartamok

Az életesélyek területi különbségeit régiós és megyei összehasonlításban a nemenkénti vizsgálat is megerősíti. 2007-ben a Nyugat-Dunántúlon született nők (78,1 életév), a régión belül Zala megye női lakossága (78,4 életév) számolható leghosszabb élettartammal. A férfiak várható élettartama Közép-Magyarországon a legkedvezőbb (70,5 életév), a legmagasabb életévben Budapesten bizakodhatnak (71,2 életév). Észak-Magyarországon a legrosszabbak az életesélyek mindkét nem vonatkozásában, a nők 76,4; a férfiak 67,5 év várható élettartamával. A régión belül a legalacsonyabb életévet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élik meg (nők 75,8; férfiak 66,7 életév).

Nógrád megyében a nők 0,2, a férfiak 1,3 évvel élnek alacsonyabb életkort, a magyar nők és férfiak születéskor várható élettartamánál (10-11. ábra).



10-11. ábra. Születéskor várható élettartam nők, férfiak terület szerint, 2007

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

6. táblázat. A nők születéskor várható élettartama Nógrád megyében régiós, országos és uniós összehasonlításban, 2000-2007

| Területi egység | Nők | | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2000 év | 2001 év | 2002 év | 2003 év | 2004 év | 2005 év | 2006 év | 2007 év |
| Európai Unió átlaga | 80,7 | 81,0 | 81,0 | 81,0 | 81,4 | 81,5 | 81,8 | |
| Magyarország | 75,6 | 76,5 | 76,6 | 76,5 | 76,9 | 76,9 | 77,4 | 77,3 |
| Észak-Magyarország | 75,3 | 76,4 | 76,0 | 75,8 | 75,8 | 75,9 | 76,4 | 76,4 |
| Nógrád megye | 75,0 | 76,0 | 76,7 | 76,2 | 75,6 | 76,4 | 76,2 | 77,1 |

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

7. táblázat. A férfiak születéskor várható élettartama Nógrád megyében régiós, országos és uniós összehasonlításban, 2000-2007

| Területi egység | Férfiak | | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2000 év | 2001 év | 2002 év | 2003 év | 2004 év | 2005 év | 2006 év | 2007 év |
| Európai Unió átlaga | 74,2 | 74,5 | 74,6 | 74,7 | 75,1 | 75,3 | 75,6 | |
| Magyarország | 67,1 | 68,2 | 68,3 | 68,3 | 68,6 | 68,6 | 69,0 | 69,2 |
| Észak-Magyarország | 66,2 | 66,7 | 66,7 | 66,7 | 67,0 | 66,8 | 67,4 | 67,5 |
| Nógrád megye | 66,3 | 67,1 | 66,6 | 67,3 | 67,2 | 67,9 | 68,3 | 67,9 |

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megyében a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 2007-ben csökkent. A régiós átlagtól jobb, de az országost nem éri el. A nők esetében az előző évi régiós lemaradást túllépte, azonban az országos szinttől 2007-ben is elmaradt. A halálozási mutatók alapján a megyében a 2007-ben született fiúk közel nyolc, a lányok majdnem öt évvel kevesebb várható átlagos életévre számíthatnak, mint az Európai Unió 27 országának átlaga (2006 évi átlag). A nemek közti egyenlőtlenséget jelzi, hogy amíg az Európai Unióban a nők és a férfiak születéskor várható élettartama között mindössze hat év a különbség, addig Nógrád megyében ez kilenc év (6-7. táblázat).

Mindkét nem vonatkozásában egyaránt rosszabbak az életésélyek a községekben élő népesség körében. A születéskor várható élettartam a városokban élő férfiaknál 2007-ben 69,6 év, a községekben élőkénél 67,7 év, a különbség közel két év. A községekben lakó nők esetében kisebb a különbség, csak közel egy év (városokban: 77,5; községekben 76,7 év).

Az életésély eltérések népességnagyság-kategóriánként is megfigyelhetők – a törpefalvaktól haladva a városokban élők javára (8. táblázat).

8. táblázat. Születéskor várható élettartam népességnagyság-kategória szerint, 2007

| Népességnagyság-kategória | Férfiak | Nők |
|---------------------------|--------------|--------------|
| | korév | |
| - 999 | 66,85 | 76,52 |
| 1 000- 2 999 | 67,77 | 76,65 |
| 3 000- 4 999 | 68,16 | 76,84 |
| 5 000- 9 999 | 68,35 | 77,31 |
| 10 000- 29 999 | 69,56 | 77,46 |
| 30 000- 49 999 | 69,59 | 77,13 |
| 50 000- 99 999 | 70,78 | 78,25 |
| 100 000-299 999 | 69,90 | 77,68 |
| Magyarország | 69,19 | 77,34 |

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

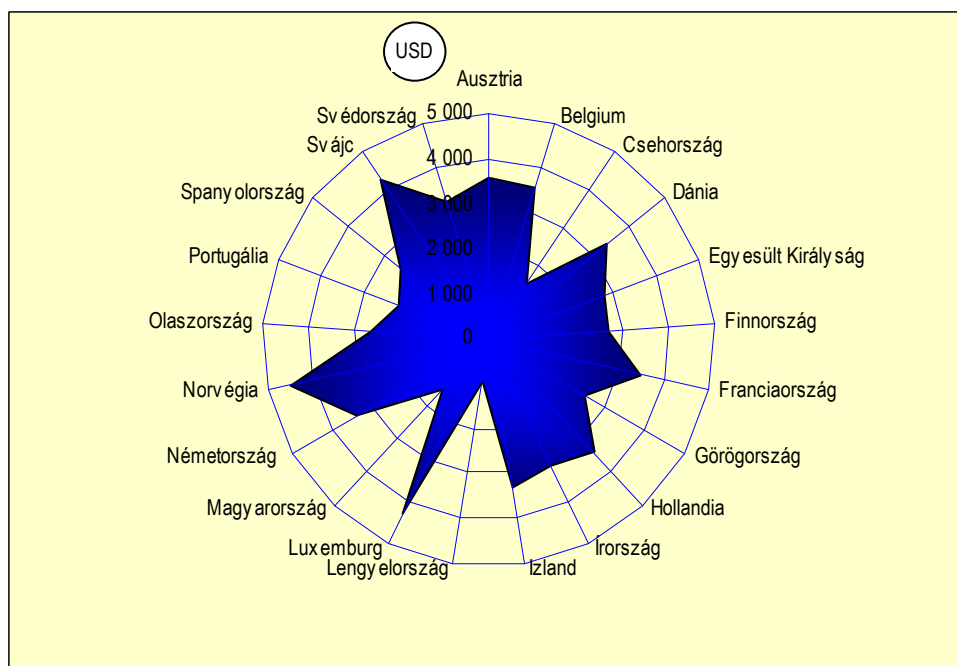
Nógrád megye aprófalvas és városhiányos település-szerkezete a lakosság születéskor várható élettartamára kedvezőtlen hatást gyakorol, különösen az egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége vonatkozásában. A várható élettartam alakulását előnytelenül befolyásolja a megye nagyarányú roma népességének egészségügyi helyzete. „A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé.” (BABUSIK F. – PAPP G. 2002. p. 37.)

A születéskor várható élettartam Európában folyamatosan emelkedik. Magyarországon a várható életkor 2007-ben minden eddiginél magasabb, de még mindig alacsonyabb, mint a fejlett országokban. Az egyes életkorokban várható élettartamot tekintve is hasonlóan kedvezőtlen a helyzet. Magyarországon a férfiaknak több mint 6,4 évvel, a nőknek 4,5 évvel alacsonyabb az életésélyük, mint az EU-27 lakossága átlagának.

Ha a 45 éves korban még várható élettartamot tekintjük, akkor a magyar férfiak 6,1 évvel, a nők 4,1 évvel kevesebb életévre számíthatnak. 65 éves korban a lemaradás mérséklődik, a férfiak 3,2 évvel, a nők 2,8 évvel élnek kevesebbet.

A 2007-es adatok alapján látható, hogy a férfiak között leghosszabb életre a svéddek, míg a nőknél a franciák számíthatnak. Hazánk a sor végén csak Bulgáriát tudta megelőzni, Romániával közel azonos szinten áll (1. melléklet).

A magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb születéskor várható élettartammal társul. Az egy főre jutó összes egészségügyi kiadást nemzetközi összehasonlításában a 12-es ábra mutatja.



12. ábra. Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás nemzetközi összehasonlításában (USD), 2006

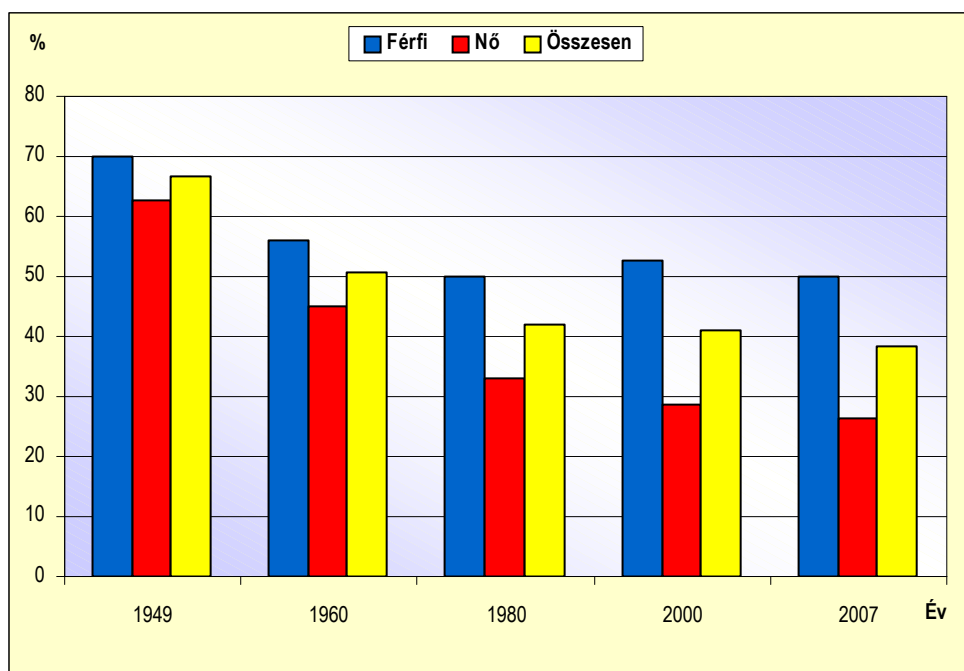
Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A 2006-os adatok szerint Norvégiában a legmagasabb az egy főre jutó egészségügyi kiadás (4 520 USD), melyet Svájc (4 311 USD) és Luxemburg követ (4 303 USD). A legalacsonyabb Lengyelországban (910 USD), Csehországban (1 490 USD) és Magyarországon (1 504 USD). A GDP-ből a legnagyobb arányban Svájcban (11,3%), Franciaországban (11,1%) és Németországban (10,6%) fordítanak az egészségügyi kiadásokra. A legkevesebbet Lengyelországban (6,2%) és Csehországban (6,8%). Magyarország összes egészségügyi kiadása a GDP %-ában 8,3.

A társadalmi jólét egészség nélkül elképzelhetetlen. Rossz egészségű lakossággal nem lehet jó gazdaságot létrehozni, működtetni és fenntartani. Kérdésként vetődhet fel, hogy a gazdasági helyzet határozza-e meg az egészséget, vagy az egészség a gazdaságot? „Nem tudom, de azt merem feltételezni, hogy a közvélemény, amely szerint a gazdaság a meghatározó, és az egészség ennek függvénye, hosszú távon biztosan nem ennyire egyértelmű. Hogy milyen az egészségügyi rendszerünk, függ a gazdaságtól, de a gazdaság is függ attól, hogy milyen az egészségünk és az egészségünk meghatározta demográfiai helyzetünk. Legfeljebb az egészség hatása sokkal nehezebben vehető észre.” (BORDÁS I. 2003. p. 64.)

3.2.2. Elvesztett életévek

A halálozási viszonyok jellemzésére az általánosan alkalmazott várható élettartamon kívül többféle módszer ismeretes. A korai halálozás egyik széles körben használt összefoglaló mutatója az elvesztett életévek száma százezer főre. Ez az indikátor azt számszerűsíti, hogy ahhoz a hipotetikus helyzethez képest, amikor egy populációban mindenki betölti a 70. életévét, összesen hány le nem élt évet eredményeznek az adott időszakban bekövetkezett halálosemények. A számítás azt tárja fel, hogy hány életévet veszítünk el azzal, ha nem mindenki éli meg a 70 éves életkort. A 2007. évi mutató számításakor²⁹ a népesség születéskor várható élettartama 73,3 év volt. A KSH számítási eredményei szerint a férfiak több mint kétszer annyi életévet vesztenek el a potenciális 70 évből, mint a nők (13. ábra).



13. ábra. A 70 év alatti meghaltak aránya az összes halálozásból nemek szerint, 1949-2007

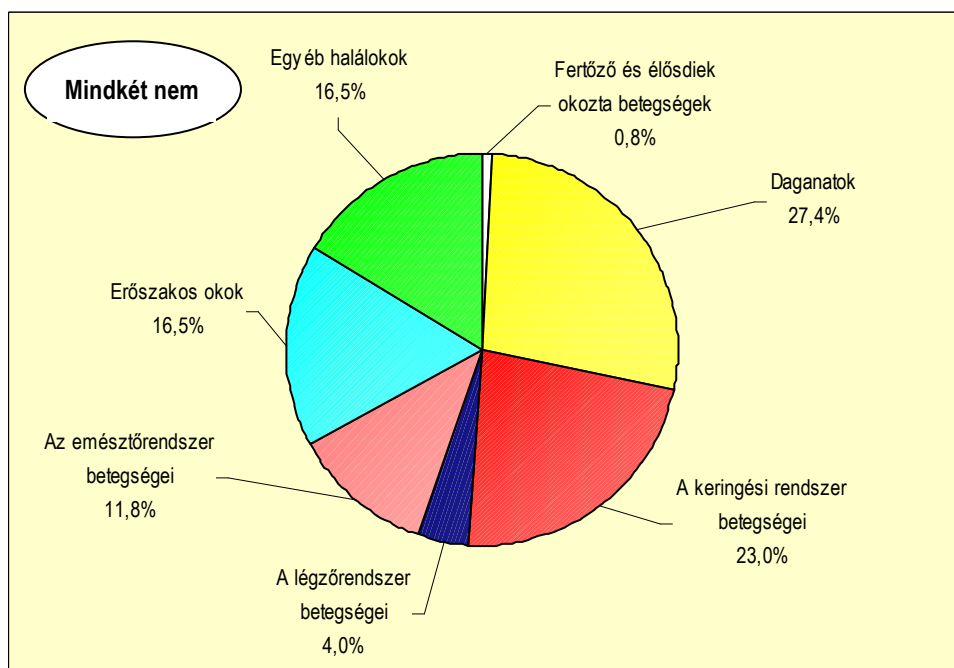
Forrás: Statisztikai Tükör, 2008.12.17. KSH, (szerk. KAJTOR E.)

A KSH vizsgálatának megállapításai figyelmet érdemelnek az elvesztett életévek halálokait illetően is, mivel a vezető halálokok sorrendje eltér az összes halálozásétól. Első helyet itt a daganatos megbetegedésekből származó, és nem a keringési rendszer okozta halálozások foglalják el.

²⁹ A mutatót százezer lakosra számítva a WHO által ajánlott módon az európai népesség korösszetételére standardizálva állítják elő.

Ez az állítás főképpen a nők elvesztett életéveire jellemző, míg a férfiaknál közel egyforma arányban szerepel a két halálozás.

Egy másik lényeges különbséget is megfigyeltek a külső vagy erőszakos halálokok jelentős súlyát illetően. A férfiaknál az elvesztett életévek egyötödéért, a nőknél pedig egytizedéért ez a halálok a felelős (14. ábra)

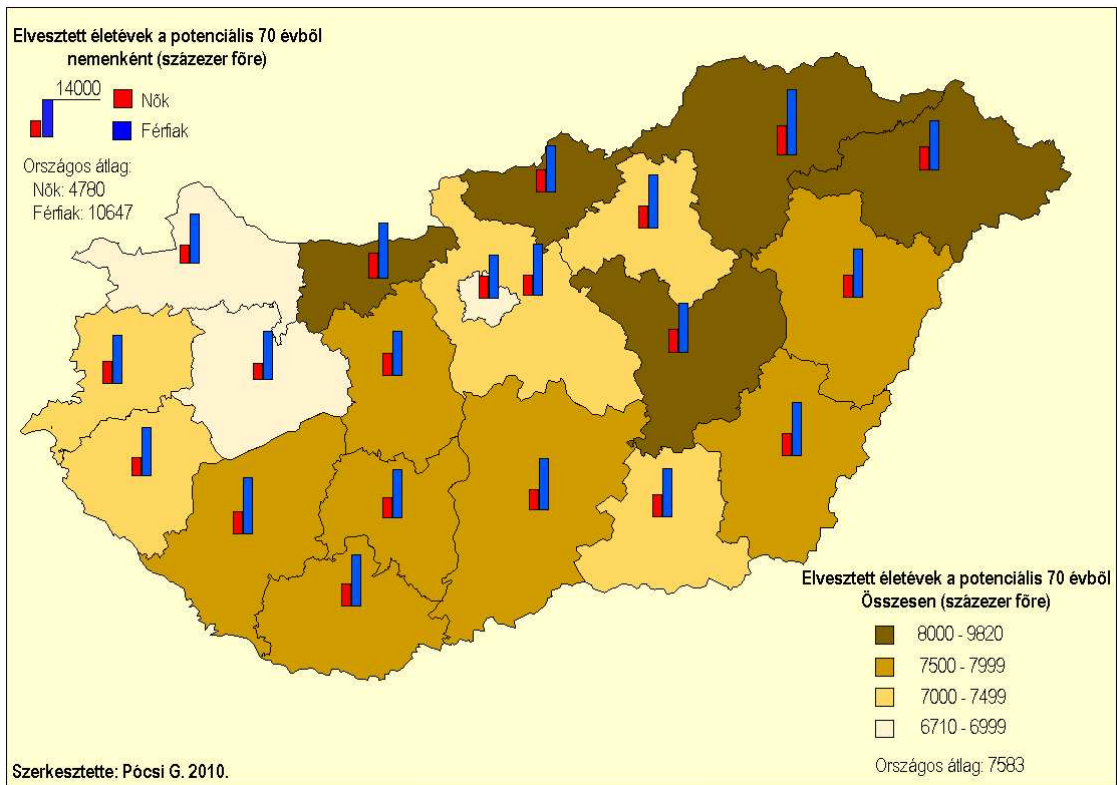


14. ábra. A potenciális 70 évből elvesztett életévek halálokok szerint (standardizált), 2007
 Forrás: Demográfiai, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Kiemelkedően magas az elvesztett életévek száma Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (9 812), melyet Szabolcs-Szatmár-Bereg (8 517), majd hasonló értékű mutatókkal Komárom-Esztergom (8 122), Jász-Nagykun-Szolnok (8 119) és Nógrád megye (8 114) követnek.

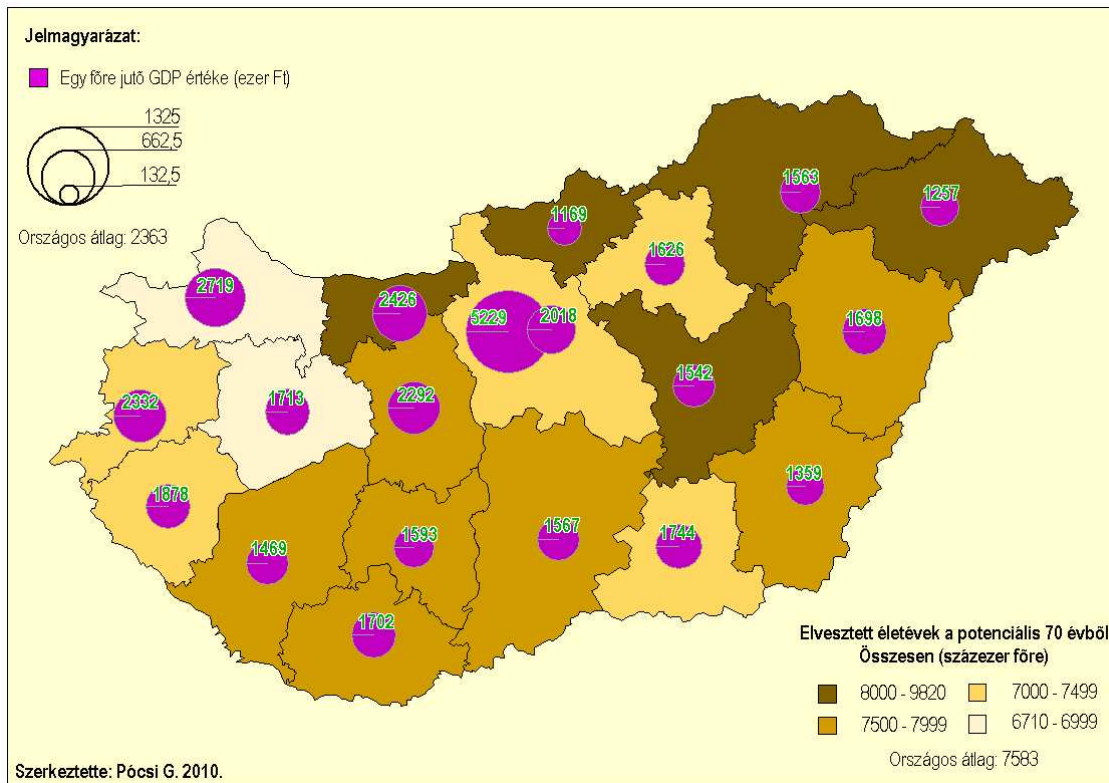
2007-ben a legkevesebb elvesztett életév Győr-Moson-Sopron (6 710), Budapest (6 770) és Veszprém megyében (6 938) volt.

Területi egységenként vizsgálva, a férfiaknál Budapesten a legkisebb (9 171), míg Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (13 823) a legnagyobb ez a veszteség. A különbség másfélszeres. A nőknél is Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb (6 131), Veszprém megyében a legalacsonyabb (3 852) a mutató értéke (15. ábra).



15. ábra. A százezer főre jutó elvesztett életévek a potenciális 70 évből nemek és terület szerint, (standardizált), 2007

Forrás: stADAT-táblák, KSH (terv. KAJTOR E.)



16. ábra. A GDP és az elvesztett életévek összehasonlítása terület szerint, 2007

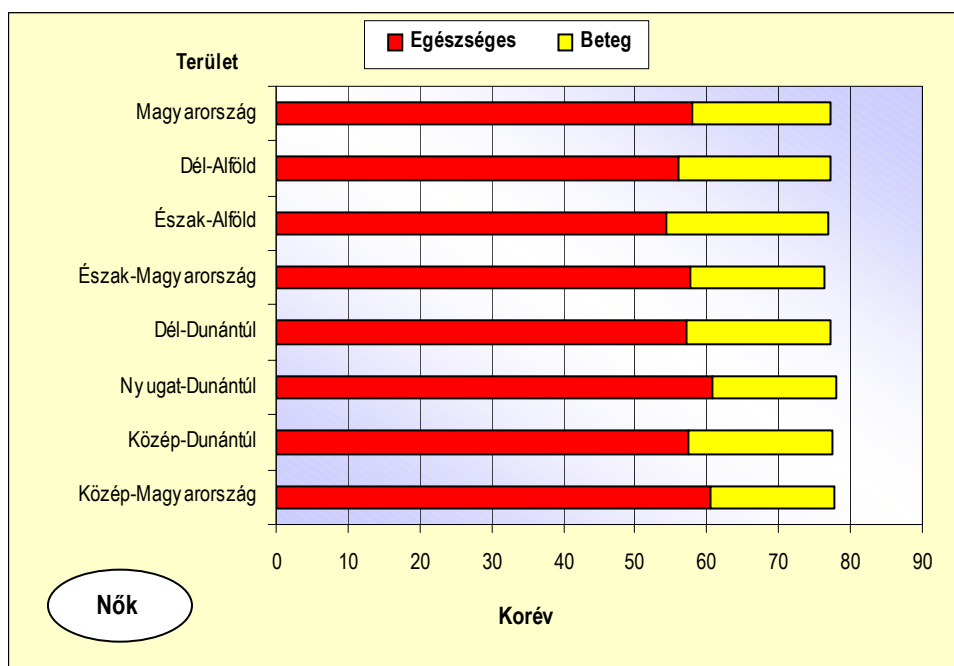
Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

Az egészségügyi közgazdaságtannal foglalkozók számára közismert, alapvető összefüggésnek számít a gazdasági fejlettség és a lakosság egészségi állapota közötti kapcsolat (KORNAI J. 1998), (GIDAI E. 2007). Ez az összefüggés területenként jól látható, különösen Nógrád megye kedvezőtlen helyzetének vonatkozásában. Komárom-Esztergom megyében viszont ez az ellentétes kapcsolat nem igazolódott (16. ábra).

3.2.3. Egészségben várható élettartam

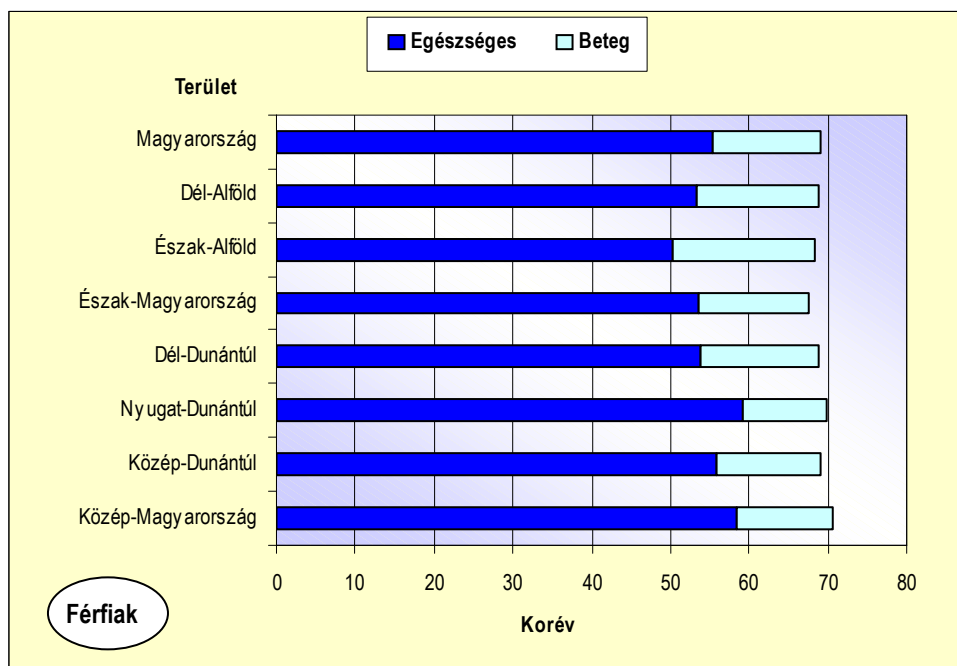
Az egészségesen várható élettartam a betegségtől, korlátozottságtól mentes várható éveket jelenti. 2003-tól az Európai Unió strukturális indikátorai közé tartozik, és az egészségnek, mint a gazdasági produktivitás faktorának monitorozására használják.

2007-ben a magyar férfiaknál születéskor 55,3; 65 évesen 5,3, a nőknél születéskor 58,0; 65 évesen 5,9 év volt a mutató értéke. A régiók közül Nyugat-Dunántúlon remélhetnek legtöbb egészséges életévet a férfiak. Születéskor (59,1 év) és 65 évesen (6,6 év). A legkevesebbet az Észak-Alföld férfi lakosai (születéskor 50,3; 65 évesen 3,5 élettartamot). A nők helyzete is az Észak-Alföldön a legrosszabb (születéskor 54,2 év; 65 évesen 4,4 év), míg a legkedvezőbb születéskor 60,7 élettartammal Nyugat-Dunántúlon, 65 évesen (7,2 év) pedig Közép-Magyarországon (17-18. ábra).



17. ábra. A nők születéskor várható egészséges életéveinek száma terület szerint, 2007

Forrás: A társadalmi haladás mutatószámrendszere, KSH, 2009 <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/thm/tahlak.html>



18. ábra. A férfiak születéskor várható egészséges életéveinek száma terület szerint, 2007

Forrás: A társadalmi haladás mutatószámrendszere, KSH, 2009 <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/thm/ablak.html>

Észak-Magyarország lakosságának életminősége mindkét nem és mindkét kategória vonatkozásában rosszabb az országos átlagnál (férfiak: 53,6; 4,8, nők: 57,6; 5,1).

Magyarországon a nők hosszabb élettartamához hosszabb várható betegidőszak társul (FARAGÓ M. 2007). Ellenpéldája az állításnak Nógrád megye, ahol a nők rövid élettartama mellett rövid betegidőszak várható („rövid élet – rövid betegség”)³⁰.

Az Európai Unió kiemelt stratégiai céljainak egyike az egészségben eltöltött életévek számának növelése, és az egészséggel összefüggő életminőség javítása. Becslések szerint 2025-re az Európai Unió lakosságának negyedét a 65 éven felüliek adják. Ezért különös jelentőségű, hogy ez az érték a várható élettartamot megközelítse, hogy az életkoruk miatt ápolásra, gondozásra szoruló aránya a népességben belül olyan szinten alakuljon, amely mellett az ellátórendszerek finanszírozhatósága is biztosítható.

Az Európai Unió tizenkilenc tagországáról rendelkezésre álló adatok alapján az egészségben várható élettartam alakulását tekintve megállapítható, hogy születéskor és 65 éves korban Málta és Dánia népessége számíthat a legjobb életminőségű évekre mindkét nem vonatkozásában. Az Egyesült Királyság, Hollandia és Svédország lakosai is több mint tíz egészségesen leélt életévben bízhatnak még 65 éves korban is, mindkét nem tekintetében.

³⁰ A 35 éves korban várható teljes és egészségesen, illetve betegségben várható élettartamok, terület szerint (FARAGÓ M. 2007).

Magyarország viszont mind születéskor, mind 65 éves életkorban a kevesebb egészséges éveket remélhető országok sorában foglal helyet. Kiemelt figyelmet érdemel a magyar férfiak egészségben várható élettartama 65 éves korban (5,3 év), mely Szlovákiát megelőzve az utolsó előtti helyen áll.

Érdeemes megemlíteni – korábban szintén a szocialista rendszerhez tartozó – Lengyelország népességének életkilátásait, amely a nők vonatkozásában különösen kedvezően alakul (9. táblázat).

9. táblázat. Egészségben várható élettartam nemek szerint az Európai Unió néhány tagországában, 2005

| Ország | Egészségben várható élettartam (évek) | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------|-------------|----------------|
| | születéskor | 65 éves korban | születéskor | 65 éves korban |
| | férfi | | nő | |
| Ausztria | 57,8 | 6,7 | 59,6 | 6,6 |
| Ciprus | 59,5 | 6,7 | 57,9 | 4,8 |
| Csehország | 57,9 | 6,5 | 59,9 | 6,9 |
| Dánia | 68,4 | 13,1 | 68,2 | 14,1 |
| Egyesült Királyság | 63,2 | 10,3 | 65,0 | 11,1 |
| Finnország | 51,7 | 6,2 | 52,4 | 6,5 |
| Franciaország | 62,0 | 8,2 | 64,3 | 9,4 |
| Görögország | 65,7 | 9,5 | 67,2 | 9,9 |
| Hollandia | 65,0 | 10,4 | 63,1 | 10,9 |
| Írország | 62,9 | 9,1 | 64,1 | 9,9 |
| Lengyelország | 61,0 | 8,3 | 66,6 | 10,1 |
| Málta | 68,5 | 10,5 | 70,1 | 11,1 |
| Magyarország | 55,3 | 5,3 | 58,0 | 5,9 |
| Németország | 55,0 | 6,5 | 55,1 | 5,9 |
| Olaszország | 65,8 | 9,4 | 67,0 | 9,7 |
| Portugália | 58,4 | 6,2 | 56,7 | 5,1 |
| Spanyolország | 63,2 | 9,6 | 59,9 | 9,1 |
| Svédország | 64,2 | 10,5 | 63,1 | 10,9 |
| Szlovákia | 54,9 | 4,8 | 56,4 | 5,3 |

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction> (Magyarország: 2007. évi adat)

A születéskor egészségesen várható élettartam Magyarországon alacsonyabb az Európai Unió átlagánál. Biztató azonban az, hogy az egészségben eltöltendő évek növekvő tendenciát mutatnak. 2006-ban az egészségben várható élettartam a férfiaknál 54,7; a nőknél 57,5 életév volt. 2007-ben már a férfiaknál 55,3; a nőknél 58 életév. Az előző évhez képest közel 3 évvel nőtt a korlátozottság mentesen várható évek száma.

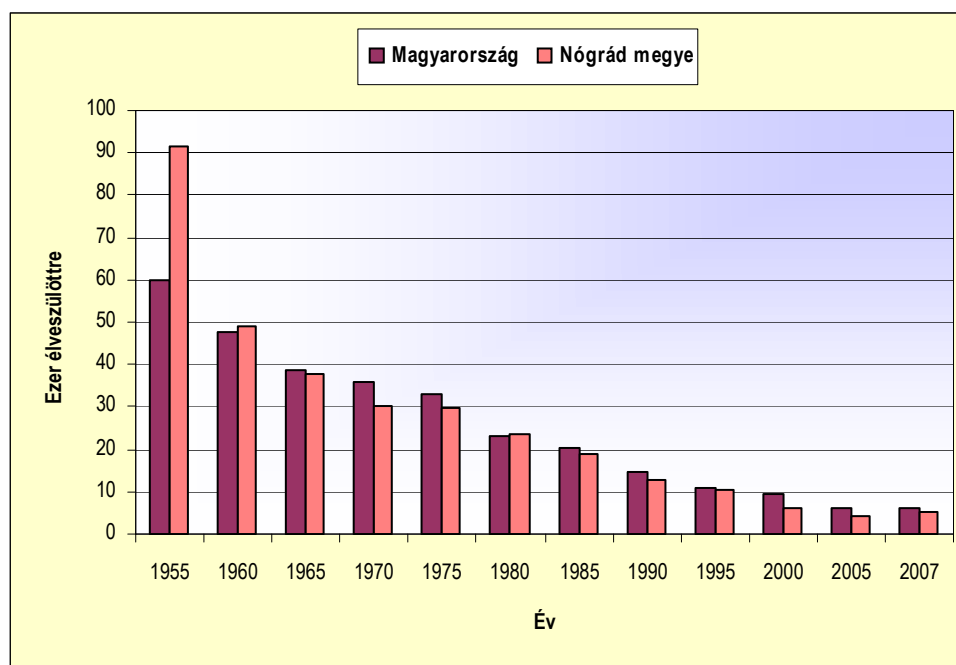
3.3. Nógrád megye népességének egészségi állapota a halálozások alapján

A lakosság egészségi állapotának megítélésére a legmegbízhatóbb mutatók a halandósághoz kapcsolódnak. A nógrádi lakosság egészségi állapotának jellemzésére nyers és standardizált halálozási rátákat alkalmaztam. Nyers halálozási arány képezte a vizsgálatom alapját a többéves, megyei időbeli folyamatok országos összehasonlításához, valamint – adathiány miatt – a kistérségek egészségi helyzetének bemutatásához. A területi – megyék – és a nemek közötti különbségek igazolásához standardizált halandósági hányadost használtam. A halálozási ráták mellett elemeztem a népesség egészségi állapotának fontos indikátorát, a halálokok alakulását is.

3.3.1. Csecsemőhalálozás

A csecsemőhalálozás az élveszületést követően az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozást jelenti. A halandósági elemzések speciális területét és kitüntetett szerepét az indokolja, hogy jellemző indikátora egy ország életszínvonalának, egészségkultúrájának, szociális- és egészségpolitikájának, az egészségügyi ellátásnak.

A magas csecsemő mortalitás a 20. században erősen csökkenő tendenciát mutatott (19. ábra).



19. ábra. Az ezer élveszületésre jutó csecsemőhalálozás alakulása Magyarországon és Nógrád megyében, 1955-2007

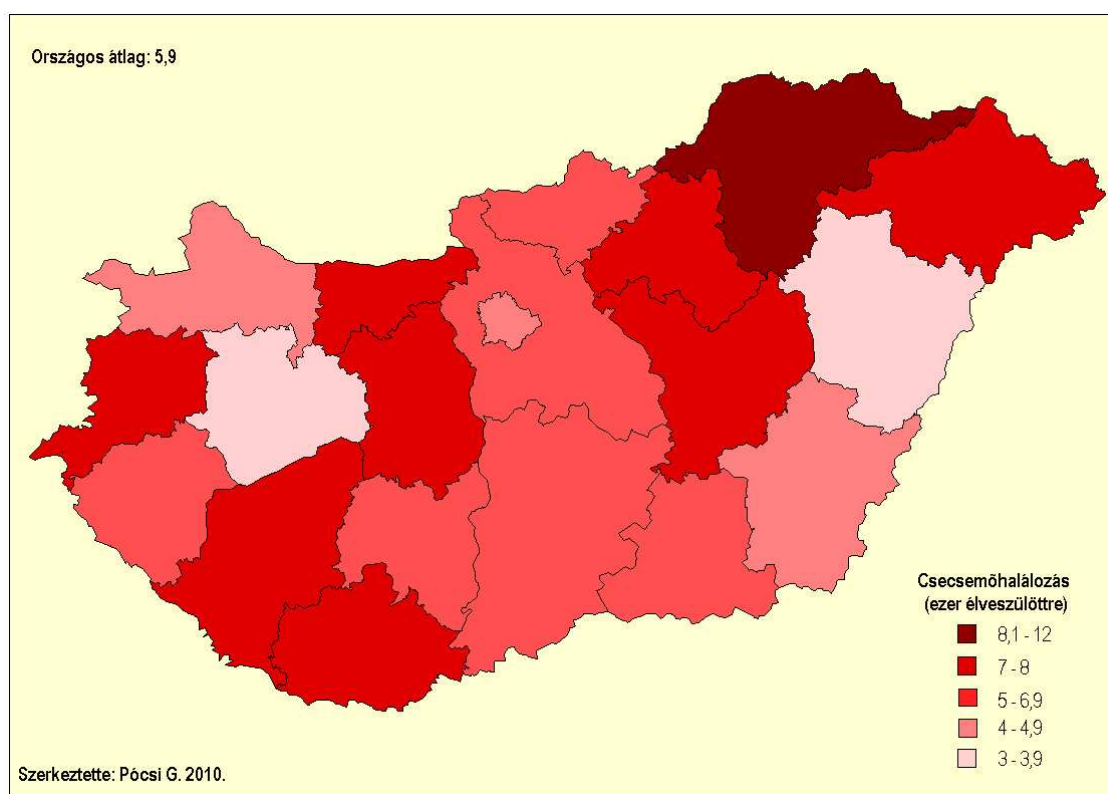
Forrás: Demográfiai évkönyv, 2007; Nógrád megye statisztikai évkönyve, 1970-2007 (szerk. KAJTOR E.)

(1950-ben: 85,7 ezrelék; 1960-ban: 47,6 ezrelék; 1970-ben: 35,9 ezrelék; 1980-ban: 23,2 ezrelék; 1990-ben: 14,8 ezrelék; 2000-ben: 9,2 ezrelék; 2007-ben: 5,9 ezrelék).

A WHO 1995-ben tűzte ki célul azt, hogy 2000-re a közép-kelet-európai országokban is tíz ezrelék alá kell csökkenteni a csecsemőhalálozás arányát. Magyarország már 1997-ben (9,9 ezrelék) átlépte e bűvös határt, amely sikertörténetnek tekinthető. A kedvező trend ellenére Magyarország csecsemőhalálozási adata még jelenleg is az uniós átlag alatti. 2006-ban hazánk a csecsemőhalandóságával a 27 uniós tagország között a 7. legrosszabb mutatóval rendelkezett (Európai Unió-27 átlaga 2006-ban 4,7 ezrelék).

Az ezer élveszületésre jutó csecsemőhalálozás idősoros alakulásából látható, hogy hosszú idő óta csökkenő irányt mutat, bár ez a csökkenő trend 2007-ben megállt. Országosan az eddigi legalacsonyabb 2006. évi 5,7 ezrelékről 5,9 ezrelékre emelkedett. Nógrádban az előző évhez viszonyítva további csökkenés történt (6,6-ról 5,4 ezrelékre).

A csecsemőhalálozás területileg nagy szóródást mutat. Az országban az eltérések a régiókon belül és a megyék között igen markánsan jelentkeznek (20. ábra).



20. ábra. Csecsemőhalálozás terület szerint (ezer élveszülöttre), 2007

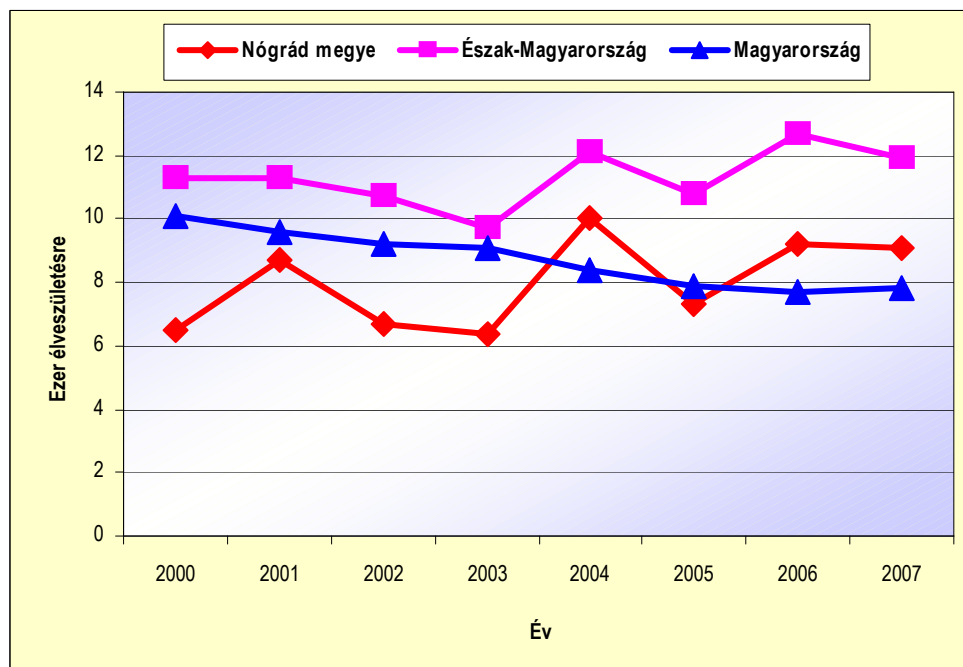
Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A legrosszabb Észak-Magyarország (9,5 ezrelék), a legjobb Közép-Magyarország (4,9 ezrelék) csecsemőhalálozási arányszáma.

Borsod-Abaúj-Zemplén megyében minden ezer gyermek közül közel tizenkettő meghalt, mielőtt betöltötte volna az első életévét. Ezzel szemben Veszprém 3,1, és Hajdú-Bihar 3,8 ezrelékes csecsemőhalálozási értéke uniós összehasonlításban is kedvezőnek számít (EU-27 átlaga: 4,8 ezer élveszülöttre). A 2007-es adatok alapján Nógrád megye az országosnál előnyösebb szint alá került. Az ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalottak száma a régió belül csak Nógrád megyében csökkent. Ennek ellenére a másik két megye kedvezőtlenebb mutatói hatására országosan a régió továbbra is a legrosszabb helyen áll.

A csecsemőhalálozás meghatározó kockázati tényezői között kiemelendő a terhességi kor, az újszülött biológiai érettsége és a születési súlya.

A *születéskörüli (perinatalis) kor* a legkritikusabb a magzat, illetve az újszülött életben maradása szempontjából. A születéskörüli halálozás a terhességi (halvaszületés) és az újszülöttkori (korai neonatalis: 0-6 napos) időszak halálozásának vizsgálatát kapcsolja össze, és értékes információt ad a korai életszakaszban történő veszteségekről. Ennek alakulását a várandósgondozás, a szülésvezetés és az újszülöttkori ellátás minősége egyaránt befolyásolja. Az elemzett éveket figyelembe véve a régió belül 2000-2007 között Nógrád megye értékei kedvezően alakultak (21. ábra).



21. ábra. A perinatalis (születéskörüli) halálozások aránya ezer élveszülöttre, 2000-2007
 Forrás: ESKI-IMEA (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megye perinatalis halandósága 2000-2003 között az országos átlagtól jelentősen alacsonyabb értéket mutatott (2000-ben: országos 10,1 ezrelék; Nógrád 6,5

ezrelék), amelyet 2004-ben azonban nagyon rossz fordulat követett (országos 8,4 ezrelék; Nógrád 10,0 ezrelék). A 2005. évi javulást (Nógrád 7,3 ezrelék; országos 7,9 ezrelék) ismét visszaesés váltotta, amely 2007-ben minimálisan mérséklődött.

Hazánkban a születéskörüli magzati halálozásban az elmúlt három évtizedben látványos csökkenés következett be mind országosan, mind pedig Nógrád megyében. A kedvező trend a múlt század hatalmas technikai és műszaki fejlődésének köszönhető, amely alól az orvostudomány és ezen belül a szülészeti-nőgyógyászat sem volt kivétel. Ugyanakkor olyan vizsgáló módszerek birtokába került a szakma, amelyek segítségével a méhen belüli magzati veszélyállapotok időben felismerhetők. Így lehetővé vált a magzatok világrahozatala, megelőzve ezzel az esetleges irreverzibilis károsodások kialakulását, nem egy esetben művi koraszülésre kényszerülve. Jelentős előrelépést jelentett a Perinatális Intenzív Centrumok (PIC) létrehozása, ahol a legkorszerűbb terápiás módszerek alkalmazásával megnőtt a koraszülöttek életben maradásának lehetősége. A perinatális mortalitás 70-90%-át a koraszülöttek teszik ki, ezért alapvető célkitűzés volt a koraszülés mérséklése. A koraszülési arányszám csökkenése maga után vonja a korai perinatális mortalitás látványos javulását (1949-ben: 48,8; 1960-ban: 35,0; 1970-ben: 34,1; 1980-ban: 22,9; 1990-ben: 14,2; 2000-ben: 10,0; 2007-ben: 7,8 ezer élveszületésre).

A méhen belüli elhalás tekintetében viszont országos szinten nem történt lényeges változás. Ezért kiemelt fontosságú minden olyan vizsgálómódszer alkalmazása, amittől az eredmények javulása következhet be. Nógrád megyében a magzati veszélyállapotok időbeni kiszűrése érdekében *Dr. Kis Csitári István* – a Szent Lázár Megyei Kórház szülészeti-nőgyógyászat osztályvezető főorvosa – PhD értekezésében „*A reproduktív endokrinológia nőgyógyászati, szülészeti és neonatológiai aspektusai*” PhD program keretében a „*Méhen belüli és a szülés alatti magzati halálozás csökkentésének lehetőségei*”-t vizsgálta. A disszertáció a kapott eredmények alapján ajánlásokat tesz a szülészeti gyakorlat számára (KIS Cs. I. 2007).

3.3.2. A halálozások területi különbségei, kor és nem szerinti jellemzői

Nógrád megyében 2007-ben 3 122 lakos halálozott el, a nemeket tekintve hasonló arányban (férfi 52,4%; nő 47,6%). A halálesetek közel 30%-a – évek óta – 65 év alatt következik be. A 65 év alatti összes halálozás 0,8%-a 15 év alatt a csecsemő- és ifjúkorban, míg 29%-a 15-64 éves korcsoportban történt. Ezért a 15-65 év közötti korcsoport a legfontosabb az idő előtti halálozások szempontjából.

A magyar lakosság kor szerinti halálozását vizsgálva megállapították, hogy a korai halálozás alakulását döntően a 25-44 és a 45-64 éves korosztály halálozása befolyásolja (ÁDÁNY R. – V. HAJDÚ P. – K. FÜLÖP I. 2003).

A 65 év alatti korai halálozások nagy része elkerülhető vagy megelőzhető. Elkerülhető halálozás a gyógyító orvoslás által befolyásolható eset, míg a megelőzhető halálozás az egyén életmódjával kapcsolatos.

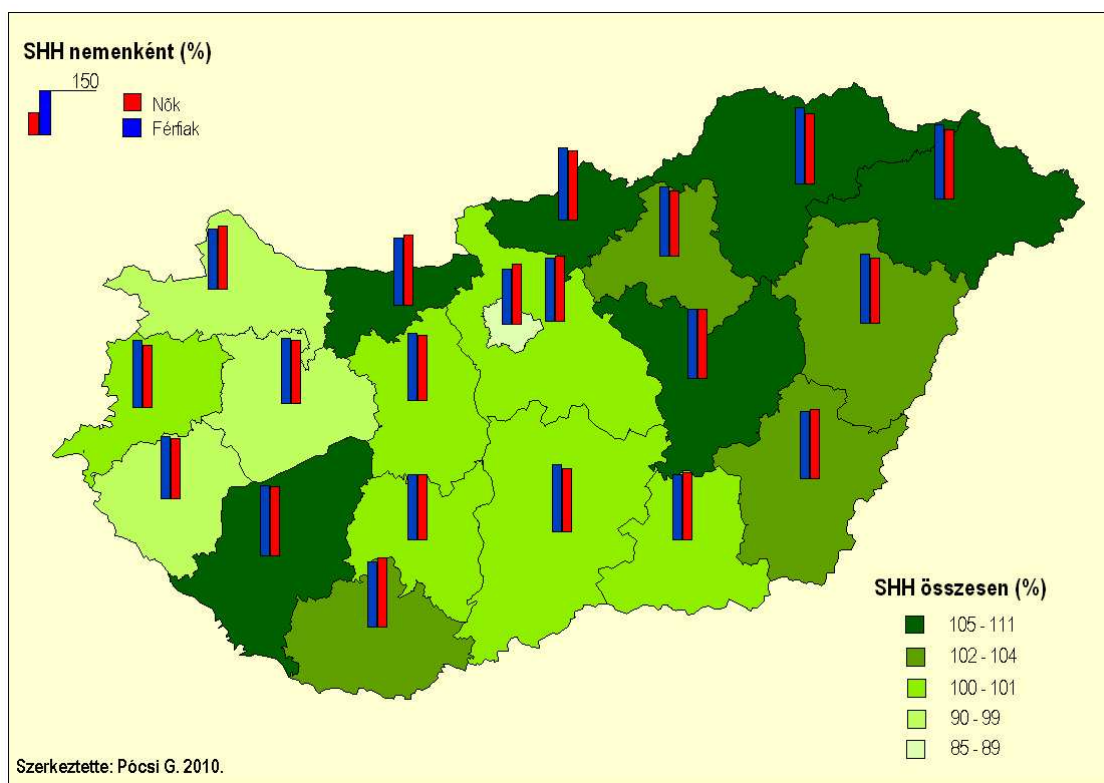
Nógrádban 2007-ben a férfiak körében – az országotól – jelentősen magasabb volt a korai halálozás mind a csecsemő és ifjúkorban (férfi 1%, nő 0,5%), mind a 15-64 éves korcsoportban (férfi 38,5%, nő 18,6%). A kor szerinti halálozás elemzése alapján a megyében a férfiak 45-49 éves korcsoportjának halandósága kiemelt figyelmet érdemel, az országos átlagot 1,6 százalékponttal meghaladja (országos 4,4%; Nógrád 6%). A nőknél az 55-59 korcsoport halandóságánál látható halálozási többlet (országos 4,7%; Nógrád 5,2%).

A 65 éven felüliek halálozásában is kedvezőtlen jelenségek figyelhetők meg a megyében. Az országos átlaghoz viszonyítva a 65-79-es korcsoportban magasabb a halálozási arányszám, mint a 80 éves és az e feletti lakosság körében. Kiugróan magas Nógrádban a 70-74-es korcsoportú férfiak halálozása (országos 12,4%; Nógrád 15,1%).

A korszpecifikus halálozási vizsgálatok igazolják, hogy a halálozások száma az életkorral együtt növekszik, az idősebb életkorokban a legmagasabb. Ez az egyenes arány a nőknél mind országosan, mind Nógrádban kimutatható. A férfiaknál a 80 éves és az e feletti korcsoportokban a halálozás csökkenő.

A halandóság hazai térszerkezetét vizsgáló tanulmányokból ismert, hogy a Nyugat-dunántúli és a Dél-kelet alföldi alacsonyabb halandóságnak, valamint a Duna-Tisza közí, baranyai, somogyi és szabolcsi magas halandóságnak évszázados múltja van. Az ország középső területén és a nehézipari körzeteiben viszont az elmúlt évtizedek pusztító hatása érezteti következményeit (DARÓCZI E. 1998).

Magyarországon a halandóság területenként eltérő 2007-ben is. A standardizált halálozási hányados (SHH) Közép-Magyarországon (91,1%) és Nyugat-Dunántúlon (96,4%) a legalacsonyabb, míg az Észak-magyarországi régióban a legmagasabb (108,1%). Az SHH Budapest (86,6%) után a legkedvezőbb Zala (93,7%), Győr-Moson-Sopron (95,5%) és Veszprém (99,2%) megyékben. A legkedvezőtlenebb Borsod-Abaúj-Zemplén (111,3), Szabolcs Szatmár-Bereg (109,2) és Nógrád megyében (108,0), (22. ábra).



22. ábra. SHH Standardizált halálzási hányados (%), terület szerint, 2007

Forrás: ESKI-IMEA, (terv. KAJTOR E.)

A nógrádi nők halálzási hányadosa kedvezőbb a férfiakénál, de ez a különbség csak annyit jelent, hogy a férfiak standardizált halálzási hányadosa a harmadik, a nőké a negyedik legmagasabb a megyék összehasonlításában.

Az országos értékek azt mutatják, hogy a községekben lakók halandósága jóval meghaladja a városokban lakókét. 2007-ben a nyers halálzási arányszám a községekben 14,0%, a városokban 12,5%, ezer lakosra. Nógrád megyében ez az arányszám az országos átlagtól és a szakirodalom megállapításaitól is eltérő (községekben 13,6; a városokban 16,3 ezer lakosra). A megye négy városának számított értéke alacsonyabb a megye és a községek átlagánál (Bátönyterenye 11,8; Pásztó 10,7; Rétság 9,6; Szécsény 12,6 ezer lakosra). A megye két legnagyobb városának halálzási arányszáma magasabb a községekénél, a megyeszékhelyé pedig a megyei átlagnál is (Balassagyarmat 14,0; Salgótarján 21,3 ezer lakosra). Salgótarján halálzási aránya – az ország városai között is – 2007-ben kirívóan magas, Veszprém halandósági mutatójának (9,7) több mint kétszerese. A kockázati tényezők háttérben meghúzódik a megyeszékhely nehézipari múltja, a völgyvárosi fekvése és a cigány lakosság magas száma (4.1. 4.2. 4.3. fejezet).

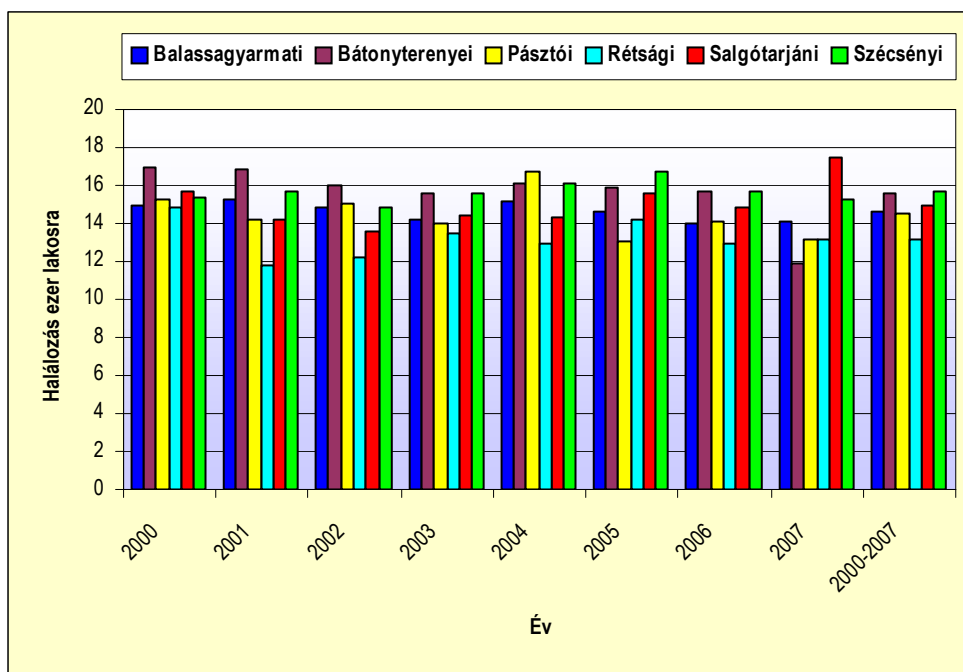
A községeken belül sem homogén az eloszlás. Általában ahogy a település mérete csökken, úgy válnak a mutatók egyre kedvezőtlenebbé. Ennek előidézője az ellátórendszer hiánya és a korszerkezet. A 10 000 – 49 999 népességnagyság-kategóriába tartozó három település – Balassagyarmat, Bátonyterenye, Salgótarján – halálozási arányára Salgótarján rendkívül kedvezőtlen halálozása jelentős hatást gyakorol, mely a település méret és a halálozási mutatók közötti összefüggést is megváltoztatja (10. táblázat).

10. táblázat. Halálozás ezer lakosra Nógrád megyében a települések népességnagyság-kategóriája szerint, 2007

| Népességnagyság-kategória, településcsoport | Halálozás ezer lakosra |
|---|------------------------|
| – 199 | 26,0 |
| 200 – 499 | 17,5 |
| 500 – 999 | 13,6 |
| 1 000 – 1 999 | 13,2 |
| 2 000 – 4 999 | 12,5 |
| 5 000 – 9 999 | 11,4 |
| 10 000 – 49 999 | 17,7 |
| Nógrád megye | 14,8 |
| <i>Ebből: községek</i> | 13,6 |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Kistérségi szinten is igen jelentős szóródás mutatható ki a megyén belül. A megyeszékhely ijesztő halálozása a salgótarjáni kistérség arányszámában is megjelenik.



23. ábra. Halálozás ezer lakosra Nógrád megyében kistérségenként, 2000-2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyvei, 2000-2007 (szerk. KAJTOR E.)

Kimagasló a vizsgált időszakban a két legfejletlenebb kistérség (4.8. fejezet) – a bátonyterenyei és a szécsényi – nyers halálozási mutatója (23. ábra).

A halandósági szinttel nagymértékben összefügg a cigány lakosság száma és aránya a kistérségekben (4.3. fejezet). Ezt a megállapítást Klinger vizsgálata is igazolja. „Azokban a vidéki kistérségekben, ahol a halandóság a legmagasabb vagy nagyon magas, a cigány nemzetiségűek aránya a vidéki átlag kétszerese.” (KLINGER A. 2003. p. 36.)

A kistérségek magas halandóságára befolyást gyakorol az a tény, hogy a megyében kevés a város (4.4. fejezet). A nagyvárosi vonzáskörzet kedvezőbb halandóságot ígér. A kistérségek különböző társadalmi-gazdasági jelenségei eltérő hatást váltanak ki, amelyek a halandósági különbségek kialakulásához vezetnek³¹ (KLINGER A. 2003).

3.3.3. Halálloki struktúra

A halállokok vizsgálatából fontos információk nyerhetők a lakosság egészségi állapotáról és az abban bekövetkező változásokról. Halálok: mindazon betegség, kóros állapot vagy sérülés, amely vagy eredményezte, vagy hozzájárult a halálozáshoz, valamint olyan baleset vagy erőszak körülménye, amely halálos sérülést okozott. A halálozások okok szerinti összetétele lassan változik, egyes halálloki főcsoportok súlya időszakonként módosul (11. táblázat).

11. táblázat. A halálozások aránya halálloki csoportok szerint, 1949–2007

| Év | Fertőző és élősdiek okozta betegségek | Daganatok | A keringési rendszer betegségei | A légzőrendszer betegségei | Az emésztőrendszer betegségei | A morbiditás és mortalitás külső okai | Egyéb halállokok | Összesen |
|------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------|----------|
| | százalék | | | | | | | |
| 1949 | 11,2 | 11,6 | 26,7 | 10,7 | 5,6 | 5,2 | 29,1 | 100 |
| 1960 | 4,4 | 17,1 | 44,6 | 10,2 | 3,5 | 5,9 | 14,2 | 100 |
| 1970 | 2,3 | 18,8 | 53,5 | 4,9 | 3,8 | 7,9 | 8,8 | 100 |
| 1980 | 1,0 | 19,2 | 52,9 | 6,9 | 4,8 | 8,5 | 6,6 | 100 |
| 1990 | 0,7 | 21,4 | 52,3 | 4,6 | 6,2 | 9,1 | 5,7 | 100 |
| 2000 | 0,5 | 24,8 | 50,8 | 3,8 | 7,4 | 7,0 | 5,6 | 100 |
| 2007 | 0,4 | 24,6 | 50,1 | 5,1 | 6,6 | 5,6 | 7,6 | 100 |

Forrás: stADAT-táblák, KSH (szerk. KAJTOR E.)

³¹ A standard halandósági hányados nagysága és az adott jelenséget jellemző mutató kistérségi alakulása közötti korrelációs együttható számítás (Pearson módszer) eredményeit részletesebben a 2.2.4. fejezet tartalmazza.

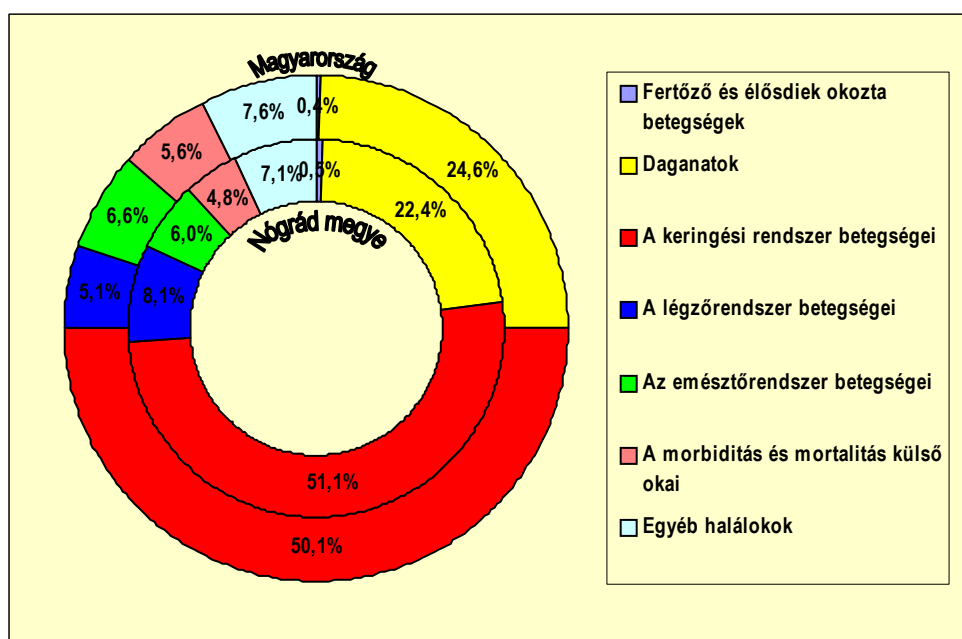
A napjainkban is vezető halálokok a hatvanas évektől szedik arányaikban magasan áldozataikat. A keringési rendszer betegségei miatti halálozások aránya a halálozásokban a vezető szerepét tartósan megtartja. A daganatos halálozási arányok több mint duplájára növekedtek. Az emésztőrendszer betegségei miatti halálozások aránya hullámzó, az alkoholos májbetegségekkel összefüggően. A fertőző és elősdiék okozta betegségek miatti halálozások vonatkozásában kedvező változás történt. Amíg 1949-ben az arányuk 11,2% volt, 2007-ben már csak 0,4%.

Nógrád megyében valamennyi haláloki főcsoportban – a morbiditás és mortalitás külső okai kivételével – magasabb a halálozás, mint országosan (12. táblázat), (24. ábra).

12. táblázat. A meghaltak aránya haláloki csoport szerint Magyarországon és Nógrád megyében, 2007

| Haláloki csoport | Meghaltak aránya százezer lakosra | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | Magyarország | Nógrád megye |
| Fertőző és elősdiék okozta betegségek | 4,8 | 7,6 |
| Daganatok | 325,7 | 330,8 |
| A keringési rendszer betegségei | 661,8 | 753,3 |
| A légzőrendszer betegségei | 67,3 | 119,1 |
| Az emésztőrendszer betegségei | 87,7 | 89,3 |
| A morbiditás és mortalitás külső okai | 74,0 | 70,9 |
| Egyéb halálokok | 100,8 | 104,4 |
| Összesen | 1 322,0 | 1 475,4 |

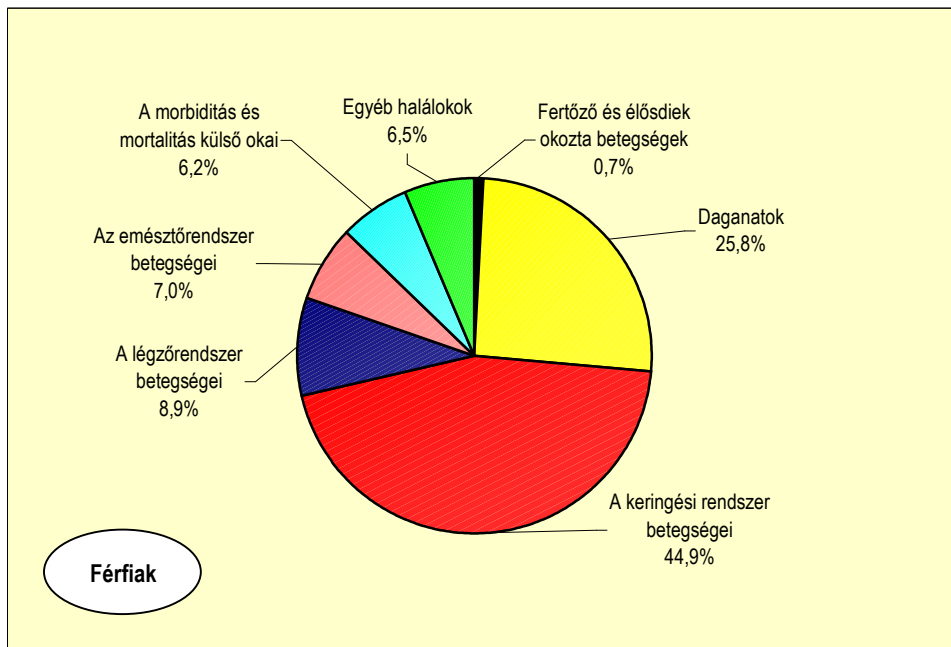
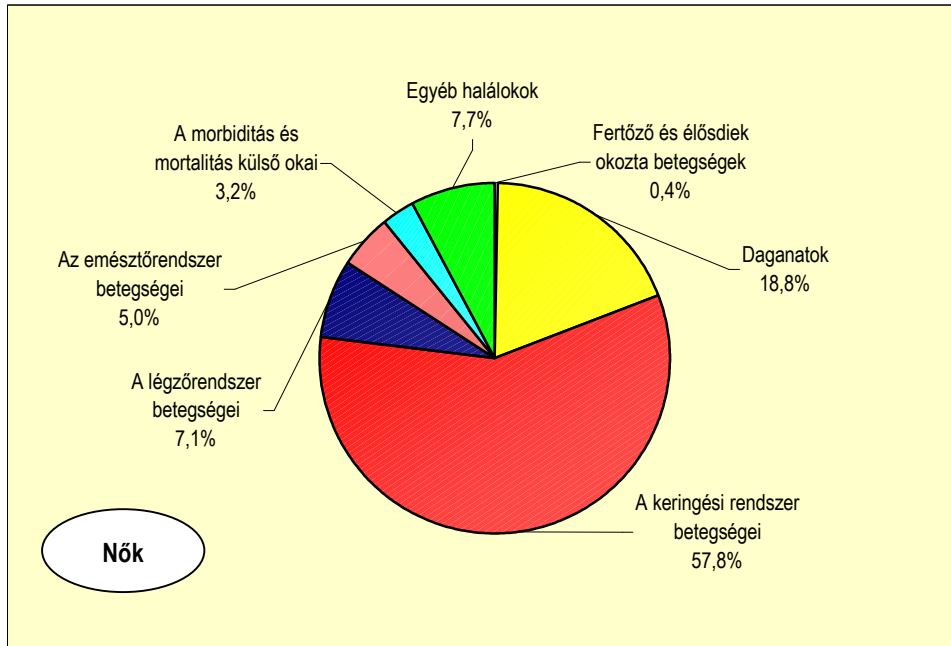
Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)



24. ábra. A halálokok megoszlása Magyarországon és Nógrád megyében, 2007

Forrás: Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A haláloki struktúrát tekintve Nógrádban a halálokokat mindkét nemnél a keringési rendszer betegségei okozta halálozás vezeti – az országra jellemzően – melyet a daganatok, majd a légzőrendszer betegségei miatt bekövetkező halálozások követnek. A nőknél az egyéb halálokok, míg a férfiaknál az emésztőrendszer betegségei állnak a negyedik helyen (25-26. ábra).



25-26. ábra. A haláloki struktúra alakulása Nógrád megye 0-X éves női és férfi lakossága körében, 2007
 Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A két nem okspecifikus halálozásában szembevetendő, hogy 2007-ben a nőknél a keringési betegségek részaránya a halálokok között 12,9%-al volt magasabb, míg a férfiaknál a daganatoké volt 7%-al több. A többi halálok részesedése – az egyéb halálokon kívül – a férfiakat sújtja elsősorban, még a fertőző betegségek következtében elhaltak száma is, bár részesedése az összes halálozásból igen csekély.

A legtöbb halálozás a megyében a *keringési rendszer betegségei* miatt következik be, jelezve a betegségcsoport népegészségügyi jelentőségét. 2007-ben 1 594 keringési okú halálozás történt (férfiak 734; nők 860 fő). A férfiak halálozásának 44,9%-át, a nők halálozásának 57,8%-át a keringési eredetű betegségek okozták. Mindkét nemnél az ischaemiás szívbetegségek – akut szívizominfarctus és egyéb ischaemiás kórformák – a legnagyobb arányúak, majd az agyérbetegségek okozta halandóság a második leggyakoribb halálozási ok.

A haláloki gyakorisági lista második helyén a teljes korosztályra nézve a *daganatok* állnak, melynek jelentős része 65 éves kor előtt következett be, daganattípusonként különböző mértékben. 2007-ben a daganatos megbetegedések Nógrádban 700 fő halálát okozták (421 férfi; 279 nő). A megyében élők daganatos halálozásában a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganata okozta halálozás a leggyakoribb. 2007-ben összesen 165 ilyen eredetű halálozás történt (115 férfi; 50 nő). A gyakoriság további sorrendjében a vastagbél (37 férfi; 22 nő), a végbél (27 férfi; 23 nő), a gyomor (26 férfi; 15 nő), az ajak, a szájüreg és a garat (27 férfi; 3 nő), a prosztata (28) és az emlő (27) rosszindulatú daganata áll. A halálozás visszaszorítása érdekében a szűrővizsgálatoknak nagyon fontos szerepe van.

A *légzőrendszer betegségei* miatti halandóság a férfiak körében magas, az országra jellemző mértéket meghaladó. A nőknél ez kevesebb, mint a férfiaké. Annak mértéke ugyancsak meghaladja majdnem minden évben az országos értéket, csak azt alacsonyabb szinten. 2007-ben a megyében 252 haláleset történt (146 férfi, 106 nő) 30%-os korai halálozással. A férfiaknál 2002-től emelkedés figyelhető meg a halálozásban. A nők esetében ez már 2001-től tapasztalható a megyében. A légzőrendszeri betegségek okozta halálozásokat az idült hörghurut, a tüdőtágulat és az asthma magas előfordulása jelentősen meghatározza.

Az *emésztőrendszer betegségei* okozta halálozás 2007-ben Nógrádban 115 férfit és 74 nőt érintett. Az emésztőrendszeri betegségek miatti halálozást elsősorban a krónikus májbetegség, májzsugor okozza, az alkoholos eredetű májbetegség aránya több mint 50%.

A '90-es évek elején tapasztalt kiugró halálozás az utóbbi években csökkent mind a férfiaknál, mind pedig a nőknél.

A morbiditás és mortalitás külső okai halálokok között a megye mutatói kedvezőbb értékűek. 2007-ben közlekedési balesetben 19 férfi és 2 nő halt meg. Öngyilkosságot 31 férfi és 7 nő követett el.

A halálokok területi különbségeinek vizsgálata elvezethet az adott régió, a megye, a kistérség lakossága egészségi állapotának és a bekövetkezett halálozások okainak megismeréséhez. Egyes halálokok kisebb, míg mások nagyobb szóródást mutatnak a területi különbségekben. Tanulmányomban a halálozások okának összehasonlításához a területi szintek közül – a kutatásom szempontjából legfontosabbat – a megyéket választottam.

A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás a felelős az összes halálozás több mint feléért, ezért az ország valamennyi térségében gyakran fordul elő. Ebben a halálloki főcsoportban Nógrád mindkét nem vonatkozásában meghaladja az országos standardizált halandósági hányadost (országos: férfi-nő 100%; nógrádi férfiak 111,8%, nők 109,6%). A férfiak harmadik legrosszabb hányadosa azonos az összhalálozásban is elfoglalt – Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg utáni – legrosszabb harmadik helyével.

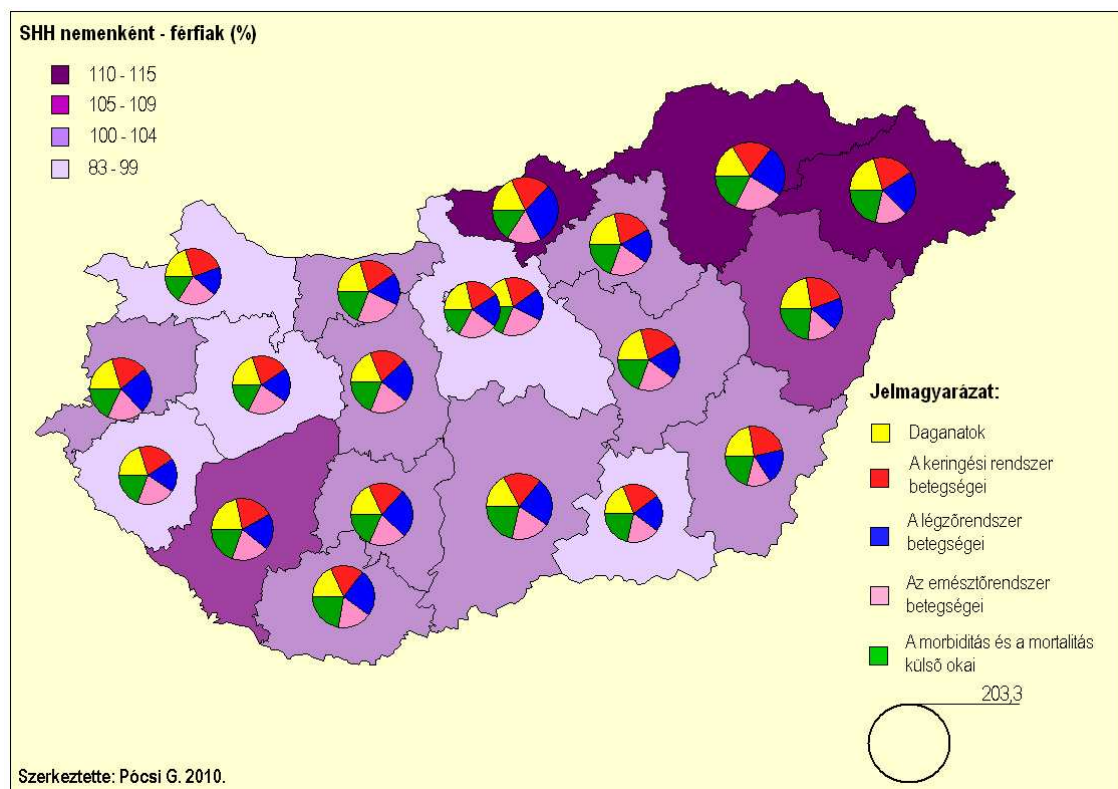
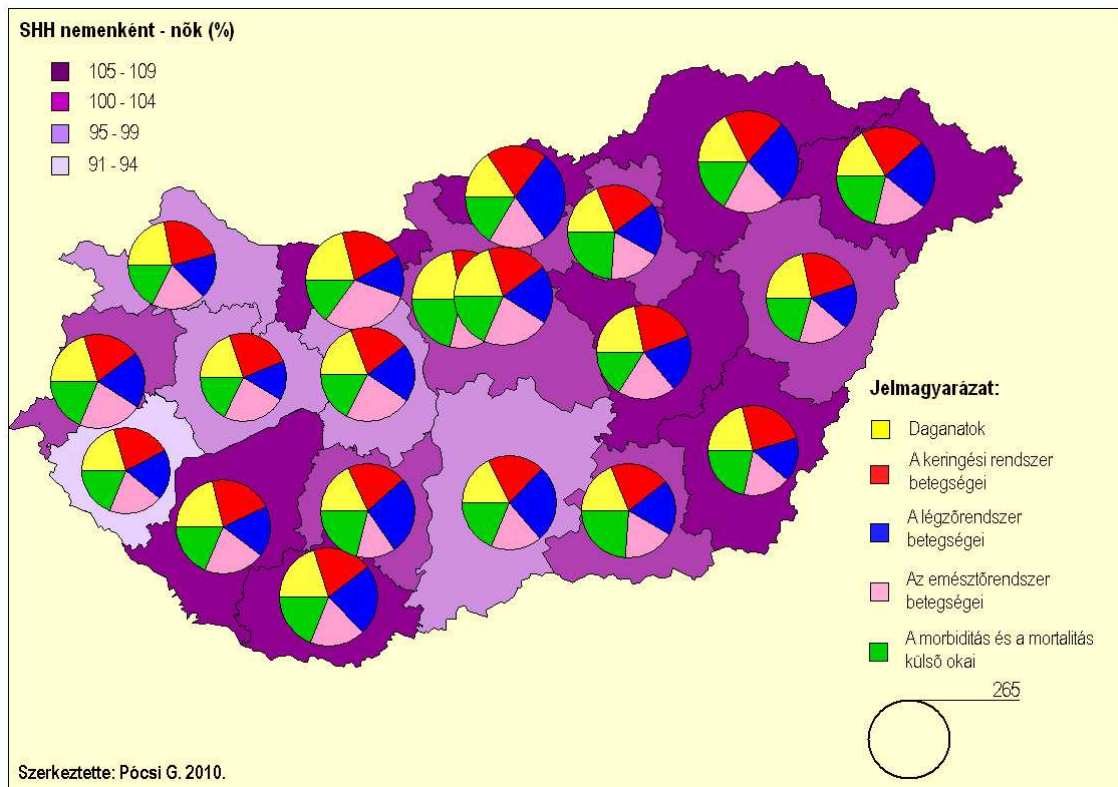
A daganatos halálozások aránya is magasabb a férfiaknál (104,5%), míg a nők esetében ez kedvezőbb (87,6%) Nógrádban.

A légzőrendszer betegségei viszonylag kis súllyal szerepelnek a halálokok között, azonban a vizsgált halálloki főcsoportok körében ennek a legnagyobb a területenkénti szóródása. Kiemelést érdemel, mert mindkét nem esetében jóval gyakoribb a halálokok Nógrád megyében (SHH férfiak 176,1; nők 164,9). Győr-Moson-Sopronhoz viszonyítva Nógrádban kirívóan több a légzőrendszer betegségei miatt meghaltak aránya (Győr-Moson-Sopron (SHH férfiak 68,5; nők 70).

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozásban 2007-ben a nők halálozási aránya figyelemreméltóan magasabb (102,7%) Nógrádban, elsősorban az alkoholos eredetű májbetegség részesedése következtében. A férfiak standardizált halandósági hányadosa 94,5%.

A morbiditás és a mortalitás külső okai az egyetlen fontosabb halálokok, amiben a megye halálozási arányszámai kedvezőbbek az országos átlagnál (férfiak 94,5%; nők 92,6%).

A meghaltak arányát halálloki csoport és terület szerint a 27-28-as ábra mutatja.

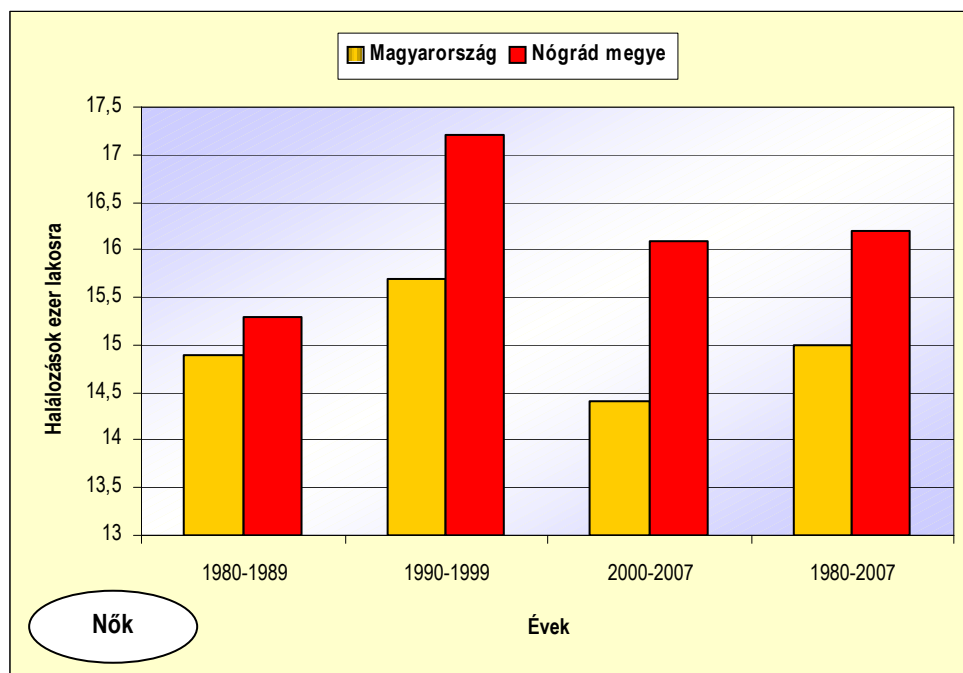


27-28. ábra. A meghaltak aránya százezer lakosra nők, férfiak, halálkori csoport és terület szerint (standardizált), 2007

Forrás: ESKI-IMEA, stADAT-táblák, KSH (terv. KAJTOR E.)

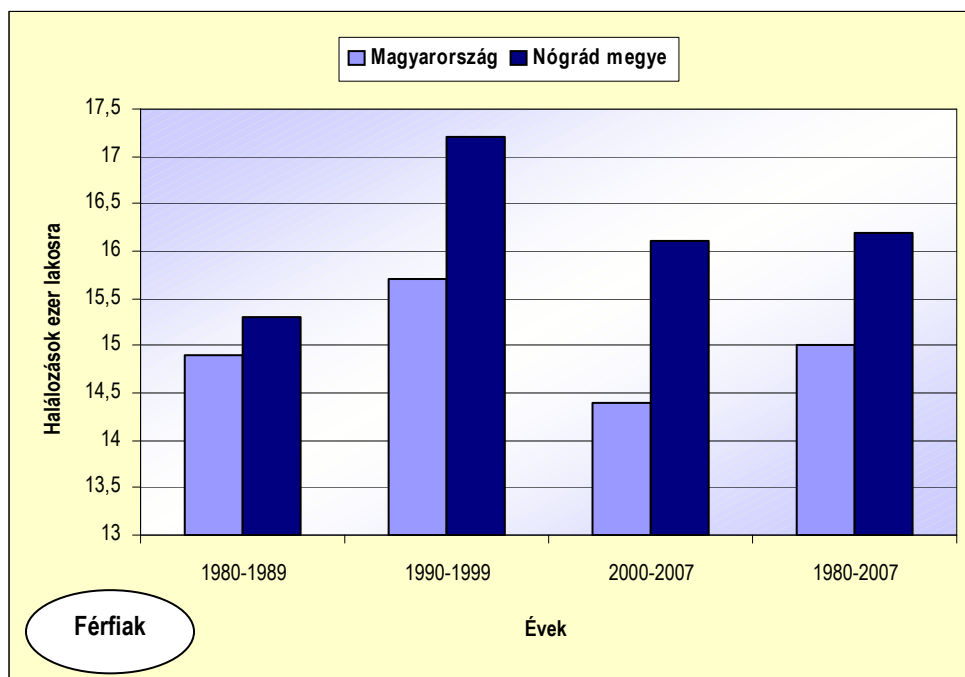
3.3.4. A halálozások időbeni változása

A halálozások trendjének megfigyeléséhez az 1970-2007 időszak statisztikai adatait tekintettem át. Megállapítható, hogy a '70-es években Nógrád megyében a halálozás kedvezőbb volt az országos átlagnál. A bekövetkezett növekedések illetve csökkenések mértékét a megyék térstruktúrájában is tanulmányoztam. A vizsgált időszakban jelentős átrendeződések figyelhetők meg a megyék sorában. 1974 és 1984 között: a „nyugati végen” és Budapesten javult, a „keleti végen” romlott a halandóság. (DARÓCZI E. 1998. p. 60.) Nógrád megyében a '80-as évek második felében tapasztalható romlás 1989-ben az országos érték jelentős meghaladásához vezetett. A halálozások száma ezer lakosra ebben az évben országosan 13,9; Nógrádban 14,7. A további lassúbb, kedvezőtlen változások 1993-ban kimagaslóan rossz halálozási adatokat mutatnak (országos 14,5; Nógrád 16,3 halálozások ezer lakosra). A '90-es években a megye halálozási helyzete még Somogy (15,3) és Békés (15,2) megyékhez volt hasonlóan rossz. Az ezredforduló óta azonban tartósan Nógrád megyében a legrosszabbak a halálozás nyers idősoros arányszámai (13. táblázat). A halálozások trendjének a '80-as években kezdődő kedvezőtlen jelensége – eltérő ingadozásokkal – mindkét nemet érintette. A halandóság nemenkénti időbeli változását négy időszakra vonatkozóan – 1980-1989; 1990-1999; 2000-2007; 1980-2007 – vizsgáltam (29-30. ábra).



29. ábra. A nők halálozásának száma ezer lakosra Magyarországon és Nógrád megyében, 1980-2007

Forrás: A demográfiai folyamatok regionális különbségei, 1980-2007, KSH



30. ábra. A férfiak halálzásának száma ezer lakosra Magyarországon és Nógrád megyében, 1980-2007

Forrás: A demográfiai folyamatok regionális különbségei, 1980-2007, KSH

A nógrádi férfiak halálzásának ezer lakosra jutó számát (15,3) az 1980-1989 időtartamban még meghaladta Somogy (16,7), Bács-Kiskun (16,7), Heves (16), Békés (15,9), Csongrád (15,6) és Zala (15,4), Jász-Nagykun-Szolnok férfi lakosságának értéke pedig azonos volt (15,3). 1990-1999 időtartamban már a nógrádi férfiak halálzás mutatója a megyék sorában kirívóan a legrosszabb (17,2), (országosan 15,7). Tartósan ez az utolsó hely jellemezte a 2000-2007-es időszakot is (16,1), (országos 14,4 ezer lakosra).

A nógrádi nők halálzásának ezer lakosra jutó száma 1980-1989 között a nógrádi férfiakénál és a női országos átlagnál (12,5) is kedvezőbb volt (12,0), a megyék sorában a nyolcadik helyet foglalva el. 1990-1999 között a halálzás Nógrádban a nőknél is kedvezőtlen trendet vett fel (13,3) a nők országos átlagát (12,8) meghaladva. A 2000-2007-es időszakban a nógrádi nők halálzása (13,5), a budapesti (13,6), és a Békés megyei (13,5) nők halálzásához hasonlóan a legrosszabb lett. Ekkor a nők halálzásának országos átlaga ezer lakosra 12,2 volt.

Az 1980-2007-es időtartamban Nógrád férfi lakosságának az országos átlaghoz viszonyított halandósági dinamikája jelentősen meghaladta a nőkéét, a férfiaknál 1,2, míg a nőknél 0,4 a haladósági többlet (Férfi: országos 15,0; Nógrád 16,2, Nő: országos 12,5; Nógrád 12,9, a halálzások ezer lakosra jutó száma). Az ezredforduló után 2004-ben (15,1) és 2005-ben (15,0) volt a legmagasabb a megye nyers halálzás mutatója. A 2006. évi csökkenést (14,0) azonban 2007-ben emelkedés követte (13. táblázat).

13. táblázat. A halálozások időbeni változása Magyarországon és Nógrád megyében, 1970-2008

| Év | Magyarország | Nógrád megye | Eltérés az országos átlagtól |
|-------------|------------------------|--------------|------------------------------|
| | Halálozás ezer lakosra | | |
| 1970 | 11.6 | 10.9 | -0.7 |
| 1971 | 11.9 | 11.4 | -0.5 |
| 1972 | 11.4 | 11,0 | -0.4 |
| 1973 | 11.8 | 11,0 | -0.8 |
| 1974 | 12.0 | 11.7 | -0.3 |
| 1975 | 12.4 | 11.7 | -0.7 |
| 1976 | 12.5 | 11.7 | -0.8 |
| 1977 | 12.4 | 11.7 | -0.7 |
| 1978 | 13.1 | 13.1 | 0,0 |
| 1979 | 12,8 | 12,9 | -0.1 |
| 1980 | 13.6 | 12.9 | -0.7 |
| 1981 | 13.5 | 12.9 | -0.6 |
| 1982 | 13.5 | 13.3 | -0.2 |
| 1983 | 13.9 | 13.3 | -0.6 |
| 1984 | 13.8 | 12.8 | -1,0 |
| 1985 | 14,0 | 13.9 | -0.1 |
| 1986 | 14,0 | 13.9 | -0.1 |
| 1987 | 13.6 | 13.7 | 0.1 |
| 1988 | 13.4 | 13.5 | 0.1 |
| 1989 | 13.9 | 14.7 | 0.8 |
| 1990 | 14,0 | 14.6 | 0.6 |
| 1991 | 14,0 | 14.3 | 0.3 |
| 1992 | 14.3 | 15.3 | 1,0 |
| 1993 | 14.5 | 16.3 | 1.8 |
| 1994 | 14.2 | 15.6 | 1.4 |
| 1995 | 14.1 | 15.4 | 1.3 |
| 1996 | 13.9 | 15.2 | 1.3 |
| 1997 | 13.5 | 15,0 | 1.5 |
| 1998 | 13.7 | 14.9 | 1.2 |
| 1999 | 14,0 | 15.7 | 1.7 |
| 2000 | 13.3 | 15.5 | 2.2 |
| 2001 | 13,0 | 14.6 | 1.6 |
| 2002 | 13.1 | 14.3 | 1.2 |
| 2003 | 13.4 | 14.4 | 1,0 |
| 2004 | 13.1 | 15.1 | 2,0 |
| 2005 | 13.5 | 15,0 | 1.5 |
| 2006 | 13.1 | 14.5 | 1.4 |
| 2007 | 13.2 | 14.8 | 1.6 |
| 2008 | 13,0 | 14.4 | 1.4 |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyvek, KSH, 1970-2009

Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

3.4. Nógrád megye népességének egészségi állapota a megbetegedési adatok alapján

A halálozási adatok a lakosság egészségi állapotának leírásában fontos szerepet játszanak, mivel a halálozás az egészségromlás végső következménye. A vezető halálokok nagyarányú haláleseteinek bekövetkezése arra utal, hogy a károsító hatások erőteljesen jelen vannak a lakosság körében, és azok tovább veszélyeztetik a már betegeket, a most még tünetmenteseket és az egészségeseket is. Mindezek miatt szükséges a morbiditási adatok elemzése és a prevenció fontosságának hangsúlyozása.

Nógrád megyében a terhes nők száma évről évre csökken: 2000-ben 3 245; 2004-ben 3 060; 2005-ben 3 013; 2006-ban 2 950; 2007-ben 2 793 fő volt a nyilvántartott várandós anya. Az ezer megfelelő korú nőre jutó terhességmegszakítás országosan a második legnagyobb értéket mutatta (2007-ben: országos 18,2; Nógrád 22,9). A csecsemők száma – az előzőek következményeképpen – szintén kevesebb. A fokozott gondozást igénylő várandós anyák aránya azonban tartósan 50% körüli, bár csökkenő tendencia figyelhető meg (2000-ben 49%; 2004-ben 49%; 2005-ben 45%; 2006-ban 44%; 2007-ben 44%). A veszélyeztetett terhesek magas száma összefügg a cigány lakosság hátrányos helyzetével. Az emberi élet kezdetét ezek az adatok jellemzik Nógrádban.

A morbiditási adatok a Központi Statisztikai Hivatal Egészségügyi statisztikai évkönyvéből, Nógrád megye statisztikai évkönyvéből, az ESKI-IMEA Internetes Adattárából, a Nemzeti Rákregiszterből, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete³² tájékoztatójából származnak.

3.4.1. A házi orvosokhoz, a házi gyermekorvosokhoz bejelentkezettek gyakoribb betegségei – WHO-HBSC tanulmánnyal megerősítve

Az iskoláskorúak szűrési tapasztalatai alapján emelkednek az egészségkárosodásra utaló jelek. A legkomolyabb problémát az elhízás és a mozgásszervi elváltozások jelentik. Ez a jelenség összefügg a helytelen táplálkozással (mennyiségben és minőségben egyaránt), valamint a mozgáshiányos életmóddal.

³² Tájékoztató a Nógrád megyei Önkormányzat számára, Nógrád megye lakosságának egészségi állapotáról. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-Magyarországi Regionális Intézete, Eger (BODNÁR J. 2007; 2008).

A 0-18 éves fiúgyermek körében 2007-ben ezer főre 46 asthmás megbetegedés jutott, majd ezt követték a szem különböző betegségei, a deformáló hátgerinc-eltérések, a vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek. A 0-18 éves lányok esetében első helyen szintén az asthma található, de 65%-kal kevesebben szenvednek miatta, mint a fiúk (30 megbetegedés jut ezer 18 év alatti lány korcsoportjára). A deformáló hátgerinc-eltérések a második helyen állnak. Gyermekünk egyre egészségtelenebbül élnek, és mind gyakrabban szenvednek jóléti betegségekben. A prevenciós koncepciókat ezért célszerűen kellene az életkörülményekre alkalmazni. Mindezt megerősíti az alábbi felmérés:

A HBSC (*Health Behaviour in Schoolage Children*)³³ szoros együttműködésben a WHO-val, minden négy évben vizsgálja a fiatalok egészségmagatartását. A szomszédos Ausztriában az Egészségügyi Minisztérium megbízásából kérdőív útján 4 500 tanulót figyeltek meg. A tanulmány megállapítja, hogy egyre kevesebb tanuló értékeli egészségi állapotát „kitűnőnek”. Egyidejűleg emelkedik azoknak a fiúknak az aránya a 15 éves korcsoportból, akik dohányoznak és alkoholt fogyasztanak. A WHO-HBSC tanulmány szerint is igen egészségtelenül élnek gyermekeink³⁴. A különböző korcsoportokat tekintve, a számok a következő trendeket mutatják: minél idősebbek lesznek a gyermekek, annál rosszabbnak írják le egészségi állapotukat és életminőségüket. Növekszik a pszichés és fizikai panaszok gyakorisága, különösen a lányoknál. A gyermekek egyre kövérebbek lesznek: a 14 éves fiúk közel 21%-a, az azonos korú lányok 18%-a a vizsgálatok szerint elhízott vagy túlsúlyos. A kutatók szerint megfigyelhető, hogy minél jómódúbb a család, annál kevésbé gyakori a túlsúly. Az interdiszciplináris kutatás még bizonytalan, hogy a túlsúly miért terjed egyre gyorsabban és erősebben a gyermekeknél és a fiataloknál. Ezért még nem világos, hogy milyenek lehetnek a hatékony prevenciós kezdeményezések.

A társadalomkutatók egységesek egy trendben. Gyermekünk olyan világban nőnek fel, ami egyre komplexebbé válik. A társadalom fenyegetése kevésbé jön kívülről és belülről, mint katasztrófákon és polgárháborúkon keresztül, hanem a társadalom működési módja maga válik kockázati tényezővé.

³³ WHO tanulmány a fiatalok egészségmagatartásáról – beteggyerekek, súlyos világ, Medical Tribune, 2009, 43, 24, 19.

³⁴ A fiúk 30%-a és a lányok 12,7%-a panaszodik fejfájásról, gyomor/hasfájásról, idegességről és alvászavarokról (hetenként két vagy több tünet); a fiúk és a lányok 17%-a szenved krónikus betegségekben (diabétesz, allergia, arthritis stb.) vagy fogyatékos állapotban; a fiúk 21%-a és a lányok 19%-a dohányzik naponta; a fiúk 32%-a és a lányok 26%-a volt 30 napon belül legalább egyszer berúgva; a fiúk 30%-a iszik hetenként vagy gyakrabban sört és a fiúk és lányok 20%-a iszik alkoholos italokat.

Nógrádban a felnőtt lakosság körében még szomorúbb a helyzetkép. Megdöbbentőek azok az adatok, amelyek a házi orvosokhoz bejelentkezettek betegségeiről tájékoztatnak. A statisztika szerint minden második megyei lakos szenved valamilyen krónikus betegségben. Legnagyobb gondot a magasvérnyomás-betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, a cukorbetegségek, az emésztőrendszeri betegségek és légzőszervi betegségek jelentik, az előfordulásuk gyakorisága szerinti sorrendben. Ugyanakkor egyre nő a rosszindulatú daganatok, az agyérrendszeri és a májbetegségek száma is.

2007-ben a *19 év feletti férfiak* közül *magasvérnyomás-betegségben* szenvedtek a legtöbben (ezer lakosból 245 főt érintett), majd ezt az *ischaemiás szívbetegségek* és a *spondylopathiák* követték. Előfordulásában a *diabetes mellitus* volt még jelentős (ezer férfiból hatvanhét szenved ebben a betegségben). A *nőknél* a sorrend azonos, de az ezer főre jutó esetek száma magasabb, mint a férfiaké. Ez főleg a spondylopathiákra jellemző, ahol a nőknél majdnem kétszeres a morbiditás. *Az ischaemiás szívbetegségek 21%-al, a diabetes mellitus 11%-al, a magasvérnyomás morbiditása közel 40%-al magasabb a nők körében.*

3.4.2. A Nemzeti Rákregiszter adatai és az Európa Tanács ajánlásai a rák korai felismerésére

Az Európai Unió tagországainak – az „*Európa a rák ellen*” elnevezésű programja értelmében – 2000 végéig meg kellett szervezni a Nemzeti Rákregisztert. Magyarországon 1999-ben indult a Nemzeti Rákregiszter az Országos Onkológiai Intézet hatáskörében, melynek segítségével nyomon követhető, hogy milyen daganatok milyen gyakorisággal fordulnak elő az országban. Megfigyelhető a betegségek alakulása és az is, hogy hányan halnak meg a különböző típusú daganatos betegségek következtében. Az adatok alapján kidolgozhatók az elsődleges és másodlagos megelőzési programok, valamint a diagnosztikai és a terápiás eljárások tervezéséhez és értékeléséhez is alapul szolgálnak.

A magyar daganatos betegek túlélési esélye a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján különböző módszerekkel (periódusanálízis, Gompertz-függvény)³⁵ becsülhető. A vizsgálatok tapasztalatai alapján minél hosszabb a diagnózistól eltelt idő, annál inkább

³⁵ Benjamin Gompertz elgondolása szerint az emberi populáció halálozási valószínűsége állandó sebességgel nő („increasing hazard rate”), ezzel szemben a daganatos betegség kiújulásának és ennek következtében a daganatos halálnak a valószínűsége a diagnózistól eltelt idő függvényében csökken („decreasing hazard rate”).

csökken a daganatos halálozás kockázata. Minél tovább él egy daganatos beteg, annál kisebb a valószínűsége annak, hogy a daganata következtében hal meg.

A túlélési arány daganatspecifikusan változó. A legkedvezőbb, 78%-os, ötéves túlélési arányt a férfiak és nők Hodgkin-lymphomája, a férfiak hererákja, valamint a nők pajzsmirigy-carcinomája mutatja. Ezeknél a betegeknél az ötéves túlélési valószínűség gyakorlatilag azonos a teljes gyógyulással (TUSNÁDY G. – GAUDI I. – REJTŐ L. – KÁSLER M. – SZENTIRMAY Z. 2008).

A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján Nógrádban a 2007-ben felfedezett és bejelentett rosszindulatú daganatos megbetegedések sorrendisége az előző évhez hasonlóan alakult a megye férfi és a női lakossága körében. *Férfiak* (675 megbetegedés): *első helyen* a légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata; *második helyen* a vastagbél, végbél rosszindulatú daganata; *harmadik helyen* a bőr melanómája és a bőr egyéb rosszindulatú daganata; *negyedik helyen* a prosztatata rosszindulatú daganata áll. *Nők* (654 megbetegedés): *első helyen* az emlő rosszindulatú daganata; *második helyen* a bőr melanómája és a bőr egyéb rosszindulatú daganata; *harmadik helyen* a légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata; *negyedik helyen* a vastagbél, végbél rosszindulatú daganata áll³⁶.

Az Európai Bizottság nyilvánosságra hozta az *Európai Tanács* ajánlását a rák korai felismeréséről³⁷. Az ajánlás felhívta a tagállamokat, hogy tegyenek közös intézkedéseket a nemzeti programok végrehajtására, a rák korai felismerésére az európai minőségbiztosítási vezérfonalak figyelembevételével. 2006-ban a rák volt a második leggyakoribb halálok az Európai Unió tagállamaiban a szív- és keringési betegségek után. A halálozások száma az öregedő népesség miatt tovább fog emelkedni. 2006-ban a rák okozta halálozások száma az Európai Unióban 23% volt, (a keringési betegségeké 45% és 32% az egyéb halálokoké). Évente kb. 3,2 millió embernél diagnosztizálnak rákot. A legtöbb esetben mell- és méhnyakrákról, kolorektális karcinomáról vagy tüdőrákról van szó. Ezek a számok azt mutatják, hogy az intézkedéseket a rák korai felismerésére sürgősen végre kell hajtani.

Az Európai Tanács ajánlása szerint évente 125 millió korai felismerési vizsgálatot kellene végezni. Ezen kívül az ilyen vizsgálatokat minden megfelelő korú EU polgár számára hozzáférhetővé kell tenni. Európa-szerte még túl kevés ember vesz részt a rák korai felismerésében. Így az éves megelőző vizsgálatok száma csak a fele a javasolt 125 millió minimális számnak. Mindössze 22 tagállam nyújt korai felismerési programokat a

³⁶ Az adatok az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-Magyarországi Regionális Intézete által „Nógrád megye lakosságának egészségi állapotáról” készített tájékoztatóból származnak, mely a Nógrád megyei Önkormányzat számára készült, Eger, pp. 1-29, (BODNÁR J. 2008).

³⁷ Eureport social, 2009: 17. pp. 1-2, 9-10.

mellrákra. Méhnyakrákra 15 tagállam és kolorektális karcinomára csak 12 tagállam kínál megfelelő vizsgálatokat a korai felismerésre. Az eredmények eléréséhez a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy a korai felismerési programok személyzete megfelelően képzett legyen kivétel nélkül minden területen. Ezenkívül a rák korai felismerési programjait rendszeresen kell ellenőrizni, vizsgálni és értékelni.

3.4.3. A megyei táppénzes helyzet, a rokkantak és a fogyatékosok számának alakulása

Az előzőekből következne, hogy a romló egészségi állapot mellett a keresőképtelen esetek és napok számának is nőni kellene. A tendencia ezzel ellentétes. A táppénzesek száma 1990-hez viszonyítva a megyében folyamatosan és jelentősen csökken. A táppénzes napok száma (ezer) 1990-ben: 2 156; 2000-ben: 698; 2006-ban: 666; 2007-ben: 596 nap volt. Ez a trend sajnos nem azt jelenti, hogy a munkaképes korú lakosság egészségi állapota ennyit javult volna, hanem azt, hogy a megyében még mindig nagy a dolgozó lakosság félelme a munkahelyének elvesztésétől.

A lakosság jelentős része az egészségi állapotának megromlása mellett a munkanélküliség kezelése miatt is kezdeményezte az orvosszakértői leszázalékolást. A legtöbben a '90-es években menekültek rokkantsági nyugdíjba, amely akkor egy túlélési stratégia volt. A korhatár alatti rokkantak a nyugdíjazás éve szerint: 1990-1994 között 3 364 fő (férfi 2 069; nő 1 295), 1995-1999 között 3 926 fő (férfi 2 325; nő 1 601).

2007-ben az új rokkantak tízezer munkavállalási korúra jutó gyakorisága meghaladta az országos átlagot (országos 51,5; Nógrád 54,6). A rokkantság okai nagyságrendi sorrendben a következők: a keringési rendszer betegségei (228), a daganatok (179), a mentális és viselkedészavarok (111), a mozgásszervi megbetegedések (41), az idegrendszer betegségei (29) és az emésztőrendszer betegségei (25).

A fogyatékos személyek tízezer lakosra jutó számát vizsgálva is beigazolódik Nógrád megye lakosságának rendkívül rossz egészségi állapota. 2007-ben Nógrádban a fogyatékosok aránya jelentősen meghaladta az országos átlagot, közel másfélszeresen, mindkét nem esetében (országosan 565,8; férfiak 583,2; nők 550,0, Nógrád 787,7; férfiak 793,4; nők 782,5 tízezer lakosra). A fogyatékosok minden típusában – a beszédhibást kivéve – arányában több fogyatékos ember él a megyében. Különösen magas a mozgássérültek, a nagyothallók, a siket és siketnémák, a vakok, az egyik szemére nem látók, valamint a gyengénlátók aránya. A fogyatékosok típusokban a megyék között Nógrád Békés megyével felváltva osztozik a legrosszabb helyeken.

3.5. Nógrád megye egészségügyi ellátórendszerének földrajza

Az egészségügyi törvény alapján az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint az otthonában történő ellátását. Az ellátórendszer a népegészségügyi tevékenység során felmért szükségletek figyelembevételével működik. A bővítése, a színvonalának fejlesztése a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal összehangoltan történik³⁸.

Az egészségügyi ellátórendszer progresszivitás szintjei: az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás.

Egyéb egészségügyi ellátások: az ügyelet, a mentés, a betegszállítás és az ápolás. Az egészségügyi ellátás intézményi hátterét alapjában az orvosellátottság és a kórházi infrastruktúra minősíti.

3.5.1. Az egészségügyi alapellátás Nógrád megyében

Az egészségügyi alapellátás szervezeti tagozódását és az egyes struktúrákhoz rendelt funkciókat az egészségügyi törvény szabályozza³⁹. A törvény az alapfeladatokat a települési önkormányzatok hatáskörébe rendeli. Az egészségügyi alapellátás magában foglalja a házi orvosi, a házi gyermekorvosi, a fogorvosi, az iskola-egészségügyi, és a védőnői szolgálatot, valamint az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátást.

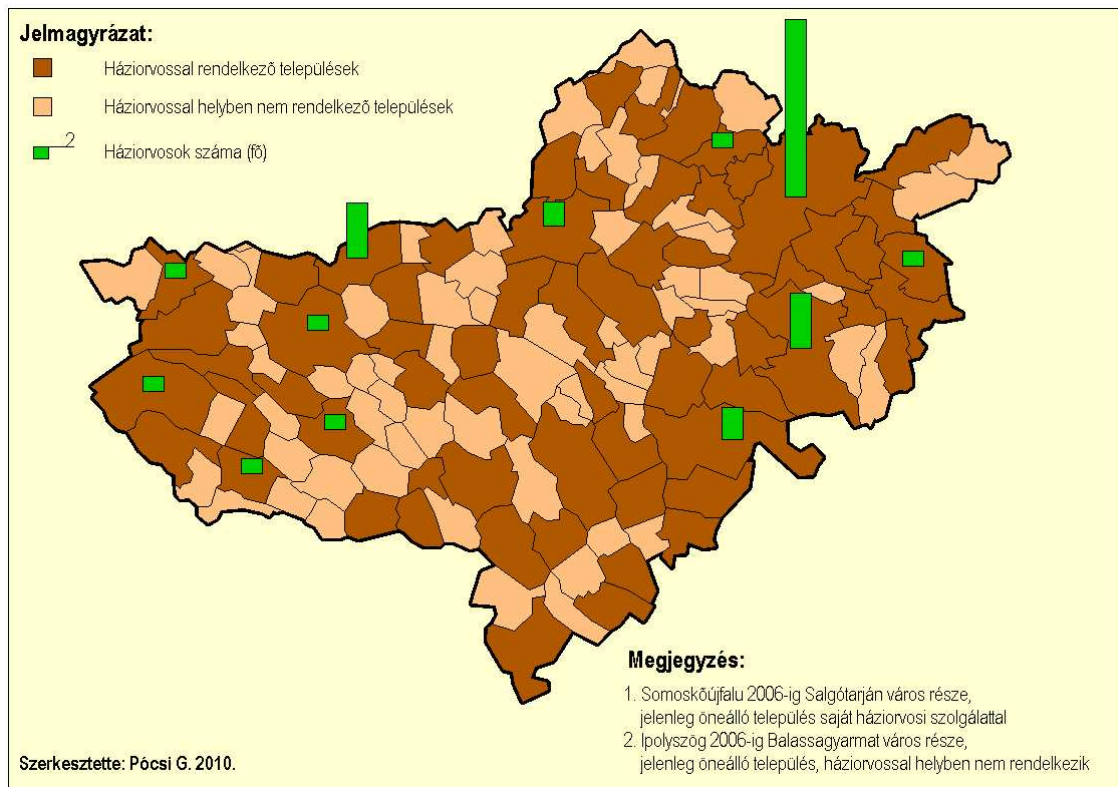
Nógrád megyében 2007-ben *112 felnőtt- vegyes házi orvosi szolgálat és 25 házi gyermekorvosi szolgálat működött*. A megye aprófalvas településszerkezete rányomja bélyegét az alapellátásra is. A megyében dolgozó felnőtt- vegyes házi orvosok 50%-a egy; 34,8%-a kettő; 10,7%-a három; 1,8%-a négy; 0,9%-a öt és 1,8%-a hat települést lát el.

A házi gyermekorvosok 51,9%-a egy; 29,6 %-a kettő; 11,1%-a három; 3,7%-a négy és 3,7%-a hét településen nyújt ellátást.

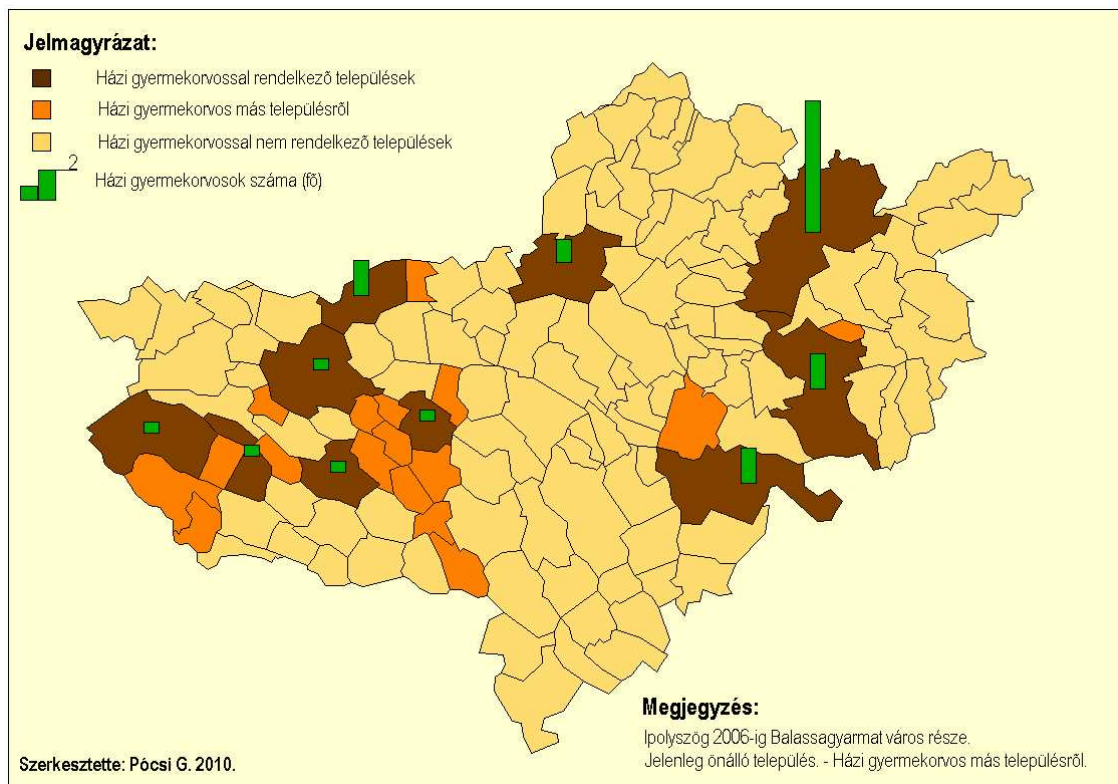
Ami a napi orvosi ellátáshoz való hozzáférhetőséget illeti, a megye lakosságának közel fele igen hátrányos helyzetben van. A 125 község 66 kistépülésén és tizenkét csatolt községben hetente csak egyszer vagy kétszer van helyben rendelés. A hét többi napján vagy a székhely községben, vagy a másik településen érhető csak el az orvos, amely esetlegesen több kilométerre van a beteg lakhelyétől. Mindezt súlyosbítják a közlekedési viszonyok is (31-32. ábra).

³⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 87. § (1).

³⁹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 152. §. (1-2).



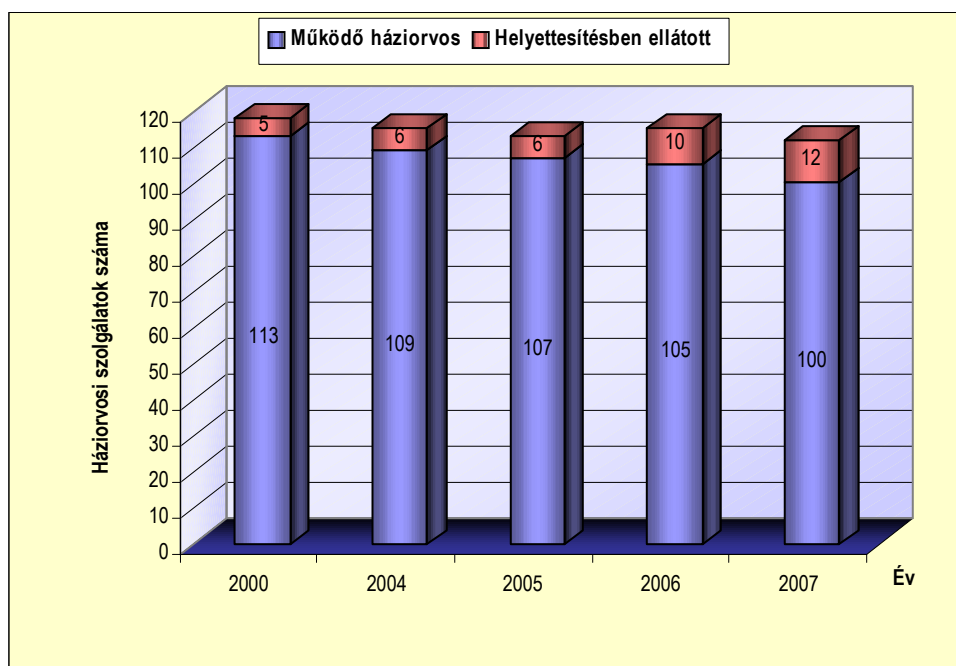
31. ábra. Felnőtt- vegyes háziiorvosi szolgáltatok Nógrád megyében, 2007
 Forrás: Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár (terv. Kajtor E.)



32. ábra. Házi gyermekorvosi szolgáltatok Nógrád megyében, 2007
 Forrás: Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár (terv. Kajtor E.)

A legszegényebb aprófalvak roma lakossága különösen nehéz helyzetben van, hiszen egyidejűleg sújtja őket a szegénység és a gyakrabban jelentkező betegségek, valamint az, hogy lakóhelyükön közvetlenül nem jutnak hozzá az azonnali orvosi ellátáshoz. A megyék közötti különbségek a romák esetében igen jelentősen tükrözik a megyék településszerkezetéből adódó hátrányokat. Budapestet kivéve, az ország teljes roma népességének 18,6%-a él olyan településen, ahol helyben nincs házi orvos. Nógrád megyében az arányuk jelentősen magasabb 26,4% (BABUSIK F. 2004).

2000-ben még 113 működő házi orvos látott el 118 házi orvosi szolgáltatást, amely tendenciájában évről évre rosszabb lett. 2007-ben már csak 100 működő házi orvos volt a 112 házi orvosi szolgáltatásra. A létszámcsökkenés mértéke meghaladta a 11%-ot. Az alapellátás helyzetének fokozatos nehezedése mellett a tartósan betöltetlen házi orvosi körzetek 2007-ben már az összes körzet 10%-át tették ki (33. ábra).



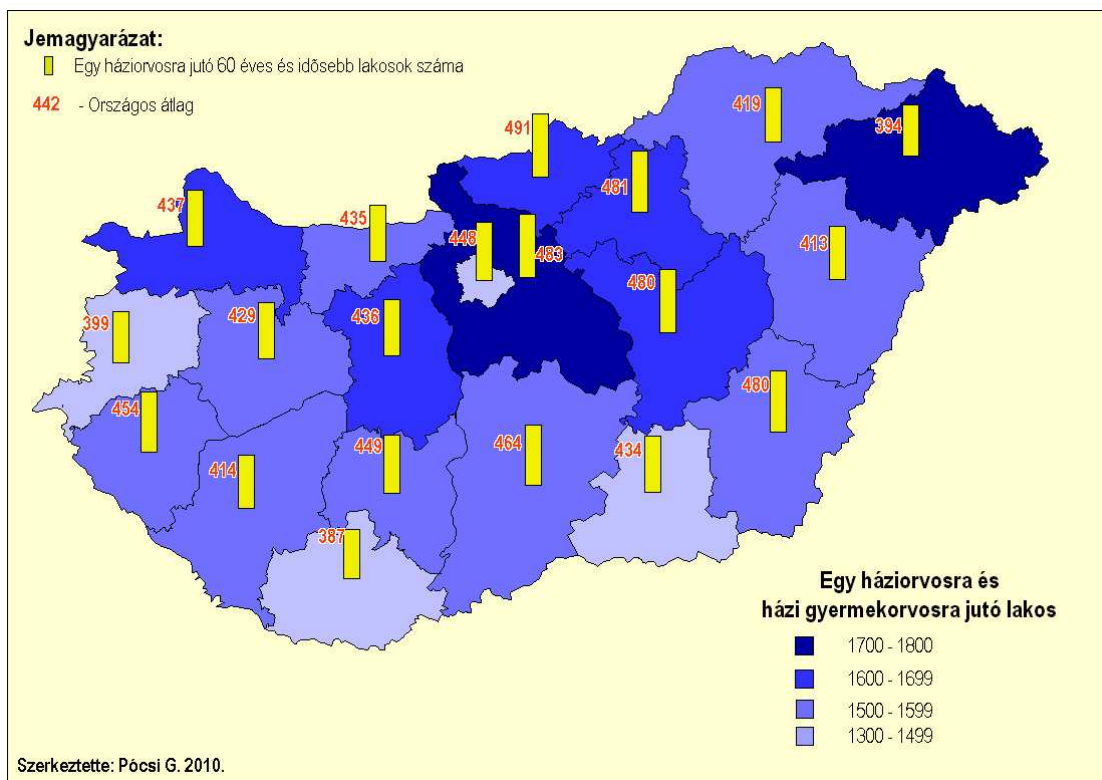
33. ábra. A házi orvosok által ellátott szolgáltatások száma Nógrád megyében, 2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A házi orvosi körzetek között található igen alacsony, és igen magas lélekszámú körzet is (747 – 2 576 fő). A házi gyermekorvosi körzetek szórása is igen nagy (611 – 1 839 fő).

Nógrád megyében a házi orvosok és a házi gyermekorvosok aránya (százezer lakosra) nem éri el sem a régió, sem az ország átlagát. A házi orvosi és a házi gyermekorvosi ellátottság területi eltérései az orvosi tevékenység leterheltségének különbségeire is hatást gyakorolnak.

Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra Nógrádban átlagosan 1 681 lakos jut. Ez a régió belül a legmagasabb. A megyék között Pest és Szabolcs-Szatmár-Bereg után itt a legnagyobb az ellátandó lakosság mutatószáma (34. ábra), (14. táblázat).



34. ábra. Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma terület szerint, 2007

Forrás: Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

14. táblázat. Házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátottság Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

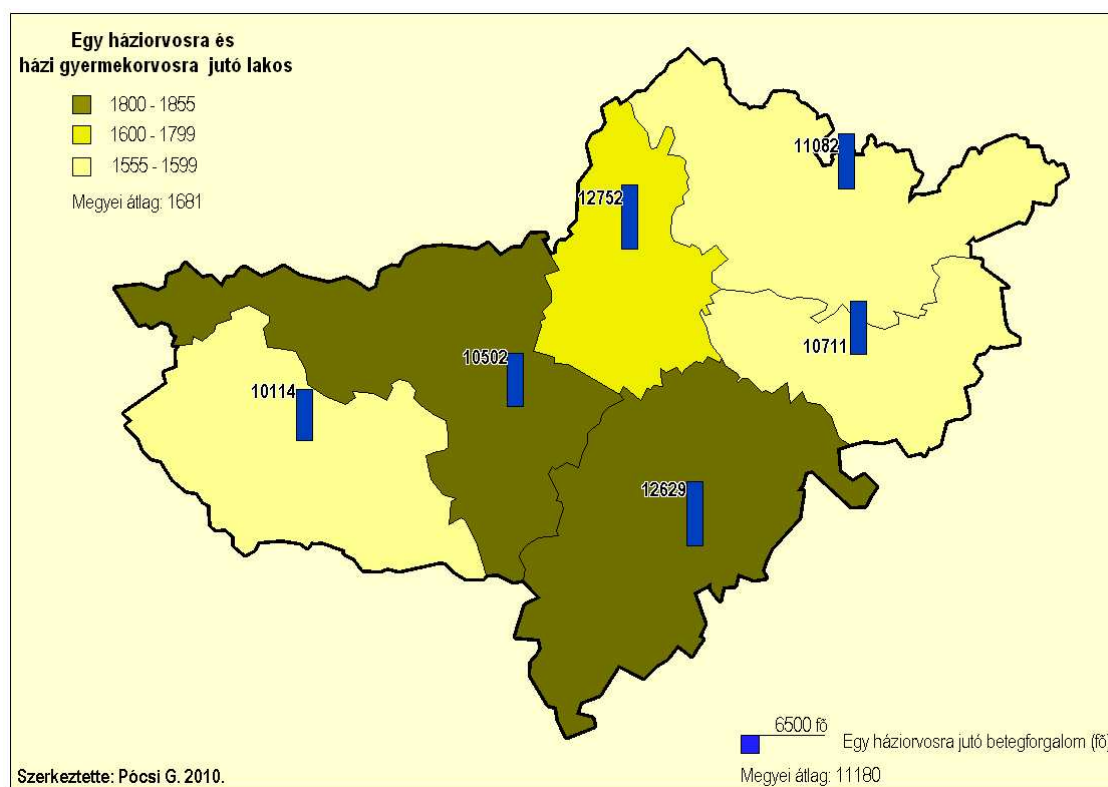
| Területi egység | Házi orvosok | Házi gyermek-Orvosok* | aránya 100 ezer lakosra | | Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos |
|------------------------|--------------|-----------------------|--|---|--|
| | | | Egy házi orvosra jutó megjelent, meglátogatott | Egy házi gyermekorvosra jutó megjelent, meglátogatott | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 50,0 | 59,1 | 11 010,1 | 7 889,7 | 1 549 |
| Heves | 48,4 | 53,0 | 12 853,6 | 8 699,7 | 1 668 |
| Nógrád | 47,3 | 55,2 | 11 180,2 | 8 582,5 | 1 681 |
| Észak- Magyarország | 49,1 | 57,0 | 11 500,8 | 8 167,5 | 1 600 |
| <i>Régiók minimuma</i> | 46,7 | 57,0 | 8 243,7 | 6 578,1 | 1 450 |
| <i>Régiók maximuma</i> | 53,7 | 91,9 | 11 500,8 | 8 282,6 | 1 642 |
| Magyarország | 49,4 | 72,7 | 10 222,6 | 7.488,9 | 1 540 |
| Megyék | | | | | 1 593 |

* Házi gyermekorvosok aránya 100 ezer 19 éves, vagy fiatalabb lakosra

Forrás: ESKI-IMEA, Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az egy háziiorvosra és az egy házi gyermekorvosra jutó megjelentek és meglátogatottak száma Nógrádban meghaladja az országos átlagot. Az egy háziiorvosra jutó – folyamatos ellátás miatti – lakáson történt meglátogatottak száma viszont Nógrádban a legalacsonyabb (országos 353,6 fő; Nógrád 200,7 fő). Ez a kedvezőtlen arányszám a háziiorvosi munka kritikájául is szolgál, mert ez azt jelentheti, hogy a térségben nem megfelelő gondozási tevékenység folyik. A házi gyermekorvosok beteglátogatási, gondozási mutatói az országos átlagnál jobbak.

Az egy háziiorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma, és az egy háziiorvosra jutó megjelent és meglátogatott beteg esetszám kistérségeként jelentős eltéréseket mutat (35. ábra).



35. ábra. Egy háziiorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos és betegforgalom Nógrád megyében kistérségeként, 2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A pásztói, a balassagyarmati és a szécsényi kistérség háziiorvosi ellátottsága a megyében átlag alatti, míg a rétsági, a salgótarjáni és a bátonyterenyi átlag feletti. A legnagyobb leterheltség a pásztói és a szécsényi kistérség háziiorvosaira hárul. 2007-ben itt volt a legtöbb megjelent és meglátogatott esetszám.

A megyei tisztifőorvos 2003-ban a megyei önkormányzat ülésén arról számolt be, hogy a *fogászati ellátás* színvonala romlik. A *60 fogorvosi körzet* 12%-ában helyettesítéssel látják el a feladatokat, további 12%-ban megyén kívülről kötöttek ellátási szerződést az önkormányzatok. Nógrád megyében a fogászati ügyelet éveken keresztül jogszabályi kötelezettség ellenére sem volt biztosított (HAJDÚ K. 2003).

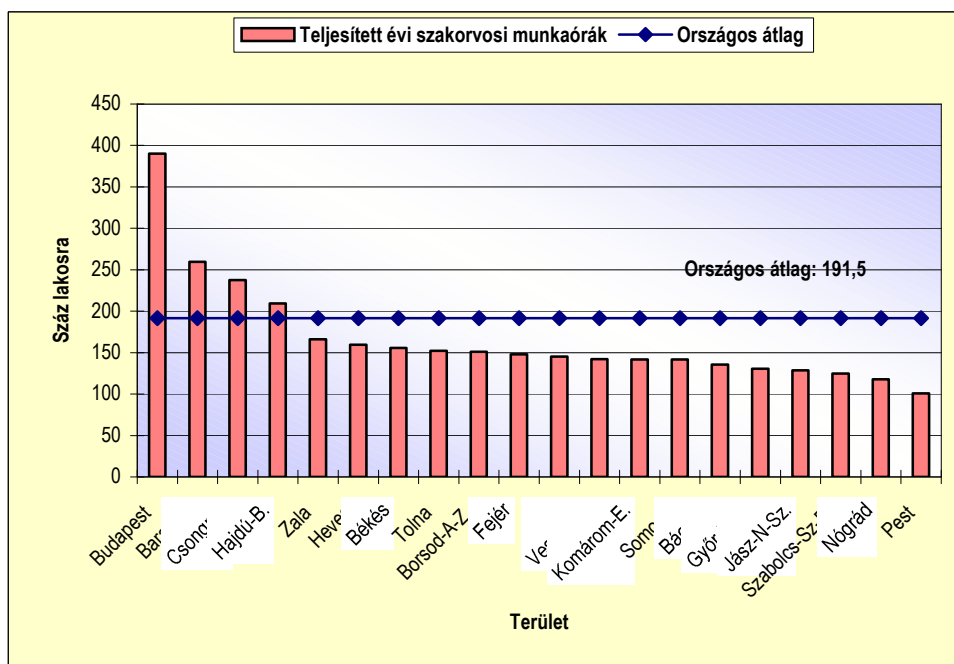
A lakosság rendelési időn túli egészségügyi ellátására a megyében *9 háziorvosi ügyelet működik* felnőttek és gyermekek részére. A vegyes ügyeleti szolgálatból kettő központi ügyelet: Salgótarján Városi és a Salgótarján Város környéki, valamint a hét összevont ügyelet a következő településeken található: Balassagyarmat, Bátonyterenye, Bercel, Héhalom, Pásztó, Rétság, Salgótarján és Szécsény. A Salgótarján Város környéki és a hét összevont ügyelet a csatolt községek ellátását is biztosítja. A megyében a gyermekorvosi ügyeletet évtizedek óta nem tudták megszervezni. 2006. január 1-től történt némi előrelépés. Az ÁNTSZ által kiadott működési engedély alapján Salgótarján város és környéke gyermek lakosságának ellátására pihenő- szabad-és ünnepnapokon 8-12-ig házi gyermekorvosi ügyeleti ellátást végeznek.

Nógrádban a *116 védőnői állás* betöltése nem teljes körű. A területi védőnői állások közel húsz százaléka (18,3%) betöltetlen. A betöltött védőnői állások aránya százezer lakosra 46,3, az országos átlag alatti (országos: 48,8), amellyel a megyék kedvezőtlen rangsorában a hatodik helyen áll. Jellemző, hogy egy-egy védőnő több község ellátását végzi. A munka nehézségét fokozzák a megyében meglévő rossz közlekedési viszonyok is (45. ábra). A védőnők az anya- és gyermekvédelmi tevékenységen túl fontos szerepet játszanak a gyermek- és iskolaorvosi munka segítésében is.

3.5.2. A járóbeteg-szakellátás Nógrád megyében

A *járóbeteg-szakellátás* Nógrád megyében a kórházakhoz integráltan működik. A járóbeteg-szakellátásban Nógrád az országos átlaghoz viszonyítva évek óta rendkívüli lemaradást mutat. A megyében a lakosság számához képest alacsony óraszámiban látják el a járóbeteg-szakrendelést, elsősorban orvoshiány miatt. Ennek következtében az orvosok leterheltek és alacsony a betegekre fordítható percátlag. Egy kis javulás azért megfigyelhető. Az egy beavatkozásra jutó szakorvosi idő, perc az előző évekhez képest több mint egy perces növekedést mutat (2004-2005-ben 2,4 perc; 2006-ban 2,5 perc; 2007-ben 3,9 perc).

A szakorvosi óraszám kapacitások elosztása is generálta a területi egyenlőtlenségeket. Ugyanis amennyiben a szakorvosi óraszámok tartósan üressé váltak, azokat az OEP bevonta, és abban az esetben sem kapta vissza a megye, ha sikerült szakorvost alkalmazni, a lemaradás így tovább fokozódik. A teljesített járóbeteg-szakorvosi órák aránya száz lakosra országos átlag alatti. A megyék rangsorában – Pest megye után – Nógrádban tartósan a második legrosszabb a szakorvosi óra ellátottság (36. ábra



36. ábra. Teljesített járóbeteg szakorvosi órák aránya száz lakosra terület szerint, 2007

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Pest megye esetében az alacsony szakorvosi óra Budapest közelségével magyarázható. Nógrádban a megye diplomásokat vonzani és megtartani nem tudó körülménye nagymértékben befolyásolja a kedvezőtlen szakorvosi kapacitását, míg Nógráddal ellentétben megfigyelhető az orvostudományi karral rendelkező megyék kedvező szakorvosi óra ellátottsága.

A teljesített évi szakorvosi órák száz lakosra jutó száma a – a tüdőgyógyászat kivételével – szakmafőcsoportok szerint is jelentősen alatta marad az országos átlagnak. A belgyógyászat teljesített szakorvosi munkaóráinak száma Csongrádban (20,3) közel négyszerese a Nógrádinak (5,6). A kardiológia hétszerese (Csongrád 8,4; Nógrád 1,2), a reumatológia közel háromszorosa (Csongrád 8,3; Nógrád 2,9). A többi szakmafőcsoportnál is jelentősek a területi eltérések.

A járóbeteg-szakellátást finanszírozási oldalról megközelítve 2007-ben – Pest után – egy lakosra számítva a második legkisebb összeget kapta Nógrád. Csongrád megyében egy lakos járóbeteg-szakellátására több mint kétszeres finanszírozás jutott, mint Nógrádban, (Nógrád 6 012,1 Ft/fő; Csongrád 13 283 Ft/fő; országos 10 626,8 Ft/fő).

2007-ben a laboratórium (119,2) és a képalkotó diagnosztika (88,1) mellett a reumatológián (70,7) volt a legtöbb megjelenési eset (ezer). A daganatos megbetegedések nagy száma ellenére viszont az onkológián volt a legalacsonyabb a megjelenési esetszám (7,1 ezer), melynek oka a kevés kapacitás és az orvoshiány.

A kórházakhoz integráltan működnek a gondozó intézetek is: tüdőbeteg, addiktológia, pszichiátria, onkológia, gyermek- és ifjúsági pszichiátria. A gondozóintézetek meghatározott, sajátos betegségekben (pulmonológiai, ideg-elme, bőr- és nemibetegek, daganat) szenvedő járóbetegeket ellátó, gyógyító-megelőző egészségügyi intézmények. A gondozók feladata az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás által felderített vagy önként jelentkezett betegek nyilvántartása, kezelése, utógondozása és szűrővizsgálatok végzése.

Nógrádban évek óta *öt tüdőbeteg-gondozó intézet működik*. A tüdőgondozók betegforgalmának aránya ezer lakosra a korábbi években országos átlag alatti, 2007-ben átlag feletti (országos 150,1; Nógrád 154,4). A betegforgalom csökkenő tendenciát mutat, de a csökkenés mértéke évenként hullámzó. A tüdőszűrések kötelező jellegének megszűnése következtében 2007-re jelentősen visszaesett a tüdőszűrések száma is (2000-ben 43 438; 2004-ben 58 530; 2005-ben 50 884; 2006-ban 49 854; 2007-ben; 27 836). Az új tbc-s betegek aránya százezer lakosra az országos és a megyék átlaga alatti (országos 17,4; megyék 15,4; Nógrád 10,4). A száz szűrésből további vizsgálatra kiemelték száma viszont Nógrádban a legmagasabb, közel négyszerese az országos átlagnak (országos 7,2; megyék 7,5; Nógrád 27,7). Ez a szóródás jelentheti a betegek alaposabb kivizsgálását, vagy az orvosi bizonytalanságot, de mindenképpen indokolt a további vizsgálatra kiemelték okának a részletesebb elemzése.

A pszichiátriai gondozók betegforgalmának aránya ezer lakosra magasabb az országos átlagnál (2007-ben: országos 124,4; Nógrád 143,4). Annak ellenére, hogy a betegforgalom csökkenő, a nyilvántartott betegek számában csökkenő tendencia nem mutatkozik. 2007-ben a nyilvántartott pszichiátriai és addiktológiai gondozottak tízezer lakosra jelentősen meghaladták az országos és a megyék átlagát (pszichiátria: országos 145,4; megyék 161,1; Nógrád 190,5), (addiktológia: országos 26,1; megyék 21,6; Nógrád 30,8). Az *addiktológiai gondozók* betegforgalma 2007-ben jelentősen visszaesett, a 2000 évi 46,4%-a. Az év folyamán gondozásba vett betegek száma még a betegforgalomnál is nagyobb arányban

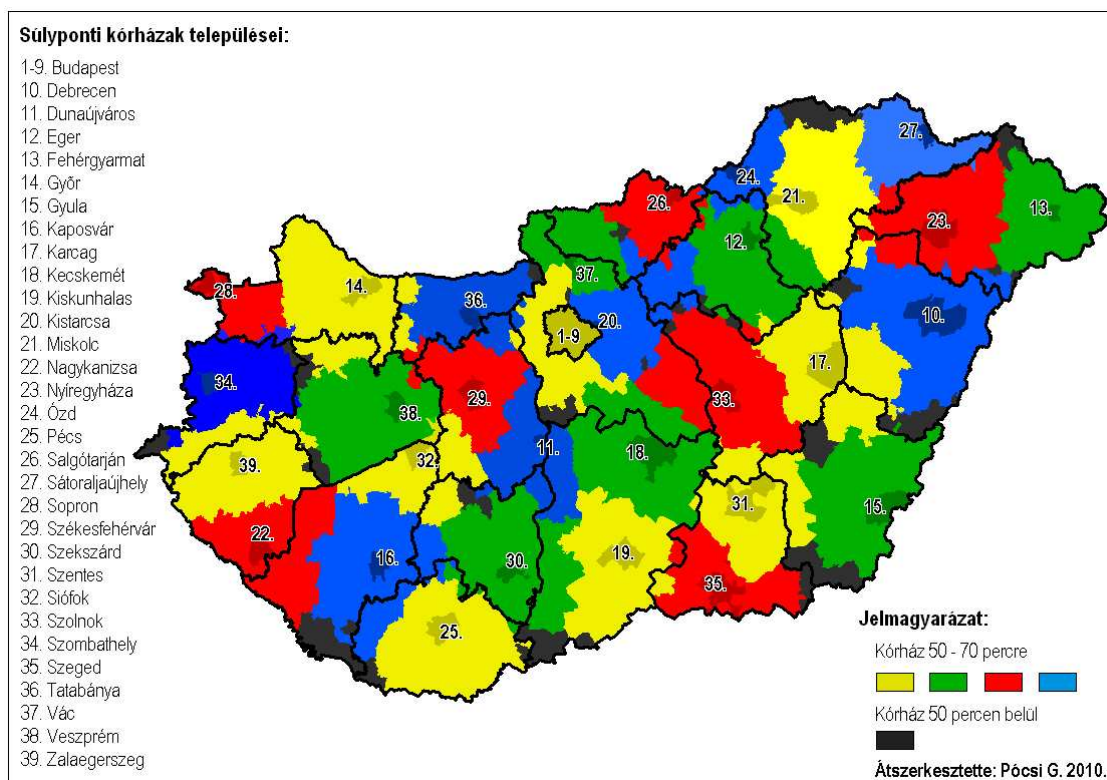
csökkent, a 2000. évi 42,2%-a. Ezek az adatok nem tekinthetők megnyugtatónak, mivel az alkoholistákat nagyon nehéz meggyőzni arról, hogy betegek és gyógyulásuk érdekében orvoshoz kell fordulniuk.

A gyermek és ifjúsági pszichiátriai gondozók betegforgalmának aránya is hasonlóan eltér az országos átlagtól (országos 67,8; Nógrád 75,6).

A bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás járóbeteg beavatkozásszáma 100 lakosra tartósan az országos átlag feletti (2007-ben: országos 67,1; Nógrád 83,9), míg az onkológiai beavatkozásszám jelentős mértékű lemaradást mutat (országos 18,3; Nógrád 5,9). Az utóbbi oka a szakorvoshiány.

3.5.3. A fekvőbeteg-szakellátás Nógrádban

Az egészségügyi ellátórendszer átalakításáról szóló törvény⁴⁰ 2007-ben megváltoztatta a kórházi struktúrát. Az átalakított kórházi struktúrában a törvény kijelöli az országos feladatkörű speciális intézeteket és a súlyponti kórházakat, az egyéb területi kórházakra ajánlásokat tesz (37. ábra).

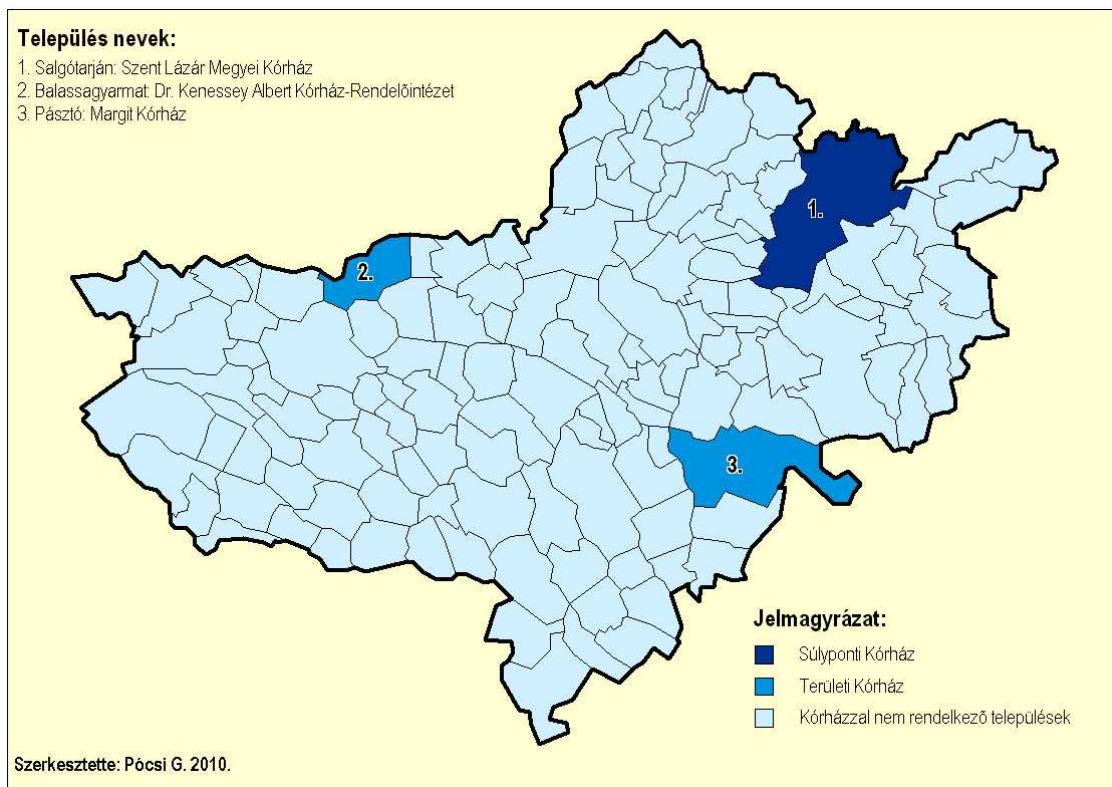


37. ábra. Súlyponti kórházak Magyarországon
Forrás: Egészségügyi Minisztérium

⁴⁰ 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Magyar Közlöny, Budapest 2006/160.

Az új ellátórendszer négy szintre épül. Az első szint a *súlyponti (kiemelt) kórházak*, amelyekben a súlyos, a speciális, vagy a ritka betegségeket kezelik, ahol korszerű, műtéti és diagnosztikai blokkok vannak. Az első kategóriában lévő intézmények 55 kilométeren belül mindenki számára elérhetőek. A *területi kórházak* az ellátás második szintjei. Itt végzik a rutinműtétek nagy részét, és ezzel párhuzamosan jelentős krónikus, rehabilitációs és ápolási ágygal rendelkeznek. A *területi járóbeteg-központok* az ellátás harmadik szintjei. Ezek biztosítják a járóbeteg-szakellátást a betegek 20 kilométeres körzetében. A negyedik szint az *alapellátás, vagyis a háziorvosi praxis*. Itt történik a betegek előszűrése, gondozása és ellenőrzése. A változások következtében az összes ágyszám országosan tizenegy százalékkal csökkent, közel hét és félezer aktív ágy krónikussá alakult.

Az egészségügyi reformmal összefüggésben a kórházi ellátás lényegesen megváltozott Nógrád megyében is. A megyét érintően két fekvőbeteg intézményben szűntek meg aktív ellátást nyújtó osztályok: a balassagyarmati és a pásztói kórházakban. Ez 4-4 szakterületet érintett kórházanként. 2007. április 1-től a központi intézkedések hatására a pásztói kórház struktúrája alapvetően átalakult, fő profilja a mozgásszervi rehabilitáció lett. A Szent Lázár Megyei Kórház az első szintnek megfelelő súlyponti besorolást kapott (38. ábra), (15. táblázat).



38. ábra. Kórházak Nógrád megyében, 2007
 Forrás: Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár (terv. Kajtor E.)

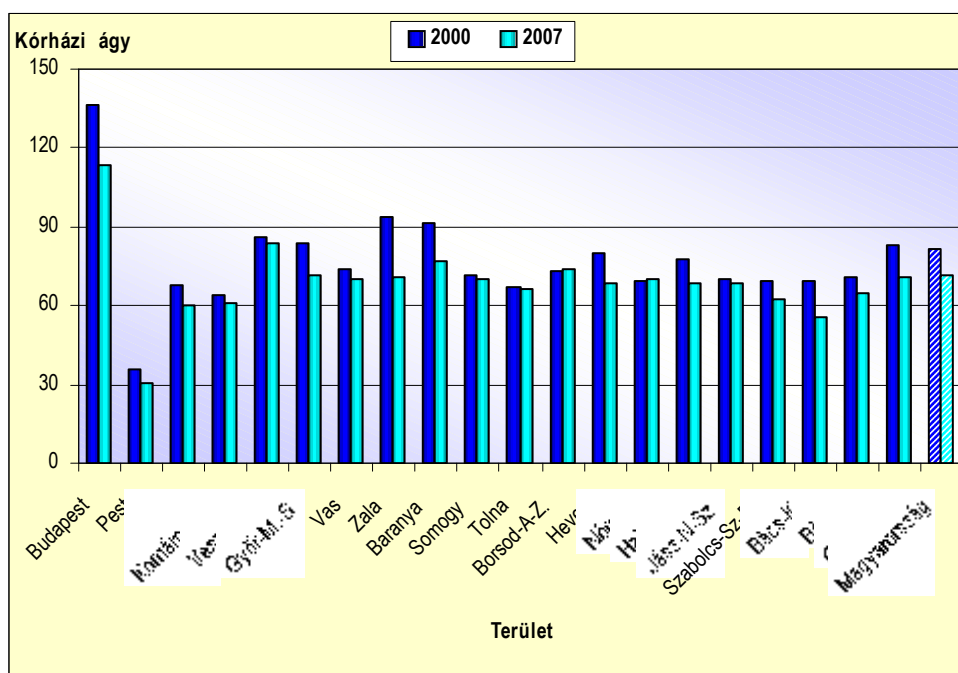
15. táblázat. Kórházi ellátottság Nógrád megyében a kórház átalakulások után

| Osztály megnevezése | Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján | Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet Balassagyarmat | Margit Kórház Pásztó | Nógrád megye összesen |
|---------------------------|---|--|-------------------------|--------------------------|
| Belgyógyászat | 86 | 60 | 20 | 166 |
| Sebészet | 48 | 20 | | 68 |
| Traumatológia | 75 | 20 | | 95 |
| Szülészet-nőgyógyászat | 40 | 20 | | 60 |
| Csecsemő és gyermek | 55 | 20 | | 75 |
| Fül-orr-gégészet | 22 | | | 22 |
| Szemészet | 22 | | | 22 |
| Bőr-, nemibeteg | 15 | | | 15 |
| Ideggyógyászat | 69 | 22 | | 91 |
| Orthopédia | 21 | | | 21 |
| Urológia | 32 | | | 32 |
| Reumatológia | 30 | | | 30 |
| Intenzív betegellátó | 10 | 6 | | 16 |
| Onkológia | 20 | | | 20 |
| Fertőző betegellátó | | 15 | | 15 |
| Elmegyógyászat | | 88 | | 88 |
| Tüdőgyógyászat | | 58 | | 58 |
| Felvételi osztály | 8 | | | 8 |
| Aktív betegellátás | 553 | 329 | 20 | 902 |
| Útókezelő | 80 | 92 | 70 | 242 |
| Elmegyógyászat | | 140 | | 140 |
| Tüdőgyógyászat | | 40 | | 40 |
| Rehabilitációs osztály | 30 | | 75 | 105 |
| Tartós ápolás | | 35 | 10 | 45 |
| Krónikus osztályok | 110 | 307 | 155 | 572 |
| Mindösszesen | 663 | 636 | 175 | 1 474 |

Forrás: OEP - FIFO, 2009 (szerk. KAJTOR E.)

A 2007. április 1-i változások következtében az aktív kórházi ágyak száma országosan 26,1%-al csökkent. A krónikus kórházi ágyak száma ezzel szemben 35,2%-al emelkedett. A magyar kórházi kapacitás összeségében 8 562 ágygal (10,7%) csökkent, 79 946-ról 71 384-re.

Nógrádban mind az aktív kórházi ágyak számának csökkenése (-27,8%), mind a krónikus ágyak számának növekedése (53,8%) az országos átlag feletti volt. A tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma – a változások után – 2007-ben meghaladta a megyék átlagát és megközelíti az országost (országos 71,6; megyék 63,0; Nógrád 70,1), (39. ábra).

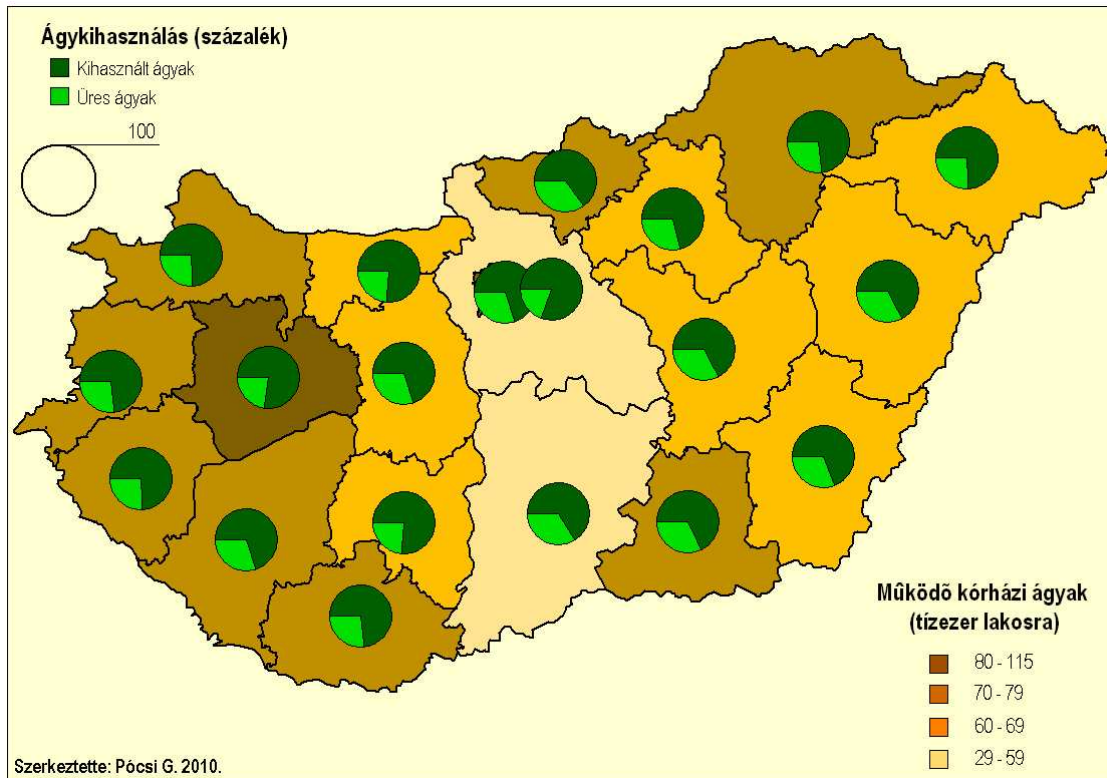


39. ábra. Működő kórházi ágyak száma terület szerint (tízezer lakosra), 2000, 2007
 Forrás: Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megyében az ápolás átlagos tartama 2007-ben mind a megyei, mind az országos átlagot meghaladta (országos 8 nap; megyék 8,1 nap; Nógrád 9 nap). Az ágykihasználás százaléka viszont megyei és országos átlag alatti, a megyék rangsorában az utolsó (országos 71,3%; megyék 71,8%; Nógrád 64,8%), (40. ábra).

A kórházak működésének ma már nem a legfontosabb mutatója az ágykihasználás, azonban ez a jelentős eltérés további mélyebb elemzést és hatékonyabb kórház-szervezési tevékenységet igényel, akár az ágysztruktúrák átalakítását érintően is. Nagyon alacsony a szemészet (20,7%), a fül-orr-gégészet (29,3)% és a bőr-és nemibeteg-gyógyászat (35%) mutatója. A szemészet szakmai tevékenységében az egy napos sebészeti ellátás lett a meghatározó, amely az osztály ágykihasználására jelentős hatást gyakorolt. A fül-orr-gégészet területét befolyásolja a mandula műtétek csökkenése a korszerkezet következményeként. Ezen a szakterületen a szakmai színvonal emelése is indokoltnak látszik, mert a rutinműtétek már nem tartják fenn gazdaságosan az osztálystruktúrákat. A bőrbetegségek nagy része járóbeteg-szakellátás keretében is gyógyítható.

Alapvető problémának azonban a finanszírozás elégtelenségét tartom, ami nem biztosítja az aktív ágyak működési feltételeit. A megyében a legrosszabb a Szent Lázár Megyei Kórház – a megye súlyponti kórháza – ágykihasználása, míg a legjobb a pásztói Margit Kórházé, ahol főleg rehabilitációs krónikus ágyak működnek.



40. ábra. Működő kórházi ágyak száma (tízezer lakosra), ágykihasználással, terület szerint, 2007

Forrás: Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az egészségbiztosításról szóló 2006. évi törvénycsomag rendelkezik – többek között – a várólista rendszer létrehozásáról. A nyilvános várólista vezetése 2008. január 1-től minden fekvőbeteg intézet számára kötelező. A várólistára csak a kezelőorvos teheti fel a beteget. A várólista nyilvános, de nem személyes adatokat, hanem azonosító kódot tartalmaz. A sorrendet a felkerülés ideje határozza meg, és a beteg pénzért sem kérheti a sorrendtől való eltérést, legfeljebb más szolgáltatóhoz fordulhat. A várólisták léte az egészségügy szűkös kapacitását jelzi a lakosság szükségletéhez képest. A várólistákat előidézheti az intézmények erőforrásainak rendelkezésre állásában jelentkező hiány, de okozhatja a finanszírozási nehézség is. Várólisták jellemzik több uniós tagország – Anglia, Finnország, Írország, Spanyolország, Portugália, Dánia, Svédország – egészségügyét is. Angliában több mint hat hónapot kell várni a betegeknek (pl. szürkehályog-eltávolításra, csípő- vagy térdprotézisre) (BORBÁS I. – KINCSES GY. szerk. 2007).

Az elérhetőség különböző feltételei miatt a mindenki számára garantálható esélyegyenlőséget az egészségügyi ellátás eléréséhez biztosítani nem lehet. Ezért az előjegyzési rendszer bevezetése a betegek érdekében és az életet veszélyeztető állapotok elhárítása miatt is szükségszerű (BUGOVICS E. 2005).

A 2006-2007 közötti egészségügyi reform egyik meghatározó eleme volt a betegutak átalakítása. A területi ellátási kötelezettség szabályozása előírta azon földrajzi területet (településeket), amelyeket az egyes szakmáknak kötelezően el kell látniuk.

3.5.3.1. Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján

A Kórház fenntartója: Nógrád Megye Önkormányzata.



1. kép. Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján

A salgótarjáni kórház 1870-ben kezdte meg működését 36 ágygal, Társpénztári Bányakórház néven. A Rimamurány-Salgótarjáni Vasművek Részvénytársaság támogatásával 1885-ben 30 ágygal újabb kórház létesült. A két kórház összevonása után 1967-ben egy új tizenegy szintes, kilenc emeletes kórház épült. A Szent Lázár Megyei Kórház a Karancs és a Salgó hegyek lábainál, festői környezetben elterülő, Nógrád megye súlyponti intézménye. A kórház-rekonstrukciót követően hotelfunkciójában megújult, európai színvonalú lett (*l. kép*).

A kórház Nógrád megye vezető egészségügyi ellátó intézménye. Dolgozóinak összlétszáma 819 fő. A progresszív ellátás szempontjából ellátási körzete az egész megyét felöleli. Szolgáltatási profilja magába foglalja az aktív és krónikus fekvőbeteg ellátást, valamint a járóbeteg ellátás terén a szakrendelői, az ambuláns és a gondozói tevékenységet is.

3.5.3.2. *Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat*

A Kórház fenntartója: Balassagyarmat Város Önkormányzata.



2. kép. *Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat*

1883. január 27-én a vármegyei egészségügyi bizottság határozatban mondta ki, hogy egy megyei kórház felépítése nem halogatható tovább. Végül is 1897-ben megnyitották a Mária Valéria Közkórházat, mely nevet 1951-ig viselte. Az intézmény megépítéséhez alapvetően hozzájárult Mária Valéria főhercegnőnek esküvője alkalmából (1890) létrehozott 40 ezer forintos adomány, valamint az uralkodó jóváhagyása, hogy az építendő kórházat Mária Valéria főhercegnőről nevezzék el. A kórház a '20-as évek közepétől rohamos fejlődésnek indult, aminek betetőzése az volt, hogy 1938-ra Magyarország második legnagyobb vidéki kórháza lett az ágyszám tekintetében (930 ágy). Az intézmény mind az első, mind a második világháborúban súlyos veszteségeket szenvedett el, felszerelése csaknem megsemmisült, a betegek ellátása ínséges volt. A balassagyarmati Mária Valéria Kórházat 1951-ben államosították, majd Balassagyarmat megyeszékhelyi rangja és a prioritása is megszűnt. 1991. február 1-től korábbi főigazgatójáról a *Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet* nevet kapta és viseli jelenleg is.

Az intézmény Nyugat-Nógrád mintegy 85 000 fős lakosságának járó és fekvőbeteg-szakellátását végzi. Az intézmény pavilonrendszerű, 11,5 hektáron terül el.

3.5.3.3. Margit Kórház, Pásztó

A Kórház fenntartója: Pásztó Város Önkormányzata.



3. kép. Margit Kórház, Pásztó

1908-ban épült fel az Alapítványi Margit Kórház 24 ágygal. A Margit Kórház Nógrád megye déli részén, a Mátra hegycsúcsai és a cserháti dombok között helyezkedik el nyugodt környezetben. A város és a kistérség lakossága a változó egészségpolitika mellett is változatlanul ragaszkodott kórházához. Nem volt könnyű az az út, ami odavezetett, hogy a kórház bezárása⁴¹ helyett megépülhetett és 2000 augusztusában megnyitotta kapuit Pásztón az ország első *mátrix szervezeti felépítésű* kisvárosi kórháza. A kórház teljes rekonstrukciója 2004-ben fejeződött be, és ezzel új fejezet nyílt a pásztói városi kórház történetében (3. kép). Ennek megörökítésére, valamint az Almási grófok kórház-építő hagyományaira emlékezve, a kórház új elnevezést kapott. Ismételten felvette a Margit Kórház nevet, és Margit Kórház Pásztó néven várja az ellátásra szoruló betegeket.

Az intézmény fő profilja a mozgásszervi rehabilitáció, a degeneratív jellegű ízületi megbetegedések között a gerinc betegségeinek rehabilitációja. Az osztály 75 ágyon a megye egyik legmodernebb épületével, felszereltségével és jól képzett személyzetével biztosítja a rehabilitációt, az egészség és szociális jólét érzetének visszaadását.

⁴¹ A '90-es évek közepén kibontakozó kórházbezárási elképzelést Pásztó és kistérségének lakossága utcára vonulással megakadályozta. Az 1998-ban elnyert címzett támogatásból új kórház épülhetett.

A tevékenységük színvonalát jelzi az Országos Gerincgyógyászati Központtal kialakított együttműködés, amelynek keretében az országos intézményben kezelt gerincbetegek rehabilitációjára kiemelten javasolják az intézményt. 2007. augusztus 1-től öt szakmában egynapos sebészeti tevékenységet végeznek. Ezt a struktúrát egészítette ki 2007. december 1-től a 15 ágyas (fizetős) sebészeti mátrix osztály.

3.5.4. Otthoni szakápolás, gyógyszerellátás, mentés, betegszállítás

Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló rendelet⁴² szerint az *otthoni szakápolás* a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére szakképzett ápoló által végzett tevékenység.

Az *otthoni szakápolás célja*, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön. Ezzel az ellátási formával a kórházi kezelések száma csökkenthető, vagy időtartama lerövidíthető, illetve a beteg gyógyulási folyamata javítható.

16. táblázat. Az otthoni szakápolásban a vizitek száma és megoszlása az ellátás típusa szerint Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

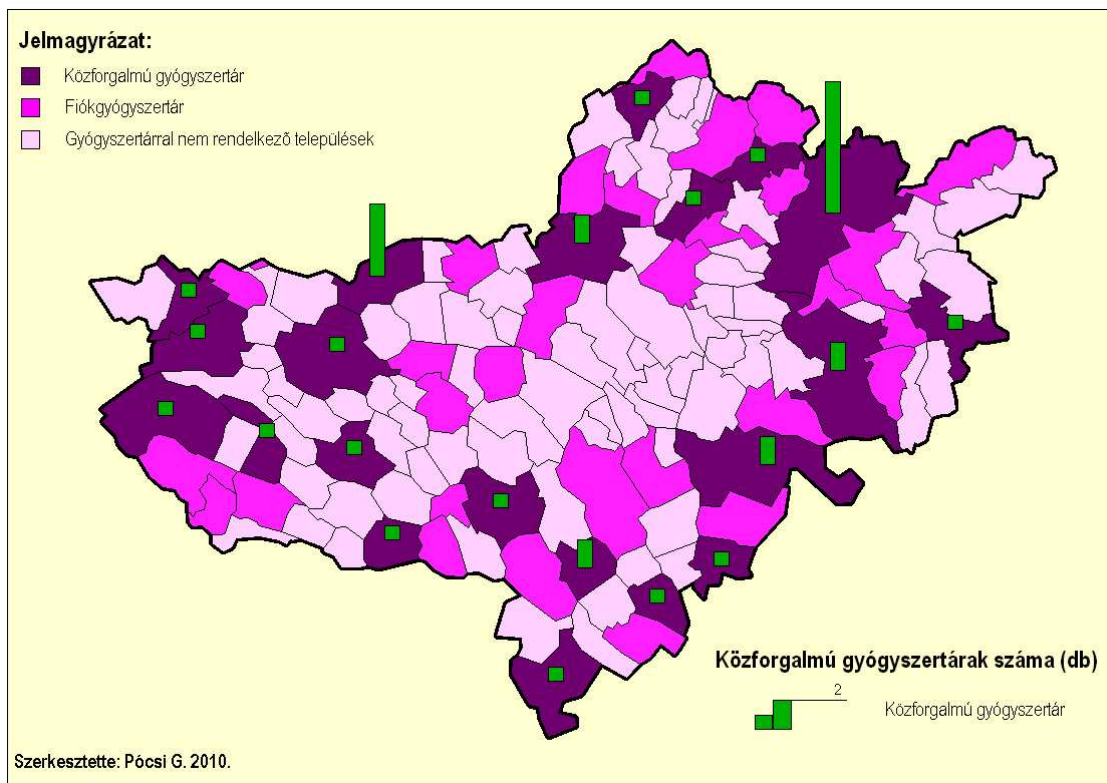
| Területi egység | Teljesített vizit | Teljesített szakápolás | Teljesített gyógytorna | Teljesített fizioterápia | Teljesített logopédia |
|------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | aránya ezer lakosra | | | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 109,6 | 65,6 | 24,9 | 18,9 | 0,2 |
| Heves | 127,5 | 95,8 | 22,4 | 7,8 | 1,5 |
| Nógrád | 126,4 | 119,8 | 5,6 | 1,1 | 0,0 |
| Észak-Magyarország | 117,0 | 82,6 | 21,0 | 13,0 | 0,5 |
| <i>Régiók minimuma</i> | <i>104,1</i> | <i>55,2</i> | <i>21,0</i> | <i>2,0</i> | <i>0,2</i> |
| <i>Régiók maximuma</i> | <i>136,9</i> | <i>110,4</i> | <i>55,2</i> | <i>13,0</i> | <i>0,8</i> |
| Magyarország | 119,2 | 74,6 | 37,1 | 7,2 | 0,4 |

Forrás: ESKI-IMEA, (szerk. KAJTOR E.)

A 2007 évi teljesített adatokból megállapítható, hogy a megyében a vizitek és a szakápolások a régiós és az országos átlagot meghaladták, azonban a szakirányú terápiás szolgáltatások aránya kritikus. Különösen szembetűnő a gyógytornák rendkívül alacsony száma (16. táblázat). Mindez a szakképzett gyógytornász és az egyéb speciális humán erőforrás hiánnyal valószínűsíthető.

⁴² Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VI. 26.) NM rendelet.

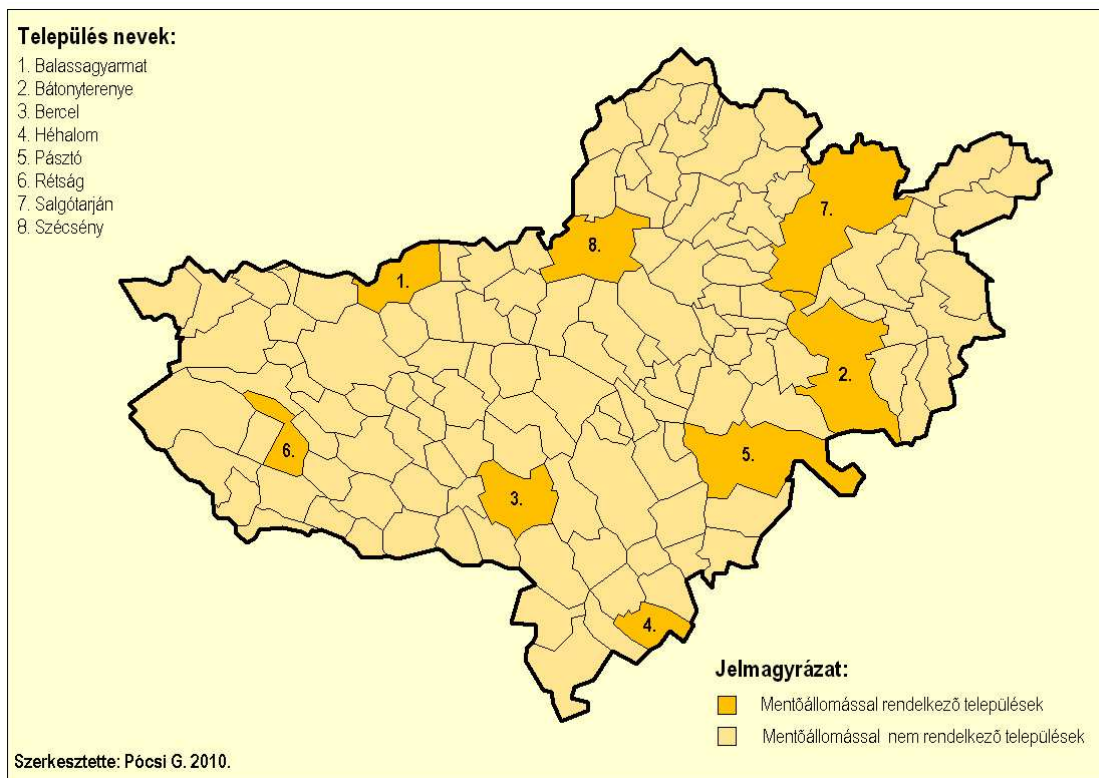
A megye lakosságának folyamatos gyógyszerellátását 2007-ben 36 közforgalmú gyógyszerár, 34 fiókgyógyszertár, 8 kézi és 4 intézeti zárt vényforgalmat bonyolító gyógyszerár biztosította (41. ábra).



41. ábra. Gyógyszertárak Nógrád megyében, 2007
 Forrás: Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár (terv. Kajtor E.)

Az egy gyógyszerárra jutó lakosok száma jelentősen meghaladja az országos átlagot, a megyék között – Vas után – a második legmagasabb lakosságszámmal (országos 4 507; Nógrád 5 426 lakos). A megyében komoly gondot jelent az állandósult gyógyszerész létszámhiány, illetve utánpótlás, amely az ügyeleti szolgálat ellátásában, az egyszemélyes közforgalmú, illetve a fiókgyógyszertárak működtetésében fennakadást, ideiglenes gyógyszerár bezárást idézhet elő. A közforgalmi gyógyszerészek aránya százezer lakosra az országostól messzemenően lemaradva, a megyék sorában az utolsó helyen áll (EU-27 átlaga 72,48; országos: 50,0; Nógrád: 31,7). Kedvezőbb a helyzet az intézeti gyógyszerárak esetében (gyógyszerészek aránya százezer lakosra: országos: 4,5; Nógrád: 4,7, ezer kórházi ágyra: országos: 6,3; Nógrád 6,8).

Nógrádban 8 mentőállomás működik 20 mentőgépkocsival. A mentőállomások száma 2006-ban 7-ről 8-ra növekedett, viszont a mentőgépkocsik száma csökkent, (2000-2003-ig 25, 2004-ben 20, 2005-ben 23, 2006-tól 20 mentőgépkocsi), (42. ábra).



42. ábra. Mentőállomások Nógrád megyében, 2007

Forrás: Észak-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár (terv. Kajtor E.)

A mentés ellátási színvonala nem megfelelő. 2002-ben három, majd kettő, és 2006-tól már csak egy mentőorvos dolgozik a megyében. A mentőorvosok aránya százezer lakosra Nógrádban nagyon alacsony (0,5), elmaradva az országos átlagtól (1,2). A mentőszolgálat 2007-ben az országos átlagot meghaladó mentőfeladatot teljesített, de a megyék átlagát nem érte el (mentőfeladat ezer lakosra: országos 139,2; megyék 147,5; Nógrád 146,2).

A mentés egyik legfontosabb mutatója, hogy a riasztástól számítva mennyi időn belül érkezik a helyszínre a mentőautó. A megfelelő célértéknek a 15 perces kiérkezési idő tekinthető. A 2007. évi egészségügyi reform keretében végrehajtott kórházi struktúraátalakítás az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) tevékenységét is érintette. A reformok után lecsökkent az aktív kórházak száma és ágyszáma, nőttek a mentési távolságok.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet fontosnak tartotta a struktúraátalakítás előtti és utáni időszak vizsgálatát a mentés minőségét és hozzáférhetőségét érintően⁴³.

A legnagyobb mértékben – 1,87 százalékponttal – Vas megyében nőtt a 15 percnél túli kikerkezők aránya, míg a legjelentősebb csökkenés Nógrád megyében következett be (4,42 százalékponttal javult a helyzet). A javulás ellenére a mentőfeladatok és a 15 percnél túli kikerkezők szóródása még mindig magasabb az országosnál (országos: 21,03; Nógrád: 22,08).

Az egészségügyi reform során 2008. január 1-jétől a mentés és betegszállítás szétvált. Az OMSZ látja el továbbra is a szakszemélyzet jelenlétét indokoló életmentést, valamint a súlyos állapotú betegek szállítását. A sürgősséget nem igénylő betegszállítást pedig a 2007 augusztusában alakult Országos Betegszállító Szolgálat (OBSZ) koordinálja. Tevékenységi körükbe tartozhat például egy vizsgálatra vagy onnan történő hazaszállítás, vagy a dializálandó betegek szállítása. A betegszállítás elkülönítése a mentési feladatoktól a megyében sem volt teljesen zökkenőmentes. A finanszírozás csupán szűkös kapacitás működtetését tette lehetővé, melynek eredménye, hogy a betegek utaztatási ideje és a betegutak is nőttek. Gyakran késő este tudják a szolgáltatók a rászorulókat otthonukba hazaszállítani. Minden betegszállítást kilométer alapján finanszíroz az OEP. Így valamennyi szolgáltató arra törekszik, hogy lehetőleg „távolsági fuvarokat” vállaljon a fennmaradása érdekében, melyet csak a helyi szállítások rovására tudnak teljesíteni, ezért is van jelen a kapacitás hiánya.

A működést érintően a fő probléma az, hogy a legtöbb szakrendelés csak délelőttönként fogad betegeket, ami szintén hátrányos. Nagyon korán kell indulni és a szakrendeléseken sokat kell várakozni. Mindezek miatt a kórházakból hazautalt betegek szállítása marad utoljára, a nap végére, feszültséget generálva mind a betegnél, mind a kórháznál.

További nehézséget okoz az is, hogy Nyugat-Nógrádnak nincs önálló betegszállító szervezete. Az ott élők ellátását a Kelet-nógrádi székhelyű szolgáltatók látják el. A betegszállító szolgálatok között sem optimális a terület felosztása. Salgótarjánból megy ki a betegszállító gépkocsi a balassagyarmati vagy a rétsági kistérségbe, és onnan szállítja a beteget a balassagyarmati kórházba, majd ezt követően tér vissza Salgótarjánba, indokolatlan futott kilométereket, gépkocsivezetői és betegkísérői túlórákat eredményezve.

⁴³ Egészségbiztosítási Felügyelet vizsgálata, „Az Országos Mentőszolgálat mentéssel kapcsolatos mutatószámai”.(Vizsgált időszak: a 2006. évi II.-III. negyedévek és a 2007. évi II.-III. negyedévek). <http://www.ebf.hu/>

3.5.5. Az egészségügyi humánerőforrás ellátottság megyei helyzete

Az egészségügyi ellátó rendszerek iránt a jövőbeni elvárás a minél gyorsabb és eredményesebb gyógyítás. Ehhez azonban biztosítani kell a megfelelő személyi és tárgyi feltételeket. A magyar egészségügy egyik legnagyobb erőssége a jól képzett, lelkiismeretes és igen szorgalmasan dolgozó humán erő. Az Európai Unióhoz történő csatlakozás előtti prognózis bizonyított lett. Külföldön népszerűek, keresettek a magyar orvosok, gyógytornászok, konduktorok és a szakápolók (KAJTOR E. 2003b).

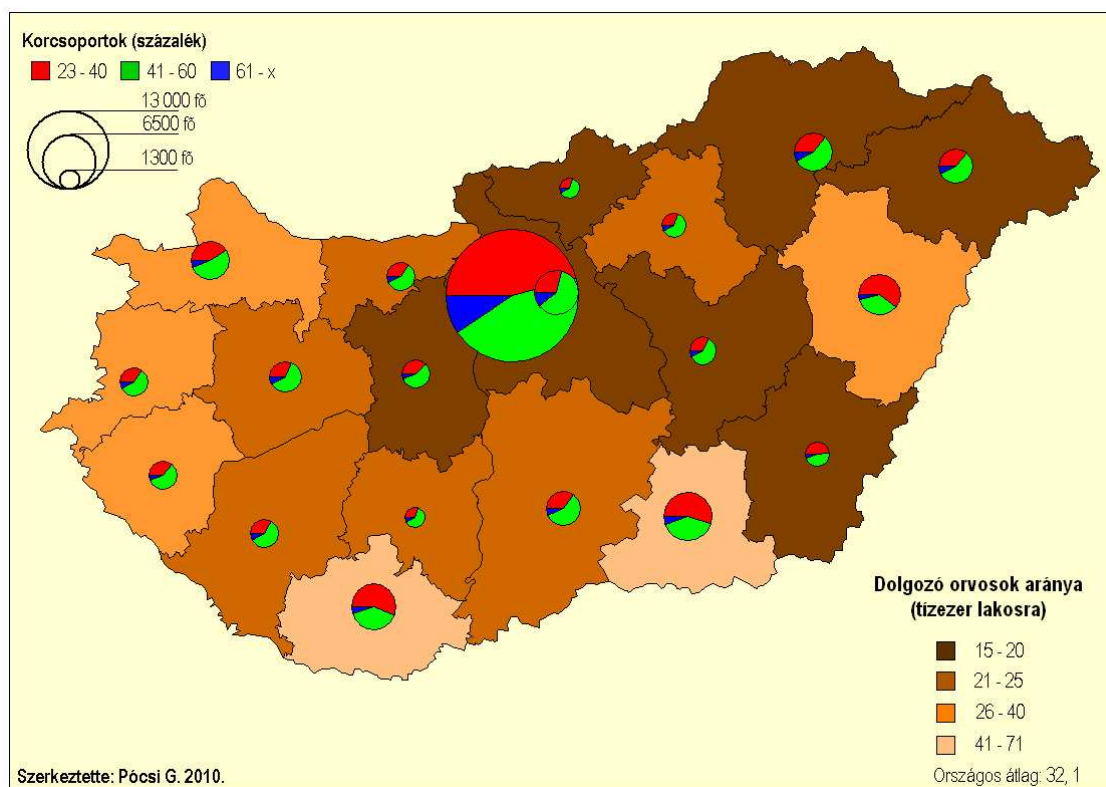
A szakma iránti elhivatottságra már nem lehet építeni. *„Mára az egészségügyi dolgozó – hiányszakma. Ahogy öregsziünk, ahogy öregszik a magyar társadalom, ahogy egyre több krónikus betegséggel küzdünk, egyre nagyobb szükségünk van rájuk, ők pedig egyre kevesebben vannak a megnövekvő feladatokhoz. Vajon érdemük szerint becsüljük meg őket? Vajon nem irreális az, amit tőlük – és a mai magyar egészségügytől – betegként elvárunk? Hogyan lehetne úgy felhasználni tudásukat, segítőkészségüket, hogy abból a lehető legtöbb betegnek a legtöbb haszna legyen?”* (KÖKÉNY M. 2004. p. 2.). A felvetett kérdések válasz nélkül maradtak és egyre több egészségügyi dolgozó keresi boldogulását az Európai Unió fejlettebb tagállamaiban.

Az egészségügyi humán erőforrás problémája fokozottan jelen van Nógrádban. A tízezer lakosra jutó nyilvántartott, valamint a dolgozó orvosok száma Észak-Magyarországon, ezen belül Nógrádban a legalacsonyabb (nyilvántartott orvosok tízezer lakosra: országos 35,6; Észak-Magyarország 24,1; Nógrád 21,1). A dolgozó orvosok aránya (országos 32,1; Észak-Magyarország 20,5; Nógrád 19,5).

Az orvosellátottság dilemmáját – az üres orvosi állások nagy száma mellett – tovább növeli a dolgozó orvosok korösszetétele. Nógrádban az 55 év feletti dolgozó orvosok aránya magasabb az országos átlagnál (22,7%). Országosan a dolgozó orvosoknak a 18,2%-a tartozik az 55 év feletti korosztályba.

A 60 év feletti korcsoportú orvosok nagy része már nyugdíjasként dolgozik, ezért a nyugdíjazás melletti foglalkozást korlátozó intézkedések veszélyeztethetik a megye egészségügyi ellátását. Erre a közelmúltban is volt már példa, de akkor a döntést hozók a jogszabály visszavonására kényszerültek.

Az orvosellátottság területi különbségeit a 43. ábra mutatja.



43. ábra. Orvosellátottság kor és terület szerint, 2007

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

Az orvoshiányt az intézmények és az önkormányzatok kiemelt bérrel hirdetett pályázatokkal és külföldi orvosok alkalmazásával próbálják enyhíteni, azonban napjainkban már a külföldi orvosok érdeklődése is alábbhagyott. Az előző évtizedben jelentős volt az Erdélyből és Szlovákiából munkát vállaló orvosok száma.

Az orvosok vállalkozás formájában történő működésének megszigorítása is korlátozta a lehetőségeket (2006-ban a színlelt szerződésnek tekinthető vállalkozási szerződéseket a kórházaknak meg kellett szüntetni). Mindezt súlyosbították az Európai Unió munkaerő direktívái, amelyek az ügyeletet munkaidőnek tekintik, de ehhez sem létszámot, sem finanszírozást nem biztosítottak.

A kórház átalakítások során a humánerőforrás gazdálkodást szolgáló Mobilitás Programban sem volt Nógrád megye iránt érdeklődés.

Magyarország mind az orvosellátottságban, mind a gyógyszerész-ellátottságban alatta marad az EU-27 átlagának. Hazánk az országok sorában az orvosok és a gyógyszerészek esetében az utolsók között a hetedik, a fogorvosok vonatkozásában a negyedik (17. táblázat).

17. táblázat. Orvos-, fogorvos- és gyógyszerész ellátottság az Európai Unióban

| Ország | Százezer lakosra jutó orvosok száma | Év | Százezer lakosra jutó fogorvosok száma | Év | Százezer lakosra jutó gyógyszerészek száma | Év |
|---------------------|-------------------------------------|-------------|--|-------------|--|-------------|
| Ausztria | 363,05 | 2006 | 53,94 | 2006 | 61,65 | 2005 |
| Belgium | 422,77 | 2006 | 79,57 | 2006 | 144,93 | 1998 |
| Bulgária | 366,46 | 2006 | 84,89 | 2006 | 12,48 | 2000 |
| Csehország | 362,00 | 2006 | 68,58 | 2006 | 57,79 | 2006 |
| Dánia | 357,09 | 2004 | 83,87 | 2004 | 65,99 | 2004 |
| Egyesült Királyság | 212,61 | 2002 | 43,88 | 2001 | 58,63 | 1992 |
| Finnország | 329,59 | 2006 | 85,26 | 2006 | 155,11 | 2003 |
| Franciaország | 341,63 | 2007 | 68,01 | 2007 | 115,68 | 2007 |
| Görögország | 500,33 | 2005 | 121,02 | 2005 | 69,15 | 1988 |
| Hollandia | 370,83 | 2005 | 49,38 | 2007 | 17,41 | 2005 |
| Horvátország | 253,38 | 2006 | 72,75 | 2006 | 57,41 | 2006 |
| Írország | 292,32 | 2006 | 56,94 | 2006 | 88,16 | 2004 |
| Lengyelország | 199,28 | 2005 | 31,13 | 2005 | 57,57 | 2005 |
| Luxemburg | 276,86 | 2004 | 75,67 | 2004 | 84,87 | 2006 |
| Magyarország | 280,63 | 2007 | 39,95 | 2007 | 50,00 | 2007 |
| Németország | 345,02 | 2006 | 79,68 | 2006 | 56,96 | 2006 |
| Norvégia | 377,41 | 2006 | 88,86 | 2006 | 65,60 | 2006 |
| Olaszország | 364,77 | 2006 | 62,77 | 2006 | 74,65 | 2006 |
| Oroszország | 431,04 | 2006 | 32,02 | 2006 | 8,09 | 2006 |
| Portugália | 344,34 | 2005 | 58,59 | 2005 | 98,33 | 2005 |
| Románia | 192,06 | 2006 | 20,20 | 2006 | 4,17 | 2006 |
| Spanyolország | 322,11 | 2003 | 53,71 | 2006 | 91,98 | 2006 |
| Svájc | 396,64 | 2006 | 52,96 | 2006 | 58,77 | 2006 |
| Svédország | 324,57 | 2004 | 152,12 | 1997 | 59,93 | 2000 |
| Szlovákia | 313,25 | 2004 | 45,33 | 2004 | 48,97 | 2004 |
| Szlovénia | 236,02 | 2005 | 59,87 | 2005 | 45,22 | 2005 |
| EU-27 átlaga | 315,22 | 2006 | 62,03 | 2006 | 72,48 | 2005 |

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)
 Health for All Data Base European Region,
 World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: July 2008

A szakdolgozói ellátottságban is jelentős területi eltérések figyelhetők meg. Nógrád megyében a vizsgált időszakban nem éri el az országos átlagot sem a tervezett, sem a betöltött szakdolgozói állások száma. 2007-ben százezer lakosra vetítve jóval kevesebb (835 fő) egészségügyi szakdolgozó működött, mint országosan (országosan 975,6 fő).

A megyében ez az alacsony szakdolgozó/százezer lakos arány elsősorban a finanszírozással, a forráshiánnyal hozható összefüggésbe. Nógrád megye munkaerő kínálata több szakdolgozó visszapótlását, foglalkoztatását is biztosítaná.

3.6. Egészségfejlesztés és egészségmagatartás

Az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, valamint az egészség védelme⁴⁴. Közös feladatunk az egészségnek, mint értéknek a közvetítése valamennyi korosztály számára, illetve az egészségtudat erősítése lehetőség szerint minél több program megvalósításával.

3.6.1. A Nemzeti Népegészségügyi Program

A Nemzeti Népegészségügyi Program célkitűzése a lakosság egészségi állapotának javítása, és az egészségért történő helyi és nemzeti összefogás feltételeinek megteremtése. A program fő jellemzője az interszektoralitás, a társadalom különböző csoportjainak (közösségek, civil szervezetek, magánszektor, önkormányzatok, központi államigazgatás) együttműködése az egészségért. A Nemzeti Népegészségügyi Program fő alkotóelemei: az egészséges ifjúság érdekében indított megelőző programok, az idősek egészségi állapotának javítását szolgáló intézkedések, a szív- és érrendszeri megbetegedések- és halálozások visszaszorítása, a daganatos betegségek megelőzése és szűrésének szervezése, a lelki egészségvédelem, a környezet-egészségügy, a mozgásszervi megbetegedések gyógyítása.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete legfőbb tevékenységének tartja a közreműködést a Nemzeti Népegészségügyi Program minél szélesebb szakmai és lakossági körökben történő megvalósításában.

A daganatok és a szív-, érrendszeri megbetegedések közös rizikótényezőinek csökkentése érdekében szerveződtek az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást, fittséget népszerűsítő és a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos programok. Rendszeresek a szenvedélybetegségek, valamint az AIDS terjedésének megelőzésére megrendezett tanácsadások, vetélkedők és – az anonim szűrést is biztosító – „Nyílt napok”.

⁴⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 37. § (1).

A Népegészségügyi Program céljainak megvalósulása érdekében az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete folyamatos kommunikációs kapcsolatot tart a megye civilszervezeteivel. Növekszik azon civil szervezetek száma, amelyek résztvesznek a színtérprogramok megvalósításában.

3.6.2. Szervezett lakossági szűrések

Magyarországon és Nógrád megyében is, a halálozásban második helyen a daganatos betegségek állnak. A daganatos halálozások csökkentése legeredményesebben a korai felismerés és a korai kezelés alkalmazásával lehetséges. A korai felismerés a veszélyeztetett korban lévő panasz és tünetmentes személyek epidemiológiailag bizonyított, szakmailag indokolt gyakorisággal történő szervezett szűrése. Hazánkban erre szolgál a népegészségügyi szűrőprogram. A bizonyítottan hatásos szűrővizsgálatok az emlőrák, méhnyakrák és a vastagbélrák okozta halálozás csökkentésére alkalmazhatóak. A daganatos megbetegedésekben nőknél első helyen az emlőrák áll. Az emlőrákban elhunytak 30%-a a 40-59 éves korosztályt érinti. Ezek az adatok meggyőzték a döntéshozókat arról, hogy a halálozás csökkentése, az egészség megőrzése népegészségügyi probléma, és ezért mindent el kell követni azért, hogy ezen a területen elmozdulás történjen. Az emlődaganatok szűréssel igen korai stádiumban felfedezhetők, így a kiszűrtek jelentős arányban gyógyíthatók.

Az országosan szervezett *emlőszűrés 2001-ben indult. Célja*, az emlőrák korai felismerése, gyógyítása, az emlőrákban meghaltak számának csökkentése. Az emlőszűrés indításakor Nógrád megyében mammográfiás szűrési központ nem volt, ezért a nők egy részét – Balassagyarmat, Rétság, Szécsény térségéből – a Pest megyei Váci Mellközpontba irányították. A megye többi részének nőlakosait Heves megyébe küldték volna, de az érintettek ezt visszautasították a közlekedési viszonyok és az útiköltség térítés hiánya miatt. A salgótarjáni szűrőközpontban 2003 áprilisában indult meg a célzott lakossági emlőszűrés, de akkor is technikai problémákkal. A szűrés a diagnosztikai vizsgálatokat is ellátó egyetlen gépen történt, amely bemelegedett, nem bírta a nagyszámú vizsgálatokat.

Nógrád megye 45-65 év közötti női lakosságának emlőszűrése jelenleg két szűrőközpontban, a Salgótarjáni Komplex Mammográfiás Központban, valamint a Váci Mellközpontban folyik. A Váci Mellközpont a Pest megyei szűrőállomások közé tartozik, de Nógrád megyéből a rétsági kistérség 45-65 év közötti nőlakosainak szűrése is itt

történik, mert a könnyebb megközelíthetőség miatt a térség települései továbbra is ragaszkodnak a központhoz (KAJTOR E. 2002).

A szűrési megjelenés: 2003-ban 60%; 2004-ben 51%; 2005-ben 35%; 2006-ban 41%; 2007-ben 48 % körül alakult. A megjelenési arány nem éri el a régió átlagát (Észak-Magyarország: 2006-ban 47,2%; 2007-ben 49,8%).

A méhnyakrák szűrést országosan 2003. szeptember 29-től vezették be a 25-65 év közötti nőlakosságot érintően. Nógrád megyében a Szent Lázár Megyei Kórházban egy akkreditált citológiai laboratórium működik. Szűrés folyik a megyében minden kórházban, szakrendelésen és magánrendelésen. 2006. júniusában indult el a LILIOM II. program. Ennek keretében közel 8 000 nő kapta meg behívólevelét a szervezett lakossági méhnyakszűrésre. 2006-ban 5,3% és 2007-ben már 8,1% volt a részvételi arány.

3.6.3. Egyéb prevenciók és egészségfejlesztő programok

A nógrádi irányított betegellátási rendszer színvonalas prevenciók és egészségfejlesztő programjait a lakosság érdeklődéssel fogadta. Az egészségfejlesztő programok az egészséghez való viszony pozitív irányba történő befolyásolását, az egészségtudatosság kialakítását, erősítését, az egészségmegőrző tevékenység- és viselkedésformák elsajátításának támogatását, egyfajta életmód-változtatásra való ösztönzést célozták meg. A nógrádi irányított betegellátási rendszer prevenciók és egészségfejlesztő programjait részletesen az 5.3 és az 5.4. fejezet tartalmazza.

3.6.4. Egészségmagatartás

Az egészségmagatartás magában foglalja mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához⁴⁵. A rendszerváltás óta több kérdőíves megkérdezés zajlott az egészségi állapot témakörében. A legátfogóbb kutatások az Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF2000; OLEF2003) voltak. Az OLEF2003 eredményei szerint a lakosság többsége úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet a saját egészségéért (a nők több mint kétharmada és a férfiak háromnegyede).

⁴⁵ Gochman DS (ed) Handbook of Health Behavior Research. Plenum Press New York: 1997.

2000-hez képest megnőtt azok aránya, akik szerint inkább rajtuk kívül álló okok befolyásolják az egészségüket. Jónak vagy nagyon jónak ítélte egészségi állapotát a férfiak fele, a nők 41%-a. A magyar lakosság körében háromszor annyian vélik egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mint az Európai Unió lakosságának átlaga⁴⁶.

Az Egészségügyi Világszervezet 2002-es jelentése felhívja a figyelmet arra, hogy a viszonylag kisszámú, megelőzhető kockázati tényező aránytalanul nagymértékben tehető felelőssé a betegségterhek növekedéséért és a korai halálozások magas számáért. A fejlett országokban az összes betegségteher több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye⁴⁷.

A dohányzás – mint az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező – nagymértékben hozzájárul a halálozások magas számához. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a világban bekövetkezett halálozások 8,8%-áért tehető felelőssé⁴⁸. A tüdőrák a férfiak esetében mintegy 90%-ban, a nők esetében 70%-ban a dohányzás következménye. A tüdőrákon kívül a dohányzás bizonyítottan oksági kapcsolatban áll még számos betegség kialakulásával. A rendszeresen dohányzók aránya a 18. életévüket betöltötték között Észak-Magyarországon mindkét nem vonatkozásában emelkedett és vezető helyet foglal el. 2000-ben: férfiak 38,7; nők 39,9%-a, 2003-ban: férfiak 23,4; nők 27,5%-a. Kiemelkedően itt a legmagasabb – a régiók között – a dohányzó nők aránya, a férfiakat megelőzi az Észak-Alföld férfi lakossága⁴⁹.

Az alkoholfogyasztás mértéktelen, túlzott mennyisége is növeli az egyes betegségek gyakoriságát és a korai halálozások számát. 1999-ben a 35-64 év közötti férfiak körében bekövetkezett korai halálozások közül minden negyedik a túlzott alkoholfogyasztással volt kapcsolatos⁵⁰. Az OLEF2003-ban a bevallott alkoholmennyiségek alapján a nők 3%-a, a férfiak 18%-a volt nagyívónak tekinthető.

A túlsúly és az elhízás világszerte egyre nagyobb problémát okoz. A vizsgált időszakban Észak-Magyarországon csökkent a háztartásban fogyasztott zöldség és gyümölcs egy főre jutó éves mennyisége.

⁴⁶ Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003, Gyorsjelentés a döntéshozóknak. Országos Epidemiológiai Központ, pp. 11. <http://www.oszmk.hu/>

⁴⁷ World Health Organisation: The World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/>

⁴⁸ World Health Organisation: The World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/>

⁴⁹: A társadalmi haladás mutatószámrendszere, KSH, 2009 <http://www.ksh.hu>

⁵⁰ Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999. KSH, 2003

2007-ben Észak-Magyarországon volt a legalacsonyabb a zöldség 48,7 kg (országosan 52,5 kg) és a gyümölcsfogyasztás 39,1 kg (országosan 44,9 kg) éves mennyiség egy főre⁵¹.

A testmozgás az egyik legjelentősebb preventív egészségmagatartási tényező. Az OLEF2003 szerint egyáltalán nem végez testmozgást a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a). Túlsúlyos vagy elhízott a nőknek csaknem fele, a férfiaknak pedig több mint fele.

Az egészségmagatartásra vonatkozóan országos és régiós adatok ismertek. Az OLEF2003 megállapítása szerint az egészségtudatosság magasabb a fiatalok, az iskolázottabbak, a jobb anyagi körülmények között élők és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők körében. Mindezek alapján a nógrádi lakosság egészségtudatossága általánosságban alacsony szintűnek ítélné meg.

3.7. Összegzés

Nógrád megye lakossága fogy és öregszik. Lakosságának a születéskor várható élettartama nem éri el az országos átlagot. A megyében a férfiak több mint 9 évvel kevesebb élettartamra számíthatnak, mint a női lakosság. A községekben a férfiak és a nők mutatói között még nagyobb különbség mérhető a városokban élőkhez képest, amely megközelíti a 10 évet. A korai halálozást jellemző összesített standardizált mutató – az elvesztett életévek száma százezer főre – 2007-ben a megyében hét százalékkal meghaladta az országos szintet. Az egészségesen várható élettartam az 55 éves korban és a 35 éves korban számított értékek aránya alapján Nógrádban az utolsó negyedik legrosszabb (Komárom-Esztergom, Somogy és Zala után)⁵². Ezekben a megyékben az egészségi kilátások jelentős romlása várható az öregedés folyamán, a többi megyéhez viszonyítva.

A csecsemőhalálozás tekintetében a vizsgált időszakban Nógrád az országos összehasonlításban kedvező képet mutatott. Az 1-64 éves korosztály halálozása esetében viszont a legrosszabb pozíciót foglalta el. A két vezető halálok vonatkozásában az országossal megegyező sorrendet és hasonló arányokat tapasztalhatunk. A megoszlási adatok alapján elmondható, hogy Nógrádban a keringési betegségek viszonylag jelentősebb szerepet játszanak a halálozási statisztikában. Ezen túlmenően a légzőszervi megbetegedések okozta halálozásokból az országos adatokhoz képest 2007-ben is kiugró

⁵¹ A társadalmi haladás mutatószámrendszere, KSH, 2009. <http://www.ksh.hu>

⁵² Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére (FARAGÓ M. 2007).

betegség-specifikus mortalitási ráta adódott. A halálozások alakulásában megnyilvánuló területi egyenlőtlenség az ezredfordulón mutatta a legnagyobb értéket.

Nógrád mortalitási helyzetében ez a kedvezőtlen térségi trend az ezredforduló óta – ingadozásokkal ugyan – továbbra is folytatódik.

A megye morbiditását elsősorban az alapellátási forrásokból ismerhetjük meg. A 18 év alatti korcsoportban a legnagyobb súllyal szereplő betegségek az asthma és a deformáló hátgerinc elváltozásai a fiúknál, valamint a vérképző szervek betegségei és ugyancsak a deformáló hátgerinc elváltozásai a lányoknál. A felnőtt korosztályokban a megyei és az országos helyzet nagyon hasonló a legfontosabb betegségek vonatkozásában. A férfiaknál és a nőknél egyaránt az első három helyen a magasvérnyomás-betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, valamint a spondylopathiák⁵³ találhatóak.

Az egészségügyi ellátórendszer működését a személyi és a tárgyi feltételek határozzák meg. Az ellátandó lakosság mutatószáma, valamint az egy háziiorvosra és az egy házi gyermekorvosra jutó megjelentek és meglátogatottak száma Nógrádban meghaladja az országos átlagot. A megyében a fekvőbeteg ellátás három kórház 33 osztályán 902 aktív, és 572 krónikus kórházi ágy kapacitással működik. A járóbeteg-szakellátás kapacitása az országos átlag alatti, a második legkisebb megyei értékkel. A kvalifikált humánerőforrás biztosítása a megye egyik legnagyobb problémája. Ennek következményeképpen az orvosellátottság nagymértékben elmarad a hazai átlagtól.

Nógrád megyének szinte valamennyi egészségi állapot mutatója kedvezőtlen. Ezért van fontos szerepe a prevenciónak, az egészségfejlesztésnek, az egészségtudatosság és az egészségmagatartás javításának (KAJTOR E. 2007a).

⁵³ BNO-10-13-A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása szerint.

4. Nógrád megye természeti- társadalmi környezetének viszonyai

A lakosság egészségi állapotát döntően az életmódbeli tényezők befolyásolják, amelyeket közvetlenül és közvetetten több társadalmi faktor alakít. Az életmódnál kisebb szerepet játszanak a környezeti tényezők, azonban ezek jelentősége sem lebecsülhető. Ezért fontosnak tartottam bemutatni minden olyan térségi jellemzőt, amely Nógrád megye lakosainak egészségi állapotára hatással lehet. A szakirodalom áttekintése és az egészségügyi jelenségek tanulmányozása után a következtetések megalapozásához a *4. fejezetben* a megye lakosságának életvitelére hatást gyakorló természeti és társadalmi komponenseket vizsgálom. Ezek: a földrajzi adottságok, a cigány népesség aránya, a településszerkezet, a gazdasági fejlettség, az infrastruktúra, a munkanélküliség, a jövedelmi viszonyok, a szociális körülmények, a lakáshelyzet, a fogyasztás, a jólét, a népesség iskolázottsága és a kistérségek fejlettségi különbségei.

A mai Nógrád helyzetét jelentősen meghatározta a történeti múltból a szén felfedezése és a trianoni országhatár módosítása.

4.1. Történelmi múlt

„...nincs még egy szeglete a világnak, ahol annyira nyilvánvaló lenne, mint itt, a hegyes-völgyes nógrádi tájon, hogy földünkön szétválaszthatatlanul egybeépült a természet, az emberi munka és a történelem.” (R. VÁRKONYI Á. 1982. p. 3.)

A megye névadója Nógrád vára, melynek eredeti alakja a 13. századbeli oklevelek szerint a szláv eredetű Novigrád. Szent István negyvenöt királyi uradalomra osztotta az egyes uradalmakat, amelyek középpontjává rendszerint a már meglévő várakat tette. Ezeket a várakat királyi váraknak jelölte ki. Ilyen vár volt Nógrád is, amelyről Anonymus is megemlékezett. Az uradalmak határát megyének nevezték, és ezt a nevet az illető vár nevével hozták kapcsolatba (BOROVSKY S. é.n.), (KRISTÓ GY. 1988). A honfoglaló magyarok megérkezésekor Nógrád vára már állt, és az Észak felé irányuló sókereskedelem útját biztosította (MOCSÁRY A. 1826). A mai Nógrád területét Árpád vezér a vele érkező törzsfők birtokába adta. Így jelent meg itt a Gyarmat, a Jenő, a Keszi, a Tarján nemzetség, akiknek a nevét jó néhány település a mai napig őrzi. A megye területileg és egyházjogilag is két részből állt. Északi része az esztergomi érsekség, déli része a váci püspökség irányításával működött (BOROVSKY S. é.n.), (KRISTÓ GY. 1988).

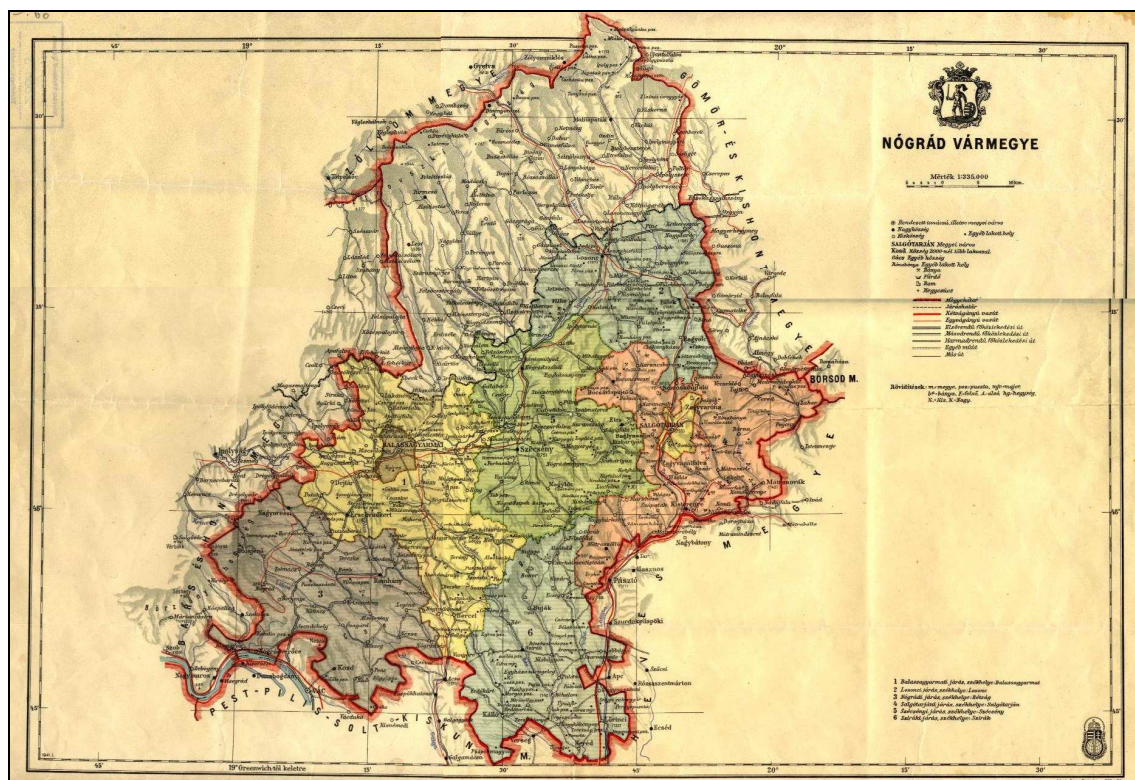
A középkorban Nógrádban negyvenkét vár állott, ezek egy része királyi, a többi földesúri magánvár volt. A török időkben Buda és a felvidék védelme miatti állandó várharcoktól, a pusztító járványoktól sokat szenvedett és lélekszámában jelentősen megfogyatkozott a vármegye lakossága. Az elhagyott, elnéptelenedett falvak, városok újraépítését követően az ország életét újjászervező politikai törekvések jelentős eseménye volt az 1705 évi Rákóczi által összehívott szécsényi országgyűlés.

Az 1700-as évek első harmadából származnak azok az információk, amelyek a felszínen kibúvó széntelegekről szólnak (RADVÁNYI F. 1727). *Bél* 1742-ben az önmagától meggyulladt földről tudósít (BÉL M. 1742). Az első dokumentált adat 1767-ből maradt ránk. A *Pressburger Zeitung* egyik Nagyszombatból keletkezett cikke közölte, hogy a Salgó hegyen szén található (KLEIN M. 1778). A bányászat sokirányú, kedvező és kedvezőtlen környezeti hatásai ettől az időszaktól számíthatók. Az új nyersanyag, a szén felfedezése fontos, a megye gazdaságát a későbbi iparosodás útján elindító esemény volt. Az 1848-as forradalmat követő 1867-es kiegyezés jelentős változásokat eredményezett a megye kistelepülésszerkezetében. Losonc, Fülek, Salgótarján és Balassagyarmat elindult a haladás útján. A Salgótarjánt a fővárossal összekötő „szénvasút” építése dinamikus fejlődést indított el (ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002). Osztrák tőkeérdekeltséggel hatalmas vállalkozások jöttek létre: a 19.-20. század fordulója előtt egyedülálló bányavállalat a Salgótarjáni Kőszénbánya Rt. és az ország legnagyobb vasműve a Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Rt. (BEREND I. – RÁNKI GY. 1955). A nógrádi kőszén a dualizmus időszakában lett a regionális fejlődés egyik tényezője (ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002).

Az első világháborút megelőző időszakban mind a gazdálkodásban, mind az ipari fejlődésben jelentős fordulat következett be. Losonc, Fülek, Salgótarján és Balassagyarmat új fejlődési irányba indult. A vasútépítés, a szén, a vas- és az üvegipar meghonosodása előrevetítette a megye közigazgatási és gazdasági szerkezetének átalakulását. A megye népessége jelentősen megnövekedett, a kialakuló iparmedencékben fekvő települések lélekszáma megtöbbszöröződött. A bányák, az üzemek kialakulása megváltoztatta a népesség foglalkoztatási- és településszerkezetét is (SZVIRCSEK F. 1998, 2000).

Az 1920. június 4-én aláírt trianoni békeszerződés következtében az ország területének 71%-a, a népesség 64%-a – a magyar anyanyelvűek 33%-a – került a Trianon utáni határokon kívülre⁵⁴.

⁵⁴ Az adatok forrása: Magyar Statisztikai Zsebkönyv, 1937. M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal, „Pátria” Irodalmi vállalat és nyomdai Rt. pp. 22-26.



44. ábra. Nógrád Vármegye térképe a trianoni békeszerződés előtt
 Forrás: Nógrád megye Önkormányzata

A trianoni békeszerződés Nógrád megyét is fájdalmasan érintette. 1920-ban a vármegye északi részét, 42,3%-át, összesen 117 települést – köztük a komoly fejlődésen keresztülment Losoncot – Csehszlovákiához csatolták (44. ábra). Mindez nem csak a családok és rokonok szétszakadását, hanem a hagyományos kereskedelmi útvonalak megsemmisülését, az egymás termékeit, szolgáltatásait igénybe vevő és használó ipari üzemek kapcsolatainak széttűzését is előidézte. A trianoni békeszerződés következtében a gazdaságfejlődés terei szétdarabolódtak. Az új országhatárok szétzilálták a földrajzi munkamegosztás kialakult rendjét, a közlekedési hálózatokat, a vonzaskörzet-rendszert, az ország gazdaságát (ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002).

A legnagyobb magyar vasipari kombinátot, a Rimamurányi Vasművet az új határ elvágta a gömri vasérctelepeitől, és csak 1921-ben kezdődtek tárgyalások a Csehszlovák területre eső ércbányákról (BEREND I. – RÁNKI GY. 1966). Trianon után az eredeti központjaiktól elválasztott kistérségek határ menti területekké váltak, fejlődésük hosszabb távon visszamaradt.

A gazdasági problémák, majd a gazdasági válság komoly szociális feszültségeket okozott. A nehéz anyagi körülmények, az életszínvonalbeli romlás miatt következett be az 1930. április 12-i bányásztüntetés Salgótarjánban.

A dinamikus fejlődés a két világháború között megtorpant, majd azt követően a salgótarjáni iparmedence erőteljes fejlődésével újra megindult. A szénbányászat fellendülésével, a nehézipar kialakulásával a gazdasági élet központja fokozatosan Salgótarján lett. 1950-ben a megye területrendezése során a megyeszékhelyet Balassagyarmatról Salgótarjánba helyezték (ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002).

Nógrád történetének gyásznapja december 8-a. Az 1956-os forradalom után, e napon Salgótarjánban sortüzet nyitottak a tüntetőkre a visszarendeződő hatalom képviselői.

A fejlett mezőgazdasági és ipari kultúrával rendelkező Nógrád gazdaságában a 20. században lett meghatározó az ipar, és alakultak ki annak tradicionális ágai: a szénbányászat, a kohászat, a fémfeldolgozás, a gépipar, az üvegipar és a kerámiaipar. A Salgótarjáni-medencében a szénbányászat 1964-ben érte el a csúcspontját. Ekkor az ország széntermelésének 12,2 százalékát adta (VARGA J. 1981). A meglévő üzemek mellé a hatvanas években tizennégy újabb üzem és gyár épült.

A szénbányászat visszafejlesztése legnagyobb mértékben a salgótarjáni, közvetve a szécsényi és a pásztói járást érintette. A salgótarjáni járásban – a különböző ipari üzemek telepítésének ellenére – 1965-1970 között 2 700 fővel csökkent a foglalkoztatottak száma (VARGA J. 1981). 1990-től a jellemzően a nehéziparra alapuló gazdaságban először a bányák visszafejlesztése és bezárása, később pedig az ipari üzemek leépülése okozott munkahelyi, megélhetési problémákat a térségben.

A festői szépségű nógrádi tájat az itt élők *Mikszáth* nyomán büszke öntudattal nevezik Palóccországnak. A palócság létének megismertetésében, hírnevének megalapozásában elévülhetetlen érdemeket szerzett Mikszáth írói munkásságával. Elsősorban az 1881-ben megjelent novelláskötetével, amelynek „*A jó palócok*” címet adta. Nem győzte eleget becézni ezt a tájat, ahol bölcsője ringott, és amely egész életre szólóan ellátta soha ki nem merülő témagazdagsággal. „*Óh kedves virágai a palócföldnek! A tündérgert se szebb talán, a kelet gyöngyei sem bájolóbbak, mint a ti borókabogyóitok.*” (MIKSZÁTH K. 1987: Utazás Palóccországnak. p. 41.)

A megye területén a lakosság nem teljes mértékben tekinthető palócnak. Ebben a régióban e népcsoport karakterisztikus hagyomány- és szokásrendszere, kulturális értékrendje több tekintetben meghatározónak minősül. Az egész Palócföld legfontosabb kulturális központja Balassagyarmat.

A „*Palócföld a néprajzi irodalom nyomán kialakult fiktív tájfogalom, amellyel Hont, Nógrád, Heves, Borsod, Gömör történeti megyék földjét, a hipotetikus palócnak, palóc*

jellegűnek tekintett népesség lakhelyét jelöli a néprajzi irodalom.”⁵⁵ (MANGA J. 1979. 29.)
„Az itt élő, palócoknak vélt népesség általános néprajzi és nyelvjárási sajátosságai azonban a feltételezettnél nagyobb táji egységre, szinte az egész Felső-Mo.-ra (más néven Felföldre) jellemzőek.” (KRISTÓ GY. főszerk. 1994. p. 523.)

Nógrád megye természeti adottságokkal rendelkező, műemlékekben gazdag, történeti értékeire és hagyományaira büszke, jellemzően hegyes-dombos vidék. A festői hegyvidékeken történelmi várromok emlékeztetnek a múltra (Buják, Hollókő, Salgó, Szanda, Drégely, Nógrád, Somoskő). „...várak omladékai szomorúan emlékeztetnek bennünket azon szerentsétlen időkre, melyekben vitéz eleink véreket öntötték Hazájokért, Királyokért, és kedves maradékaik békességes megmaradásáért” – írja a megye első monográfusa (MOCSÁRY A. 1826. III. p. 1.)

A megye földrajzi arculata a honfoglalás óta napjainkra jelentősen megváltozott. A népszaporulat a gyéren lakott területeken új falvakat, új városokat teremtett, míg mások az örök enyészetté váltak. Az emberi beavatkozás eredményeképpen az erdők ősi fái megritkultak, eltűntek, a folyók szabályozása pedig nagy hatással volt az élőlények világára.

A természet-társadalom kölcsönhatásának erősödése és kiegyensúlyozottsága révén kialakult egy új földrajzi környezet (TÓTH J. 2002).

A hazai földrajztudományban egyre gyakoribb a természeti és a társadalmi- gazdasági folyamatok közötti kapcsolatok elemzése. A „Műhelyek” között talán a pécsiben folynak a legintenzívebb kutatások ebben a témakörben. Itt készült *Tóth professzor* kutatási eredményeként az un. *tetraéder modell*, amely a természeti és a társadalmi-gazdasági folyamatok egyes elemeinek kapcsolatát mutatja be (TÓTH J. 1981).

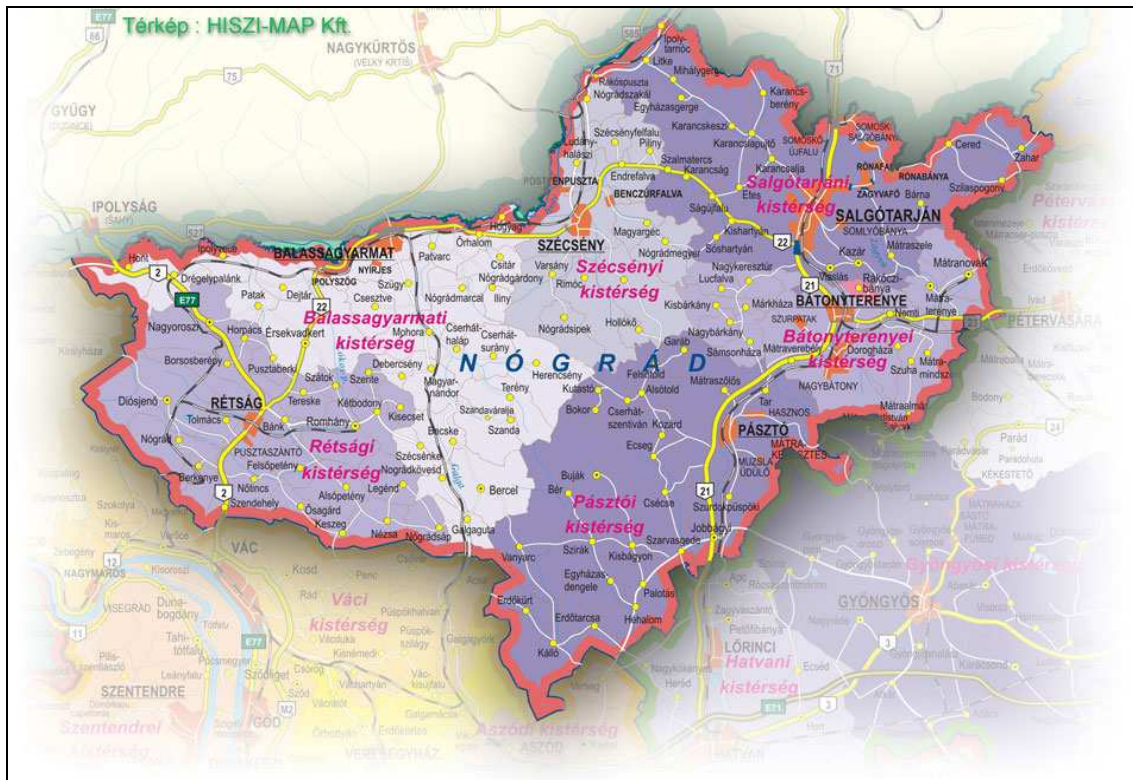
A „Műhelyben” végzett elemzések egyrészt a bányászat, másrészt a sajátos természeti környezet szerepét elemzik a települések fejlődésében (GYENIZSE P. 1998a; 1998b; 2001), (GYENIZSE P. – KOVÁCS B. 1999; 2000), (NAGYVÁRADY L. 1996; 1998a; 1998b; 1998c; 1999), (WILHELM Z. 1997a; 1997b; 2000), (WILHELM Z. – TÉSITS R. 1998).

A szénbányászat – mint az ország, és Nógrád megye gazdasági életében igen fontos funkciót betöltő termelési folyamat – megindulása óta változó mértékben hatott a természeti és társadalmi (urbanizációs és egészségügyi) folyamatokra. A szénbányászat említett folyamatokra gyakorolt hatásának dinamikája, azaz tér és időbeli változása volt (KAJTOR E. 2003a).

⁵⁵ KÓSA L. – FILEP A. 1978: A magyar nép táji-történeti tagolódása c. könyvének megállapításai, pp. 156-157.

4.2. Földrajzi adottságok

Nógrád megye Magyarország északi részén helyezkedik el. Kelet felől Borsod-Abaúj-Zemplén, Délkelet felől Heves, Délnyugat, Nyugat felől Pest megye, Északról pedig Szlovákia határolja. Megyeszékhelye és egyben legnagyobb lélekszámú települése Salgótarján. Budapest és a megyeszékhely távolsága 110 kilométer, de a megye egyes déli részei 30 kilométernél is közelebb fekszenek a fővároshoz. A megye területi fekvését illetően előnyös a főváros közelsége, hátrányt jelent viszont az, hogy a legfontosabb országos gazdasági útvonalak nem érintik, csupán szárnyvonalakkal kapcsolódik a jelentősebb vasúti, közúti forgalomba (45. ábra).



45. ábra. Nógrád megye térképe

Forrás: <http://www.nograd.hu/terkep.html>

Az ország északkeleti területének a fővároshoz legközelebb eső megyéje. Így elhelyezkedése alapján tartozhatna a Budapest környéki tágabb régióba, azonban a jelenlegi tervezési-statisztikai régiók kialakításakor az Észak-magyarországi régióba került. Nyugat- és Dél-Nógrád szívesebben csatlakozott volna Közép-Magyarországhoz, mivel az itt lakók sok szállal kötődnek a fővároshoz vagy annak környékéhez (KAJTOR E. 2002).

A régióközpont elérhetősége Nógrád egész területéről gondot okoz, főképp a pásztói, a balassagyarmati és a szécsényi kistérségekből.

Az Észak-magyarországi tervezési-statisztikai régiót három megye, Borsod-Abaúj-Zemplén (54%), Heves (27,1%) és Nógrád megye (18,9%) alkotja. A régió területét tekintve közepes méretű, az ország területének 14,4%-a. A régió mai három megyéje nyolc történeti vármegye (Nógrád, Heves, Gömör, Kishont, Abaúj, Torna, Borsod, Zemplén) Trianon utáni töredékeiből alakult ki a határok mentén.

Nógrád a 2 546 négyzetkilométerével, az ország területének 2,7 százalékával hazánk második legkisebb megyéje, csak Komárom-Esztergom kisebb nála.

Domborzata az Észak-magyarországi középhegységhez tartozik. A megye területének nagyobb része dombsági és középhegységi táj, melyet völgsíkok és medencék szabdálnak. Területén kapcsolódik egymáshoz a Börzsöny, a Cserhát és a Mátra. Északon önálló hegységet alkot a Karancs-Medves, melynek csúcsát gyakran burkolja felhő vagy ködtakaró és talán e jelenség miatt emlegetik „Palóc-Olimposzként”. *„Mint hajdan a görög az ő fellegekbe burkolt hókoronázta Olymposára, ilyesféle kegyelettel tekint a palóc is girbe-gurba hegyei és dombjai fölött kimagasló Karancs ormaira.”* (LASZ S. szerk. 1912. p. 194.) A táj igazi jellegét a megye területének túlnyomó részét elfoglaló Cserhát adja meg, mely hullámos dombvidék, hegységjelleg nélkül. Nógrád megyének nemcsak a domborzata, hanem a földtani felépítése is rendkívül változatos. A megye egész gazdaságát egykor meghatározó barnakőszén telepek az alsó és középső miocén alsó részében képződtek. Nógrád megye vízfolyásokban (forrásokban, apró patakokban) gazdag, állóvizekben viszont szegény terület.

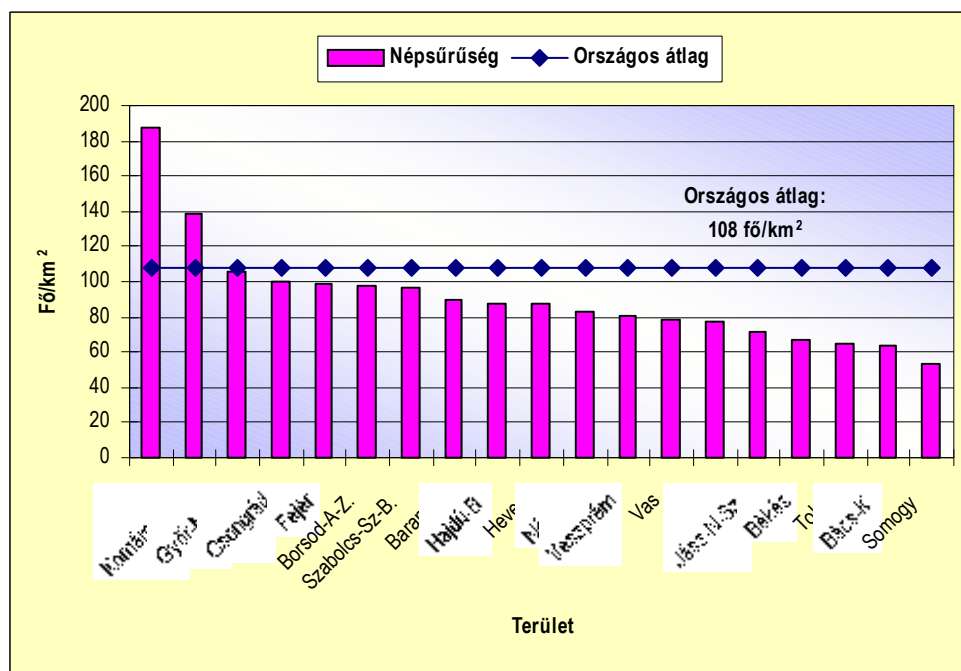
A megye területén a természetes növénytakaró majdnem mindenütt az erdő volt. Az eredetileg is gyenge minőségű erdőtalajon nem sikeres a mezőgazdasági művelés. A megyének 40%-a erdő, az ország erdeinek 18%-a Nógrádban van.

Az ember és a környezete dinamikus kölcsönhatásban áll egymással. A környezet állapotát, illetve minőségét a természeti környezeti adottságok, valamint a társadalmi-gazdasági viszonyok döntő mértékben meghatározzák. Az embert térben és időben változó fizikai, kémiai és biológiai hatások érik, amelyek közvetve vagy közvetlenül befolyásolhatják a lakosság egészségi állapotát.

A környezeti problémák és szennyeződések veszélyei életkilátásaink, jövőnk és egészségünk szempontjából ma már a hazai szakirodalomban is több publicitást kapnak. Az egészséges környezetnek preventív hatása van bizonyos betegségek kialakulására. Környezetünk tisztasága végső soron testi és szellemi jólétünk lételeme (EMBER I. 1991).

4.3. Nógrád megye népessége

Nógrád lakosság számát tekintve hazánk legkisebb lélekszámú megyéje. A megye népessége 1980-ban 240,3 ezer fő; 1990-ben 226,3 ezer fő; majd 2007. január 1-jén 214,8 ezer fő volt. Népsűrűsége alapján a megyék sorában a 9. helyen áll. Nógrád népsűrűsége 83 fő/km², ami kevesebb az országos átlagnál (108 fő/km²), (46. ábra).



46. ábra. Népsűrűség (Budapest nélkül), 2008. január 1.

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A Nógrádban élők többségének anyanyelve magyar, de nem elhanyagolható a szlovák és a német nemzetiségűek száma sem. Megyén belül a rétsági kistérségben élnek a legtöbben (szlovák 42,2%; német 68,4%). Számottevő etnikai kisebbséget alkot a cigányság. Körükben a munkanélküliség nagyobb arányú. A betegség és a munkanélküliség között a tanulmányok kölcsönösségi viszonyt mutattak ki (PUPORKA L. – ZÁDORI ZS. 1998).

A nemzetiségek, az etnikai csoportok lélekszáma megállapításának szinte kizárólagos forrását a népszámlálások jelentik. A témával foglalkozó szakember véleménye szerint a népszámlálási adatok jóval a tényleges adatok alatt lehetnek. A cigányság számarányára és térbeli elhelyezkedésére pontos adatok nem ismertek. A népszámlálás és az egyéb módszertani feltárások alapján kiemelkedően magas az arányuk Észak-Magyarországon.

Ebben a régióban él az ország cigánylakosságának több mint egyharmada (18. táblázat), (47. ábra).

18. táblázat. A cigányok száma és aránya Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban

| Területi egység | CIKOBÍ Összeírás* | | 1990. évi népszámlálás | | 1992. évi becslés | | 2001. évi népszámlálás | |
|----------------------|-------------------|------------|------------------------|------------|-------------------|-------------|------------------------|------------|
| | száma (fő) | aránya (%) | száma (fő) | aránya (%) | száma (fő) | aránya (%) | száma (fő) | aránya (%) |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 74 155 | 9,3 | 31 997 | 4,2 | 81 149 | 10,8 | 45 525 | 6,1 |
| Heves | 19 050 | 5,5 | 8 474 | 2,5 | 24 913 | 7,6 | 12 095 | 3,7 |
| Nógrád | 19 131 | 8,1 | 7 280 | 3,2 | 22 728 | 10,3 | 9 209 | 4,2 |
| Észak-Magyarország | 112 336 | | 47 751 | | 128 790 | | 66 829 | 5,2 |
| Magyarország | 356 638 | 4,2 | 164 406 | 1,6 | 461 389 | 4,5 | 190 046 | 1,9 |

Forrás: KSH Népszámlálási adatok, 2001. Cigánynépesség Magyarországon; Kertesi G-Kézdi G. 1998 (* CIKOBÍ összeírás: Magyarország adatsora Budapest nélkül).

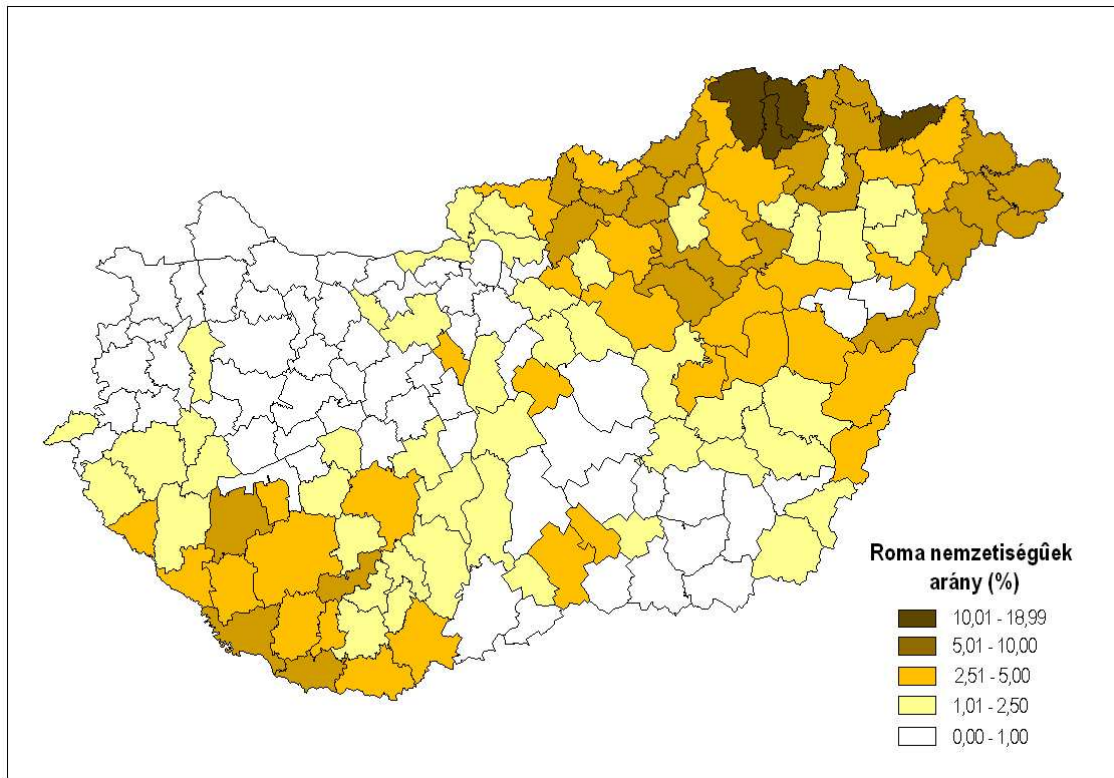
A cigányságot érintő kutatások már jelezték, hogy a megye egyike azon térségeknek, ahol a legmagasabb a roma lakosság aránya. A '80-as években a CIKOBÍ⁵⁶ által készített szociológiai összeírás adatai szerint a megyén belüli arányuk 8,1%, az 1992. évi becslés alapján 10,3%, (az országos 4,5%) (KERTESI G. – KÉZDI G. 1998), (18. táblázat).

A cigányság becsült száma a városokban a legtöbb: Salgótarjánban 3 982 fő; Bátonyterenyén 1 919 fő; Balassagyarmaton 909 fő; Pásztón 416 fő; Rétság 205 fő; Szécsényben 248 fő (KERTESI G. – KÉZDI G. 1998).

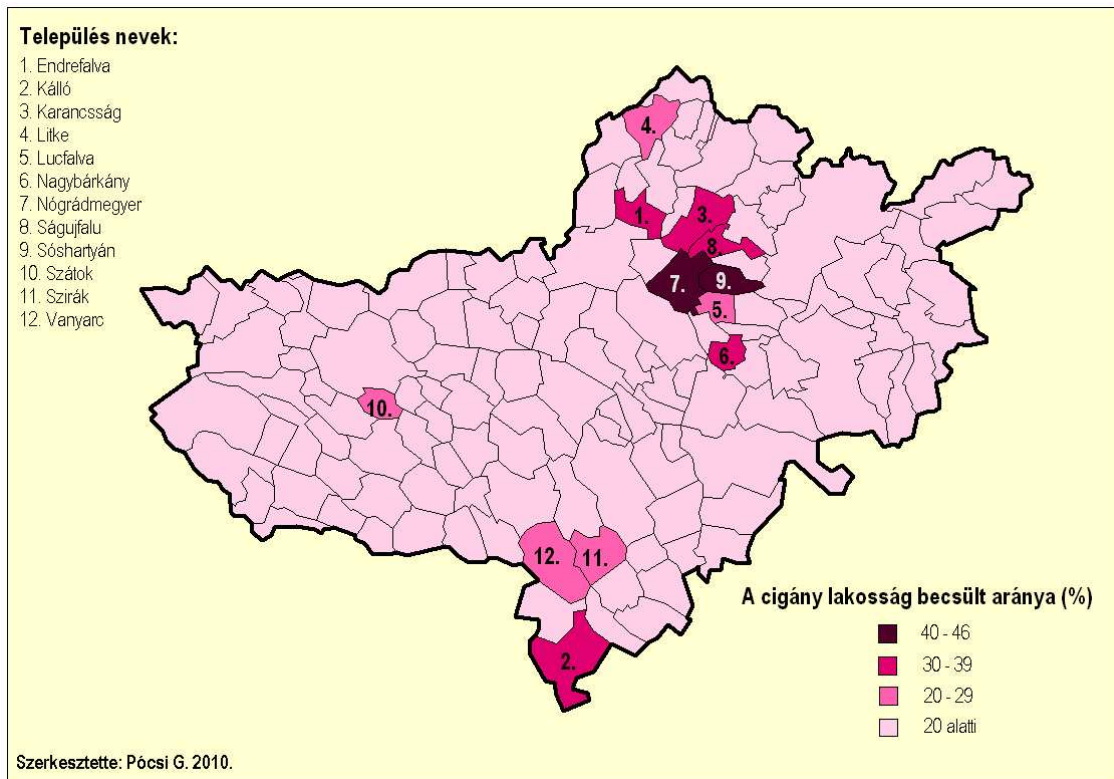
A cigány népesség aránya Nógrád megye valamennyi kistérségében meghaladja az országos átlagot. Legnagyobb az eloszlásuk a bátonyterenyei, a pásztói és a szécsényi kistérségekben. A legkisebb a rétsági kistérségben, amely közelít az országos arányhoz.

Az aprófalvakban átlagosan tíz-húsz százalékos a romák szóródása, de észak felé haladva ez növekszik, és helyenként megközelíti az ötven százalékot. Községbokrok, ahol a cigány népesség becsült aránya meghaladja a 20%-ot: Endrefalva (31,7%); Karancsság (36,8%); Kálló (35,2%); Litke (20,2%); Lucfalva (20,1%); Nagybárcány (31,3%); Nógrádmegyer (45%). Nógrádmegyerben nemcsak arányát tekintve, hanem számban is a legmagasabb a becsült cigány népesség (1 147 fő), (48. ábra).

⁵⁶ A '70-es és '80-as években a megyei tanácsok Cigányügyi Koordinációs Bizottságai (CIKOBÍ) bizonyos időszakonként bekérték a településenkénti cigány népességi adatokat a helyi tanácsoktól. Az adatok az 1984-1987. évi CIKOBÍ felmérésekből származnak.



47. ábra. Roma nemzetiségűek aránya, 2001
 (A népszámlálás alkalmából magukat cigány nemzetiségűnek vallók aránya)
 Forrás: Országos Területfejlesztési Konceptió, 2005, (VÁTI)



48. ábra. Községbokrok Nógrád megyében, ahol a cigány népesség becsült aránya meghaladja a 20%-ot (1992. évi becslés)
 Forrás: A cigány népesség Magyarországon, KERTESI G. – KÉZDI G. 1998, (terv. KAJTOR E.)

A roma népesség összlakosságon belüli aránya megyénként változó. A 2003-as adatok szerint Győr-Moson-Sopron, Csongrád, Fejér és Vas megyében a legalacsonyabb (3 százalék alatti). Az országos 5,6 százalékos arányt jóval meghaladva, 10 százalék feletti Szabolcs-Szatmár-Beregben, Borsod-Abaúj-Zemplénben és Nógrádban.

A kutatások alapján jelentős területi átrendeződések figyelhetők meg. Az 1980-as évek óta fokozatosan hátrébb szorul a sorrendben Szabolcs-Szatmár-Bereg. Korábban Borsod-Abaúj-Zemplénben, majd a Nógrádi térségben haladta meg a roma lakosság aránya a szabolcsi szintet. A három megye közül a leggyorsabb emelkedés Nógrádban mutatkozott. „...a roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma népesség.” Még fiatal a korösszetétele, még magas a termékenysége, még viszonylag magas a halandósága. Ezekből a jellemzőkből az következik, hogy a következő időszakban a résznépesség további jelentős létszámnövekedése várható.” (HABLICSEK L. 2007. pp. 50-51.)

4.4. Településszerkezet

A régió településszerkezetének történeti fejlődését elsősorban a folyóvölgyek, mint természetes közlekedési útvonalak alakították, itt sorakoznak a régió városai. A dombvidékeken jellegzetes aprófalvas településszerkezet formálódott. Az első települések a hegységek déli lejtőin és a völgynyílásokban alakultak ki. A magyarság térfoglalása a folyó-és patak völgyekben észak felé folytatódott (ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002).

19. táblázat. A települések száma és a városi népesség aránya Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2008. január 1.

| Területi egység | Települések száma | | | Városi népesség aránya, % | Városok számának aránya, % |
|------------------------|----------------------------|-------------|--------------|---------------------------|----------------------------|
| | Főváros, megyei jogú város | Többi város | Községek | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 1 | 24 | 333 | 57,0 | 7,0 |
| Heves | 1 | 8 | 112 | 45,4 | 7,4 |
| Nógrád | 1 | 5 | 125 | 41,8 | 4,6 |
| Észak-Magyarország | 3 | 37 | 570 | 51,5 | 6,6 |
| <i>Régiók minimuma</i> | 5 | 24 | 144 | 51,5 | 4,4 |
| <i>Régiók maximuma</i> | 3 | 61 | 626 | 84,2 | 16,5 |
| Magyarország | 24 | 274 | 2 854 | 67,7 | 9,5 |
| Megyék | 23 | 274 | 2 854 | 61,1 | 9,4 |

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megyét 1980-ban 130; 2000-ben 128 település alkotta. 2007-ben 131-re emelkedett a települések száma. A falvak a kis medencékben elég sűrűn követik egymást. A megyében a községek átlagos népessége nem éri el az ezer főt (979 fő), amely az országos átlagnak (1 136 fő) 86%-a. A 125 községből 32 törpefalu, 45 község apró falu. Az apró-és kislefalu aránya 58,8%. A Cserhát és a Karancs-Medves erősen tagolt hegyvidékein, a keskeny völgyekben zömében aprófalvak, és nagyrészt a Cserhát nyugati részén az 500 lakosnál nem népesebb törpefalvak helyezkednek el. A nagyobb települések a dombvidék alacsonyabban fekvő területein, a Nógrádi-medencében, az Ipoly mentén és a Zagyva völgyében alakultak ki. A települések 34,4%-át az apró falvak, 37,4%-át a kis- és nagyfalvak adják. Ebbe a település-kategóriába tartozik Rétság, a 3 009 fős lakónépességével. A megye népességének közel 60%-a ezen településcsoportokban él (20. táblázat), (49. ábra).

20. táblázat. Települések száma Nógrád megyében népességnagyság-kategóriák szerint, 2007 év végén

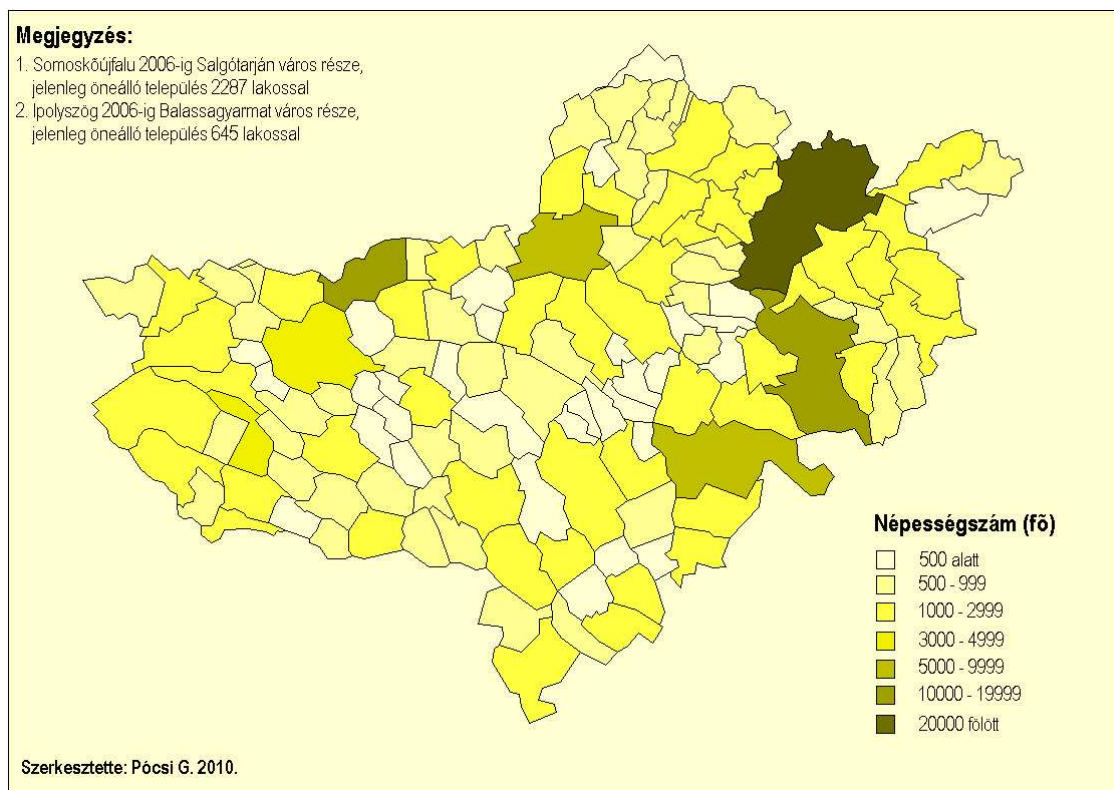
| Népességnagyságkategoría, településcsoport | Települések száma | Települések aránya % | A településcsoport lakossága a megye lakosságának %-ában |
|--|-------------------|----------------------|--|
| Salgótarján | 1 | 0,8 | 18,4 |
| ≥10 000 | 2 | 1,5 | 14,3 |
| 5 000-9 999 | 2 | 1,5 | 7,6 |
| 1 000-4 999 | 49 | 37,4 | 39,9 |
| 500- 999 | 45 | 34,4 | 15,4 |
| <500 | 32 | 24,4 | 4,4 |
| Nógrád megye | 131 | 100,0 | 100,0 |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A városok-községek aránya a megyében jelentősen eltér az országostól. Az egy városra jutó községek száma (20,8) több mint duplája a hazai átlagnak (9,6). Ez az arány is utal a megye településszerkezetének másik szembetűnő ismervére, a hiányos városrendszerre. A népesség mindössze 41,8%-a él a városokban. Országosan ez a hányad 67,7%. Salgótarjánban a lakosság 18,4%-a, valamint a megyében lévő többi öt – Balassagyarmat, Bátortereny, Pásztó, Rétság és Szécsény – városban lakik a népesség 23,4%-a. A megyének nincs igazi nagyvárosa. A megyeszékhely, Salgótarján is csak középváros (Szekszárd után az ország második legkisebb megyeszékhelye), melynek vonzása nem terjed ki a megye déli és nyugati településeire. Nógrád nyugati, délnyugati települései a

fővároshoz, Pest megyéhez, és kisebb részben Váchoz kötődnek. Ez a külső vonzás más megyék esetében is létezik, ennek mértéke azonban Nógrádban erősebb.

A tízezer főnél népesebb települések súlya rendkívül csekély, mindössze 2,3% – Balassagyarmat, Bányaterenye és Salgótarján – viszont itt él a megye népességének 32,7%-a (20. táblázat), (49. ábra).



49. ábra. Nógrád megye települései népességnagyság-kategóriák szerint

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A Nógrád megye településhálózatára az országosnál nagyobb településsűrűség jellemző. Országosan 3,4 település jut száz négyzetkilométerre, míg Nógrádban 5,1, így hazai viszonylatban sűrű elrendezésű térség.

4.5. Gazdasági környezet

Az évezred elejére Magyarország gazdasági és társadalmi térszerkezete, térségi és települési tagoltsága lényegesen megváltozott. Az új térszerkezetet a '90-es évek piaci alapú folyamatai, elsősorban a külföldi tőkebefektetésekre épülő gazdasági megújulás és a párhuzamosan jelen lévő válságjelenségek (munkanélküliség, jövedelemcsökkenés, a beruházások jelentős visszaesése) formálták.

Nagyterési, regionális léptékben erőteljes Nyugat-Kelet megosztottság alakult ki. Az ország legdinamikusabb, válságjegyekkel kevésbé érintett térsége a főváros mellett a Nyugat-Dunántúl, ezen belül is Győr-Moson-Sopron és Vas megye. A sorrend végén Északkelet-Magyarország található, a legalacsonyabb fejlettségű Szabolcs-Szatmár-Bereg, Nógrád és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékkel (FALUVÉGI A. 2004a).

4.5.1. Gazdasági fejlettség

A régió gazdasági fejlődéséről és a kihívásokról, amely előtt a gazdaság áll, átfogó alaposágú tanulmány készült „*Észak-Magyarország gazdasági helyzete, 1990-2001 adatok, tendenciák, elemzések*” címmel. A tanulmány főbb megállapításait összefoglalva az alábbi következtetések vonhatók le. Észak-Magyarország a 19. század végén és a 20. század elején meghatározó szerepet játszott az ország iparának, vasútépítésének és kereskedelmének fejlődésében. A régiót alkotó vármegyékben (Abaúj-Torna, Zemplén, Borsod, Gömör és Kishont, Heves, Nógrád és Hont) több, gyorsan fejlődő ipari központ és jelentős iparvállalat működött, amely nemcsak ezen országrész, de az egész ország gazdasági fejlődése motorjának számított. A 20. század végére az ipari leépülés következtében gyökeresen megváltozott a térség gazdaságának helyzete. A 21. század elején az Észak-magyarországi Régió több gazdasági mutató szerint is Magyarország elmaradott és lemaradó területeihez tartozik.

A tanulmány készítője arra a következtetésre jutott, hogy az elmúlt 25-30 évben a régió gazdasági fejlődését három egymástól független, de egymást felerősítő folyamat határozta meg.

Egyrészt a '80-as évek végétől a '90-es évek elejéig tartó, az ország egészének gazdasági- és társadalmi életére kiható transzformációs visszaesés. A régió mindhárom megyéjében hatásaiban talán erősebben is jelentkezett, mint az ország többi területein. Az iparleépülés már a '70-es évek végén megindult a térség nagy ipari centrumaiban, majd ez a tendencia csak kiteljesedett a '90-es években a gyárbezárásokkal és a *rozsdá-övezetek* létrejöttével.

Másrészt a folyamat az önkormányzatok elszegényedésével is együtt jár. Csökkennek az adóbevételeik, ami a szükséges fejlesztések elhalasztását eredményezi, és a közszolgáltatások színvonalának romlását is maga után vonja. Ez a helyzet újra nem kedvez a vállalkozások betelepülésének, és további menekülésre készíteti a szakképzettek (köztük a szakképzett fiatalok) újabb csoportjait is – és a kör bezárul.

A fentiek eredményeként a rozsdá övezet társadalmi- és munkaerő-piaci összetétele fokozatosan átalakul, és idővel egyre nehezebb lesz az itt élők, illetve az ide vándorlók elhelyezkedése, munkaerő-piaci reintegrációja. E folyamat addig tart, amíg létre nem hozza a szegények és a munkaerőpiacról tartósan kiszorulóknak szegregált övezeteit, amelyekben elérhető távolságon belül nincs semmilyen munkalehetőség.

A *harmadik folyamat* az ipar leépülése mellett a mezőgazdasági munkahelyek megszűnése. A mezőgazdaságban foglalkoztatottak száma 1988-2001 között nagyobb mértékben csökkent a régióban, mint országosan. Ez a jelenség különösen Nógrád megyére igaz. A faluról ingázók számára szinte egy időben szűntek meg a közeli városban, nagyobb községekben az ipari munkahelyek, és a falvakban, – ahol laktak – a termelőségvetkezetekben való elhelyezkedés lehetősége. Az iparleépülés gazdasági és társadalmi hatásai olyannyira mélyrehatóak lehetnek, hogy harminc, sőt negyven évre is meghatározhatja egy-egy, az iparleépüléstől sújtott körzet gazdasági lehetőségeit, illetve az ott élők életét (TÓT I. J. szerk. 2003).

A gazdaság növekedésének egyik fontos mutatója a GDP, a bruttó hazai termék. Ez a mutató a régiók, a megyék fejlettségének, gazdasági teljesítményének összemérésére és nemzetközi összehasonlításra egyaránt alkalmas. Minden más mutatónál jobban és komplexebben fejezi ki az ország egyes területeinek fejlettségében és a gazdasági teljesítményében megmutatkozó különbségeket. Észak-Magyarországon az egy főre jutó GDP az EU-27 átlagának százalékában 2006-ban 41,5% volt, (Nógrád 32,1%).

Nógrád megyében az egy főre jutó GDP 2000-ben a hazai átlag 54,5%-át képezte. Hat évvel később már annak felét sem érte el (49,8%), amely jól mutatja, hogy a területi különbség, a leszakadás 2006-ra tovább fokozódott (*21. táblázat*).

Az egy főre jutó GDP a megyék között 2006-ban is jelentős eltérést mutatott. Nógrád értéke a megyék átlagának 65,6%-a.

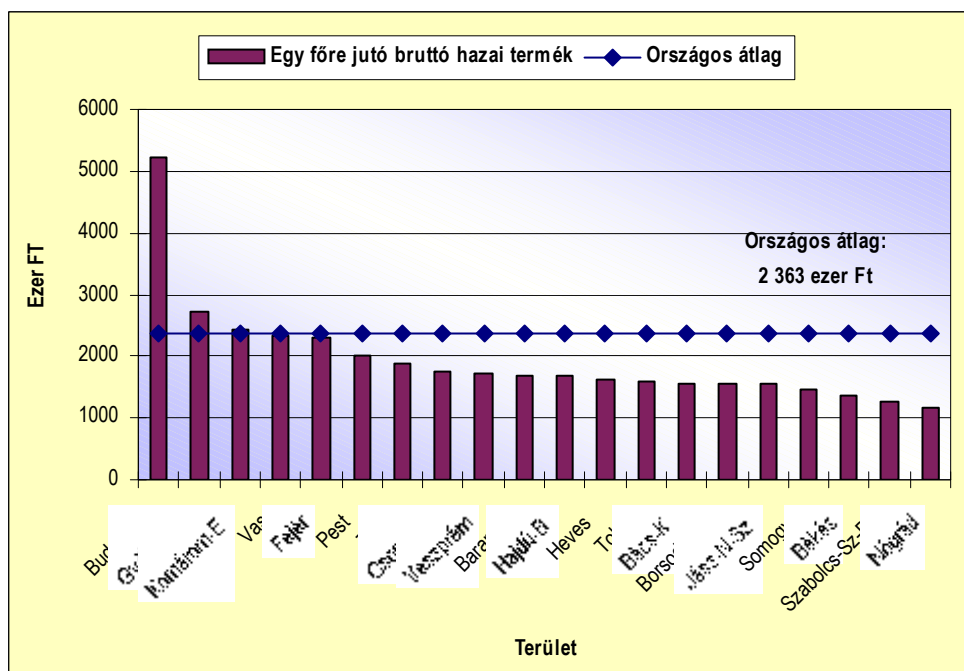
A fajlagos mutató Budapest után Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom és Vas megyékben a legnagyobb. Jól látható a nyugati országrész kedvező pozíciója, míg a sorrend végén a keleti országrész megyéi, az utolsó helyen Nógrád található. A gazdaságilag legfejlettebb Győr-Moson-Sopron és a legkevésbé fejlett Nógrád megye között az egy főre jutó GDP különbsége több mint kétszeres.

Budapesten az egy főre jutó GDP értéke 5 229 ezer Ft, amely a nógrádi érték közel ötszöröse. A fajlagos mutató alapján Nógrád az ezredfordulót követő valamennyi évben tartósan a legutolsó helyet foglalta el a megyék sorában (*50. ábra*).

21. táblázat. Az egy főre jutó bruttó hazai termék Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2000-2006

| Területi egység | Egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP), ezer Ft | | | | | | | Egy főre jutó GDP növekedése, 2000%-ában |
|----------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 851 | 925 | 1 039 | 1 164 | 1 371 | 1 499 | 1 563 | 183,7 |
| Heves | 946 | 1 087 | 1 224 | 1 359 | 1 523 | 1 528 | 1 626 | 171,9 |
| Nógrád | 722 | 816 | 909 | 1 002 | 1 116 | 1 105 | 1 169 | 161,9 |
| Észak- Magyarország | 853 | 947 | 1 064 | 1 186 | 1 366 | 1 439 | 1 512 | 177,3 |
| Régiók minimuma | 853 | 947 | 1 064 | 1 186 | 1 351 | 1 390 | 1 490 | 174,7 |
| Régiók maximuma | 2037 | 2 311 | 2 723 | 2 940 | 3 236 | 3 564 | 3 921 | 192,5 |
| Magyarország | 1 325 | 1 458 | 1 665 | 1 841 | 2 050 | 2 185 | 2 363 | 178,3 |
| Megyék | 1049 | 1148 | 1285 | 1448 | 1618 | 1685 | 1782 | 169,9 |

Forrás: KSH, Területi statisztikai évkönyv, 2007 (szerk. KAJTOR E.)



50. ábra. Egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP) terület szerint, 2006

Forrás: KSH, Területi statisztikai évkönyv, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Nógrád megyében 2006-ban 250 milliárd forint bruttó hazai terméket állítottak elő, amely az országos érték 1,1%-a. 2000-ben ez az arány 1,2% volt, a leszakadás folyamata ezen értékekben is tükröződik.

4.5.2. Ipari termelés, beruházás, gazdasági szervezetek

A beruházások jelentős szerepet játszanak a területi különbségek kialakulásában és annak mérséklésében. A '90-es évek során Észak-Magyarországon a beruházások visszafogottabbak lettek. Folytatódott a régió országos beruházási teljesítményből való részesedésének csökkenése.

1980-ban az országos beruházási teljesítmény 1,5 százaléka származott Nógrád megyéből, addig ez 2000-re 1,1 százalékra csökkent. 2007-ben ez az arány 0,8 százalék (22. táblázat).

22. táblázat. Beruházások Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Beruházás összesen, millió Ft | Ebből: | | Egy lakosra jutó beruházás Ft |
|------------------------|-------------------------------|---|------------|-------------------------------|
| | | egészségügyi, szociális ellátás ⁵⁷ | | |
| | | millió Ft | % | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 168 446 | 2 713 | 1,6 | 235 822 |
| Heves | 91 140 | 749 | 0,8 | 286 453 |
| Nógrád | 31 701 | 1 867 | 5,9 | 149 812 |
| Észak-Magyarország | 291 287 | 5 328 | 1,8 | 234 141 |
| <i>Régiók minimuma</i> | <i>273 325</i> | <i>5 547</i> | <i>2,0</i> | <i>234 141</i> |
| <i>Régiók maximuma</i> | <i>1 573 799</i> | <i>23 585</i> | <i>1,5</i> | <i>545 511</i> |
| Magyarország | 3 903 090 | 67 536 | 1,7 | 388 144 |
| Megyék | 2 723 977 | 48 064 | 1,8 | 325 968 |

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az egy lakosra jutó beruházási teljesítményérték mutató 2007-ben a régiók között Észak-Magyarországon a legalacsonyabb. A megyék sorában tartósan az utolsó helyet elfoglalva, Nógrádban a legrosszabb (7. táblázat). A „Stratégia megalapozása a hazai gazdaság regionális egyenlőtlenségeinek csökkentésére, versenyképességének javítására” című – 2005 szeptember és 2006 márciusa között folytatott – kutatás érdekességként említi a régió belüli folyamatokat. „Észak-Magyarországon belül látványos Borsod szerepének növekedése, s Heves esetében is mutatkozik némi emelkedés. Nógrád viszont végletesen lemaradt a beruházások vonatkozásában. Összességében az összes beruházás területileg egyenletesebben oszlott meg 2004-ben, mint 1994-ben, s a számok szerint nemcsak pillanatnyi elmozdulásról van szó, hanem tartós tendenciák érvényesültek. Budapest

⁵⁷ Előrejelzés.

jelentősége folyamatosan csökkent, néhány dunántúli, észak-magyarországi megye növelte részarányát, ugyanakkor Nógrád jelentősen leszakadt.”(LENGYEL L. 2006. p. 52.)

Egy térség fejlettsége és a vállalkozások száma között szoros összefüggés figyelhető meg. Nógrád megyében 2007 végén 18 385 gazdasági szervezetet tartottak nyilván, melynek 88,5%-a vállalkozás volt. 2000-től lassan és folyamatosan növekedett a vállalkozások száma, 2006-ban jelentősebb, 2007-ben kisebb visszaeséssel (2000-ben: 16 545; 2004-ben: 18 360; 2005-ben: 18 623; 2006-ban: 17 864).

Nógrád megye gazdaságában is jelen vannak a külföldi érdekeltségű vállalkozások, de számuk és tőkenagyságuk alapján súlyuk lényegesen kisebb az országosnál. Az egy lakosra jutó külföldi befektetések értéke 2006-ban országosan 1 375,2, Nógrádban csupán 231,6 (ezer forint). Nógrád megyében négy ipari park működik. Salgótarjánban, Balassagyarmaton, Bátorterenyén és Rétságán. A rétsági körzet jelenleg a megye felzárkózást mutató kistérsége, ahol már komoly beruházók jelentek meg, és jól láthatók a kibontakozás jelei. Rétság a fővárostól 60 km-re fekszik. A városból viszonylag könnyen és gyorsan elérhetők a nagy közlekedési folyosók, az autópályák és a vasúti fővonalak.

4.5.3. Infrastruktúra

Az infrastruktúra kiépítési szintje az életminőség egyik fokmérője. Az utóbbi években mérséklődött az országos átlagtól való elmaradás, javult a lakások minősége. A nagy közműfejlesztési programoknak köszönhetően 2007 végén Nógrád megye lakásainak már több mint 89%-a kapcsolódott közüzemi vízvezeték-hálózathoz (országos: 94,7%). A korszerű szennyvízelvezetés azonban csupán 62,5%-ban volt megoldott (országos: 69,8%). Nógrád egyik nagy gondja a megfelelő vízellátás és az egészséges ivóvíz biztosítása, amely az 1992 óta tartó nógrádi vízhálózat fejlesztési kormányprogram eredményeként megoldódónak látszik. A vízellátás tekintetében Nógrád megye felzárkózott az ország fejlettebb vidéki területeihez. A vízcsőhálózat hossza a megyében tizenhét év alatt 850 km-rel nőtt, és már valamennyi település rendelkezik közüzemi vízellátással. Az egy km vízvezeték-hálózatra jutó szennyvízcsatorna-hálózat hossza a 2000 év végi 177 méterről 2007 év végére 540 méterre nőtt, azonban az országos átlagnak így is csak a 87%-a. A közmű-csatorna hossza a megyében még mindig alacsony az ivóvíz hálózathoz képest. 92 településen (a települések 70,2%-án) van szennyvízcsatorna, de még Salgótarjánban sincs teljes körűen kiépítve (84,3%). A legnagyobb aránytalanság a pásztói kistérségben

található: közüzemi vízhálózatba bekapcsolt lakások aránya 91,3%, közüzemi szennyvízcsatorna-hálózatba csak 30,9% (az aprófalvak miatt nem tudnak pályázni).

A közműberuházások közül a legszembetűnőbb pozitív változás a vezetékesgáz-hálózat kiépítése terén mutatkozott. 1990-ben a megyében 7; 2000-ben 107; 2007-ben pedig már 125 településen volt lehetőség a vezetékes gáz használatára. Csak 6 település nem csatlakozott a vezetékes rendszerhez. A vezetékesgáz-hálózathoz kapcsolódó lakások arányát vizsgálva azonban már nem olyan kedvező a helyzet. 2007 végén a megyében csak 59,8% a háztartási gázfogyasztók lakásállományon belüli aránya, míg országosan 76,3%. A távfűtésbe bekapcsolt lakások aránya 4,8%. A melegvíz hálózatba kapcsolt lakások aránya is hasonló (4,5%).

Napjaink információigényes világában alapvető feltétel a megfelelő telefonkapcsolat biztosítása. A megye távközlési hálózata az '90-es években indult fejlődésnek, de 2007-ben az ezer lakosra jutó számuk – a 2000 évi 311-ről – 264-re csökkent, (országos 327). A csökkenés elsősorban azzal kapcsolatos, hogy a vezetékes telefonok mellett egyre nagyobb teret kap a mobiltelefon használata. Másodsorban a megye lakosságának alacsony jövedelmi helyzete miatt a lakosság nagy része visszaadja vezetékes telefonját. Ugyanakkor kedvező, hogy a korszerű ISDN vonalak száma növekvő (2000-ben 1 710; 2007-ben 4 494). Az internetes kapcsolatot lehetővé tevő kábeltelevíziós hálózat kiépítése Nógrád megyében is felgyorsult. Ezer lakosra bekapcsolt lakás 2000-ben 264; 2007-ben 403, a növekedés közel 53%-os. Az előfizetők fajlagos mutatója azonban még 2007-ben sem érte el az országos átlagot. A kábeltelevíziós hálózatba bekapcsolt lakások aránya a megyében 40,3%; országosan 50,1%, tehát lényegesen rosszabb a megyei helyzet.

Egy térség fejlettségének meghatározója a közlekedés minősége, az utak állapota, az autópályák közelsége. Az autópályák jelenleg hazánk fő fejlődési tengelyét jelentik. Az autópályák szerepe a területi fejlődésben egyértelműen igazolható.

Bartha és Klauber szerint az autópálya „kisugárzása” kezdetben a nyomvonal mentén húzódó 10-15 km-es sávban érvényesül, majd néhány év múlva a sztráda tágabb környezetében is érzékelhető a gazdaság fejlődése (BARTHA A. – KLAUBER M. 2001).

Az autópályáink területfejlesztő hatását bemutató tanulmány az egyes területek fejlődésében a lehetséges okokat egymástól elkülönítetten vizsgálta⁵⁸.

A településeket az autópályához való hozzáférés ideje alapján nyolc kategóriába sorolta. Paramétereit szerint Salgótarján az ötödik régió kategóriába került.

⁵⁸ Shift-share elemzéssel részletesen TÓTH G. (2002) tanulmánya és NEMES N. J. (1979) foglalkozik).

A kutatás eredményei egyértelműen bebizonyították az autópályának a fejlődésben játszott pozitív szerepét. A jövedelem tekintetében a 45 percen belüli, a feldolgozóiparnál a 15 és a kereskedelem vonatkozásában a 10 perces autópálya-elérhetőséggel rendelkező települések mutattak az átlagnál nagyobb növekedést. A periférikus térségek leszakadásának megakadályozásában fontos szempont az autópálya-hálózat és a rávezető utak kiépítése (TÓTH G. 2002).

Az M3-as autópálya vonalán a működőtőke-befektetések vonatkozásában az északi területek közül 2004-ben csak Borsod és Heves tudott javítani pozícióján (LENGYEL L. 2006).

Nógrád megyében a 2007. évi adatok alapján 945 km belterületi út található. A közúthálózat 98,7%-ban aszfalt és bitumen burkolatú, a kiépített burkolattal nem rendelkező út hossza 4 km. Az úthálózatból 170 km (az úthálózat 18%-a) első- és másodrendű főút. Az útsűrűség – elsősorban az aprófalvas településszerkezet miatt – magasabb az országosnál (45. ábra). A megyében a 100 km²-re jutó úthossz 37 km, (országos: 34 km). Az ezer lakosra eső úthossz több mint 45%-kal meghaladja az országos átlagot. A tömegközlekedési eszközöket többnyire az autóbuszjáratok jelentik.

A közlekedési viszonyok javítását az utóbbi években több beruházás segítette. Kiemelést érdemel a Salgótarján-Hatvan közötti 21-es számú főút egyes szakaszainak négysávosítása. A négysávosítás befejeztével lerövidülhet a megyeszékhely és a főváros közötti menetidő. Elkészült továbbá a Salgótarján fő utcáját tehermentesítő közlekedési út.

Nógrád megye vasúthálózata a múlt században épült az akkori fejlődő gazdaság igényei szerint. Nem kis iróniával kijelenthető, hogy a megyeszékhely vasútvonalának színvonala a száz évvel ezelőtti szinten maradt, csupán csak ígérek szóltak a salgótarjáni vasútvonal villamosításáról.

Az infrastruktúra elmaradottsága az egyik alapvető oka annak, hogy Nógrád megye a fontosabb gazdasági mutatók tekintetében a megyék sorrendjében az utolsók között szerepel.

4.6. A munkaerőpiac jellemzői

A kedvezőtlen régiós és a megyei gazdasági növekedési ütem előnytelen foglalkoztatási viszonyokkal párosult, és e két egymást jelentősen felerősítő hatás következtében a régiók és a megyék között jelentős gazdasági, teljesítménybeli, jövedelmi

különbségek alakultak ki. A foglalkoztatottság és a jövedelem a lakosság életszínvonalának és az egészségi állapotának meghatározó elemei.

4.6.1. Foglalkoztatottság

A munkaerő-piaci folyamatok országon belüli területi különbségei már 1990-ben tükrözték azokat a sajátosságokat, amelyek a későbbiekben döntővé váltak. A munkanélküliség elsősorban az ország keleti és északkeleti térségét sújtja. A munkanélküliségi ráta 1990 és 1996 között nőtt meg ugrásszerűen a régióban 3,2%-ról 18,2%-ra (1990-ben: országosan: 2,7%; Nyugat-Dunántúlon 1,6%; Észak-Magyarországon 3,2%). A ráta értéke 2000 év végén 17,1% volt, a 2001-es népszámlálás idején 16,6%, a 2005-ös mikrocenzus szerint is hasonló, 16,4%-on stagnált. A régió belül Borsod-Abaúj-Zemplénben lett a legkedvezőtlenebb a munkanélküliek helyzete, melyet Nógrád megye követett. A munkanélküliség 2007-ben is a Közép-magyarországi, valamint a Közép- és Nyugat-dunántúli régióban volt a legkisebb mértékű, 5% körüli és Észak-Magyarországon volt a legmagasabb (12,3%), (23. táblázat).

23. táblázat. Foglalkoztatottság Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Aktivitási arány, % | Foglalkoztatási arány % | Munkanélküliségi ráta, % |
|------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 50,3 | 43,4 | 13,8 |
| Heves | 52,3 | 46,6 | 11,0 |
| Nógrád | 51,2 | 46,4 | 9,5 |
| Észak- Magyarország | 51,0 | 44,7 | 12,3 |
| <i>Régiók minimuma</i> | <i>50,1</i> | <i>44,7</i> | <i>4,7</i> |
| <i>Régiók maximuma</i> | <i>59,0</i> | <i>56,2</i> | <i>12,3</i> |
| Magyarország | 54,9 | 50,9 | 7,4 |
| Megyék | 53,9 | 49,6 | 7,9 |

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az életkörülmények egyik meghatározója a foglalkoztatás megfelelő szintje. Nógrádban az alkalmazásban állók 68%-a a versenyszférában dolgozik. Az ipar domináns szerepe még mindig jelen van a megyében. Az iparban dolgozók aránya közel 30%. Nógrád megye iparszerkezetét hosszú évtizedek alatt meghatározó bányászat foglalkoztatottsága évről évre csökken, mára már elenyésző (0,2%). A versenyszféra mellett a másik jelentős foglalkoztatási terület a megyében a költségvetési szféra.

A foglalkoztatottak száma 2007-ben Nógrádban 75,6 ezer fő volt. A népességen belüli foglalkoztatási arány 4,5%-al kevesebb az országosnál (23-24. táblázat).

24. táblázat. A 15-74 éves népesség gazdasági aktivitása Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Foglalkoztatott | Munkanélküli | Gazdaságilag aktív | Gazdaságilag nem aktív |
|------------------------|-----------------|--------------|--------------------|------------------------|
| | ezer fő | | | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 235,1 | 37,5 | 272,6 | 269,6 |
| Heves | 113,6 | 14,0 | 127,6 | 116,2 |
| Nógrád | 75,6 | 7,9 | 83,5 | 79,6 |
| Észak-Magyarország | 424,3 | 59,4 | 483,7 | 465,4 |
| <i>Régiók minimuma</i> | 335,2 | 22,8 | 372,4 | 320,3 |
| <i>Régiók maximuma</i> | 1 249,1 | 63,2 | 1 311,2 | 911,1 |
| Magyarország | 3 926,2 | 311,9 | 4 238,1 | 3 481,3 |
| Megyék | 3 173,7 | 273,5 | 3 447,2 | 2 951,5 |

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

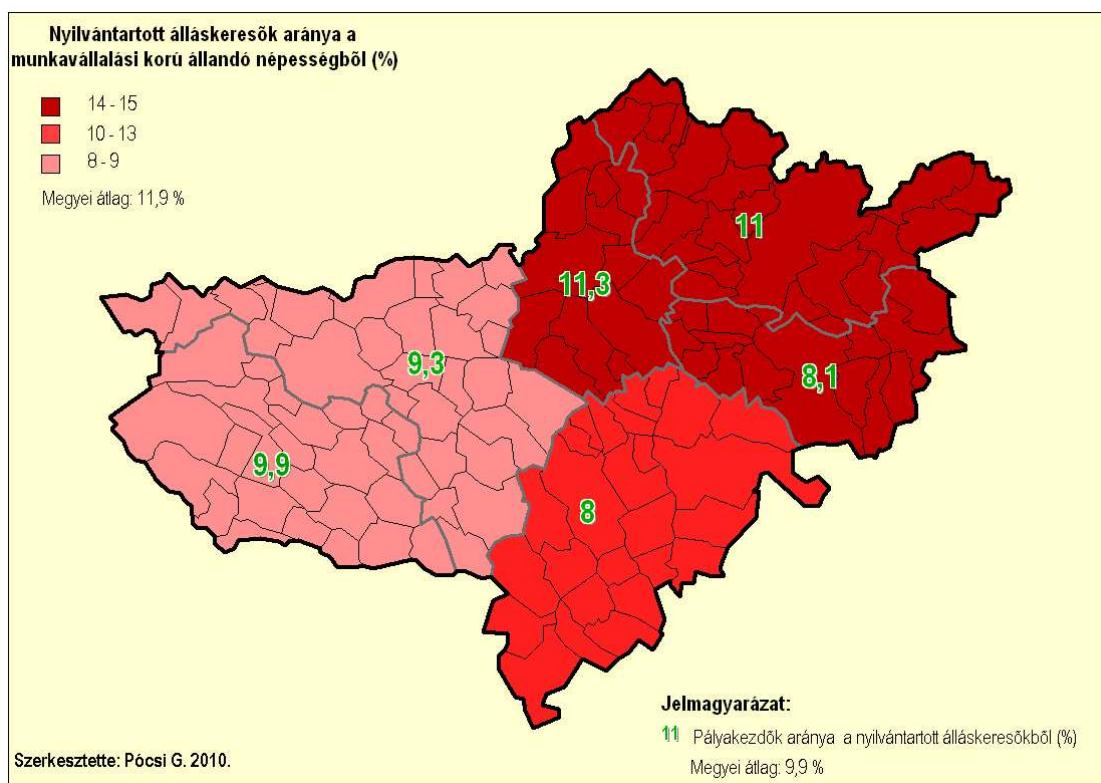
A munkanélküliség Nógrád kistérségeiben eltérő mértékben van jelen. A foglalkoztatási helyzet a szécsényi kistérségben a legrosszabb. Salgótarján és Bátonyterenye körzetében is lényegesen magasabb az átlagosnál a nyilvántartott álláskeresők száma.

A szécsényi kistérségben az 1990-es évektől a regisztrált munkanélküliek száma mindig meghaladta az országos, illetve a megyei értékeket. A térség alapvetően mezőgazdasági jellegű. Az ipari termelésnek alig vannak hagyományai, ezért súlyosbította a helyzetet a termelőszövetkezetek szétesése. A rendszerváltás előtt sokan ingáztak a mintegy 30 km-re lévő salgótarjáni ipari üzemekbe, de többen Budapestre is. A szécsényi kistérség gazdaságföldrajzi fekvése meglehetősen kedvezőtlen, távol esik a fő közlekedési útvonalaktól (ENGELBERTH I. 2003).

2007 végén a nyilvántartott álláskeresők 43%-ának volt 8 általános vagy annál alacsonyabb iskolai végzettsége, Nógrád megyében 49%-nak. A középfokú végzettségűek szintén nagy számban – 48%-ban – szerepeltek a nyilvántartott álláskeresők között. Relatív alacsony, nem éri el a 3%-ot a megyében a főiskolai, egyetemi végzettségű álláskeresők száma.

Nógrád megye nyilvántartott álláskeresőinek nemenkénti összetételében 9,1%-al több a nyilvántartott álláskereső férfi (54,5%), mint a nő.

A nyilvántartott álláskeresők földrajzi elhelyezkedése jól tükrözi az ÉK-DNY-i megosztottságot, amelyben a Budapestre történő ingázás is szerepet játszik (51. ábra).



51. ábra. Nyilvántartott álláskeresők aránya a munkavállalási korú állandó népességből, Nógrád megye kistérségeiben, 2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A pályakezdő, elhelyezkedésre váró fiatalok aránya az országos átlag körüli (9,9%). A 26-50 éves álláskeresők aránya Nógrád megyében kiugróan magas (63,5%). A 25 éves és fiatalabb, valamint az 51 éves és idősebbek aránya közel azonos (18%).

4.6.2. Jövedelmi viszonyok

A jövedelmek kapcsolata az életszínvonallal, életkörülményekkel vitathatatlan, hiszen a jövedelem a fogyasztás legfontosabb alapvető forrása. A gazdaság térségenkénti eltérő teljesítménye és szerkezete lényegesen meghatározza a munkaerőpiacon kialakuló keresleteket, és az elérhető jövedelmet. Észak-Magyarországon 2007-ben is alacsonyabb volt a keresetnövekedés az országos átlagnál, így az alacsony szinten lévő átlagbérek továbbra sem közeledtek a fejlettebb régiókéhoz.

Nógrád megye kedvezőtlen gazdasági helyzete, az ország többi térségétől való leszakadása az átlagkeresetekben is tükröződik. A keresetek alakulásában 2000 óta történt

némi pozitív változás. 2007-re az átlagkeresetek az országos aránynál nagyobb ütemben növekedtek (arányuk: 2000 évi 75,4%-ról 81,2%-ra).

Az alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete 2007-ben Nógrádban 146 167 forint volt, az országos átlag 81,2%-a (25. táblázat).

25. táblázat. Az alkalmazásban állók átlagkeresete Nógrád megyében régiós és országos összehasonlításban, 2007

| Területi egység | Havi bruttó átlagkereset | Fizikai | Szellemi | Fizikai | Szellemi |
|------------------------|--------------------------|---|----------------|--|----------------|
| | | foglalkozásúak bruttó átlagkeresete, Ft | | foglalkozásúak nettó átlagkeresete, Ft | |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 155.900 | 112 750 | 209 608 | 78 728 | 121 259 |
| Heves | 159 144 | 121 263 | 215 448 | 82 036 | 124 221 |
| Nógrád | 146 167 | 107 682 | 196 327 | 76 432 | 115 281 |
| Észak-Magyarország | 155 519 | 114 517 | 209 258 | 79 369 | 121 188 |
| <i>Régiók minimuma</i> | <i>146 282</i> | <i>103 645</i> | <i>203 348</i> | <i>74 716</i> | <i>117 007</i> |
| <i>Régiók maximuma</i> | <i>219 046</i> | <i>128 783</i> | <i>297 104</i> | <i>86 083</i> | <i>162 330</i> |
| Magyarország | 179 934 | 118 616 | 250 709 | 81 155 | 140 447 |
| Megyék | 157 576 | 116 076 | 216 500 | 80 252 | 124 582 |

Forrás: Területi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az egy adófizetőre jutó személyi jövedelemadó 2007-ben Nógrádban 264 147 Ft, az országos átlag 71,9%-a.

4.7. Szociális körülmények, tudásbázis, fogyasztás, jólét

Az Európai Tanács szegénység meghatározása alapján szegénynek kell azt a személyt, családot, embercsoportot tekinteni, ahol a rendelkezésükre álló erőforrások (anyagi, kulturális, társadalmi) oly mértékben korlátozottak, hogy kizárják őket a minimálisan megkövetelhető életformából abban az országban, amelyben élnek. Tekintettel a megye demográfiai adataira, a gazdasági- foglalkoztatási mutatókra, az etnikai összetételre, nyilvánvaló, hogy a megye lakosságának az országos adatoknál nagyobb hányadát érinti a szegénység és következményeinek terhe. A szegénység nemcsak alacsony jövedelmet jelent, hanem jelenti az egészségi állapot romlását, a gyermekek rossz fejlődési feltételeit, az iskolai sikertelenséget, a lelki betegségek gyakori megjelenését és a deviáns viselkedések előfordulását. A szegénység érintettjei számára nehezebben érhetőek el a

társadalmi és egyéb szolgáltatások (pl. színvonalas oktatás, egészségügy). Ennek következtében állandósul a szegénység, és ez a további leszakadás irányába hat.

1990-től Nógrád megyében is megjelent a hajléktalanság, melynek okai összetettek. Elsősorban a munkahelyek, a munkásszállók megszűnésével és a családok felbomlásával mutat szoros összefüggést. A hajléktalanok körében nagyarányú az egészséget veszélyeztető magatartás, mint az alkoholizmus, a dohányzás, egyéb abúzusok, de közülük sokan szenvednek krónikus betegségekben, pszichiátriai zavarokban és fertőző megbetegedésekben is.

Az elmúlt évek társadalmi-gazdasági változásai felértékeltek a szociális ellátórendszer szerepét. A társadalom szociális védőhálót fon a rászorultak köré, hogy megakadályozza a helyzetük rosszabbodását. A leginkább veszélyeztetett csoportok a gyermekek, az időskorúak és a társadalom perifériájára szorultak. Az öngondoskodás és a szolidaritás arányának meghatározása az Európai Unióban is központi kérdés, de a szociális védelmi rendszerek kialakítása a tagállamok hatásköre. Magyarországon a szociális segélyezési rendszer alapjait a szociális törvény garantálja, az ellátásokra vonatkozó részletes szabályokat az önkormányzatok rendeletei állapítják meg.

Nógrád megyében a rendszeres szociális segélyben részesítettek száma kistérségenként eltérő. Átlagos számuk a salgótarjáni (51), a bátonyterenyi (47) és a szécsényi (45) kistérségekben a legmagasabb (Nógrád 36; országos 19 fő ezer lakosra).

4.7.1. Nógrád megye tudásbázisa, népességének iskolázottsága

A tudásszinttel kapcsolatban az iskolai végzettségről, a nyelvtudásról a népesség egészére vonatkozóan a népszámlálások adnak területileg részletes információt. A két nem között 2001-ben eltérések mutatkoztak az iskolázottsági szintben. A középiskolát végzettek aránya magasabb a nőknél (férfiak 28,4%; nők 31,5%), míg az egyetemi, főiskolai végzettségűek között a férfiak képviselték a magasabb arányt (férfiak 8,4%, nők 7,3%). A nemek közötti felsőfokú iskolázottsági különbségek mérséklődnek, sőt a diplomások arányát tekintve 2005-ben már a nők kerültek többségbe (férfi 9,2%, nő 9,9%). A 2001-es népszámlálás és a 2005-ös mikrocenzus adatainak összevetéséből megállapítható, hogy az Észak-Magyarországon élők képzettségi szintje ugyan emelkedett, azonban továbbra is alacsonyabb az országos és több régió átlagánál. Nógrád megye iskolázottsági adatai 2005-ben sem alakultak kedvezően, főképpen az érettségivel rendelkezők esetében, ahol közel nyolc százalékpontos (Nógrád 34,8%; Észak-Magyarország 37,5%; Magyarország 42,6%)

az egyetemi, főiskolai végzettségűeknél (Nógrád 9,6%; Észak-Magyarország 10,8%; Magyarország 14,7%), öt százalékpontos az elmaradás.

Nógrádban különösen kedvezőtlen az egyetemi- főiskolai végzettségük aránya. A megyében a szécsényi kistérségben él a legkevesebb diplomás (26. táblázat).

26. táblázat. A népesség iskolai végzettsége Nógrád megyében kistérségenként, 2001. február 1.
(a megfelelő korúak százalékában)

| Területi egység | 10-X éves, az általános iskola első évfolyamát sem végezte el | 15-X éves, legalább az általános iskola 8. évfolyamát elvégezte | 18-X éves, legalább középiskolai érettségivel rendelkezők | 25-X éves, egyetemi, főiskolai oklevéllel rendelkezők |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Balassagyarmati kistérség | 0,7 | 86,5 | 32,2 | 8,4 |
| Bátonyterenyei kistérség | 0,7 | 83,2 | 25,8 | 5,6 |
| Pásztói kistérség | 0,6 | 82,9 | 23,9 | 5,8 |
| Rétsági kistérség | 1,2 | 85,6 | 26,7 | 6,3 |
| Salgótarjáni kistérség | 0,7 | 87,4 | 36,7 | 10,9 |
| Szécsényi kistérség | 2,0 | 79,3 | 23,1 | 4,8 |
| Nógrád megye | 0,9 | 85,0 | 30,0 | 7,8 |
| Észak-Magyarország | 0,8 | 86,2 | 33,2 | 9,3 |
| Magyarország | 0,7 | 88,8 | 38,2 | 12,6 |

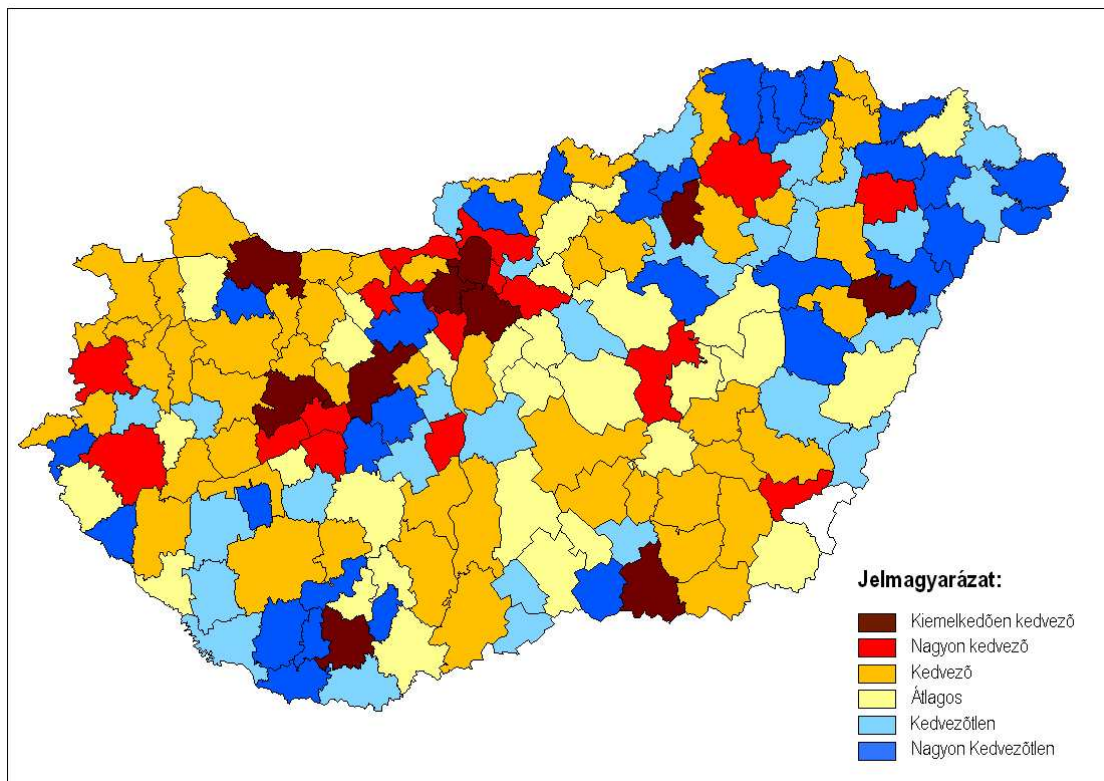
Forrás: A kistérségek társadalmi, gazdasági helyzete, Észak-Magyarország, KSH, 2006

Az uniós tagság és a nemzetközi kapcsolatok bővítése elengedhetlenné teszi a nyelvismeretet. 2001-ben a választ adó nógrádiak mindössze 11%-a nyilatkozott úgy, hogy az anyanyelvén kívül beszél még legalább egy nyelven (országos átlag 19,2%). 1990-hez képest jelentős volt ugyan a javulás (1990-ben ez a hányad 6%), de még mindig nagy a lemaradás ezen a területen, annak ellenére is, hogy a középiskolákból az eltelt évtizedben nyelvismerettel kerültek ki a diákok. Nagyon nagyrészt az angol, a német és – a történelmi múlttal összefüggésben – a szlovák nyelvet beszélik. 2001-ben a lakosság hasonló arányban (4,5%-4,5%) értett angolul és németül, még szlovákul a népesség 1,7%-a.

A térségek tudásbázisa kifejezi az ott élő népesség tudását, a térség oktatási, képzési infrastruktúrájának fejlettségét és a kutatás-fejlesztés potenciálját.

A tudásbázis térképéről megállapítható, hogy a megyeszékhelyek általában a kedvezőbb kategóriákat képviselik. Salgótarján azonban nem tartozik az előnyösebb besorolásba. Nagyon kedvezőtlen a rétsági és a szécsényi kistérség tudásbázisa (52. ábra). A tudásbázis alakulása összefügg a gazdasággal, a migrációval és Budapest elszívó hatásával. A következő népszámlálás során e tényezők folyamányaképpen a rétsági

kistérség esetében javulás valószínűsíthető, a szécsényi kistérségnél azonban nem mutatkoznak a felzárkózás jelei.



52. ábra. Tudásbázis térségi különbségei, 2002
Forrás: Országos Területfejlesztési Konceptió, 2005, (VÁTI)

A megyében kevés a felsőoktatási potenciál, mindössze két kihelyezett felső oktatási intézmény működik. Nógrád a megyék sorában a kutatás-fejlesztés összes mutatója vonatkozásában az utolsó helyen áll. 2007-ben a kutató-fejlesztő helyek száma 11, a tudomány kandidátusainak száma 4 fő volt.

Az adott területi egység népességének legmagasabb iskolai végzettségi színvonala és a halandósági szint között szoros összefüggés figyelhető meg. Ez a kapcsolat az iskolázottsági szinttel ellentétesen erősödik (KLINGER A. 2003).

A népesség egészségi állapotának mérésére alkalmazott összetett, kvantifikált mutató alapján levonható az a következtetés, hogy az iskolai végzettség alakulása a betegség időszakának kezdetén elsődleges abban az értelemben, hogy legkorábban az alacsony végzettségűek betegszenek meg, legkésőbb pedig a felsőfokúak. Mindkét nem esetében a magasabb végzettséghez nemcsak hosszabb várható élettartamok tartoznak, de rövidebb

betegidőszakok is (kivéve a közép- és felsőfokú végzettségű nők várható élettartama közötti fordított viszonyt)⁵⁹ (FARAGÓ M. 2007).

4.7.2. Lakáshelyzet

Az életkörülményeket befolyásoló tényezők közül a lakáshelyzet alakulásában, a lakásállomány szerkezetében, továbbá a lakásépítések intenzitásában figyelemre méltó változások következtek be. A családok jövedelmi viszonyait jól tükrözi az épített lakások arányát kifejező mutató, mely régiós és országos összehasonlításban is a legrosszabb.

Nógrád megye lakásépítését az országosnál is kedvezőtlenebb folyamatok jellemezték. Főképpen ennek következménye a lakásállomány mérsékeltebb ütemű növekedése. Nógrád lakásállománya 2007 végén 89 742 lakásból állt, amely az 1990. évi lakásállományt 5,5%-kal, a 2000. évit már csak 1,1%-kal haladta meg. Országosan ezen időtartam alatt 5,2%-os növekedés történt. Fokozódik a meglévő lakásállomány elöregedése, amortizálódása is.

Az épített lakások száma nagymértékben lecsökkent. Ennek hátterében a magas munkanélküliség, a kedvezőtlen jövedelmi viszonyok állnak. A megye városaiban és falvaiban alig épül új lakás, illetve ház. Amíg 1990-ben tízezer lakosra jutó épített lakás még 41, addig 2007-ben ez az arány mindössze 14 lakás (27. táblázat).

27. táblázat. Lakáshelyzet Nógrád megyében kistérségenként, 2007

| Területi egység | Lakásállomány | | 100 lakásra jutó lakos | | Épített lakások száma | Épített lakás 10 000 lakosra |
|---------------------------|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | 2007 év végén | 2007 év a 2000 év %-ában | 2007 év | 2007 év a 2000 év %-ában | 2007 év | |
| Balassagyarmati kistérség | ...17 064 | 102,7 | 243 | 94,2 | 69 | 17 |
| Bátonyterenyei kistérség | ...11 434 | 97,7 | 222 | 96,1 | 22 | 9 |
| Pásztói kistérség | ...13 874 | 100,1 | 237 | 97,9 | 56 | 17 |
| Rétságai kistérség | 10 328 | 103,8 | 248 | 98,8 | 59 | 23 |
| Salgótarjáni kistérség | 29 346 | 100,9 | 223 | 95,3 | 60 | 9 |
| Szécsényi kistérség | 7 696 | 101,4 | 253 | 96,2 | 25 | 13 |
| Nógrád megye | 89 742 | 101,1 | 234 | 95,9 | 291 | 14 |
| Észak-Magyarország | 508 956 | 101,0 | 243 | 96,4 | 2 218 | 18 |
| Magyarország | 4 270 497 | 105,2 | 235 | 95,1 | 36 159 | 36 |

Forrás: KSH, Területi statisztikai évkönyv, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

⁵⁹ A 35 éves korban várható teljes és egészségesen, illetve betegségben várható élettartamok, iskolai végzettség szerint (FARAGÓ M. 2007).

A lakások minőségének megítéléséhez a népszámlálások szolgálnak alapul. A 2001-es népszámlálás javulást állapított meg az előzőhöz képest, azonban még így is közel 19%-a volt komfort nélküli, 7%-a félkomfortos, ami azt jelzi, hogy a megye lakáskörülményei nem megfelelő minőségűek.

A legkedvezőtlenebb szükség-és egyéb lakás aránya 2001-ben 4,4%, ami meghaladta az országos átlagot. Az egykori munkás és bányász telepeket alkotó „kolónia” lakások mára a lakáspiacról egyre inkább kiszoruló, elszegényedő, eladósodó emberek (cigányok és idősek) lakhelyei lettek.

4.7.3. A fogyasztás és a jólét indikátorai

A jólétet a tartós fogyasztási cikkek elterjedtségével mérjük, ezért áttekintettem Nógrád megyében a lakosság jólétének néhány indikátorát (28. táblázat).

28. táblázat. A lakosság jólétének néhány indikátora Nógrád megyében kistérségenként, 2007

| Területi egység | Személygépkocsik | | Kommunikáció, információ | | Vezetékes gáz fogyasztás egy fogyasztóra | Víz fogyasztás egy lakosra |
|---------------------------|--------------------|----------------|---|----------------------------------|--|----------------------------|
| | száma ezer lakosra | átlag életkora | Távbeszélő fővonalak száma ezer lakosra | Kábel TV a lakás-állomány %-ában | havi fogyasztás m ³ | |
| Balassagyarmati kistérség | 274 | 10,9 | 297 | 45,5 | 121,7 | 1,8 |
| Bátonyterenyei kistérség | 248 | 11,4 | 238 | 11,7 | 108,8 | 1,8 |
| Pásztói kistérség | 267 | 11,5 | 233 | 27,0 | 106,4 | 1,8 |
| Rétsági kistérség | 284 | 11,0 | 267 | 31,7 | 119,3 | 2,0 |
| Salgótarjáni kistérség | 264 | 10,4 | 281 | 58,8 | 108,4 | 2,0 |
| Szécsényi kistérség | 240 | 11,7 | 222 | 36,3 | 104,3 | 1,5 |
| Nógrád megye | 265 | 11,0 | 264 | 40,3 | 111,7 | 1,8 |
| Észak-Magyarország | 252 | 10,8 | 286 | 45,3 | 100,1 | 2,2 |
| Magyarország | 300 | 10,3 | 327 | 50,1 | 97,7 | 3,1 |

Forrás: KSH, Területi statisztikai évkönyv, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A személygépkocsival való ellátottság mutatója a gazdasági fejlettség egyik fokmérőjének is tekinthető. Észak-Magyarországon kevesebb személygépkocsi jut ezer lakosra, mint országosan. 2007-ben Magyarországon az ezer lakosra jutó személygépkocsik mutatója 300, ezzel szemben Nógrádban csak 265, a hazai átlag 88%-a. A személygépkocsik viszonylag alacsony száma mellett még érdemes két további hátrányt

is megemlíteni. *Egyrészt* a gépkocsik átlagos életkora az országosnál (10,3 év) magasabb, Nógrádban 11 év. *Másrészt* Nógrádban még jelentős a Trabantok, Ladák, Daciák, Skodák, Polski Fiatok és Wartburgok száma. Százalékos arányuk 2007-ben 18,1%, amely ugyan kedvezően változott, mert 2005-ben még 23,6% volt. Nógrád megyében a települések nagy része kizárólag közúton érhető el, ezért fontos eszköz itt a személygépkocsi. A fejlődésnek induló rétsági kistérségben a legmagasabb a személygépkocsik száma, míg – a más mutatókban is kedvezőtlen – szécsényi kistérségben a legkevesebb. Ráadásul a személygépkocsi állomány is itt a legöregebb.

Szembetűnő Nógrádban az *egy lakosra jutó havi 1,8 m³-es vízfogyasztás*, mely országosan a legalacsonyabb (országos: 3,1m³; Észak-Magyarország: 2,2m³; Budapest: 4,9m³; Pest megye: 3,2m³; Komárom-Esztergom: 3,0m³). Ennek a helyzetnek az egyik valószínűsíthető oka, hogy a megyében nagyon magas árat kell fizetni a vízhasználatáért, és így próbál spórolni a lakosság. Az egészségi állapotra való tekintettel azonban kedvezőtlen hatást fejt ki ez a kialakult vízfogyasztási magatartás, annak mind higiéniai, mind pedig emésztőrendszeri következményeivel.

Az *egy főre jutó évi kiadásokról* régiós szintű információkkal rendelkezem. Ennek alapján elmondható, hogy Észak-Magyarországon az egy főre jutó kiadások általában alacsonyabbak az országos átlagnál. 2007-ben az egy főre jutó évi kiadás valamennyi főbb COICOP csoportban (élelmiszerek és alkoholmentes italok, lakásfenntartási, háztartási energia, lakberendezés, háztartásvitel, *egészségügy*, közlekedés) jelentősen az országos átlag alatti. A régióban az országos átlagnál kevesebb automata mosógép, asztali számítógép, mobiltelefon és személygépkocsi jut 100 háztartásra. Az itt élők leginkább ezeket a tartós fogyasztási cikketek tekinthetik luxuscikkeknek. A fagyasztógépek száma megegyezik az országos átlaggal, a hűtőszekrények száma viszont meghaladja az országost. Feltételezhető, hogy az olcsóbb hűtőszekrényt vásárolják és nem a kombinált hűtő-és fagyasztógépet. Az egy főre jutó élelmiszer-fogyasztást vizsgálva megállapítható, hogy a régió lakossága nagyjából táplálkozás-élettanilag kevésbé jónak minősülő termékeket fogyaszt: a húsfélék, tejfélék, zöldség, gyümölcs fogyasztása alacsonyabb az országosnál. A zsiradék fogyasztása megegyezik az országos átlaggal, a cereáliák (ezen belül valószínűsíthető az olcsó kenyérfogyasztás súlya) és a cukor fogyasztása magasabb az országosnál.

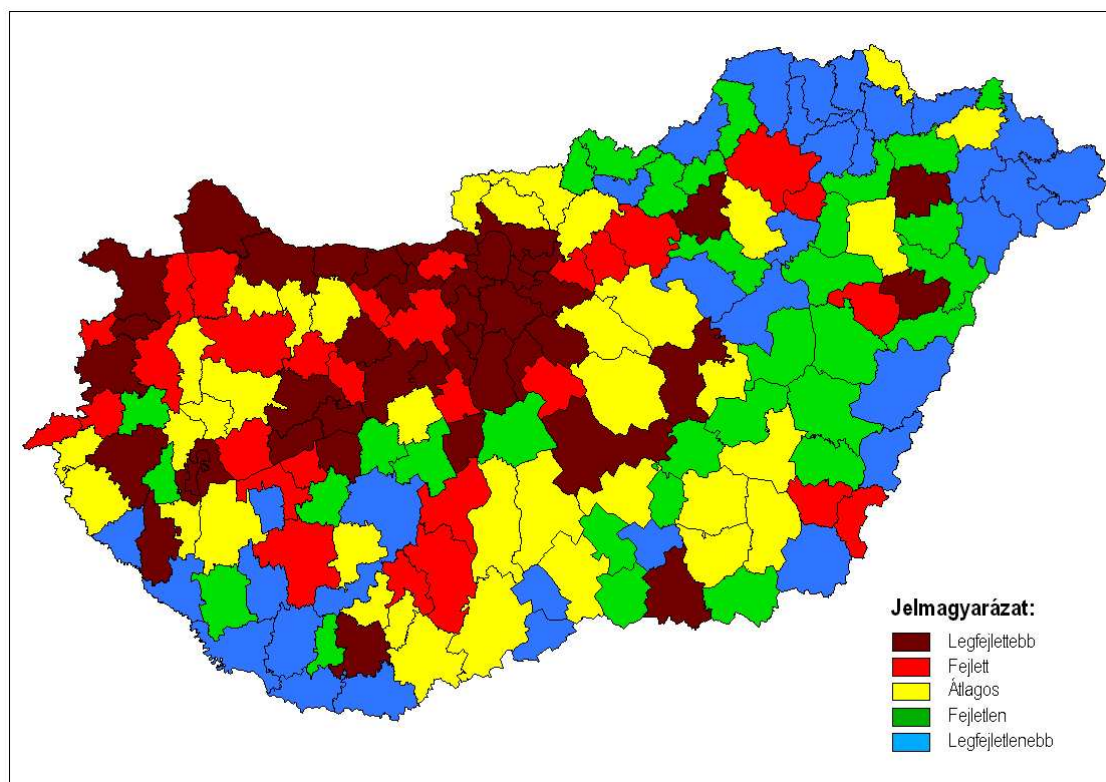
A fogyasztási szokásokat elsősorban a jövedelmi helyzet, a korszerkezet és a magas arányú cigány lakosság alakítja. Az egyéb szempontok, mint az egészségtudatosság, az élelmiszer-biztonság és a kényelem kevésbé érvényesülnek.

4.8. A nógrádi kistérségek fejlettségi különbségei

A piacgazdaságra való áttérés új térszerkezetet hozott létre. 2004 elejétől változott a kistérségi terület-beosztási rendszer⁶⁰, és az Európai Unió tagjává válva a kistérség lett a területfejlesztés alapegysége. A statisztikai kistérségek az ország egész területét átfogó, a megyehatárokat át nem lépő rendszerek. Egy-egy kistérség olyan földrajzilag is összefüggő települések együttese, amelyek a települések közötti valós munka, lakóhelyi, közlekedési, közép fokú ellátási kapcsolatokon alapul (TERÜLETI ATLASZ – STATISZTIKAI KISTÉRSÉGEK, KSH).

2004. január 1-től 168 statisztikai kistérség van az országban, ebből *hat Nógrád megyében*. A kistérségek területi eloszlása jól szemlélteti az ország térszerkezetében meglévő különbségeket.

A kistérségekre vonatkozóan rendelkezésre állnak gazdasági fejlettségi besorolási adatok, amelyek öt fejlettségi típust mutatnak: *dinamikusan fejlődő, fejlődő, felzárkózó, stagnáló és lemaradó* (53. ábra).



53. ábra. A kistérségek fejlettsége a 67/2007. (VI. 28.) OGY határozat alapján átlagolás nélkül

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, Területi Atlasz

⁶⁰ A kistérségek új rendszerét a kistérségek megállapításáról, lehatárolásáról és megváltoztatásának rendjéről szóló 244/2003. (XII. 18.) kormányrendelet tette közzé 2004. január 1-jei hatállyal.

A megyében a korábban stagnáló kistérségek – Salgótarján, Balassagyarmat, Pásztó – a fejlődés jegyeit mutatták, és ezáltal a felzárkózók közé léptek elő (FALUVÉGI A. 2004b).

A kistérségek fejlettségének meghatározásához 2007-ben a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan, a gazdasági-társadalmi helyzetüket és fejlődésüket jól jellemző mutatórendszerrel alkalmazták⁶¹. A megyében a leghátrányosabb, komplex programmal is támogatott kistérség Bátorterenyé (KAPROS T. szerk. 2008).

A lakosság egészségi állapotával összefüggő indikátorokat kistérségi szinten részletesen vizsgáltam. A fontosabb mutatókat a 29. táblázatban összegeztem.

29. táblázat. Az egészségi állapottal összefüggő fontosabb mutatók Nógrád megyében kistérségenként

| Területi egység | Cigány/ roma népesség aránya, % | Egyetemi, főiskolai végzettsé- gűek ⁶² % | Szükség és egyéb lakás aránya, % | Állás- keresők aránya, % ⁶³ | Közgyógy ig. rend. száma / ezer lakos | Személyi jöv.adó/egy adófizető ezer Ft |
|---------------------------|--|--|---|---|--|---|
| | 2001 | 2001 | 2001 | 2007 | 2007 | 2007 |
| Balassagyarmati kistérség | 2,9 | 8,4 | 3,7 | 9,1 | 44 | 285,2 |
| Bátorterenyei kistérség | 6,2 | 5,6 | 4,7 | 14,1 | 38 | 226,6 |
| Pásztói kistérség | 5,5 | 5,8 | 4,4 | 9,7 | 40 | 229,4 |
| Rétsági kistérség | 1,9 | 6,3 | 4,3 | 7,7 | 42 | 278,0 |
| Salgótarjáni kistérség | 3,9 | 10,9 | 4,5 | 14,6 | 37 | 294,5 |
| Szécsényi kistérség | 6,0 | 4,8 | 5,1 | 14,9 | 76 | 193,9 |
| Nógrád megye | 4,2 | 7,8 | 4,4 | 11,9 | 43 | 264,1 |
| Észak-Magyarország | 5,2 | 9,3 | 3,5 | 11,5 | 44 | 290,1 |
| Magyarország | 1,9 | 12,6 | 4,0 | 6,7 | 40 | 367,5 |

Forrás: Népszámlálás 2001, KSH, Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

A vizsgált társadalmi mutatószámok tükrözik a kistérségek lakosainak jólétét, valamint a kistérségek lakosságmegetartó erejét. A legkedvezőtlenebbek a szécsényi és a bátorterenyei kistérségek arányszámai, amelyek bizonyítják a két kistérség lemaradását megyén belül és országos összehasonlításban egyaránt. Egy újszerű életminőség-számítás (ÉMI)⁶⁴ magyar alkalmazását mutatta be 1994-2000 között „Az életminőség mérése a Bátorterenyei kistérségben” c. tanulmány. A szerzők megállapították, hogy a bátorterenyei kistérségben romlott az életminőség. Az 1994-es bázisához képest az életminőség-index folyamatosan csökkent a kistérségben (VAMOS A. – FARKAS T. 2004).

⁶¹ A kistérségek elmaradottságát/fejlettségét mérő komplex mutató kiszámításánál használt adatok köre és vonatkozási éve, a 67/2007. (VI.28.) OGY határozat 3. sz. melléklete.

⁶² 25-X éves, egyetemi, főiskolai oklevéllel rendelkezők, a megfelelő korúak százalékában.

⁶³ Nyilvántartott álláskeresők aránya a munkavállalási korú állandó népességéből.

⁶⁴ Az életminőség-index (ÉMI) számításába tíz mutatót vontak be a társadalom, az egészség, a gazdaság és a környezet jellemzésére.

4.9. Összegzés

Nógrád megye gazdaságában a 19. században feltárt barnaszén vagyona építve elsősorban a nehézipari ágazatok: kohászat, gépipar, illetve a szilikát alapanyagú termékek gyártása fejlődött ki. Az iparban zajló jelentős átalakulási folyamatok termékszerkezet korszerűsítést, gazdálkodási és tulajdonosi struktúraváltást egyaránt jelentettek. Ennek a változásnak nehezen kezelhető negatív következményei lettek.

Leépült az ipar, teljesen megszűnt a hagyományos szénbányászat, és az országos átlagot tartósan meghaladó munkanélküliség jött létre. Az ipar szétesése mellett a mezőgazdasági munkahelyek is feloszlottak.

Mindezen kedvezőtlen gazdasági jelenségek a fiatal, képzetesebb munkaerő elvándorlásához, a lakosság elöregedéséhez és elszegényesedéséhez vezettek. Nógrádban korábban is folyamatos volt a szelekció, de a kilátástalan körülmények ezt felerősítették. Fokozza a térség hátrányos helyzetét a roma népesség magas aránya, a munkaerőpiacról történő tartós kiszorulása, térségi koncentrálódása, kedvezőtlen egészségügyi helyzetük és rossz életesélyeik.

Nógrád megye korábbi történelme során fontos szerepet töltött be az ország gazdasági életében. Az ezredfordulóra azonban Nógrád halmozottan hátrányos helyzetű megyévé vált. Ezek a folyamatok a lakosság egészségi állapotára kedvezőtlen hatást gyakoroltak.

„A lakosság halandósági szintjét számos gazdasági és szociális tényező befolyásolja. A terület rossz gazdasági teljesítő képessége, a magas munkanélküliségi arány, az aprófalvas településszerkezet általában együtt jár az ott élők alacsony iskolai végzettségével, kedvezőtlen általános kulturális színvonalával, ami egyúttal azt is jelenti, hogy az egészség alacsony prioritású az értékek listáján. Így nem meglepő, hogy a gazdaságilag és szociálisan is hátrányos helyzetű megyékben alacsonyabb a lakosság születéskor várható átlagos élettartama. Borsod, Nógrád, Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye helyzete mind gazdaságilag, mind pedig a halálozási viszonyokat tekintve a leghátrányosabb.”
(GÁRDOS É. 2001. p. 11.)

5. Az irányított betegellátási rendszer (IBR)⁶⁵ tapasztalatai és eredményei Nógrád megyében

Az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítésére az útkeresés a rendszerváltozás óta folytatódik, de – az irányított betegellátáson kívül – nem született másik olyan módszer, ami az elégedettséget, fenntarthatóságot és a területi egyenlőtlenséget legalább kismértékben javította volna.

Az IBR újszerű eszközrendszere mellett – a szükségletszerinti ellátás, a hatékonyság, a minőségbiztosítás, a házi orvos kapuőr szerepe, a betegutak elemzése, a szakmai protokollok alkalmazása, a prevenciós szemlélet előtérbe helyezése – a fejkvóta finanszírozás szisztémája is figyelemreméltó.

Nem elhanyagolható körülmény, hogy az egy főre jutó OEP finanszírozás Nógrád megyében jelentősen elmarad az országos átlagtól⁶⁶, miközben a megye lakosságának egészségi állapota az egyik legrosszabb az országban (3.3. és 3.5.2. fejezet). Ez az igazságtalan helyzet a szolgáltatási kapacitások területi egyenlőségeire és a meglévő egyenlőtlenségeket reprodukáló passzív finanszírozási rendszerre vezethető vissza. Az ország kevésbé egészséges lakosainak állapotát az ágazati szabályozás eddig kevés sikerrel tudta a forrásallokáció eszközein keresztül javítani. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy Magyarországon adottak a feltételek a fejkvótás forrásallokáció kockázatkiigazítás módszerével történő fejlesztésére (NAGY B. 2009).

Evidens, hogy a közel egy évtizedig a lakosság jelentős részét ellátó – több régióban kipróbált – működési forma tapasztalatait, előnyeit bemutassam a megye egészségügyi szolgáltatóinak további hatékonyabb kommunikációja, együttműködése és a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

A Corvinus Egyetem Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpontjában végzett tanulmány is igazolja, „*hogy az IBR egy olyan működési struktúrát hozott létre – szemben az IBR-en kívüli „Nagy Magyar Egészségügy” („NME”) szerkezetével – ,amely képes arra, hogy néhány eredmény-pillérre építve további eredmények elérését tegye lehetővé a helyi hálózatban tevékenykedő szereplők számára.*” (DANKÓ D. – KISS N. – MOLNÁR M. – RÉVÉSZ É. 2005. p. 9.)

⁶⁵ Az irányított betegellátási modell 2006. január 1-től irányított betegellátási rendszerként működött. Jogszabályi háttere: a 331/2005. (XII.29.) Korm. rendelete az irányított betegellátási rendszerről.

⁶⁶ 2007-ben a Nógrádban a járóbeteg-szakellátás finanszírozása 56,6%-a, a fekvőbeteg szakellátás finanszírozása 70%-a az országos átlagnak Ft/fő.

5.1. Előzmények, történeti áttekintés

Az irányított betegellátási rendszerben rejlő, az ellátási szintek és egészségügyi szolgáltatók együttműködése révén kialakuló lehetőségeket felismerve, a Nógrád megyei Önkormányzat 2004-ben célul tűzte maga elé, hogy a megye területén működő egészségügyi szolgáltatók modell értékű összefogását segíti, a közös kockázatok viselését és eredmények elérését ösztönözve.

A megyei önkormányzat a nógrádi irányított betegellátási modell szervezőjeként a Megyei Tüdőgyógyintézetet (Nógrádgárdony) választotta, mert a megye többi kórházával nem konkuráló egészségügyi szolgáltatóként alkalmasnak találta reális alternatívák felvázolására, a döntések előkészítésére.

A Nógrád Megyei Önkormányzat Közgyűlése engedélyezte a nógrádi név használatát, mert az ellátásszervezés területi elhelyezkedését a nógrádi megnevezés jobban körülhatárolta, szemléltette, a lakosság felé a kommunikációt egyszerűbbé és hatékonyabbá tette.

A magyar irányított betegellátási rendszert a nemzetközi szakirodalomban ismert amerikai managed care egészségmegőrző (HMO)⁶⁷ szervezetek, és az angol típusú GP⁶⁸ Fundholding rendszerek tapasztalatait figyelembe véve alakították ki.

A magyarországi formától eltérően – ahol az OEP látta el a finanszírozói feladatokat a különböző szolgáltatók (házi orvosok, járóbeteg-szakrendelések, kórházak stb.) pedig a betegellátást – az integrált szervezeti formában (HMO) bizonyos finanszírozói és szolgáltatói funkciókat egyaránt végeznek a managed care szervezetek (SINKÓ E. 2002), (BONCZ I. – DÓZSA Cs. – NAGY B. 2003a; 2003b), (BONCZ I. 2004).

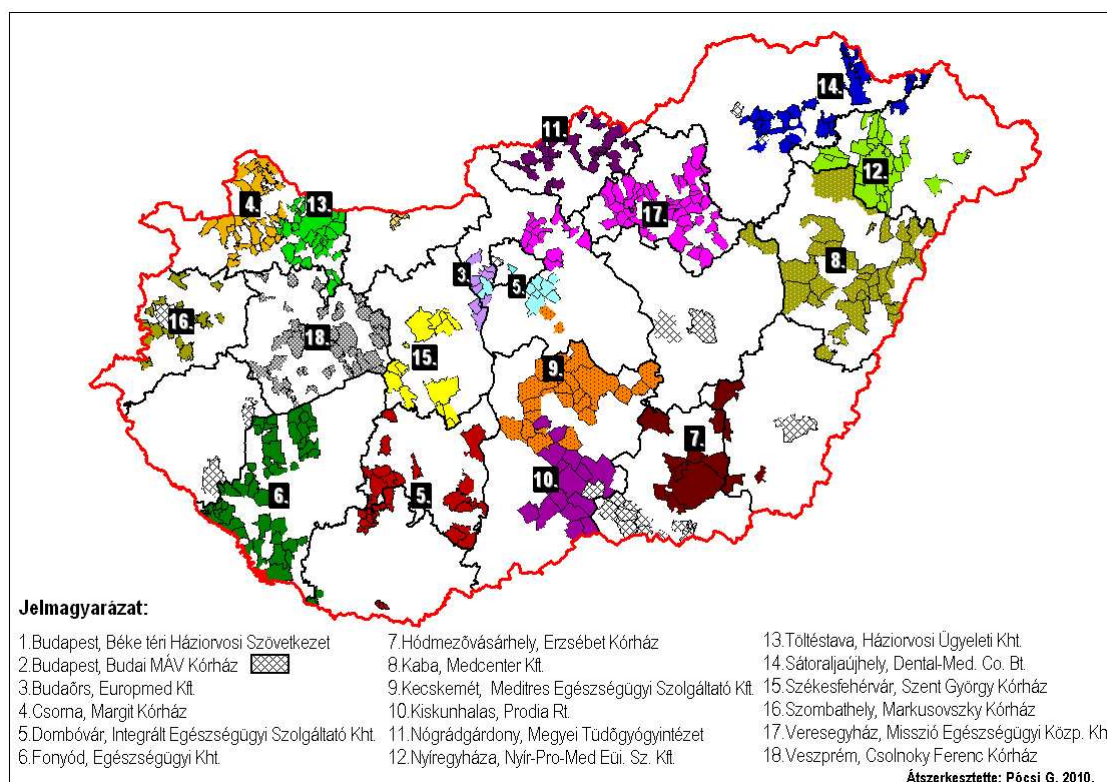
Az irányított betegellátási rendszer – mint modellkísérlet – 1999-ben jelent meg Magyarországon. Az Egészségügyi Minisztérium meghirdetett pályázatára tizenegy szervező jelentkezett, de az OEP csak kilenc egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződést (104 házi orvosi praxisra épülve 161,1 ezer érintett lakossal).

A modellkísérlet 2001-ben, 2003-ban és 2004-ben további lakosság szám befogadásával bővült.

2004. szeptember 1-től 18 szervező, 1 240 házi orvos és közel kétfélmillió lakos vett részt az irányított betegellátási modellben (minimum: 75 ezer lakos /szervező), (54. ábra).

⁶⁷ HMO-Health Maintenance Organization.

⁶⁸ GP-General Practitioner.



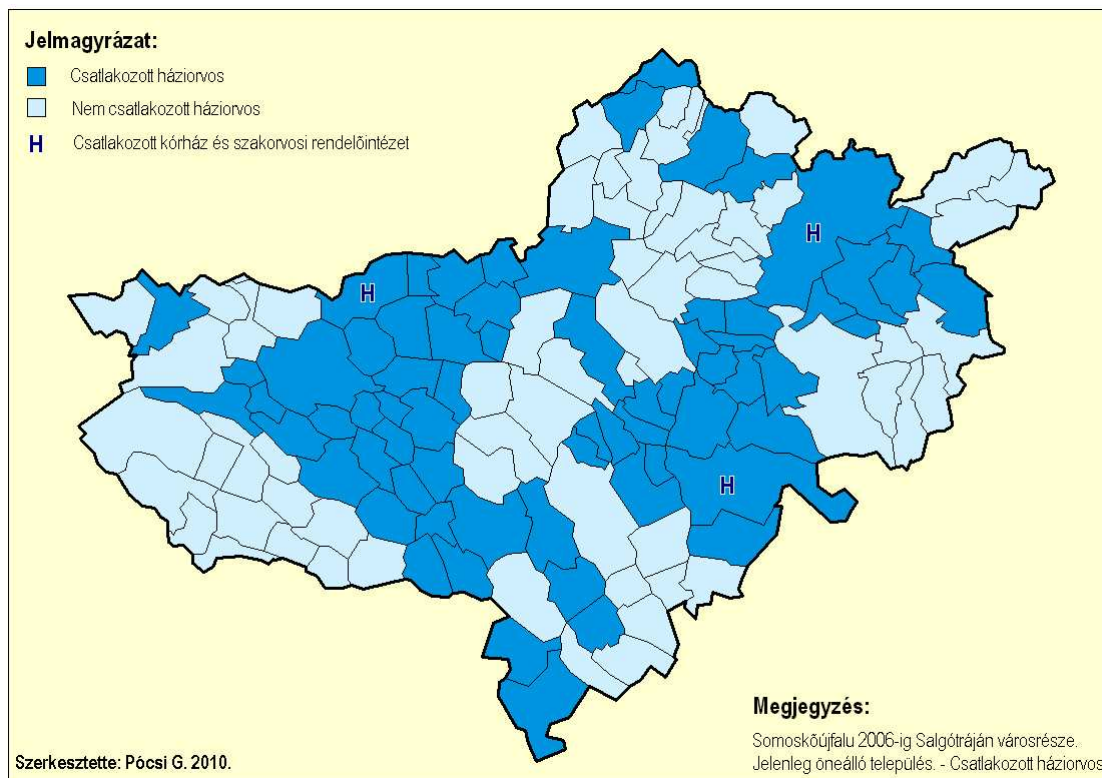
54. ábra. Az irányított betegellátás rendszerében résztvevő szervezetek ellátási területe, 2004. szeptember
 Forrás: hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_HIREK/SAJTOSZOBA/TAB58324/IBR_SAJTO.PDF

A Megyei Tüdőgyógyintézet mellett további három Kórház (Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján, Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat; Margit Kórház, Pásztó) és 71 háziorvos (106 900 kártya számmal) csatlakozott a nógrádi irányított betegellátási modellhez.

A Nógrád Megyei Önkormányzat Közgyűlése megszüntette a nógrádgárdonyi Megyei Tüdőgyógyintézetet, és általános jogutódjaként 2005. november 1-től a Szent Lázár Megyei Kórházat jelölte meg. Ezen időponttól a nógrádi irányított betegellátási rendszer a Szent Lázár Megyei Kórház szervezetén belül működött tovább.

Egyedülálló volt az irányított betegellátási modellben a nógrádi, ahol – Pásztó környékének kivételével – összefüggő földrajzi területen társultak a háziorvosok és a megye valamennyi járó- és fekvőbetegellátó intézménye.

Az ellátásszervezéssel nem léptük át a megye határait, és más ellátásszervező sem terjeszkedett a megyébe (55. ábra).



55. ábra. A nógrádi irányított betegellátási rendszerben résztvevő egészségügyi szolgáltatók földrajzi elhelyezkedése, 2004-2007

Forrás: Nógrádi irányított betegellátási rendszer adatbázisa: (terv. Kajtor E.)

A nógrádi modell kilencfős menedzsmentjének kialakítása területi elv alapján történt. A menedzsmentbe a megye legfelkészültebb orvos, közigazdász, informatikus, pénzügyi és egészségügyi szervezési ismeretekkel rendelkező szakembereit választottuk. A nógrádi irányított betegellátási rendszer struktúráját a 2. melléklet tartalmazza.

5.2. Ellátásszervezés a nógrádi irányított betegellátási rendszerben

Az irányított betegellátási rendszerben előírt és vállalt legfontosabb feladatok az alábbiakban foglalhatók össze:

- Egy adott összefüggő földrajzi területen 106 900 fő érintett lakos tényleges szükségleteihez igazodó egészségügyi ellátás racionális megszervezése
- A definitív ellátás érdekében a lakóhely közeli alap- és járóbeteg-szakellátás erősítése, az indokolatlanul igénybe vett magasabb szintű ellátások számának csökkentése

- Primer, szekunder, terciér prevenció megvalósítása azon állapotok esetén, amelyek szűrésére rendelet⁶⁹ által a házi orvos nem kötelezett, valamint az ezt szolgáló alap- és szakellátási struktúra kialakításának kezdeményezése
- Az egészségügyi ellátások különböző szintjein a szolgáltatásokat igénybe vevők betegútjainak szervezése, irányítása, elemzése
- A progresszív betegellátásban résztvevő, egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek helyi összefogásának, szakmai kapcsolatainak, együttműködésének erősítése
- A lakosság egészségi állapotának és az igénybe vett szolgáltatások minőségének javítása
- A felszabaduló források ésszerű allokációja az ellátandó feladatok kiegyensúlyozott, folyamatos, hosszú távú ellátása érdekében.

A kiemelt feladatok mellett a jelentősebb tevékenységeink közé tartozott az informatika fejlesztése, a minőségfejlesztés, a minőségbiztosítás, a szakmai protokollok készítése, a betegutak elemzése, az oktatás és a képzés.

Informatika: A sikeres pályázatot követően meg kellett oldani, hogy valamennyi praxis a rendszer informatikai követelményének eleget tudjon tenni, azaz alkalmas legyen a jelentések elkészítésére. A munkát nehezítette, hogy a szervezői körön belül kilenc különböző házi orvosi szoftver működött, ebből voltak olyanok, amelyeket csak egy-egy praxis használt. Oktató anyag készült az elektronikus levelezés használatáról, valamint a betegút követésről is. Az adatfeldolgozás eredményeként minden praxis a saját betegeire vonatkozó betegút adatokhoz jutott. A házi orvosaink körében az Internet használata egyre jobban elterjedt, és a mindennapos munka része lett.

A szív- és érrendszeri rizikószűrések kérdőíveinek feldolgozásához is saját fejlesztésű szoftvert használtunk. A szoftver segítségével végeztük a kérdőívek elektronikus rögzítését, feldolgozását és értékelését. A rendszer alkalmas volt a praxisonkénti, a térségenkénti, valamint a teljes szervezői körre vonatkozó adatok előállítására és lekérdezésére. A minőségbiztosítási rendszer keretében kérdőíves betegelégedettségi vizsgálatokat végeztünk, melynek informatikai háttérét szintén sikerült megoldanunk.

A nógrádi irányított betegellátási modell a csatlakozott egészségügyi szolgáltatók körében az informatika terén jelentős változást teremtett.

⁶⁹ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

Minőségfejlesztés, minőségbiztosítás: a minőségpolitikai célok, és a célok megvalósításához szükséges stratégia és a konkrét feladatok a minőségpolitikai tervben kerültek összefoglalásra. A betegellátás minőségének javítására irányuló elkötelezettséget a minőségpolitikai nyilatkozat tartalmazta, mely szerint a nógrádi irányított betegellátási rendszer célja az volt, hogy

- a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználása mellett elősegítse a nógrádi lakosság egészségi állapotának megőrzését és javítását, a betegségek megelőzését, korai felismerését és hatékony kezelését,
- javítsa a nógrádi betegek által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások szakmai színvonalát, körülményeit, növelve ezzel a betegek elégedettségét,
- segítse az egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzáférés esélyeit, a betegek és a szakemberek jogainak minél teljesebb érvényesülését,
- az ellátórendszer különböző szintjein meglévő felszabadítható erőforrások mobilizálásával olyan rendszert alakítson ki, amely hosszabb távon is fenntartható, finanszírozható,
- támogassa az irányított betegellátási rendszerben együttműködő egészségügyi szolgáltatók törekvéseit az orvos- technológiai fejlesztés és a hatékony intézményi működtetés terén.

Az ellátás minőségének javítása érdekében folyamatos betegelégedettségi felmérés készült. 33 000 kérdőívet osztottunk ki melyek feldolgozás utáni értékeléséből, a betegek részéről érkezett vélemények, észrevételek hasznosításával intézkedéseket tettünk. A betegelégedettségi kérdőívet és az értékelést a 3. 3a melléklet tartalmazza.

Szakmai protokollok: a gyógyítás szakmai protokollok nélkül nem átlátható, nem ellenőrizhető. A protokollok fontosságát felismerve, az ellátásszervezők ellátási területükön a szolgáltatókkal együttműködve egységes szakmai protokollokat működtettek. A megfelelő szakmai protokollok a minőségbiztosítási rendszerrel együtt alkalmasak összehangolni a szakmai korrektséget a gazdasági hatékonysággal. A betegek számára mindenképpen előnyt jelent, ha az egészségügyi ellátók szakmailag megvitatott egységes eljárásokat alkalmaznak. Ez növeli ugyanis az ellátás biztonságát, segít kiküszöbölni az alul- és túlkezelés előfordulását. Az alkalmazott szakmai protokollok olyan eljárásrendek, amelyek a helyi sajátosságokra épülnek, és részletesen meghatározzák a teendőket. A nógrádi irányított betegellátási rendszerben hét szakmai protokollt dolgoztunk ki:

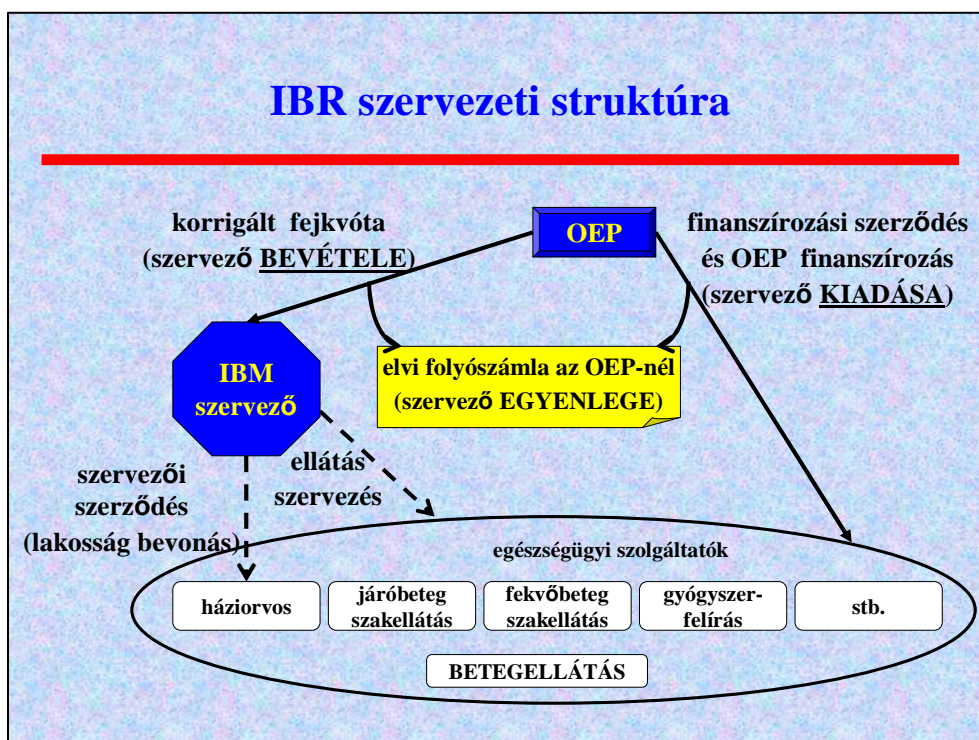
„Felső légúti fertőzések diagnosztikus és kezelési irányelvei”, „Mellkasi fájdalom diagnosztikája és terápiája”, „Hipertónia diagnosztikája és terápiája”, „Területen szerzett tüdőgyulladás”, „Diabetes mellitus”, „Asthma bronchiale a gyermekkorban”, „Alap és emeltszintű újraélesztés”. A protokollokat bevezetés előtt az orvos-szakmai munkabizottság egyeztette a megyei szakfelügyelő főorvosokkal, az intézmények szakorvosaival, valamint a házi orvosokkal az érdemi együttműködés, a befogadás érdekében. Az újraélesztési szakmai protokoll gyakorlati alkalmazását Ambu-Man vásárlásával is segítettük, melyet jelenleg is hasznosítunk a szakmai továbbképzéseken.

Betegutak elemzése: az irányított betegellátási rendszer neve is utal a betegút követésének fontosságára. A betegút az adott beteg részére nyújtott szolgáltatások összessége minden ellátási szint figyelembevételével. A felesleges, párhuzamos betegutak elkerülése a betegút követéssel valósulhat meg, így optimalizálni lehet a betegellátás folyamatát. Kiemelt jelentősége van annak, hogy a betegellátási folyamat első lépéseként a beteg a házi orvost keresse fel, és a progresszív ellátási szintre csak indokolt esetben kerüljön. A betegút adatokból a házi orvosok visszajelzést kaptak abban az esetben is, ha a beteg a rendelőben nem kereste fel házi orvosát, hanem egyből a szakellátó intézménybe ment, vagy a házi orvosi beutalást követően az eredménnyel nem jelentkezett kontrollra. Mindezen új szemléletű eszköztárak a házi orvos „kapuőr” szerepét erősítették. A házi orvos abban volt érdekelt, hogy a leggazdaságosabbnak tűnő betegutat jelölje ki a páciense részére.

Oktatás – képzés: a nógrádi irányított betegellátási rendszerben közreműködők képzése és továbbképzése oktatási-képzési terv alapján történt. Az oktatásokon, továbbképzéseken való megjelenést a házi orvosi érdekeltségi rendszer részét képezte, ezzel is motiválva a részvételt. Az oktatás – képzés a fő célkitűzéseknek megfelelően segítette a legnagyobb népséget érintő kórállapotok szakmai protokolljainak kidolgozását, konszenzuson alapuló bevezetését, minőségpolitikai célkitűzéseknek megfelelően támogatta a költséghatékony, minőségi elveket szem előtt tartó, gördülékeny munkafolyamatokat. Továbbképzési programjaink a Semmelweis Egyetem Továbbképzési Központja által akkreditáltak. A betegellátás folyamatos biztosítása érdekében a képzések időtartamára ügyeleti rendszert működtettünk. Az IBR a vidéki praxisok elmagányosodása ellen is jó védelmet biztosított (31. 32. 55. ábra). A szakmai továbbképzések, konzultációk, esetmegbeszélések a biztonság érzését nyújtották.

A rendszerben az ellátásszervezők részére az OEP virtuális folyószámlát (elvi folyószámlát) vezetett. A szétosztás alapját a kor, nem szerint kalkulált fejkvóta és az ellátásszervezőhöz tartozó lakossági kör száma, összetétele képezte.

Az ellátásszervező – a helyi IBR menedzsmentje – dönthette el, hogy hogyan és milyen eszközzel lehet a fejkvóta keretből a leggazdaságosabban biztosítani a természetbeni ellátásokat. A keretet a szervező nem kapta meg ténylegesen, a megtakarítás összegét az OEP a modellt követően folyósította (56. ábra).



56. ábra. Az irányított betegellátási rendszer felépítése
 Forrás: OEP, 2003

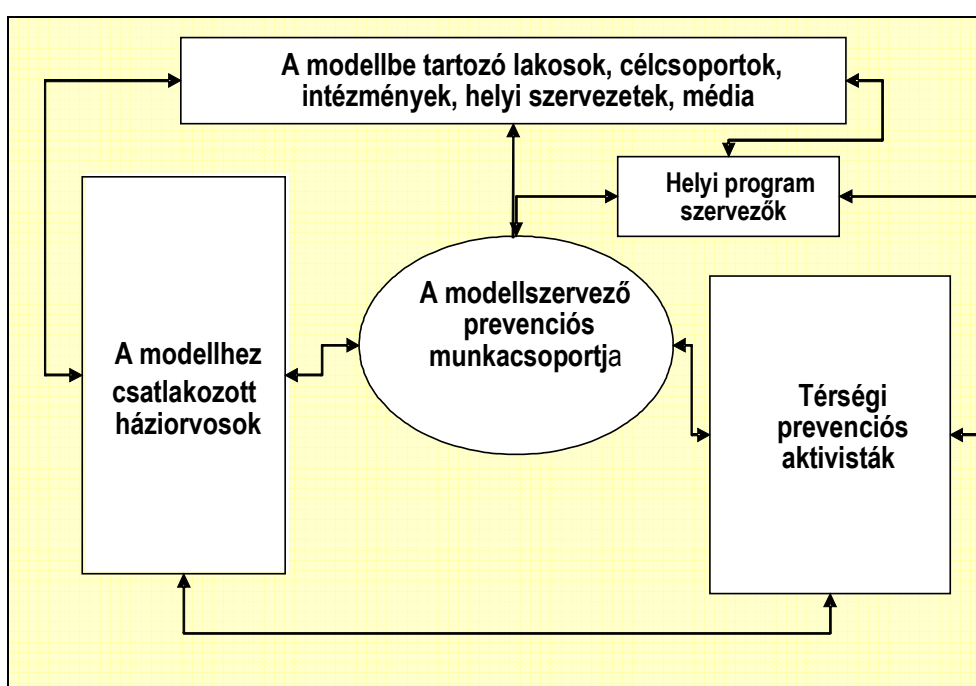
Amennyiben a szervező az előirányzatnál jobban gazdálkodott a rábízott lakosokra jutó összeggel, vagyis a hozzá tartozó lakosok ellátásának hatékonyabb módon történő megszervezését valósította meg, akkor év végén megtakarítást ért el, és a finanszírozás igazodott a lakossági szükségletekhez.

A hatékony gazdálkodásunknak köszönhetően a praxisok és a kórházak részére diagnosztikát és az ellátást segítő műszerekre, valamint informatikai eszközökre pályázatot hirdettünk, amelyhez a házi orvosok önrésszel hozzájárultak. Az alapellátás valamennyi ügyeleti személygépkocsijába oxigénpalackot biztosítottunk.

A közösen elfogadott érdekeltségi szabályzat alapján a megtakarítás lehetőséget teremtett a házi orvosok és a kórházak motiválására is.

5.3. A nógrádi irányított betegellátási rendszer prevenciós stratégiája és prevenciós programjai

Az irányított betegellátási rendszer feladatai között szerepelt a tervszerű prevenciós tevékenység, mely az ellátásszervezők kötelezően vállalt feladata, és alapvető érdeke a lakosság egészségének megőrzése, a betegségek időbeni felismerése és gondozása. A nógrádi irányított betegellátási rendszer struktúrájában a prevenciós stratégia összeállítása, a prevenciós feladatok koordinálása, és monitorizálása a prevenciós munkabizottság hatásköre volt (57. ábra).



57. ábra. A prevenciós tevékenység folyamatának szervezése a nógrádi irányított betegellátási rendszerben
Forrás: Nógrádi irányított betegellátási rendszer prevenciós programja, (szerk. Kajtor E.)

A prevenciós munkabizottság elkészítette a „Nógrád megye lakosságának egészségi állapota országos és regionális összehasonlításban az ezredfordulót követően” c. népegészségügyi, demográfiai, szociológiai helyzetelemzését. A részletes tanulmány prevenciós tevékenységünk alapjául szolgált.

A prevenciós stratégiánk célkitűzése: a nógrádi lakosság egészségi állapotának javítása, amelyet a prevenciós programok megvalósításával kívántunk elérni.

Prevenciós stratégiánk módszere: az Egészség Évtizedének Nemzeti Programjával összhangban állítottuk össze a prevenciós programtervünket.

Kiemelt jelentőségű részprogramjaink: szív- és érrendszeri prevenció programok (fontosságát a 3.3.3. fejezet részletezi), iskola-egészségügyi programok, belső pályázati rendszer keretében működő kockázatcsökkentő programok, amelyek várhatóan pozitívan befolyásolják az ellátásba bevont populáció életmódját.

A *feladatok megvalósításának irányvonala*: a program indikátor rendszerének kidolgozása (4. melléklet), a program szakmai egyeztetése, konszenzus kialakítása a háziorvosokkal, a prevenció program megvalósításában résztvevő team létrehozása a megye három térségének megfelelően, pénzügyi terv összeállítása, informatikai infrastruktúra kialakítása, kockázatcsökkentő programok előkészítése.

5.3.1. A 35-65 éves rizikókorcsoportra vonatkozó prevenció programok

A *prevenció program célcsoportja* a nógrádi irányított betegellátásban résztvevő háziorvosok ellátási körzetébe tartozó 35-65 éves felnőtt lakosság, mely az összlakosság 41%-a.

Primer prevenció: életmód programok, rizikócsökkentő programok, felvilágosítás, egészségkommunikáció. Belső pályázati rendszer keretében megvalósítandó kardiovaszkuláris kockázatcsökkentő programok.

Szekunder prevenció: tünetekkel nem rendelkező, gyógyszereket nem szedő egyének kardiovaszkuláris rizikófelmérése kérdőíves rizikószűréssel. A kiszűrt egyének kockázatbecslése. Kockázatbecsléssel pozitívnak ítélt csoportok, a kiszűrt egyének, valamint a hipertonia és koszorúér-betegség miatt gondozott betegek közül a nagy kockázatú betegek rizikóstratifikációja.

Tercier prevenció: hipertonia, koszorúér-betegség gondozása.

A prevenció célok hatékony megvalósítása érdekében a programok megszervezése során együttműködünk a megyében prevenció tevékenységet évek óta aktívan végző civil szervezetekkel.

A programok szervezését két térségben – a salgótarjáni és a balassagyarmati – valósítottuk meg a mellékelt szűrési protokoll folyamatára alapján (5. melléklet).

A szűrési szakasz a kérdőíves rizikószűréssel kezdődött (6. melléklet), és a kockázatbecslés alapján kiszűrt lakosság orvosi vizsgálatra történő behívásával folytatódott (7-9. melléklet).

A szűrés utáni, belső pályázati rendszerben rizikócsökkentő prevenció programokat dolgoztunk ki és valósítottunk meg.

5.3.2. A 6-18 éves korcsoportra vonatkozó prevenciós programok

A prevenciós programok célcsoportjai: egészségfejlesztési program kortársoktató képzés keretében középiskolások részére, kábítószer-megelőzési program általános iskolások részére. *Primer prevenció:* a programban résztvevőkkel megismertettük, hogy a drogok veszélyt jelentenek az egyén és a társadalom életére. Tudatosítottuk, hogy a veszélyhelyzetek elkerülhetők. Megtanítottuk azokat a módszereket, amelyek az adott helyzetben alkalmazhatók, hogy az érintettek képessé váljanak a kábítószeres visszautasítására és az egészséges életmód kialakítására.

Egészségfejlesztési program kortársoktató képzés keretében középiskolások részére. A program célkitűzése: alkalmassá kívántuk tenni a fiatalokat arra, hogy társaik körében felvilágosító tevékenységet folytassanak, részt vegyenek primer prevenciós programok lebonyolításában, pozitív kortársnyomással hassanak egymásra az AIDS, az alkoholfogyasztás, a kábítószer élvezet és a dohányzás megelőzése terén. Évente 3-4 alkalommal szerveztünk képzést az utánpótlás biztosítása érdekében, alkalmanként 25-30 tanuló részvételével. A kortársoktató képzésről minden középiskolát értesítünk a megyében. Iskolánként 2-3 tanuló részvételét tudtuk biztosítani a különböző témákban – AIDS, drog, alkohol, dohányzás – indított tanfolyamokon. A programban közreműködött a Budapesti Orvostanhallgató Kortársoktatók Alapítványa (BOKA). Támogató partnereink voltak a rendőrkapitányságok és a bűnmegelőzési alapítványok.

Kábítószer-megelőzési program általános iskolások (12-14 éves tanulók) részére. A leginkább elfogadott és leghatékonyabb megelőzési módszer olyan attitűd kialakítása, amely elutasítja a drogok fogyasztását. A korosztályi sajátosságoknak megfelelően az önismeret mellett a kortárshatás, illetve a befolyásolhatóság problémáival is foglalkoztunk. Alkalmazott módszereink: előadás, irányított beszélgetés, interaktív játék, szituációs gyakorlat, kérdőív, videofilm megtekintése és annak megbeszélése, valamint egyéni és csoportos feladatmegoldás. A program négy iskolában, osztályfőnöki óra és tréning keretében valósult meg.

5.4. Eredmények a nógrádi irányított betegellátási rendszerben

A veszélyeztetett populáció eléréséhez és a már beteg egyének felkutatásához működtetett kérdőíves rizikófaktor szűrőprogramunk eredményesnek ígérkezett (30. táblázat).

**30. táblázat. A kardiovaszkuláris rizikó szűrések összesített adatai
a nőgrádi irányított betegellátási rendszerben, 2005-2008**

| A veszélyeztetett populáció elérése és gondozásba vétele | 2005 év | 2006 év | 2007 év | 2008 év | 2005 – 2008 év |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Kiosztott kérdőív (db) | 15 020 | 15 580 | 11 105 | 1 450 | 43 155 |
| Értékelhető kérdőív (db) | 12 575 | 10 653 | 4 402 | 1 026 | 28 656 |
| Összes pozitív eset (fő) | 7 739 | 5 034 | 2 274 | 511 | 15 558 |
| 1. Alacsony kockázatú esetek ellátása | | | | | |
| Vizsgálatra behívtak száma (fő) | 689 | 953 | 425 | 51 | 2 118 |
| Vizsgálaton megjelentek száma (fő) | 417 | 682 | 174 | 37 | 1 310 |
| További vizsgálatra küldve (fő) | 201 | 431 | 79 | 13 | 724 |
| Gondozásba vettek száma (fő) | 167 | 264 | 63 | 19 | 513 |
| 2. Közepes kockázatú esetek ellátása | | | | | |
| Vizsgálatra behívtak száma (fő) | 841 | 972 | 341 | 57 | 2 211 |
| Vizsgálaton megjelentek száma (fő) | 610 | 745 | 214 | 28 | 1 597 |
| További vizsgálatra küldve (fő) | 432 | 575 | 129 | 21 | 1 157 |
| Gondozásba vettek száma (fő) | 387 | 530 | 130 | 19 | 1 066 |
| 3. Magas kockázatú esetek ellátása | | | | | |
| Vizsgálatra behívtak száma (fő) | 405 | 439 | 143 | 14 | 1 001 |
| Vizsgálaton megjelentek száma (fő) | 332 | 359 | 105 | 10 | 806 |
| További vizsgálatra küldve (fő) | 246 | 296 | 70 | 6 | 618 |
| Gondozásba vettek száma (fő) | 246 | 323 | 85 | 6 | 660 |
| 4. Igen magas kockázatú esetek ellátása | | | | | |
| Vizsgálatra behívtak száma (fő) | 209 | 218 | 77 | 9 | 513 |
| Vizsgálaton megjelentek száma (fő) | 167 | 189 | 50 | 5 | 411 |
| További vizsgálatra küldve (fő) | 135 | 169 | 41 | 4 | 349 |
| Gondozásba vettek száma (fő) | 146 | 183 | 45 | 4 | 378 |
| 1+2+3+4 Kockázatú esetek gondozása | | | | | |
| Gondozásba vettek száma (fő) | 946 | 1 300 | 323 | 48 | 2 617 |

Forrás: Nőgrádi irányított betegellátási rendszer prevenció programja, (szerk. Kajtor E)

Figyelemre méltó, hogy az értékelhető kérdőívet kitöltők több mint 50%-a pozitív eset volt. A gondozásba vettek (2 617 fő) jelentős száma, az egyik legfontosabb indikátor. Arányában részletezve a gondozásba vettek, a kockázatú esetekből: 1-es 39,3%; 2-es 66,6%; 3-as 81,9%; 4-es 92%).

A tábla adataiból kitűnik, hogy a szűrés eredményeként veszélyeztetett csoportba tartozók igen magas létszámban kerültek gondozásba vételre (a pozitív esetek 17%-a), amely az IBR által kiadott gondozási protokollok szerint zajlik. A rendszeres kontroll és a nyomon követhetőség biztosított a rendszerben. A kiszűrt és a korán kezelésbe vett betegek esetében a súlyos szövődmények jó eséllyel megelőzhetők, jobb életkilátást biztosítva a betegeknek.

Az egy vagy több kockázati tényező által érintettek első vizsgálata, a szükséges kezelés elkezdése, az esetleges vizsgálatok indikálása a háziorvosnál történik a megfelelő protokoll szerint. A kardiológiai primer prevenció széleskörűvé tételétől, a korszerű terápiás protokollok bevezetésétől a betegek egészségi állapotának javulását, a szövődmények előfordulásának mérséklődését, vagy későbbre tolódását várjuk a kardiovaszkuláris halálozás csökkentése érdekében.

Az eredmények mérésének másik kiemelkedő indikátora a prevenció programokban résztvevők száma. A 2005. január 1. és 2006. december 31. közötti időtartamban összesen 22 alkalommal szerveztünk prevenció programokat, amelyek között szűrések, sportrendezvények, orvosi előadások, egészségnapok szerepeltek. Ezekben összességében – dokumentáltan – 5 133 fő vett részt. A megye általános iskoláiban szervezett kábítószer fogyasztás megelőzésbe 93 diákot sikerült bevonni. Kortársoktató programot négy középiskolában rendeztünk összesen 125 fő részvételével.

Kiemelt jelentőségűnek értékeljük a belső pályázati rendszerünk működtetését. Ennek lényege, hogy kiírásunk alapján prevenció programok megvalósítására lehetett pályázni. Az indított programoknál meghatároztuk a célkitűzéseink mérhetőségét (pl. labor eredmények javulása, gyógyszereszedési szokások változása, dohányzás teljes elhagyása, a napi elszívott cigaretta mennyiségének csökkenése). Hatékonysága abban rejlett, hogy a különféle szervezetek a mikrokozmosz legfontosabb igényeinek, szükségleteinek figyelembevételével pályáztak a prevenció tevékenységre.

A pályázat két fordulójának 36 nyertes pályázója volt, az általuk szervezett programokon összesen 24 300 fő vett részt. Kiemelést érdemel az „*Összefogással az egészségért Rimócon*” elnevezésű szűréssel egybekötött programsorozat. A megye egyik legfejletlenebb – szécsényi – kistérségében fekvő, 1 896 lakosú Rimóc községben példaértékű a polgármester, a háziorvos, a védőnő, a pedagógusok és a vállalkozók összefogása, és az ellátásszervezővel kialakult hatékony együttműködés az egészség megőrzése érdekében.

A betegelégedettségi vizsgálatok összegzése alapján a betegek a háziorvosi ellátás körülményeit és elérhetőségét jónak tartották. A vizsgált praxisok között szignifikáns különbség csak a rendelésre történő előjegyzés vonatkozásában volt.

A rendelés során végzett vizsgálatok, valamint az orvos által nyújtott tájékoztatás hagyott kívánnivalót maga után. Néhány praxisban aggályos volt az intimitási lehetőség.

A részletes értékelést a 3.a melléklet tartalmazza.

5.5. Összegzés

Az irányított betegellátás céljai között szerepelt az egészségügyben rendelkezésre álló szűkös erőforrások költséghatékonyabb forrásallokációjának elősegítése, az egészségügyi ellátórendszerben résztvevők munkájának összehangolása, a betegségek megelőzése, az életminőség megőrzése és javítása. A szerződésben vállalt feladatokat elvégeztük, és törekedtünk a rendszer hibáinak feltérképezésére, a problémák megoldására.

A szakmai színvonal javítása érdekében egységes szakmai protokollokat dolgoztunk ki. A tudományos szintű szakmai munkát a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja is támogatta. Folyamatosan – havonta – tudományos munkatársakat és helyet biztosított az ETP workshopok megrendezéséhez.

A rendszer vitathatatlan eredménye azonban a prevenció tevékenység, a jövőbe való investálás. Az IBR-nek köszönhető az a szemléletváltás, amelynek alapján a betegcentrikus gondolkodásmódot a rendszerben résztvevők körében az egészségcentrikus gondolkodás váltja fel, és a megelőző tevékenységre helyeződik a hangsúly. Ezt az új szemléletet közvetíti prevenció programjaink mottója: *„Kapj kedvet az egészséghez”!*

A modell kezdetek óta folyamatosan kapott dicséretet és kritikát egyaránt. A feltárt hiányosságok megszüntetésére érdemi intézkedések nem történtek, így elindult az irányított betegellátási rendszer a – 2008. december 31-ei – megszűnéséhez vezető úton.

A kutatások is azt igazolják, hogy a rendszer sok értékes, új elemet tartalmazott. *„Az IBR-ben – köszönhetően a jó irányba mutató alapvető célkitűzéseknek és dacára a közpolitika-megvalósítás gyengeségeinek – számos olyan tapasztalat és tudáselem gyűlemllett fel, melynek átmentése nem csupán az IBR-szervezők, hanem az egészségügy és a társadalom egésze számára fontos.”* (DANKÓ D. – KISS N. – MOLNÁR M. – RÉVÉSZ É. 2005. p.13.)

Összefoglalás

A problémafelvetés alapján a tanulmányban kettős célt fogalmaztam meg. *Egyik célom* az volt, hogy az egészségi állapotban és az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségek komplex elemzésével átfogó képet kapjunk Nógrád megye, illetve kistérségei jelenlegi helyzetéről, és az egészség térséghez kötött társadalmi esélyéről. A *másik célom* összetett és elérését küldetésnek is érzem. Mindez a prevenció fontosságának hangsúlyozását, az egészségnek, mint értéknek a közvetítését, az egészségfejlesztő programok megvalósítását és az egészségmagatartás javítását jelenti. E célok elérése érdekében áttekintettem az egészségföldrajz kutatási irányzatait, a földrajzi epidemiológia kutatási eredményeit, az egészség-egyenlőtlenségre, valamint Nógrád megye természeti-és társadalmi tényezőire vonatkozó szakirodalmat. Figyelemmel kísértem az egészségföldrajzhoz szorosan kapcsolódó egyéb tudományok – az orvostudomány, a demográfia, a közgazdaságtan, a szociológia és az egészségpolitika – megállapításait. Az értekezésemben a válogatott szakirodalom áttekintése és a földrajzi epidemiológia kutatási eredményei alapján vonok le következtetéseket, amelyek az empirikus kutatás konkrét irányát kijelölik. A gyakorlati részben azokat a térségi jellemzőket elemzem, amelyek a megye lakosainak egészségi állapotára hatással lehetnek. Az empirikus kutatás feltáró jellegű, főképpen figyelemfelkeltés az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségekre és a térséghez kötött egészség-esélyre.

A vizsgálat *térbeli keretét nagyjából a megyei szint alkotja* – az adatok elérhetőségének függvényében – kistérségi részletezéssel, a régiós, az országos és nemzetközi adatokkal összevetve. *Időbeli keretét elsősorban a 2000-2007 közötti időszak* idősorainak elemzése teszi ki. A jelenségek tendenciájának megfigyeléséhez a korábbi évek adatbázisát is felhasználtam. Komplexen elemeztem a természeti-gazdasági környezet jellemzőit, és a megye népességének egészségi állapotában és az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli viszonyokat.

A nógrádi irányított betegellátási rendszerről készített esettanulmány a magyar egészségügyi rendszer egyik speciális szegmensének, az irányított betegellátási rendszernek a működését, a betegségek megelőzését elősegítő prevenció programjait, valamint az alapellátásról készített betegelégedettségi vizsgálatot mutatja be továbbfejlesztésük érdekében.

A kutatás eredményeként összegezhető, hogy Nógrád mind gazdaságilag mind az egészség és az egészségügyi ellátás szempontjából a leghátrányosabb megyék egyike.

Az elméleti áttekintés és a gyakorlati elemzések szintézisével a kutatás elején megfogalmazott kérdésekre több megvilágításból is sikerült választ kapni. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenség, az életmóddal összefüggő problémák, a munka- és lakókörnyezeti hatásokkal együtt tükröződnek a megye népességének egészségi állapotában. A megbetegedések döntő többségét olyan betegségek alkotják, amelyek kialakulásának valószínűsége egészségfejlesztéssel és megelőzéssel jelentősen csökkenhető.

Az egészségföldrajzi jelenségek vizsgálata alapján meghatározhatók a megye lakosságának egészségi állapotát – egymástól nem függetlenül – befolyásoló összetevők.

A külső környezet a népesség egészségi állapotának fontos meghatározója, ezért a lakosság egészségi állapotának javításában nagyon fontos szerepe van az egészséget támogató környezet kialakításának. Az egyes környezeti ártalmak a betegségek kialakulását okozhatják. Az egészséges környezet ugyanakkor hozzájárul a kedvező egészségi állapot fenntartásához. A legfontosabb környezeti tényezők a levegőminőség, a vízminőség, a zajártalmak és a hulladékkezelés. Nógrádban a számos társadalmi-gazdasági folyamat következtében az elmúlt évszázadban egyre nagyobb mértékben alakult át a természeti környezet. A rendszerváltást megelőzően a megye egyes ipari körzetei az ország legszennyezettebb levegőjű térségei közé tartoztak. Így Nógrád levegőminősége rosszabb volt az országos átlagnál, ami az ipari telepek nagy számával és a nem megfelelő technológiák alkalmazásával volt magyarázható. A 90'-es években az ipari termelés visszaesésével, majd a vezetékes gázhálózat kiépítésével a megye térségeiben javult a levegő minősége.

Jelentősebb levegőszennyező források nem létesültek az utóbbi időszakban, mégis országosan Nógrád megyében a legmagasabb a légzőrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozások aránya. Ma már főleg a közlekedés miatti környezeti ártalom (levegőszennyeződés, zajártalom) veszélyezteti a települések lakosságát, nagyrészt a főútvonalak mentén, és a nagy átmenő forgalommal rendelkező közlekedési csomópontokban. A szennyező forrást erősíti a megye korszerűtlen, öreg gépjárműállománya is. Különösen a megyeszékhely levegőminőségének védelme fontos. Ugyanis Salgótarján sajátos, völgyvárosi elhelyezkedéséből adódóan a levegő öntisztulása jelentősen akadályozott. A megyeszékhely környezetének védelme azért is lényeges, mert a halálozási aránya kirívóan magas. Salgótarjánban él a megye népességének közel 20%-a, továbbá hagyományosan sokan ingáznak naponta a környező településekről a város

munkahelyeire és iskoláiba. A térség lakossága a nagybevásárlásait is zömmel itt bonyolítja le.

A megyén belüli változatos természetföldrajzi adottságok is okai annak, hogy az egyes kistérségeket tekintve igen különböző településszerkezeti, demográfiai, infrastrukturális, életszínvonal és egészségi állapotbeli különbségeket találunk.

A megye társadalmi-gazdasági viszonyai hozzájárultak az igen súlyos demográfiai, mortalitási helyzet kialakulásához. Észak-Magyarország a 90'-es évekig Magyarország egyik legiparosodottabb régiója, a bányászat, a nehézipar, valamint a vegyipar egyik hazai központja volt. A hagyományos ágazatok hanyatlásának, az ipari termelés visszaesésének következtében radikálisan megváltozott a megye gazdasági helyzete. Az egyoldalúan a bányászatra és kohászatra épült gazdaság vállalatainak gyors leépülése Nógrád megye hosszan elhúzódó, tartós válságához vezetett. A megye domborzati viszonyai miatt gazdaságosan nehezen hasznosíthatók a mezőgazdasági területek. Mindezen tendenciák és adottságok a megye leszakadását idézték elő, amelynek következtében folytatódott a fiatalok elvándorlása. Nógrád a fejlett ipari térségből depressziós, elmaradott terület lett. A viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat (KOPP M. – SKRABSKI Á. 2007).

Az iparleépülés gazdasági és társadalmi hatásai olyannyira mélyrehatóak, hogy évtizedekre is meghatározhatják a megye egy-egy, az iparleépüléstől sújtott körzetének gazdasági lehetőségeit, illetve az itt élők életét és egészségi állapotát.

Szoros összefüggés található a bruttó hazai termék és a születéskor várható élettévek között. A magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb születéskor várható élettartammal társul. Ez a megállapítás országon belül is érvényes. Egy régió, megye, kistérség gazdasága meghatározza a lakossága egészségi állapotát, és a területi különbségek kialakulását. Az ország gazdasági térszerkezetének változása nagymértékben befolyásolja a kedvező és kedvezőtlen egészségi állapotú megyéinek helyzetét. Ezt a tényt igazolja, hogy a legkedvezőbb nyers halálozási arányszámú megyék: Pest, Győr-Moson-Sopron és Fejér, míg a legkedvezőtlenebb Békés és Nógrád.

A munkanélküliség közvetetten és komplex módon hat az egészségi állapotra. A témát érintő vizsgálatok eredményei nem igazolták a munkanélküliség és az egészségi állapot közötti oksági kapcsolat létét, de bizonyították a munkanélküliség és az egészség rosszabbodásának együttjárását. A munkanélküliek elvesztik jövedelmüket, és ennek következtében szegénységbe süllyednek, s mindez kihat az életkörülményekre, a

táplálkozásra. A munkanélküliek kikerülnek a foglalkozás-egészségügy rendszeréből, amely rendszeres, időszakos egészségi állapot ellenőrzést biztosított.

Az Észak-magyarországi munkanélküliségi ráta 1990-től nőtt meg jelentősen. A régióban ez a kedvezőtlen munkanélküli helyzet tartósan Borsod-Abaúj-Zemplén után Nógrád megyére jellemző, az egészségi állapotot is befolyásoló előnytelen következményeivel. A *Hungarostudy* Egészség Panel 2006-os követéses vizsgálatában a férfiaknál a biztos munkahely hiánya a korai halálozás legjelentősebb kockázati tényezője volt (KOPP M. – SZÉKELY A. – SKRABSKI Á. 2007).

A településszerkezet hatása a szakirodalomban kimutatott, az egészségben várható élettartamok a településnagysággal együtt nőnek. Növekvő településnagysághoz hosszabb várható élettartam, rövidebb betegidőszak és így hosszabb, egészségesen várható élettartam tartozik. Nógrád megye településhálózatának aprófalvas jellege és a hiányos városrendszere előnytelenül hatnak a lakosság egészségi állapotára. Az aprófalvak nem vonzóak a végleges letelepedéshez, ezért is gyorsabb mértékben növekszik az elvándorlás az országos átlagnál. Mindezt az sem ellensúlyozza, hogy egyes települések üdülőfalvakká alakulnak át. A megyében maradó idős és szegény lakosság problémái fokozódnak. Ami a napi orvosi ellátáshoz való hozzáférhetőséget illeti a községek lakosságának jelentős része igen hátrányos helyzetben van. Az aprófalvas településeken az orvosi alapellátás hatékonysága a csatolt községek és az orvos hiány miatt nem éri el a városok vagy a nagyközségek színvonalát. A társadalmi kirekesztettség kockázata és a szegénység újratermelődése fokozottan érvényesül az aprófalvas, leszakadó kistérségekben. A hatszáz fő alatti településeken élőknek segítséget jelent a falugondnoki hálózat bővítése, kiépítése.

A demográfiai jellemzők közül az egészségi állapotot leginkább befolyásoló tényezők a lakosság korösszetétele, az iskolai végzettség, a családi állapot és az etnikai csoportok aránya. A nógrádi térség legjellemzőbb demográfiai trendje a megye lakosságának tartós és folyamatos csökkenése. A népességszám-csökkenés egyik oka a természetes népmozgalmi folyamatok kedvezőtlen alakulása, emellett a migrációs adatok is tartósan negatív egyenleget mutatnak. A természetes népmozgalmi adatokat vizsgálva a természetes fogyás 2000-2007 között is nagyobb, mint országosan. Ez következtetni enged arra is, hogy az erősödő népességcsökkenés a megye erőtartálékainak gyengüléséhez vezethet, miután a vándorlási különbözetet főleg a fiatal lakosság elvándorlása adja. Mindezt alátámasztja a házasságkötések alakulásának aránya is. Folyamatosan csökken a gyermekvállalási kedv, ami további romlást fog eredményezni a korösszetétel

alakulásában. A korösszetétel módosulása befolyásolja az aktív népességre háruló eltartottsági terheket mind a gyermek, mind az idős korúak esetében.

Az időskorúak megnövekedő részaránya maga után vonja a nem fertőző krónikus, valamint degeneratív betegségek gyakoriságának fokozódását, a halálozások számának növekedését és az egészségügyi kiadások emelkedését. A háziorvosok kétévenkénti (OSAP) jelentése alapján – 2005-ben – három jelentős diagnózist kell kiemelni a megyében. A felnőttek körében kiemelkedő a magas vérnyomású betegek aránya, amely meghaladja az országos átlagot és gyakoribb a nők körében. Ugyancsak magas az ischaemiás szívbetegségek és a cukorbetegség miatt orvoshoz fordulók aránya. A nőknél tapasztalt magasabb orvoshoz fordulási arány mögött feltehetően a nagyobb törődést tanúsító betegség tudatuk áll.

A cigány kisebbséghez tartozók magas területi aránya hozzájárul a halandósági különbségek alakulásához. Szociális körülményeik, társadalmi, gazdasági helyzetük valamennyi fő jellemzői alapján a megye leghátrányosabb helyzetű csoportját a romák alkotják. A nagyipar összeomlását követően a romák helyzete erőteljesebben rosszabbodott, felzárkóztatásukra nem jutott elégséges forrás és kellő figyelem. A társadalmi egyenlőtlenségek, a kulturális hátrányok legkifejezettebben az egészséghez való esélyegyenlőtlenségben mutatkoznak meg. Szánalmas foglalkoztatási helyzetük egészségi kockázati tényező. A romák magas betegségearányai közvetlenül összefüggnek a szegénységgel. Életesélyeik nagyon rosszak, a születéskor várható élettartamuk 9-10 évvel kevesebb az országos átlagnál.

Nógrádban – különösen az aprófalvakban – nagyon magas a romák aránya, helyenként megközelíti az ötven százalékot. Nógrád megyében a cigány lakosság szülési kedve kisebb csökkenést mutat, mint a magyar családoknál. Ebből következik, hogy a népesség összetételében további előnytelen változások várhatóak, és ez az egészségi állapotban is megmutatkozó, még kedvezőtlenebb jelenséget indukálhat. A roma népességgel kapcsolatos előreszámítások szerint az 1990-et követő 30 év folyamán a népességük hányada csaknem megkétszereződik, további jelentős területi különbségekkel. Ezek a változások célzott egészségügyi ellátási tennivalókra, valamint átgondolt szociálpolitikai intézkedések megtételére utalnak.

Egy területi egység népességének iskolai végzettségi színvonala és a halandóság között szoros összefüggés figyelhető meg. Ez a kapcsolat az iskolázottsági szinttel ellentétesen erősödik. Az alacsonyabb végzettséghez rövidebb várható élettartamok és hosszabb betegidőszakok tartoznak.

A magasabb képzettségű ember jobban tudja kezelni a változó élethelyzeteket, és egészségesebb életmódra törekszik (KOPP M. 1999). Nógrád megyében a lakosság iskolázottsága jelentősen elmarad mind a régiós, mind az országos átlagtól. A K+F kapacitásból a megye részesedése minimális. A fiatal diplomások elvándorlásának folytatódásával, valamint az alacsony iskolai végzettségűek növekvő aránya következtében folyamatosan csökken a megye – egyébként is alacsony – innovációs képessége.

A települések infrastruktúrája meghatározza az ott élő emberek esélyegyenlőségét, életminőségét, egészségi állapotát. A megye infrastrukturális fejlettsége összességében gyengének mondható, legtöbb mutatójában az országos és a vidéki átlagtól is elmarad. Nógrád az ország egyik leghátrányosabb helyzetben lévő régiójának megyéje. Az elmaradás mérséklése, a felzárkóztatás elősegítése érdekében az ezredfordulót követően több területen jelentős pénzforrások érkeztek a megyébe. Felhasználásuk pozitív hatása elsősorban az úthálózat korszerűsítésében, a víz-csatornahálózat, a gázvezeték építésében és a kórház-rekonstrukciókban mutatkozott meg. A közműfejlesztési programok nyomán jelentős infrastrukturális beruházások valósultak meg az elmúlt években. Mindezen beruházások az egészségi állapotban majd később éreztetik hatásukat. A gazdaságban, a munkahelyekben érdemi változás, előrelépés nem tapasztalható. A megye legnagyobb hátránya azonban a helyi innovációs készség és az értelmiség hiánya.

Az elmúlt három évtizedben Magyarországon a megyék között a halálozások jelentős átrendeződése figyelhető meg. Nógrád megye '70-es évek-béli kedvező halálozási mutatói a '80-as évek második felétől kedvezőtlen irányba fordultak. Ez a jelenség egyebek mellett azzal is magyarázható, hogy Nógrád halálozási arányszáma korábban jobb volt, mint az országos, azonban 1987-től ennek a mértéke meghaladta az országos átlagot. A '90-es években már a megyében a halálozások népességre vetített hányada az egyik legrosszabb értéket mutatta. Ez az előnytelen tendencia az ezredfordulóra odavezetett, hogy Nógrád halálozási mutatói a legkedvezőtlenebbek lettek. A csecsemőhalálozás tekintetében a vizsgált időszakban Nógrád az országos összehasonlításban kedvezőbb képet mutatott, az 1-64 éves korosztály halálozása esetében viszont a legrosszabb pozíciót foglalta el.

A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás nyers és standardizált halálozási mutatója jelentősen meghaladja az országos átlagot a férfiaknál és a nőknél egyaránt. Nagyobb gyakoriságot tükröz, és az országos sorrendtől eltér a megyében a légzőrendszer betegségei okozta halandóság értéke. Feltehetően ebben a környezeti ártalmaknak és a korábbi kedvezőtlen foglalkoztatási szerkezetnek is nagy szerepe lehet.

A halandósági helyzet kistérségi feltérképezése változatos képet mutat. A legrosszabb mortalitású területek között említhető a bátonyterenyei és a pásztói kistérség. A mortalitási viszonyok kistérségi vizsgálata megerősítette a halálozások összefüggését a kistérségek fejlettségével. 2000-2007 között legrosszabb a nyers halálozási mutató a szécsényi és a bátonyterenyei, míg a legjobb a rétsági kistérségben.

A lakosság egészségi állapotáért döntően nem az egészségügyi ellátás a felelős, mivel ez csupán csak egyik eleme az egészségi állapotra ható tényezőknek. A térségek egészségügyi rendszerének hiányosságai azonban tovább mélyíthetik – a már meglévő – területi különbségeket. A megye háziiorvosi ellátottsága a vizsgált időszakban tendenciájában évről évre rosszabb lett. A háziiorvosi létszámcsökkenés mértéke 2007-ben már meghaladta a 11%-ot. Az egy háziiorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosságszám a megyék között a harmadik legmagasabb. Országos összehasonlításban az egy háziiorvosra jutó – folyamatos ellátás miatti – lakáson történt meglátogatottak száma viszont Nógrádban a legalacsonyabb. A háziiorvosi tevékenységet súlyosbítja az is, hogy az egy háziiorvosra jutó 60 éves és idősebb lakosok száma Nógrádban a legmagasabb. Mind az ellátandó lakosságszám, mind a betegforgalom kistérségenként jelentős eltéréseket mutat. A legjobban leterheltek a szécsényi és a pásztói kistérség háziiorvosai.

Nógrád megyében három kórház látja el a szakellátás feladatait. Korábban működött egy száz ágyas pulmonológiai szakkórház is, azonban Nógrád Megye Önkormányzatának Közgyűlése 2005. november 1-vel megszüntette a nógrádgárdonyi Megyei Tüdőgyógyintézetet. A tüdőgyógyintézet feladatait a Szent Lázár Megyei Kórház és a Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet vette át.

A kórházak önkormányzati tulajdonban vannak, de a gazdasági kényszer miatt egyes egységeit az önkormányzatok hosszabb távon szerződéses formában működtetésre kiadták (radiológia, gyógyszerár, ételmezés, mosoda, biztonsági szolgálat).

Nógrád hátránya a szakorvosiórá-kapacitásban kirívó szinte minden szakmacsoportban. A szűkös járóbeteg szakorvosi kapacitás miatt a lakosság rákényszerül a fizetős magánrendelések igénybevételére, vagy megyén kívül keres ellátást. Többségük azonban kívárja – alacsony jövedelmi viszonyai miatt – a hosszabb előjegyzés időpontját is.

A megyének nincs szakembereket vonzó, illetve azokat megtartó ereje. A hátrányos helyzetű térségben a paraszolvencia esetleges és mértéke is alacsony. Nógrád megítélése sajnos az egészségügyben különösen érezteti hatását. Kevés az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, a védőnő, a gyógypedagógus és a logopédus. A megye orvosainak az országos átlagnál öregebb a korstruktúrája. Az orvosok öregedését tekintve Nógrád megye

van a legrosszabb helyzetben. A betöltetlen szakorvosi álláshelyek számának további növekedése veszélyeztetheti a folyamatos betegellátást. A háziiorvosi állások esetében gondot jelent az is, hogy a fiatal orvosok nem tudják megvásárolni az idősektől a – korábban alanyi jogon átadott – praxist. Sajnálatos tény az is, hogy az orvosok között elenyésző a tudományos fokozattal rendelkezők száma. A megye kórházaiból csak rendkívül nagy erőfeszítés alapján lehet megszerezni a tudományos minősítést. Nógrád megye kedvezőtlen – mennyiségi és minőségi – orvosellátottsága összefüggésben van azzal is, hogy ebben a régióban nem működik orvosi egyetem. E jelenséget magyarázza, hogy a képzés helye nagy hatással van a későbbi praktizálás helyének megválasztásakor.

Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi környezethez tartozik az egészségügyi ellátás elérhetősége, mennyisége és minősége. Rendkívül magas azoknak a betegeknek az aránya (28,6%), akik megyén kívül veszik igénybe a kórházi ellátást. Ezzel szemben Nógrád megyének szinte nincs külső betegforgalma (csupán 2,1%). 2007-ben a megyéből távozó és a megyébe érkező betegforgalom nettó vesztesége jelentős, 26,5%-os⁷⁰. Pest megye után Nógrádból kapnak legtöbbször máshol kórházi ellátást. Ez a nagyarányú betegmozgás komplex szakmai, földrajzi és betegelégedettségi vizsgálatot igényel a távozás okának feltárására.

Erős vonzást gyakorol a megye délnyugati településeire Budapest, amelyek közül néhány csak 30 km-re fekszik a fővárostól, továbbá hagyományosnak mondható a nyugati települések Váchoz való kötődése. A rétsági és a balassagyarmati kistérségek települései területi ellátási kötelezettség megváltoztatására irányuló kérelmet nyújtottak be az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálathoz, kezdeményezve a váci Jávorszky Ödön Kórházhoz való kerülésüket. A kezdeményezés folyamata nem zárult le, ezért a következmények még nem prognosztizálhatók.

Az egészségügyi szervezés hiányossága, a döntések lassú meghozatala is növelte az egészség-egyenlőtlenségeket, mivel a betegség korai felismerhetősége, a gyors diagnózis felállítása, a kor színvonalának megfelelő eredményes gyógyítása napjaink kihívása. A megyék között legkésőbb Nógrádban lett elérhető a CT, az izotópdiaagnosztika, a mammográfia. Még ma sem biztosított az MRI és a sugárdiagnosztika. Műszerezettségben a kórház-rekonstrukciók és a pályázatok hoztak felzárkózást.

⁷⁰ Az adatok a Dél-Dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács munkatársai által készített tanulmányból származnak. „Az egészségügyi szolgáltatók kapacitásának felülvizsgálata a Dél-Dunántúli Régióban” (BONCZ I. szerk. 2008. pp. 121-123.).

Nógrád megyében csak 2003 áprilisában indult meg a célzott lakossági emlőszűrés, de akkor is technikai problémákkal. Korábbi bevezetése mérsékelhette volna a daganatos halálozás emelkedését. A nógrádi lakosság éveken keresztül hátrányt szenvedett az alapellátás ügyeleti rendszerének igénybevehetősége miatt, mivel nem működött sem gyermek, sem fogászati ügyelet. Ezek elérhetősége még napjainkban is csak részleges.

A megye kórházai között nem zökkenőmentes a kommunikáció és az együttműködés, mivel eltérő a fenntartó és a kórházak érdekeltsége. Az egészségügyi szolgáltatók kapcsolatrendszerének koordinálásában korábban nagy szerepe volt az ellátásszervezőnek.

A betegszállítás szervezettsége sem optimális. A betegszállítás lakosságszám arányos, de a területi felosztás aránytalan. Az egyeztetések csak rész megoldásokat hoztak. Célszerű lenne Nyugat-Nógrád területére új betegszállító kapacitást biztosítani. Ennek hiányában a területi felosztást szükségszerű ismételten áttekinteni.

Nógrád megyében az elmúlt években a lakosság egészségi állapotának trendjében nem következett be jelentős változás. Annak ellenére, hogy a megye közegészségügyi-járványügyi helyzete stabil, és az ÁNTSZ a civilszervezetekkel együtt próbálja elfogadtatni az egészséges életmódot, életvitelt, a lakosság egészségi állapotában nem tapasztalható érdemi javulás. A halálozások aránya 1987-ben kedvezőtlen irányt vett, amely a rendszerváltozást követő években – a vizsgált időszakban is – tovább romlott. Nógrád megyében a rendszerváltás lélektani és gazdasági háttere késedelmesen érezteti hatását.

A statisztikai adatok elemzése bizonyítja a területi egyenlőtlenségek kialakulását, és azt, hogy a megye lakosságának egészségügyi helyzete rosszabb az országos átlagnál. Nemcsak szegényebbek, de betegebbek is a nógrádi emberek. Jellemzőek az elhanyagolt krónikus betegségek. Ennek oka főképp a lakosság életkörülményeiben, az egészségügyi kultúrájában, a 60 éven felüliek nagyobb arányában, a szerkezetváltás elmaradásában, a munkanélküliségben, az alacsony életszínvonalban, az egészségügyi ellátórendszer hiányosságaiban keresendő. Megoldást az jelenthetne – a foglalkoztatás, a jövedelmi viszonyok javulása mellett – ha az üres orvosi állások betöltésre kerülnének, és működne a megelőzés, az ellátásszervezés, a gondozás, valamint az utógondozás.

Tagadhatatlan azonban, hogy Nógrád megyében is mutatkoznak a születéskor várható élettartamokban az életkilátások javulásának jelei. Az 1980-ban születettekhez képest a 2007-ben született nőknél 4,4, a férfiaknál 2,4 évvel növekedett az életesély. Különösen a nők esetében biztató a helyzet, a várható átlagévek számának növekedése közel kétszerese a férfiakénak. A területi különbségek – amelyben Nógrád kedvezőtlen helyen áll – mérséklése azonban további összefogást és beavatkozásokat igényel.

A kutatás megállapításaiból levonható következtetések, javaslatok

1. *Javítani szükséges az egészségügyi humánerőforrás mennyiségi és minőségi paramétereit.* Ennek érdekében hatékonyabb humánpolitikai tevékenységgel mielőbb be kell tölteni az üres állásokat. Törekedni kell arra, hogy a kórházban több tudományos fokozattal rendelkező orvos működjön. A sikeres pályázatok feltételeit elsősorban a fenntartó önkormányzatoknak kell megteremteni megfelelő színvonalú lakások biztosításával. Másodsorban piacképes illetményekkel, mert a közalkalmazotti bértábla illetményalapjáért Nógrád iránt sem orvos, sem hiányszakmás egyéb egészségügyi szakember nem érdeklődik. Az önkormányzatoknak alkalmaznia kellene az ösztöndíj adás eszközrendszerét.

A humánerőforrás helyzetén javíthatna a kompetencia szintek meghatározása, amely alapján a diplomás, szakképzett nővérek, asszisztensek végezhetnének olyan feladatokat is, amelyeket jelenleg csak orvosok láthatnak el. Az Európai Unió tagországaiban már bevezettek hasonló intézkedéseket az orvoshiány pótlására (az angol NHS⁷¹-ben a nővérek receptfelírási joga).

Az alapellátás hiánya esetén a sürgősségi betegellátó osztályon (SBO) jelentkeznek panaszukkal a betegek, mert ott mindig elérhető az orvos. Az üres háziiorvosi praxisok számának várható emelkedésével egyre nagyobb teher hárul a súlyponti kórházra. A Szent Lázár Megyei Kórházban 2004 óta SBO, 2007-től pedig SO1 szintű sürgősségi ellátási rendszer működik, amelynek hatékonysága nem optimális. Az osztály területének bővítése és korszerűsítése mellett a létszámellátottságát mind mennyiségileg, mind minőségileg javítani szükséges. Az alapellátás humánerőforrásának szűkössége mellett a sürgősségi ellátás fejlesztését az is indokolja, hogy a kórház átalakítások után – 2007. április 1-től – számos szakmában nagyobb lett a kórház ellátási területe. A betegforgalom megnőtt, és várhatóan az említett okokból tovább növekszik.

2. *A prevenció szemlélet erősítése, a primer és szekunder prevenció és egészségfejlesztő programok kidolgozása és eljuttatása az érintettekhez.* A prevenció jelentőségét megerősíti a 65 év alatti halálozások magas szintje, amely hazánkra és Nógrád megyére is jellemző. A megye lakosságának több mint 50%-a a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek (az ajak-szájüreg-garat, a gége, a nyelöcső, a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganata, az ISZB, az agyérbetegségek és a krónikus

⁷¹ Az Egyesült Királyságban az egészségügyi irányításban és a szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az 1948-ban alakult Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS).

obstruktív tüdőbetegségek) következtében hal meg. A halálozások közel 13%-a az elsődleges prevenció által nagymértékben csökkenthető (légcső, a hörgő és tüdő rosszindulatú daganata, a bőr rosszindulatú melanómája, ISZB, krónikus májbetegség és májsugor, közlekedési balesetek) lenne. A daganatos halálozások 29% -át a szűrhető daganatos betegségek miatt bekövetkező halálesetek teszik ki⁷².

3. *Prioritást kell kapni a halmozottan hátrányos helyzetű kistérségeknek, a településeknek és a társadalmi rétegeknek (elsősorban a roma lakosságnak). A felzárkóztatásuk nélkülözhetetlen a régió uniós szinthez történő közelítésének. A magas betegségearányuk erősen indokolja a szűrések koncentrációját, amelyek megvalósításához a pályázatok lehetőséget biztosítanak. A 2007 óta nemzetközileg támogatott „Egyenlő eséllyel a Rák ellen” program keretében Nógrád megyében is rendeztünk szűréssel egybekötött egészségnapokat, amelyek folytatása szükségszerű. A pályázat központi része a szociálisan hátrányos helyzetű lakosságot megszólító szervezett emlőszűrés és felvilágosítás. A program jelentőségét emeli az a tény, hogy a hátrányos helyzetű, kiemelten a roma lakosság körében a daganatos megbetegedések aránya háromszorosa-négyszerese a hazai és a megyei átlagoknak⁷³.*

4. *Az egészség megőrzésében a civilszervezetek szerepvállalása a jövő egyik kihívása, mivel az egyéni egészségismeret nagymértékben az egészségügyön kívüli eszközökkel befolyásolható, alakítható. Az egészséges életmód elterjesztése és általános társadalmi normává tétele többek között a helyes egészségmagatartási szokások ösztönzése révén lehetővé tenné, hogy a halálozások és megbetegedések döntő százalékát kitevő keringési és daganatos betegségek aránya csökkenjen, vagy megjelenésük későbbi életkorra tolódjék, és ezzel az egészségben leélt életévek száma lényegesen növekedjen.*

A nógrádi lakosság körében emelni kell a mellkas, méhnyakrák, emlő és egyéb szervezett szűrésen való megjelenési arányt (70%-ra). Mindemellett kiemelt feladatnak kell tekinteni a lelki egészség elősegítését, a káros szenvedélyek csökkentését. Elsőrendű feladat a leszakadó rétegek helyzetének jobbítása, az egészségtudatos magatartásuk fejlesztése. Az egészségmagatartás akkor optimális, ha a korai életszakaszban alakítjuk ki, mivel így nem igényel külön figyelmet, szokásossá válik. A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében ajánlatos lenne egy egészségkoalíció létrehozása. Az Észak-magyarországi Regionális ÁNTSZ koordináló szerepével összefogná a különböző civil és

⁷² Az adatok az ÁNTSZ 2008. évi tájékoztatójából származnak.

⁷³ A kutatást a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területfejlesztési Tanács kezdeményezte, a megye roma népessége felzárkóztatási programját előkészítő projekt keretében 2002 tavaszán. A kutatást a Delphi Consulting végezte, Babusik Ferenc vezetésével. BABUSIK F. – PAPP G. 2002.

társadalmi szervezeteket, intézményeket, elősegítve a partnerségi együttműködést, felkutatva és felhasználva a közösségi erőforrásokat.

5. *Nagyobb figyelmet kell fordítani a gondozási tevékenységre mind az alapellátás, mind a szakellátás szintjén.* Fontos lenne az érrendszeri, a daganatos és a cukorbetegség minőségi és mennyiségi gondozási paramétereinek javítása. A háziiorvosi munka kritikájául megfogalmazott gondozási tevékenység hiánya még akkor sem fogadható el, ha a háziiorvosok az országos átlagnál leterheltebbek. Ennek változtatásához szakmai és finanszírozási eszközök szükségesek. A módszerek az irányított betegellátási rendszerből átvehetők.

6. *A járóbeteg kapacitás fejlesztése rendkívül indokolt, különösen a legnagyobb morbiditást és mortalitást eredményező területeken.* Ezek: a belgyógyászat, a kardiológia, az endokrinológia és a reumatológia. Jelenleg a felsorolt szakterületek rendkívül alacsony szakorvosi órában működnek. Nógrád a szakorvosi óra ellátottság területén a leghátrányosabb megye. A kapacitások elosztásánál figyelmet kell fordítani az öregedő népességre és a férfiaknál jellemző korai elhalálozásokra, valamint arra, hogy a megye valamennyi kistérségében egyenlő esélyek teremődjenek az elérhetőségre (a bátonyterenyei, a rétsági és a szécsényi kistérségben járóbeteg-szakorvosi rendelőintézetek építésével, bővítésével).

7. *A határon átvélő együttműködés egy jövőbeni lehetőség a határrégiók hátrányainak csökkentésére és a lakosság életkörülményeinek javítására.* Nógrád megye több mint száz kilométer hosszan határos a Szlovák Köztársasággal, ezért célszerű lenne a határ menti területeken az egészségügyi ellátást összehangolni. Az Európai Unió tagországaiként lehetőség mutatkozik arra, hogy a Trianon utáni peremhelyzetből adódó hátrányokat – mindkét ország lakossága érdekében – az egészségügy területén is csökkentsük. A megyében két nagy kórház is elérhető a határ közvetlen közelében. A salgótarjáni Szent Lázár Megyei és a balassagyarmati dr. Kenessey Albert Kórház.

Mindkét kórház épületrekonstrukciója korszerűsítéssel és komfortnöveléssel a közelmúltban megvalósult. A két kórház adottságait azért is érdemes lenne kihasználni a határ túl oldalán, mert a legközelebbi ellátó helyek – a füleki vagy ipolysági rendelőintézet, valamint a losonci kórház – több felvidéki településtől távolabb vannak, mint az említett nógrádi intézmények. A salgótarjáni és a losonci kórház életében a '90-es évek második felében kialakulni látszott egy gyümölcsöző együttműködés, melynek voltak sikeres mozzanatai, mint a tudományos konferenciák, kórházbemutatók, a tapasztalatok és a problémák megbeszélése. Az ezredfordulóra azonban ez a kapcsolat félbemaradt.

A tulajdonosok, az intézményvezetők és az egészségbiztosítók között már több megbeszélés történt, elsősorban magyar kezdeményezéssel. A tárgyalások időről időre megszakadnak, de azokat az előrelépés érdekében újra és újra kezdeményezni kell.

8. *Az egészség-esélyek érvényesülését segíthetik a betegjogok intézményei, a hatékonyabb szakfelügyeleti hálózat és a tanúsított minőségbiztosítási rendszerek működése.* Az egészségügyi reform részeként létrehozott Egészségbiztosítási Felügyelet feladatai között szerepel az egészségbiztosítási szolgáltatások hozzáférhetőségének – beleértve a várólistákat is – és minőségének ellenőrzése⁷⁴.

A betegjogi képviseleti rendszer területi kiépülésével további fontos teendő minderről a lakosság tájékoztatása, mivel a betegjogok körül még mindig nagy a bizonytalanság. Több évtizednek kell azonban eltelnie ahhoz, hogy a lakosság kultúrájába beépüljön a betegjog és a minőség választható szempont legyen.

9. *Az alkoholfogyasztás magas kóroki szerepe mellett az epidemiológiai kutatók felhívják a figyelmet a fogyasztott alkoholos italok minőségére, májkárosító-vegyülettartamuk további vizsgálatára.* Mindehhez az e témával foglalkozók az egészségügyi rendszeren kívüli szektorokkal való összefogást és együttműködésen alapuló stratégiát sürgetnek. Különösen nagy a jelentősége ennek Nógrád megyében, ahol a haláloki struktúrában az emésztőrendszer betegségcsoporton belül magas értékű a májzsugorból eredő halandóság.

10. *Az irányított betegellátási rendszer egy lehetséges kivezető útnak bizonyult, ahol egymásra épültek olyan folyamatok, melyek a háziorvosi gyakorlatban kevésbé voltak ismertek, mint a kommunikáció, szakmai protokollok, prevenció, oktatás-képzés, informatika.* A nógrádi IBR működése alapján elmondható, hogy a modellkísérletként induló tevékenység új dimenziót nyitott az egészségügyi ellátásban, különösen az alapellátás továbbfejlesztésében. A rendszer küldetése és a finanszírozásának motivációja a háziorvos „kapuőr” szerepének megvalósítását szolgálta. Elindult és működött a progresszív ellátási szintek közötti tudatos kommunikáció. A fejkvóta alapú finanszírozás előnye az volt, hogy a kifizetés nem a kapacitásokhoz, hanem a szükséglethez igazodott, valamint ösztönzést gyakorolt a hatékonyság növelésére. Vitathatatlan érdeme a prevenció szemlélet kialakítása és a tervszerű prevenció tevékenysége, amely hosszabb távon meghozza az eredményét.

⁷⁴ Az Egészségbiztosítási Felügyelet feladat- és hatáskörének szabályait az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi CXVI. törvény tartalmazza.

A kutatás további lehetséges irányai

1. A légzőrendszer betegségei miatti halálozásban Nógrád megye vezető szerepét tovább kell tanulmányozni egy komplex, egészségföldrajzi, ökológiai és epidemiológiai vizsgálattal, kistérségi szintű megfigyelésekkel. A légzőrendszer betegségei miatti halandóság rendkívül magas, különösen a férfiak körében, de a nőknél is meghaladja szinte minden évben az országos átlagot. Ez a kedvezőtlen, tartós térségi jelenség indokolja annak további célirányos kutatását.

2. A megyeszékhely, Salgótarján halálozási aránya magasabb mind az országos, mind a kedvezőtlen megyei átlagnál, az ország városai között is feltűnően magas. A szakirodalomban kimutatott településszerkezet hatása is ellentmondásosan érvényesül a megyeszékhely vonatkozásában, annak ellenére, hogy az utóbbi időszakban jelentősebb levegőszennyező források nem létesültek a városban. Az okok keresése szükséges.

3. A kórházi kapacitás és az igénybevétel összhangjának megteremtése a megye kórházainál a szakmai tevékenység, az osztálystruktúra, az ágykapacitás további vizsgálatát indokolja. A kórházreformot követő – és az országos átlagot meghaladó – aktív ágyszám csökkentés után a kórházi ágykihasználás Nógrádban a legalacsonyabb. Ennek oka lehet – többek között – az egy napos sebészet térhódítása, a szükséglet feletti ágyszám, a betegek megyén kívüli kórházválasztása, az orvos hiány, valamint a kórházak finanszírozási problémája (TVK)⁷⁵.

Célszerű lenne a szakmai tevékenységet és az alacsony ágykihasználtságú osztályok működési rendjét áttekinteni, mert a folyamatos (három műszakos) osztályszerkezet fenntartása nem gazdaságos. A salgótarjáni és a balassagyarmati kórháznál vizsgálni indokolt a mátrix osztály-szerkezet működési lehetőségének feltételeit.

A pásztói Kórház infrastrukturális színvonala, valamint a természeti értékekben gazdag környezete egyaránt alkalmassá tennék a kórházat arra, hogy bekapcsolódjon egy minőségi egészségturizmusba. Tevékenységét kiegészítve, a gyógyturizmushoz köthető üzleti alapú egészségügyi szolgáltatásokkal.

A további kutatásnak fontos részét kell, hogy képezze a megyéből távozó, (más megyében ellátott) betegmozgások oki tényezőinek feltárása is.

4. Az egészségügyi reform részeként a kórházaknak kötelező várólistát vezetni. A reform másik meghatározó eleme a betegutak átalakítása volt. *Sem a betegutak, sem a*

⁷⁵ Teljesítmény volumen korlát. (A TVK nem követi a beteget).

várólisták bevezetése nem volt problémamentes, ezért indokolt működésük további tanulmányozása. Az értekezésemben a részletesebb vizsgálatokra – a bevezetés óta eltelt idő rövidege miatt – nem tértem ki, de a betegségek korai gyógyításához viszont alapvető fontosságú ezek folyamatának megfigyelése, vizsgálata.

5. A határon átívelő együttműködés megalapozásához elengedhetetlen az egészségügyi igények és a lehetőségek felmérése, a rendelkezésre álló erőforrások minőségi és mennyiségi mutatóinak, valamint az optimális földrajzi elérhetőség lehetőségének elemzésével. Mindehhez vizsgálni szükséges továbbá a jogi háttérrel és az egészségbiztosítók rendszerét.

6. Az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítésére az útkeresés a rendszerváltozás óta folytatódik, de – az irányított betegellátás mellett – nem született másik olyan módszer, ami az elégedettséget, fenntarthatóságot és a területi egyenlőtlenséget legalább kismértékben javította volna. A legfrissebb kutatások megállapítják, hogy a finanszírozás kistérségenként eltérő mértékét nem a lakosság szükségletei határozzák meg. Az igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak a hatékonyság szempontjából hátrányosak, hanem sértik a társadalmi igazságot is. A finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségeinek kezelésére a kutatók kívánatosnak tartanak olyan további vizsgálatokat, amelyek a lakossági szükségletek figyelembevételével elemeznék a legköltségesebb ellátások igénybevételét, a rendelkezésre álló ellátási kapacitások földrajzi eloszlását és az azokhoz való hozzáférés lehetőségét (VITRAI J. és munkatársai. 2009). Az irányított betegellátási rendszer továbbfejlesztése minderre alkalmasnak bizonyul.

Az eredmények hasznosításának területei

A kutatásom komplex elemzéssel bemutatja az egészségi állapotot és az egészségügyi ellátórendszert Nógrád megyében. Megállapításai és javaslatai alkalmasak arra, hogy az alábbi területeken hasznosíthatók legyenek:

Az értekezésem kellő alapot biztosít az egészségtervek kidolgozásához, amelyek mind a településfejlesztésnél, mind a sikeres pályázatoknál nagy jelentőségűek. Felhasználásuk forrásbevonáshoz, a műszerpark bővítéséhez, az egészségügyi ellátórendszer egyenletesebb hozzáféréséhez, és hosszabb távon a lakosság egészségi állapotának javulásához vezethet.

Az ellátórendszer részletes elemzése jól mutatja az ország átlagához viszonyított elmaradásokat és hiányosságokat, amelyeket átgondolt, megtervezett fejlesztésekkel,

pályázatokkal és szervezési intézkedésekkel pótolni kell. Az ellátási szintek mennyiségi és minőségi javítására, a kórházi ágysztruktúra felülvizsgálatára, a lakossági szükségletekhez igazodó kapacitás elosztására, az ellátásszervezésre, a betegszállításra és az orvosellátottságra tett megállapításaim alkalmasak arra, hogy az önkormányzatok, a megye egészségügyi szolgáltatói, az Észak-magyarországi Regionális Egészségügyi Tanács, valamint az Észak-magyarországi Egészségpénztár hasznosítsa azokat.

A szlovák-magyar határmenti együttműködést a salgótarjáni és a balassagyarmati kórházak érintően megalapozottnak tartom, és a további tárgyalások folytatására szeretném felhívni a fenntartó önkormányzatok, a kórházak menedzsmentjének és a regionális egészségpénztár vezetőjének figyelmét.

A megyének kiaknázatlan adottsága a természeti értékekre, kulturális örökségekre építő turizmus. További fejlesztése részét képezhetné az egészségturizmus kiépítése. Erre – a pásztoi Margit Kórház adottságaira építve – javaslatot is teszek.

Értekezésemben kiemelten foglalkoztam a prevencióval, az egészségmagatartás javításával és az egészségfejlesztéssel, mivel a fontosságuk hangsúlyozása célkitűzéseim között szerepelt. A roma felzárkóztatási programokkal és a civil szervezetek bevonásával elérhető, hogy a jelenlegi egyenlőtlenségek mérsékelhetőek legyenek.

Meggyőződésem, hogy az irányított betegellátási rendszer tapasztalatainak a jövő egészségügyi reformjában helye van, ezért az ismeretek hasznosítását kár lenne elmulasztani. Bízom benne, hogy az egészségpolitikusok ezeket az eredményeket tanulmányozzák, és – a hibáit kijavítva – azokat továbbfejlesztik.

A kutatás eredményeinek felhasználása elsősorban Nógrád megye lakosságának érdekeit szolgálja.

Irodalom

- ÁDÁNY R. – V. HAJDÚ P. – K. FÜLÖP I. 2003: A korai halálozás jellegzetességei az ezredforduló Magyarországon – In: ÁDÁNY R. szerk.: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 27-42.
- ANTAL G. 2002: A betegjogok érvényesítésének konkrét lehetőségei. Látlelet. 11.
- BABUSIK F. – PAPP G. 2002: A cigányság egészségi állapota. Szociális és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. Esély, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Alapítvány, Budapest, 6. pp. 37-66.
- BABUSIK F. 2004: Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban. Esély, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Alapítvány, Budapest, 15. 4. pp. 71-99.
- BARTHA A. – KLAUBER M. 2001: Regionális fejlődés és autópálya. KOPINT-DATORG, Budapest.
- BEKE SZ. 2001: Egészségfejlesztés helyzete a megyén belül, civil szervezetek és az egészségügy együttműködése. Békés Megyei Ápolók Egészségéért Alapítvány Konferencia, Szeghalom 2001. május 18-19.
- BEKE SZ. 2002. Békés megye lakosságának egészségi állapotában bekövetkezett változások az elmúlt 10 év alatt. In: SZABÓ T. – BÁRTFAI I. – SOMLAI J. szerk.: Környezeti ártalmak és a légzőrendszer. XII. kötet, Levegőszennyezés Által Veszélyeztetettekért Alapítvány, Hévíz, F&G Press, Zalaegerszeg pp. 37-46.
- BEKE SZ. 2004. Civil szervezetek helyzete Békés megyében. In: Táj, tér tervezés – Geográfus doktoranduszok VIII. országos konferenciája 2004. szeptember 4-5. CD-ROM kiadvány p. 9.
- BEKE SZ. 2009: Békés megye népességének egészségi állapota és egészségügyi ellátása. Területi Statisztika, KSH, Budapest, 12. 49. 4. pp. 424-440.
- BÉL M. 1742: Notitia Hungarica. IV. kötet. Bécs.
- BEREND I. – RÁNKI GY. 1955: Magyarország gyáripara, Az imperializmus első világháború előtti időszakában 1900-1914. Szikra, Budapest, p. 9. p. 21. p. 180. p. 197.
- BEREND I. – RÁNKI GY. 1966: Magyarország gazdasága az első világháború után 1919-1929. Akadémia Kiadó, Budapest, p.305-306.
- BODÁNÉ GÁLOSI M. 2001: Területi különbségek a magyarországi egészségügyi infrastruktúrában. In: Magyar Földrajzi Konferencia, Szeged, október 25-27. CD-ROM kiadvány.
- BODNÁR J. 2007: Tájékoztató a Nógrád megyei Önkormányzat számára, Nógrád megye lakosságának egészségi állapotáról. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-Magyarországi Regionális Intézete, Eger, pp. 1-24.
- BODNÁR J. 2008: Tájékoztató a Nógrád megyei Önkormányzat számára, Nógrád megye lakosságának egészségi állapotáról. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-Magyarországi Regionális Intézete, Eger, pp. 1-29.
- BONCZ I. – DÓZSA CS. – NAGY B. 2003a: Irányított Betegellátási Modell (IBM): a managed care helye a finanszírozási rendszerben, alapelvek és az Amerikai Egyesült Államok példája. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2. 4. pp. 15-21.
- BONCZ I. – DÓZSA CS. – NAGY B. 2003b: Irányított Betegellátási Modell (IBM) II: managed care Nagy-Britániában és az eszközrendszer elemei. Informatika és Menedzsment az egészségügyben, 2. 5. pp. 10-13.
- BONCZ I. 2004: A magyar Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) tapasztalatai. Kórház, Budapest, 11. 1. pp. 29-31.
- BONCZ I. szerk. 2008: Az egészségügyi szolgáltatók kapacitásának felülvizsgálata a Dél-Dunántúli Régióban. Dél-Dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács, pp. 121-123.

- BORBÁS I. – KINCSES GY. szerk. 2007: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, pp. 1-16.
- BORDÁS I. 2003: Kapcsolat a lakosság egészsége, jóléte és a gazdaság között. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 41. 6. pp. 64-67.
- BOROS J. – NÉMETH R. – VITRAI J. szerk. 2002: Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000: Kutatási jelentés, Országos Epidemiológiai Központ
- BOROS J. 2005: Egészségmagatartás. Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2003, Kutatási jelentés, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, pp. 1-56. http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2003/2_fejezet_egeszsegmagatartas_olef2003.pdf
- BOROVSZKY S. szerk. é.n. Magyarország városai és vármegyéi, (Magyarország monográfiája), Nógrád vármegye. Országos Monográfia Társaság, Wodianer F. és Fiai, Budapest, p. 350. p. 354. p. 367.
- BOWLING, A. 1991: Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes.
- BUGOVICS E. 2005: A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügy kórtana. Medicina, p. 369.
- CRIMMINS, E. M. – CAMBOIS, E. 2003: Social inequalities in health expectancies. In: J. M. ROBINE, C. JAGGER, D. D. MATHERS, et al. Determining Health Expectancies, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd, pp. 111-126.
- CZIBULKA Z. 2003: A hazai kisebbségek területi jellemzői a 2001. évi népszámlálás alapján. Területi Statisztika, Budapest, 6. 43. 2. pp. 121-136.
- DANKÓ D. – KISS N. – MOLNÁR M. – RÉVÉSZ É. 2005: Az IBR alulnézetből – egy terepkutatás eredményei. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, IV. 5. pp. 8-14.
- DARÓCZI E. 1998: A halandóság területi eltérései Magyarországon 1959/60-1992. KSH, Budapest, pp. 1-72.
- DARÓCZI E. – KOVÁCS K. 2004/2: Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. KSH NKI Kutatási Jelentések 77. 210 p. <http://www.demografia.hu/Kutjelek/KJ77mort.pdf>
- DEL CASINO, V. J. Jr. 2001: Healthier geographies: mediating the gaps between the needs of people living with HIV or AIDS and health care in Chiang Mai, Thailand. The Professional Geographer, 3. pp. 407-421.
- DEMOGRÁFIAI ÉVKÖNYV, 2007: KSH, Budapest, 2008
- DÉZSY J. 2006: Egészséggazdaságtan egy kissé másképpen. Az egészségügyi rendszer irracionálisai, tévedései, illúziói. SpringMed Kiadó, p. 24.
- ECKHARDT S. 2003: Daganatos megbetegedési és halálozási viszonyok – In: ÁDÁNY R. szerk.: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 111-119.
- EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MÓDSZERTANI FÜZETEK 2004: Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- EGÉSZSÉGÜGYI STATISZTIKAI ÉVKÖNYV, 2007: KSH, Budapest, 2008.
- EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET (WHO) ALKOTMÁNYA 1946: World Health Organization Basic Documents. WHO, Genova, 1998. p. 1. www.vitalitas.hu
- EMBER I. 1991: Környezeti tényezők és a rák. Környezet és fejlődés, 8-9. pp. 3-16.
- ENGELBERTH I. 2003: Egy válságban lévő határ menti terület Nógrád megyében: a Szécsényi kistérség. Területi Statisztika, KSH, Budapest, pp. 168-181.

- ENYEDI GY. – HORVÁTH GY. 2002: Magyar tudománytár 2, Táj, település, régió, MTA Társadalomkutató Központ, Kossuth Kiadó, Budapest, pp. 102-118, p. 188, pp. 393-399. pp. 435-436.
- ENYEDI GY. 2004. Regionális folyamatok a poszt-socialista Magyarországon. Magyar Tudomány, Budapest, Akaprint Kft. 9. p. 935.
- EUREPORT SOCIAL 2009: Krebs-Screening. 17. 1-2. pp. 9-10.
- ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI RÉGIÓ 2006: Regionális Operatív Program 2007-2013. Miskolc, pp. 1-82.
- FALUVÉGI A. 2004a: A társadalmi-gazdasági jellemzők területi alakulása és várható hatásai az átmenet időszakában. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Kutatóközpont, Budapest, MT-DP. 2004/5. pp. 1-44.
- FALUVÉGI A. 2004b: Kistérségeink helyzete az EU küszöbén. Területi Statisztika, KSH, Budapest, 7. 44. 5. pp. 434-458.
- FARAGÓ M. 2007: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére. KSH, Budapest, pp. 1-35. www.ksh.hu
- FORGÁCS I. 2000: Az egészség ára. Magyar Tudomány, A Magyar Tudományos Akadémia lapja, 9. pp. 1-7.
- GÁRDOS É. 2001: Magyarország lakosságának halandósága, egészségi állapota az ezredfordulón. Demográfia, KSH, Budapest, XLIV. 1-2. pp. 7-43.
- GIDAI E. 1998: A piac szerepe az egészségügyben – nemzetközi összehasonlítás. In: Gazdaság és Társadalom, 1-2. pp. 5-27.
- GIDAI E. 2007: Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országaiban. Magyar Tudomány, 168. 9. pp. 1145-1148.
- GOMPERTZ B. 1825: On the nature of the function expressive of the law of human mortality, and on a new mode of determining the value of life contingencies. Philosophical Transactions, Royal Society of London, 115. pp. 513–585.
- GYENIZSE P. 1998a: A természetföldrajzi tényezők szerepe Pécsvárad és a környező települések fejlődésében – In: TÓTH J. – WILHELM Z. szerk.: A társadalmi-gazdasági aktivitás területi-környezeti problémái. Pécs, pp. 119-139.
- GYENIZSE P. 1998b: A természeti környezet szerepe a Villányi-hegység déli előterében fekvő néhány település fejlődésében – In: Geográfus Doktoranduszok II. Országos Konferenciája konferenciakötet, ELTE Földrajzi Tanszékcsoport Budapest.
- GYENIZSE P. – KOVÁCS B. 1999: A települések és a természeti környezet kapcsolata a Völgyországban – In: FÜLEKY GY. szerk.: A táj változásai a Kárpát-medencében, Gödöllői Agrártudományi Egyetem, pp. 331-344.
- GYENIZSE P. – KOVÁCS B. 2000: Természeti környezet és a települések kapcsolata a Drávamenti-síkságon – In: FÜLEKY GY. szerk.: A táj változásai a Kárpát-medencében a történelmi események hatására, Budapest-Gödöllő, pp. 199-204.
- GYENIZSE P. 2001: A természeti környezet hatása a DK-dunántúli településhálózat sűrűségének változására – In: Földrajz az egész világ, Geográfus Doktoranduszok V. Országos Konferenciájának kötete, Miskolc, pp. 99-104.
- HABLICSEK L. 2003: A népességreprodukció területi aspektusairól. Demográfia, KSH, Budapest, 46. 1. pp. 45-72.
- HABLICSEK L. 2007: Kísérleti számítások a roma lakosság területi jellemzőinek alakulására és 2021-ig történő előrebecslésére. Demográfia, KSH, Budapest, 50. 1. pp. 7-54.
- HAHN G. – SZENDRŐ J. – ZONGOR GY. 1968: Népegészségügy, Budapest, 49. 1. pp. 35-41.

- HAJDÚ K: 2003: Tájékoztató Nógrád megye lakossága egészségi állapotáról. ÁNTSZ Nógrád megyei Intézete, megyei tisztifőorvos, Készült: a Nógrád megyei Közgyűlés 2003. 09. 25-i ülésére, pp. 1-19.
- HAYNES, R. M. 1985: Regional Anomalies in Hospital Bed Use in England and Wales. *Regional Studies*, 1. pp. 19-27.
- HOÓZ I. 1988: Demográfia. Tankönyvkiadó, Budapest, pp. 7-21. pp. 200-232.
- JÓZAN P. 2000: A századvég népesedési viszonyai Magyarországon. In: SPÉDER Zs. – TÓTH P. P. szerk.: *Emberi viszonyok*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság, Századvég Kiadó. Budapest.
- JÓZAN P. 2002: A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. *Magyar Tudomány*, XLVIII. 4. pp. 419-439.
- JÓZAN P. 2003: Az ezredforduló népesedési viszonyai Magyarországon. In: ÁDÁNY R. szerk.: *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, p. 11-25.
- JÓZAN P. 2006: Népesedési viszonyok másfél évtizeddel a rendszerváltozás után. A Néesség lélekszámának valószínű alakulása hazánkban. Magyar Tudományos Akadémia. *A magyar tudomány a gazdaságért és a társadalomért. A Magyar Köztársaság Kormánya és a Magyar Tudományos Akadémia közötti megállapodás keretében végzett stratégiai kutatások főbb eredményei 2005-2006*, Budapest, pp. 59-82.
- KAJTOR E. 2002: Régiós remények Nógrád megyében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Budapest, 40. 1. pp. 45-55.
- KAJTOR E. 2003a: A nógrádi szénbányászat természeti és társadalmi hatásai. *Közlemények, a Pécsi Tudományegyetem Földrajzi Intézetének Természetföldrajz Tanszékéről*, Pécs, 22. pp. 1-12.
- KAJTOR E. 2003b: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Budapest, 41. 5. pp. 49-54.
- KAJTOR E. 2006a: Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) Nógrád megyében. *COMITATUS önkormányzati szemle*, Veszprém, XVI. 7-8. pp. 110-122.
- KAJTOR E. 2006b: Felmérés az egészségügyi rendszer humán erőforrásáról. In: BARANYAI G. – TÓTH J. szerk.: *Földrajzi tanulmányok a Pécsi Doktoriskolából V*. Pécs, pp. 218-230.
- KAJTOR E. 2007a: Az életminőség kihívásai Nógrád megyében a morbiditási és mortalitási mutatók alapján. *Területi Statisztika*, KSH, Budapest, 10. 47. 2. pp. 151-169.
- KAJTOR E. – CSORDÁS P. 2007: Prevenációs program a nógrádi irányított betegellátási rendszerben. *Magyar Epidemiológia*, Pécs, IV. 2. pp. 115-128.
- KAJTOR, E. 2008: Managed Care in Hungary. *Tradecraft Review*, Periodical of the scientific board of military security office, Budapest, Special issue, pp. 91-99.
- KALMÁR G. 2006: Területi különbségek az egészségügyi ellátásban – az orvosi diagnosztikai: laboratóriumok dolgozói. *Területi Statisztika*, 9. 46. 3. pp. 295-307.
- KAPROS T. szerk. 2008: Kiemelten támogatott kistérségek az Észak-magyarországi Régióban. *KSH*, Miskolc, pp. 1-14. <http://www.ksh.hu>
- KARDOS L. – SZÉLES GY. – V. HAJDÚ P. – BORDÁS I. – ÁDÁNY R. 2003: Az emésztőrendszeri betegségek morbiditása és az általuk okozott halálozás alakulása hazánkban. In: ÁDÁNY R. szerk.: *Medicina Könyvkiadó Rt*. Budapest, pp. 141-159.
- KERTESI G. – KÉZDI G. 1998: A cigány népesség Magyarországon, dokumentáció és adattár. *Socio-typo*, Budapest, pp. 128, 158, 341-378, 430.
- KINCSES GY. 1994: *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági összefüggései*. Praxis Server Kft. Budapest, pp. 1-190.

- KINCSES GY. 1996: Egészségpolitikai ábragyűjtemény. Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. Budapest, p. 16.
- KINCSES GY. 2002: Újabb reform – folyamatos fejlődés vagy ütemes helybenjárás? Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 40. 6. pp. 626-628.
- KIS Cs. I. 2007: Méhen belüli és a szülés alatti magzati halálozás csökkentésének lehetőségei, PhD értekezés. PhD program: a reprodukzív endokrinológia nőgyógyászati, szülészeti és neonatológiai aspektusai, Pécs, pp. 4-6, 33-42.
- KISS I. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L. – EMBER I. 2003: A daganatos halálozások regionális és megyei megoszlása Magyarországon – In: ÁDÁNY R. szerk.: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 121-128.
- KISTÉRSÉGEK TÁRSADALMI, GAZDASÁGI HELYZETE 2006: Észak-Magyarország. KSH, Miskolc, p. 66.
- KLEIN M. 1778: Sammlung merk würdigen Naturseltenheiten – Pressburger Zeitung 1767. 10. 31.
- KLINGER A 1963: „A rákhalandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon”. Demográfia, KSH, Budapest, 3. pp. 419-426.
- KLINGER A. 1987: „A halandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon”. Demográfia, KSH, Budapest, 2-3. pp. 240-277.
- KLINGER A. 2001: „A halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint”. Demográfia, KSH, Budapest, 44. 2-3. pp. 227-258.
- KLINGER A. 2003: A kistérségek halandósági különbségei. Demográfia, KSH, Budapest, 46. 1. pp. 9-44.
- KLINGER A. 2006a: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről I. Demográfia, KSH, Budapest, 49. 2-3. pp. 197-231.
- KLINGER A. 2006b: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről II. Demográfia, KSH, Budapest, 49. 4. pp. 342-365.
- KOPP M. – SKRABSKI Á. – SZEDMÁK S. 1999: A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia, KSH, Budapest, XLII. 1-2. p. 88.
- KOPP M. – SKRABSKI Á.. 2007: A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány. Akaprint Kft. Budapest, 168. 9. pp. 1149-1153.
- KOPP M. – SZÉKELY A. – SKRABSKI Á. 2007: Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálozási arányait? Polgári Szemle, 3. 6. pp.
- KORNAI J. 1998: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, p. 73, 108.
- KOVÁCS J. 1995: In: FORGÁCS J. – PAKSI A. – PAUKA T. szerk.: Népegészségtan. Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest. 21. p
- KOVÁCS KATALIN – KOLOZSI BÉLA 1990: Az orvostársadalom kiszolgáltatottsága az orvostanhallgatók véleményeinek tükrében. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2.
- KOVÁCS K. 2003: Társadalmi rétegződés és mortalitás. In: Daróczi E. szerk.: Kettős szorításban, KSH NKI, Budapest, pp. 125-142.
- KOVÁCS K. 2006a: Az egészségi állapot mérése. Mortalitás és morbiditás Magyarországon. In: SZÁNTÓ ZS. – SUSÁNSZKY É. szerk.: Orvosi szociológia, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. pp. 39-54.
- KOVÁCS K. 2006b: Egészség-esélyek. Életünk fordulópontjai. KSH NKI, Budapest.
- KOVÁCS K. – HABLICSEK L. 2006: Iskolázottság és halandóság. KSH Népegészségtudományi Kutatóintézet.
- KÖKÉNY M. 2004: Vitára, együtt gondolkodásra meghívó levele az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium vitaanyagához, mely az egészségügyi dolgozók

- helyzetéről, jövőjéről, szerepükről szól az átalakuló egészségügyben.
www.misc.magyarorszag.hu/binary/5461_eu_human_uj.pdf
- KRISTÓ GY. 1988: A vármegyék kialakulása Magyarországon. Magvető, Budapest, pp. 384-386.
 - KRISTÓ GY. főszerk. 1994: Korai magyar történeti lexikon. (9-14. század). Akadémiai Kiadó, Budapest, p. 523.
 - KULMANN L. – HARANGOZÓ J. 1999: Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. Orvosi Hetilap, 140. 35. p.1947.
 - LASZ S. szerk. 1912: Földrajzi olvasókönyv I. Magyarország. Budapest, LAMPEL R: Kk. Wodianer F. és Fiai R.T. Könyvkiadóvállalata, p. 194.
 - LENGYEL L. 2006: Stratégia megalapozása a hazai gazdaság regionális egyenlőtlenségeinek csökkentésére, versenyképességének javítására. A magyar tudomány a gazdaságért és a társadalomért. A Magyar Köztársaság Kormánya és a Magyar Tudományos Akadémia közötti megállapodás keretében végzett stratégiai kutatások főbb eredményei (2005-2006). Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, pp. 40-58.
 - MAGYARORSZÁG MEGYEI KÉZIKÖNYVEI 12. 1997: Nógrád megye kézikönyve, CEBA Kiadó.
 - MAGYAR STATISZTIKAI ZSEBKÖNYV 1937: M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal, „Pátria” Irodalmi vállalat és nyomdai Rt. pp. 22-26.
 - MANGA J. 1979: Palócföld. Gondolat, Budapest, pp. 5-35.
 - MEADE, M. S. 1979: Cardiovascular mortality in the southeastern United States: the coastal plain enigma. Social Science and Medicine, 4. pp. 257-266.
 - MIHÁLYI P. 2007: A biztosítási verseny szerepe a minőség javításában. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 45. 3. pp. 2-7.
 - MIHÁLYI P. 2009. Hálapénz Magyarország az élvonalban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 47. 1. 47-48.
 - MIKSZÁTH K. 1987: Utazás Palócországban, Válogatott írása, szerk.: PINTÉR N. 1997: (Mikszáth Kiadónál megjelenő kötet 1987-ben megjelent válogatás átdolgozott változata), Mikszáth Kiadó. Salgótarján, p. 41.
 - MIKROCENZUS 2005: Iskolázottsági adatok, 9. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2006.
 - MOCSÁRY A. szerk. 1826: Nemes Nógrád vármegyének Históriai, Geographiai és Statisztikai Esmértetése. Petrózai Trattner, Pest, (A hasonmás kiadás szerk. PRAZNOVSZKY M. 1982), Szécsényi Kubinyi Ferenc Múzeum, III. kötet, pp. 1-18.
 - MOSSIALOS E. 1999: Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 37. 4. pp. 341-352.
 - MOLNÁR L. 1986: Az orvosi szociológia fejlődésének alternatívái. Demográfia, KSH, Budapest, 1. pp. 29-40.
 - MOLNÁR L. 1989: Orvosi szociológia. Medicina Kiadó, Budapest
 - NAGY B. 2009: Kockázatküszöb az egészségügyi források allokációjánál Magyarországon- a fejkvóta alapú forrásallokációs formula fejlesztése. Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei.
http://www.science.unideb.hu/media/document/090220_nagy_balazs.pdf
 - NAGYVÁRADI L. 1996: A természeti környezet változásai Komló térségében – Közlemények a JPTE TTK Természetföldrajz Tanszékéről, 3.
 - NAGYVÁRADI L. 1998a: A természeti környezet hatása Kozármisleny fejlődésére – Földrajzi Értesítő, 2. pp. 189-196.
 - NAGYVÁRADI L. 1998b: A természeti környezet szerepe Veszprém fejlődésében – Közlemények a JPTE TTK Természetföldrajz Tanszékéről, 10.

- NAGYVÁRADI L. 1998c: Közép-és Dél-dunántúli települések tipizálása természeti környezetük állapota és alakulása alapján, PhD Értekezés.
- NAGYVÁRADI L. 1999: A külszíni szénbányászat és hatása a természeti környezetre a Mecsekben – In: A környezetvédelem regionális fejlesztésének főbb kérdései, MTA PAB, Pécs.
- NEMES N. J. 1979: A shift-share analízis alkalmazási lehetőségei a regionális gazdasági fejlődés vizsgálatában. Földrajzi Értesítő, Akadémiai Kiadó, Budapest, 3-4. pp. 237-242.
- NÉPSZÁMLÁLÁS 2001. 6.2. területi adatok. 6.13. Nógrád megye. Adatok értékelése. KSH, Budapest, 2003. 14. p, 36. p.
- NÓGRÁD MEGYE STATISZTIKAI ÉVKÖNYVEI, KSH
- OROSZ É. 1984: A falusi körzeti orvosi szolgálat tárgyi feltételeinek különbségei Bács-Kiskun megyében, Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 3. pp. 299-323.
- OROSZ É. 1988: Az egészségügyi rendszer földrajzáról. Tér és Társadalom, 4. pp. 29-50.
- OROSZ É. 1989: Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – az újraértelmezés szükségességéről. Tér és Társadalom, 3. 2. pp. 2-19.
- OROSZ É. 1990: The Hungarian country profile: inequalities in health and health care in Hungary. Soc. Sci. Med. 31. pp. 847-857.
- OROSZ É. 1993: A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. In: ENYEDI GY. szerk.: Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, pp. 231-255.
- OROSZ É. 2001: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 327
- ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS OLEF2003: Gyorsjelentés a döntéshozóknak. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004 <http://www.oszmk.hu/>
- PAULUK E. – MÜLLER A. – PIKÓ B. – PETŐ É. 1997: A saját egészség megítélése és az életmód. Népegészségügy, 78. 3. pp. 28-33.
- PATAKI G. 2003: A krónikus légzőszervi megbetegedések epidemiológiája. In: ÁDÁNY R. szerk.: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 129-139.
- PÁL V. 1996: A potenciális városok egészségügyi infrastruktúrájának és ellátottságának területi sajátosságai. Tér és Társadalom, 2-3. pp. 225-230.
- PÁL V. 1997: Az egészségföldrajz néhány terminológiai és tudomány-rendszertani kérdése. In: TÓTH J. – WILHELM Z. szerk.: A társadalmi-gazdasági aktivitás területi-környezeti problémái. Geográfus Doktoranduszok I. Országos Konferenciája, Pécs, JPTE TTK, pp. 204-214.
- PÁL V. 1998: A népesség egészségi állapota és az egészségügyi ellátás. In: Csongrád megye területfejlesztési koncepciója. Helyzetértékelés. Békéscsaba. MTA RKK ATI Békéscsabai Osztálya, pp. 51-70.
- PÁL V. 1999: Régiók egészségügyi helyzetének komplex elemzése. (Egészségügyi folyamatok regionális léptékben). A táj és az ember – geográfus szemmel. Geográfus Doktoranduszok Negyedik Országos Konferenciája, Szeged, október 22. CD-ROM kiadvány.
- PÁL V. 2002: Egészségföldrajz. In: TÓTH J. szerk.: Általános Társadalomföldrajz I. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, pp. 382-414.
- PÁL V. 2003: Egészségföldrajzi sajátosságok egy határmenti kistérségben. In: PÁL. Á. szerk.: Héthatáron. Tanulmányok a határmenti települések földrajzából. JGYTF Kiadó, Szeged, pp. 297-331.

- PÁL V. 2004: Az egészségügyi ellátás néhány földrajzi problémája a Dél-Alföldön. In: ABONYINÉ PALOTÁS J. – KOMAREK L. szerk.: 40 éves a Szegedi Tudományegyetem Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszéke. SZTE Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged, pp. 105-113.
- PICKETT, K. E. – PEARL, M. 2001: Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J. Epidemiol. Commun. Health*, 55. pp. 111-122.
- PIKÓ B. 2002: Egészségszociológia. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó. P. 190.
- PUPORKA L. – ZÁDORI ZS. 1998: A magyarországi romák egészségi állapota. Roma Sajtóközpont, Budapest, pp. 1-59.
- R. VÁRKONYI Á. 1982: Ajánlás. Budapest, 1982. február 9. In: PRAZNOVSZKY M. szerk.: 1982: (hasonmás kiadás), Nemes Nógrád vármegyének Históriai, Geographiai és Statisztikai Esmértetése. Szécsényi Kubinyi Ferenc Múzeum, pp. 3-5. Eredeti kiadás: MOCSÁRY A. szerk.: 1826 Petrózai Trattner, Pest.
- RADVÁNYI F 1727: *Collectanea ad historiam Comitatus de Nograd*. Balassagyarmati Nagy István Múzeum iratgyűjteménye. NIM másolatok.
- RÉTI E. 1962: Az orvosföldrajz múltjáról és jelenéről. *Földrajzi Közlemények*, 4. pp. 337-343.
- RÉTI E. 1979: A hazai orvosföldrajz története. *Földrajzi Közlemények*, 1-3. pp. 177-180.
- RÓZSA S. – RÉTHELYI J. – STAUDER A. – SUSÁNSZKY É. – MÉSZÁROS E. 2003: A Hungarostudy2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18. 2. pp. 83-94.
- SÁNDOR J. 2004: A halandóság területi és egyéb társadalmi-gazdasági különbségeinek elemzése, meghatározó tényezői. In: Népegészségügyi Jelentés szakértőknek. BAKACS M. – VITRAI J. szerk.: Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, pp. 1-8.
- SHANNON, G. W. – DEVER, A. G. 1974: *Health Care Delivery. Spatial Perspectives*. McGraw-Hill, New York.
- SIMON T. 1998: Az egészségvédelem. In: DÉSI I. szerk.: Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 475-509.
- SIMONOVITS I. 1979: Társadalomegészségügy és egészségügyi szervezéstudomány. *MEDICNA*, Budapest, pp. 59-63.
- SINKÓ E. 2002: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 6. pp. 673-680.
- SKRABSKI, Á. – KOPP, M. – KAWACHI, I. 2004: Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J. Epidemiol. Commun. Health*, 58. pp. 340-345.
- SOLYMOSI T. 2006: Mai magyar egészségügy, helyzetelemzés és kibontakozás. Védegylet, Budapest, p. 6.
- STARFIELD, B. 2001: Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*. 55. pp. 452-454.
- STATISZTIKAI TÜKÖR, 2008: KSH, Budapest. II. 174. pp. 1-5.
- SZVIRCSEK F. 1998: A szénbányászat és az urbanizáció kapcsolata Salgótarjánban. A Nógrád Megyei Múzeumok Évkönyve, 1996-1997, XXI. Nógrád Megyei Múzeumok Igazgatósága, Salgótarján, pp 23-38.
- SZVIRCSEK F. 2000: Bányásztkönyv. A bányászati nyersanyagkutatás (barnakőszén és lignit) és a bányaművelés története Nógrád megyében a 19-20. században. Nógrád Megyei Múzeum, Salgótarján, pp. 23-38.

- UZZOLI A. 2000a: Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében. COMITATUS önkormányzati szemle, július-augusztus, pp. 48-57.
- UZZOLI A 2000b: Az egészségügyi kockázati tényezők szerepe. In: MOLNÁR J. szerk.: Geográfus Doktoranduszok V. Országos Konferenciája, Konferencia kiadvány, Miskolci Egyetem, 2000. október 6-7. pp. 384-387.
- UZZOLI A. 2001: Társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával. In: Magyar Földrajzi Konferencia, Szeged, október 25-27. CD-ROM kiadvány.
- UZZOLI A. 2005: Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségei Magyarországon. URL: http://geogr.elte.hu/REF/REF_Tezisek/UA_tezisek.pdf
- TERÜLETI ATLASZ – Statisztikai kistérségek, KSH, www.ksh.hu
- TERÜLETI STATISZTIKAI ÉVKÖNYV, 2007: KSH, Budapest, 2008
- TÓTH G. 2002: Kísérlet autópályáink területfejlesztő hatásának bemutatására. Területi Statisztika, KSH, Budapest, 6. pp. 493-505.
- TÓTH I. J. szerk. 2003: Észak-Magyarország gazdasági helyzete, 1990-2001. Adatok, tendenciák, elemzések. Magyar Kereskedelmi és Iparkamara Gazdaság- és Vállalkozáselemzési Intézet, Budapest, pp. 10-11, pp. 97-105. www.gvi.hu
- TÓTH J. 1981: A településhálózat és a környezet kölcsönhatásának néhány elméleti és gyakorlati kérdése. Földrajzi Értesítő, XXX. 2-3, pp. 267-291.
- TÓTH J. 2002: A társadalomföldrajz tudományrendszertani helye, a társadalom és a természet kölcsönhatása, a társadalmi-gazdasági tér értelmezése. In: TÓTH J. szerk.: Általános Társadalomföldrajz I. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, pp. 17-23.
- TÓTH J. – PÁL V. – ANTAL G. 2005: Társadalomföldrajz és egészség (A Magyar Egészségföldrajz néhány elméleti kérdése). Magyar Epidemiológia, Pécs, 4. pp. 261-281.
- TUSNÁDY G. – GAUDI I. – REJTŐ L. – KÁSLER M. – SZENTIRMAY. Z. 2008: A magyar daganatos betegek túlélési esélye a nemzeti rákregiszter adatai alapján. Magyar Onkológia, Akadémiai Kiadó, Budapest, 52. pp. 339-340.
- VARGA J. 1981: A gazdasági szerkezet átalakításának tapasztalatai Nógrád megyében. Földrajzi Közlemények, 4. pp. 347-349. p. 356.
- V. HAJDÚ P. – KARDOS L. – ÁDÁNY R. 2003: A keringési rendszer betegségei okozta mortalitás jellegzetességei hazánkban – In: ÁDÁNY R. szerk.: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 73-109.
- VÁMOS A. – FARKAS T. 2004: Az életminőség mérése a Bátorfőnyéri kistérségben. Területi Statisztika, KSH, Budapest, 7. 44. 1. pp. 21-30.
- VERGEER F. – LEEUWE J. 2002: A „jól-lét” fogalma az egészségnevelésben. Egészségnevelés. 43. 1 pp. 63-65.
- VILMON GY. – KUBÁNYI I. – SOÓS L. – SZENTESSY I. – ZALÁNYI S. 1968: Népegészségügy, Budapest, 49. 1. pp. 6-19.
- VITRAI J. 2004: Összefoglaló a világ lakosságának egészségéről 2003. The World Health Report 2003, Shaping the Future. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2004. WORLD HEALTH ORGANIZATION 1993: WHOQOL study protocol. World Health Organization, Geneva, (MNH/PSF/93.9).
- VITRAI J. – VOKÓ Z. 2004: Egészségmodell. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, NEJ2004 – Szakértői változat, pp. 1-15.
- VITRAI J. – HERMANN D. – KABOS S. – KAPOSVÁRI CS. – LŐW A. – PÁTHY Á. – VÁRHALMI Z. 2008: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest, pp. 1-106. www.egeszsegmonitor.hu

- VITRAI J. – BAKACS M. – KAPOSVÁRI Cs. – NÉMETH R. 2009: Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. Kutatási jelentés, EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest, www.egeszsegmonitor.hu
- WARE, J. E. et al: 1986: Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance Organisation with Those of Fee-for-Service Care. The Lancet, May 3, pp. 1017-1022.
- WHITELEGG, J. 1982: Inequalities in health care: Problems of access and provision. Straw Barnes, Retford, Notts.
- WHO TANULMÁNY 2009: A fiatalok egészségmagatartásáról – beteggyerekek, súlyos világ, Medical Tribune, 43, 24, 19.
- WILHELM Z. 1997a: Szekszárd fejlődésében kiemelt szerepet játszó természeti tényezők vizsgálata – In: TÓTH J. – TÉSITS R. szerk.: Földrajzi tanulmányok a pécsi doktoriskolából I. JPTE TTK Földrajzi Tanszékek, Pécs, pp. 193-216.
- WILHELM Z. 1997b: A környezetállapot hatása a településfejlődésre az Alsó-Dunavidék néhány községében – In: Falukonferencia, MTA RKK, Pécs, pp. 244-250.
- WILHELM Z. – TÉSITS R. 1998: Szekszárd fejlődésének természetföldrajzi aspektusai – In: TÓTH J. – WILHELM Z. szerk.: A társadalmi-gazdasági aktivitás területi-környezeti problémái. Pécs, pp. 25-52.
- WILHELM Z. 2000: Az Alsó-Dunavidék településeinek fejlődésében szerepet játszó természeti tényezők vizsgálata – In: TÓTH J. – WILHELM Z. szerk.: Konzerváció, modernizáció, regionalitás a Dél-Dunántúlon, PTE TTK Földrajzi Intézet, Pécs, pp. 9-151.
- 1949. évi XX. törvény. A Magyar Köztársaság Alkotmánya. 70/D. §. (1-2).
- 20/1996. (VI. 26.) NM rendelet. Az otthoni szakápolási tevékenységről.
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 37. § (1) 87. § (1), 152. §. (1-2).
- 331/2005. (XII.29.) Korm. rendelete az irányított betegellátási rendszerről.
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről.
- 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről.
- 4/2006. (II. 8.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozatot módosította, mely szerint a Program elnevezése „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” elnevezésre változott.
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction>
- <http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/kozegezessegugy/egeszsegallapot.html>
- <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
- <http://www.ebf.hu/>
- <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/EgeszsegugyiFejlesztospolitikaiKonceptcio.pdf>
- <http://www.eum.hu/main.php>
- <http://www.eski.hu/>
- <http://www.healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf>
- <http://www.nograd.hu/terkep.html>
- <http://www.who.in/about/definition>
- <http://www.who.int/whr/2000/media-centre/en/index.html>
- <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- <http://www.oefi.hu/modszert.hu>
- <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/thm/tablak.html>
- <http://www.vati.hu/static/otk/hun/letoltesekhun.html>

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet szeretnék mondani **Dr. Tóth József** és **Dr. Lovász György** Professzor Uraknak. Elsősorban nekik köszönhetem, hogy az egészségügyi szakközgazdász, egészségügyi menedzser és humán szervező képzettségem mellett elindítottak a földrajztudomány megismerése felé. Megtanítottak a természeti és a társadalmi-gazdasági folyamatok egyes elemeinek kapcsolatára és arra, hogy a folyamatoknak dinamikája, azaz tér és időbeli változása van. Külön köszönöm **Dr. Tóth József** Professzor Úrnak hasznos tanácsait, amit témavezetőként a dolgozat elkészítéséhez a kezdetektől folyamatosan adott.

Dr. Pál Viktor Egyetemi Adjunktus tankönyvei és publikációi biztosították számomra az egészségföldrajz fogalmi és tudományelméleti hátterét, nemzetközi és hazai fejlődésének áttekinthetőségét, kutatási irányzatait. Köszönöm, hogy kérdéseimre adott válaszaival is mindig segítőkész volt.

Dr. Krisztián Béla Címzetes Egyetemi Tanár Úrnak köszönhetem, hogy bekapcsolódhattam ebbe a kutatási programba. Korábbi tanáromként Ő keltette fel az érdeklődésemet a kutatási téma iránt, és biztatásával jelentkeztem a Földtudományok Doktori Iskolába.

Igen hálás vagyok **Almádi Katalin** címzetes főtanácsosnak is, aki önkormányzati oldalról segített megismertetni a Nógrád megyét érintő folyamatokat.

Köszönöm továbbá **Csordás Péterné** osztályvezető, **Fercsik László** mérnök-informatikus és **Dr. Muhari Géza** orvosigazgató segítségét. Ők a nógrádi irányított betegellátási rendszer hatékony működéséhez, a szakmai protokollok összeállításához, a betegutak elemzéséhez, a kérdőíves felmérések elkészítéséhez és feldolgozásához, valamint a prevenciós stratégia kialakításához és a prevenciós programok megvalósításához nyújtottak segítséget.

A PTE TTK Földtudományok Doktori Iskola tudományos munkatársaitól mind a szakmai, mind a szervezési problémáim megoldásához hasznos információkat kaptam, amit megköszönök **Németh Krisztina** tudományos asszisztensnek, **Gál Veronika**, **Németh Júlia** és **Szabó András** PhD koordinátoroknak.

A dolgozat nem készülhetett volna el azok nélkül, akik közvetve segítettek a munkámat (munkatársak, informatikusok, könyvtárosok, levéltárosok, házi orvosok, interjú alanyok és a kérdőívet kitöltő betegek).