

## EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉG, HOZZÁFÉRÉS, TÉRBELISÉG – A SZÍVIZOMINFARKTUS ELLÁTÁSÁNAK NÉHÁNY FÖLDRAJZI JELLEGZETESSÉGE MAGYARORSZÁGON

UZZOLI ANNAMÁRIA – PÁL VIKTOR – BEKE SZILVIA – BÁN ATTILA

HEALTH INEQUALITY, ACCESSIBILITY, SPATIALITY  
– SOME GEOGRAPHICAL ASPECTS IN THE HEALTH CARE OF ACUTE  
MYOCARDIAL INFARCTION IN HUNGARY

### Abstract

Access to health care is one of determinative factors in understanding health inequalities. It is not an easy task to define it, because its conceptualisation and measuring depend on different approaches and socio-economic characteristics. In our three year course research project the main aim is to analyse the Hungarian health inequality and its regional differences related to the role of access to health care. The multi-factorial way in determination of barriers in access to health care means using mixed method with combination of quantitative and qualitative techniques. Acute myocardial infarction is one of non-communicable cardiovascular diseases, which was the example in the case study of our project. This was used to study the connection among accessibility, inequality and spatiality. The primary results of statistical analysis confirm a paradox situation in Hungary based on improving health with increasing inequalities. The most important experiences of making semi-structured interviews with medical stakeholders and patients can discover individual and institutional influencing factors in access to health care. The aim of this paper is to interpret basic theoretical and empirical framework of our research project with its most important results. In addition, many experiences of our examinations are suitable for making proposals for evidence based policy-making.

**Keywords:** access to health care, health inequality, mixed method, acute myocardial infarction, regional differences

### Bevezetés

Az orvostudomány rohamos fejlődése ellenére napjainkban is számottevő különbségek léteznek a különböző földrajzi térségek és társadalmi csoportok egészségi állapotában. Az egészségeltérések kisebb részének biológiai, genetikai oka van (pl. veleszületett rendellenességek, időskori betegségek), azonban nagyobb részük a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek következménye. Ez utóbbiak az ún. egészség egyenlőtlenségek, amelyek az egyének és a társadalmi csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetére vezethetők vissza (MARMOT, M. 2015). Az egészség egyenlőtlenségek hatásos szakpolitikai eszközökkel és eredményes beavatkozásokkal csökkenthetők, és a népesség egészségi állapotának javítása érdekében csökkentendők is.

Az egészség egyenlőtlenségek a társadalmi és a gazdasági egyenlőtlenségekben gyökereznek, és ezek legtöbbször olyan kedvezőtlen élet- és munkakörülményeket jelentenek, amelyek a hátrányos helyzetűeket (mind egyéneket, mind társadalmi csoportokat) nagyobb mértékben teszik ki anyagi-jövedelmi, szociokulturális, pszichoszociális és magatartásbeli rizikófaktoroknak (WILKINSON, R. 1996).

Az egészség egyenlőtlenségekre számos meghatározó (pl. társadalmi struktúrák) és befolyásoló (pl. életminőség, egészségmagatartás stb.) tényező hat, azonban kiváltó okainak jelentős része az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez, egyáltalán az azokhoz való hozzáférés esélyeihez kötődnek (DONABEDIAN, A. 1988). Ha a társadalomban

széleskörűen biztosított az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, akkor az hozzájárul a lakosság egészségi állapotának hosszú távú javulásához és az egészségegyenlőtlenségek csökkentéséhez. A méltányos és mindenki számára társadalmilag és területileg egyaránt hozzáférhető egészségügyi ellátás kialakításában a társadalmi igazságosság elve érvényesül.

Az utóbbi időben fokozódó figyelem irányul a globális egészségegyenlőtlenségekre, köztük a hozzáférés akadályaira és azok területi vonatkozásaira (PÁL V. – UZZOLI A. 2008). A hozzáféréssel összefüggő esélyegyenlőtlenség hátterében a meglévő egészségegyenlőtlenségek állnak, illetve az azokkal összefüggő társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek, az elosztási rendszerek igazságtalanságai, az egészséges életre való esélytelenség tényezői (BRAVEMAN, P. 2003). A hozzáférés egyenlőtlenségei ugyanakkor mind a társadalmi tagozódásban, mind területileg is értelmezhetők, vagyis a térbeliségnek és az ellátással kapcsolatos földrajzi vonatkozásoknak magyarázóereje van a hozzáférésben.

A tanulmány célja egy kutatási projekt legfontosabb eredményeinek és tapasztalatainak ismertetése, amelyek információhordozók az egészségegyenlőtlenséggel és a hozzáféréssel kapcsolatos területi különbségekről (K119574 sz. projekt, 2016–2019). Mindezek alkalmasak olyan javaslatok és ajánlások megfogalmazására, amelyek felhasználhatók a bizonyítékokon alapuló (evidence-based) szakpolitikai döntéshozatalban.

### **Hozzáférés, egyenlőtlenség, térbeliség – elméletek és megközelítések**

Az ellátáshoz való hozzáférés alapvetően összetett, többdimenziós fogalom, értelmezésében számos különböző megközelítés és meghatározás létezik. Az egészségügyben az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szolgáltatókhoz és/vagy az intézményekhez való hozzáférés feltételeit jelenti (DANIELS, N. 1982; WHITEHEAD, M. 1992), amely több tényezőtől is függhet (ADAY, L. – ANDERSEN, R. 1974, MCINTYRE, D. et al., 2009; VITRAI J. et al. 2011):

- az ellátási szükséglettől (tünet, panasz, betegség),
- az igénybevételi hajlandóságtól (orvoshoz fordulás),
- megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi kapacitások rendelkezésre állásától térben és időben (meglévő szolgáltatások),
- szolgáltatások elérhetőségétől (időbeli és fizikai távolságok),
- ellátás körülményeitől (minőség, bánásmód, döntési szabadság) stb.

A hozzáférés fogalmát, tényezőit és feltételeit sokan és sokféleképpen vizsgálták már. A legfontosabb megállapítások és következtetések összegzésére három elmélet alkalmazható, amelyek azonban az empirikus kutatásokban nem különülnek el élesen egymástól, hanem sokszor egymást kiegészítve összetett módon járulnak hozzá a hozzáférés akadályainak értelmezéséhez:

- 1) Az erőforrás alapú elmélet a hozzáférés meghatározásában tulajdonképpen a kereslet-kínálat, azaz a szükséglet – ellátás szerepére hívja fel a figyelmet az egészségügyi ellátórendszerekben (DONABEDIAN, A. 1988). Ez az elmélet igen gyakran a hozzáférés definiálásában a szükségletekből fakadó igénybevételt helyezi előtérbe, vagyis az egészségügyi szolgáltatások „rendelkezésre állását” a kereslet és a kínálat között fennálló aktuális mechanizmusok esélyeire/esélytelenségeire építi (GODDARD, M. – SMITH, P. 2001). Az elmélet alkalmazásához kötődő kutatások többsége a különböző egészségügyi erőforrások meglétét vagy hiányát éppen az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeiként vagy akadályaiként definiálja, ezzel konceptualizálva az esélyegyenlőség érvényesülését (BRAVEMAN, P. 2003).
- 2) A strukturalista felfogás az egészség társadalmi meghatározottsága alapján hangsúlyozza az egyének (betegek) társadalmi-gazdasági (pl. életkörülmények), valamint

szociokulturális (pl. egészségmagatartás) helyzetének érvényesülését a hozzáférés esélyeiben. A hozzáférés fogalmát komplex módon a meglévő társadalmi-gazdasági és egészséggyenlőtlenségekből vezeti le. A hozzáférés fogalmát az esélyegyenlőséget befolyásoló adottságok két csoportján, illetve azok között kialakult interakciók sorozatán keresztül határozza meg: egyrészt az egyének, a háztartások, a társadalmi-gazdasági környezet jellemzői, másrészt az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szervezetek/intézmények és a szolgáltatók jellemzői, és ezek kapcsolata alapján (LEVESQUE, J-F. et al. 2013).

- 3) Egyfajta normatív szemlélet testesül meg abban, hogy a jól működő egészségügyi rendszerben az esélyegyenlőség érvényesülését meghatározó és befolyásoló tényezőket a hozzáférés (accessibility), az elérhetőség (availability), a megfizethetőség (affordability), az elfogadhatóság (acceptability), a megfelelőség (appropriateness) egymásra hatásaival értelmezik az ún. „5A” modellben (GULLIFORD, M. et al. 2002). Ez közvetlenül és áttételesen is információkat szolgáltat az egészségügyi ellátórendszer minőségéről (pl. TÓTH G. et al. 2018).

A különböző elméletek és megközelítések közös jellemzője annak egyöntetű elfogadása, hogy egyrészt a hozzáférés tényezői és feltételei különböznek az egyes ellátásfajták szerint, másrészt pedig, hogy a hozzáférés egyenlőtlenségeinek alakulásában a térbeliségnek szintén magyarázó ereje van. Ez nemcsak a rendelkezésre álló, földrajzi értelemben a legrövidebb úton és a fizikai akadályok nélkül megközelíthető egészségügyi szolgáltatásokat jelenti, hanem a hozzáférés esélyeit és esélytelenségeit kiváltó tényezők térbeli megjelenését, területi mintázatát is.

A hozzáférés – egyenlőtlenség – térbeliség összefüggéseinek kutatási háttérében legtöbbször a földrajzi lépték szerepe kerül előtérbe abban a kontextusban, hogy a hozzáférés esélyegyenlőtlenségei vizsgálatát milyen területi keret(ek) megválasztása segíti leginkább. Ennek megfelelően a globális, országos, regionális, helyi (település vagy településrész) területi vizsgálati szintek jelennek meg leginkább a hozzáférés-kutatásokban. Leggyakoribb az országok között a hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenségek elemzése (pl. BREZZI, M.–LUONGO, P. 2016), de egyre nagyobb jelentőségűek a helyi – akár szomszédsági – szintű vizsgálatok is (pl. SHAH, T. et al. 2016).

Markáns csoportot alkotnak a szakirodalmi előzmények között azok a tanulmányok, amelyek célzottan a hozzáférés térbeli, földrajzi vonatkozásaival foglalkoznak (pl. SKINNER, J. 2012; YE, H. 2016). Ezek általában a hozzáférés területi dimenzióját az elérhetőséggel azonosítják, amelynek földrajzi korlátai az utazási távolságra és időre vezethetők vissza (CROMLEY, E.–McLAFFERTY, S. 2011). Legfontosabb következtetésük, hogy minél nagyobb a távolság a szükséglet és az ellátás között, annál kevesebb interakció alakul ki a betegek és az egészségügyi szolgáltatók között. Ha viszont csökken a távolság, növekszik az igénybevétel gyakorisága, vagyis nő a jobb egészség valószínűsége. BUCHMUELLER, T. és szerzőtársai (2006) bizonyították, ahogy nő a kórházaktól mért távolság, úgy növekszik az infarktus okozta halálozás mértéke is. Fontos megjegyezni, hogy a térbeli jellemzők szerepe a hozzáférésben függ az orvosi beavatkozások és a szükséglet típusától is. Ez kiváltképp érvényes a keringési rendszeri betegségekre, ahol a betegség korai felismerése és az eredményes beavatkozás közötti időablak információhordozó a hozzáférés lehetőségeiről és/vagy akadályairól, valamint a túlélési esélyekről (HARE, T.–BARCUS, H. 2007).

Magyarországon elsősorban a 2000-es évek elejétől vált közkezdvelt kutatási témává a hozzáférés akadályainak vizsgálata. Ezzel egy időben lényegében már a térbeli és földrajzi jellemzők szerepének értelmezése is megjelent a különböző interdiszciplináris kutatásokban. Ezek többsége a strukturalista megközelítést alkalmazta, és a meglévő társadalmi-gazdasági és egészséggyenlőtlenségek rendszerére vezette vissza a hozzáféré-

rés akadályait (pl. EGRI Z.–KÓSZEGI I. 2016; KISS É. 2016; KOVÁCS K.–TÓTH G. 2015). Leginkább a különböző elérhetőség-vizsgálatoknak és az abban alkalmazott kvantitatív módszereknek van nagy hagyománya a hazai szakirodalomban (pl. KEMKERS, R. et al. 2010; KISS J.–MATTÁNYI ZS. 2005; KOVÁCS P. et al. 2013; VITRAI J. et al. 2011; BÍRÓ A.–ELEK P. 2018. stb.). Ezekben a kutatásokban alkalmazott legfontosabb területi változók általában a távolság, a lakóhely, a településméret. A hazai kutatási előzmények másik közös vonása, hogy a nemzetközi előzményekhez hasonlóan kiemelt szerepe van a földrajzi lépték kiválasztásának, amellyel a szerzők közvetlenül vagy közvetetten az egyenlőtlenség és a hozzáférés kapcsolatának területi különbségeit értelmezik. A lokális lépték felértékelődése Magyarországon nagyjából a települési, főként városi szinten tapasztalható egészségyenlőtlenségek és a hozzáférés összefüggéseinek vizsgálatát eredményezte (pl. EGEDY T. 2012; EGEDY T.–UZZOLI A. 2016; KELLER J. 2018).

Kutatásunk elméleti keretét elsődlegesen a strukturalista nézőpont adta, így általános érvényűnek tekintettük a hozzáférés egyenlőtlenség-alapú felfogását. Ez volt a fő oka, hogy a hozzáférés komplex meghatározásában előtérbe helyeztük az ún. kevert módszertan, vagyis a kvantitatív és a kvalitatív vizsgálati technikák együttes alkalmazását (WISDOM, J.–CRESWELL, J. 2013). Emellett az empirikus vizsgálatok előkészületeiben (pl. statisztikai adatok kiválasztása, interjúkérdések összeállítás) nagymértékben támaszkodtunk a hozzáférés–egyenlőtlenség–térbeliség összefüggéseinek szükséglet és ellátás vonatkozásban történő megközelítésére.

### **A strukturált adatgyűjtéstől a személyes véleményekig – a kutatás módszertani keretei**

A kvantitatív és kvalitatív módszerek együttes alkalmazásával a következő kérdésekre kerestük a válaszokat a kutatásban. Milyen tényezők akadályozzák, illetve támogatják az adekvát ellátáshoz való hozzáférés esélyeit a népegészségügyi szempontból kiemelkedően fontos betegségek ellátásában ma Magyarországon? Mi jellemzi a korszerű ellátásfajtákhoz és a modern beavatkozásokhoz való hozzáférést? Hogyan befolyásolták az ellátáshoz való hozzáférést az elmúlt évek szakpolitikai intézkedései? Milyen szerepe van a térbeliségnek a hozzáférés akadályában?

Mind az egészségyenlőtlenség, mind az ellátáshoz való hozzáférés soktényezős fogalom, térbeli, földrajzi vonatkozásaik integrált értelmezése is többféle szempontú módszertani megközelítést igényel. Ennek megvalósítása érdekében a kutatás során a kvantitatív és a kvalitatív vizsgálati módszerek kombinációjára került sor, amely lehetővé tette egyrészt a statisztikai adatelemzés eredményeinek összehangolását az interjúkészítés tapasztalataival, másrészt az egyes módszerek kiegészítő jelleggel való alkalmazását. Így a kvantitatív úton szerzett eredmények finomhangolását segítették a kvalitatív technikákkal nyert tapasztalatok is. A kevert módszer használatában a magyarázó egymásra épülő felépítést követtük, vagyis a kutatás első kvantitatív szakasza megállapításai szolgáltak a második, kvalitatív szakasz kidolgozására, illetve a kvalitatív tapasztalatok hozzájárultak a kezdeti kvantitatív eredmények további magyarázatához (KIRÁLY G. et al. 2014).

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit és akadályait a keringési rendszeri halálózások között népbetegségnek számító ún. akut miokardiális infarktus (AMI, akut szívizominfarktus, heveny szívizomelhalás) ellátásán keresztül tanulmányoztuk. A betegség a fejlett országokban vezető halálok, bár az elmúlt évtizedben csökkent az aránya a keringési rendszeri halálokok között. Az AMI információhordozó a rövid- és hosszú távú túlélési esélyekről: a betegség kialakulását követő 7 napon belüli halálózás

elsődlegesen a kórházi sürgősségi ellátásra vezethető vissza, míg a 30 és 365 napos halálozás nagymértékben függ az orvosi utasítások szakmai tartalmától és azok betartásától, a rehabilitációtól, továbbá a beteg életmódjától, szociális körülményeitől (BELICZA É. et al. 2016). Az AMI ellátásának mindhárom szakaszában – 1) prehospitalis (kórházi kezelést megelőző), 2) hospitalis (kórházi) sürgősségi, akut és rehabilitációs ellátás, 3) fenntartó és gondozási szakasz alap- és szakellátásban – a szakmai protokollok alapján egyértelműen meghatározott beavatkozások és terápiák léteznek a közvetlen életveszély elhárítására és az életminőség fenntartására.

A kvantitatív vizsgálat során a statisztikai elemzésekben az ellátási szükséglet azonosítása az akut miokardiális infarktus megbetegedési (morbidity) és halálozási (mortality) adataival történt meg.

A megbetegedési adatbázis az igénybevétel mérésére szolgált az Állami Egészségügyi Ellátó Központ fekvőbeteg-ellátási adatai alapján. A megbetegedési adatbázis nem teljes körű az AMI-betegekre vonatkozóan, hiszen az csak a fekvőbeteg-ellátási adatokra épül. Ennek oka, hogy az ellátáshoz való hozzáférés definiálása és az egészségügyi kapacitások rendelkezésre állásának (meglévő szolgáltatások) meghatározása az AMI ellátásában elsődleges ún. szívkatéteres tágitás (perkután koronária intervenció, PCI) segítségével történt meg, amely egyben a korszerű és modern orvosi ellátáshoz való hozzáférést is jelentette a kutatás során. Szívkatéteres tágitásra csak a PCI-központokban kerülhet sor, amelyek speciális kórházi osztályt (hemodinamikai laboratórium) jelentenek. Az országban összesen 19 PCI-központ található (közülük 5 Budapesten).

A halálozási adatbázis a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet adataiból származik, amelynek elkészítéséhez a Központi Statisztikai Hivatal szolgáltatta a nyers halálozási és népességadatokat. A halálozási adatbázis elemzése az AMI százezer főre számított és a 2013. évi európai népességre standardizált halálozási arányszámának (SHA) használatára vonatkozott. A halandósági adatok standardizálása országos, megyei és járási szintre történt.

A statisztikai vizsgálatok a 2005. és a 2015. év közötti hazai AMI-helyzet elemzésére irányultak részben évek, részben időszakok (2005–2008 és 2012–2015) szerint. Ez utóbbi fő oka az volt, hogy járási szinten évenként csak kis elemszámban fordultak elő a fekvőbeteg-ellátási adatok, így azok összevonása volt szükséges. Az elemzésben a legfőbb demográfiai szempont a nemek és az életkor szerinti megoszlás volt. A betegekkel kapcsolatos társadalmi-gazdasági mutatók nagyon korlátozottan és hiányosan álltak rendelkezésre, így azokat nem vontuk be az elemzésbe: a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekre közvetett módon (például kedvezményezett státus alapján) következtettünk.

A területi vizsgálati szintek a megyéket és a Budapesttel együtt 175 járást fedtek le. Budapest ugyan szerepelt a térképi ábrázolásokban, de az összehasonlító vizsgálatokban nem értelmeztük országos helyzetét, és külön sem tértünk ki a kerületi különbségek elemzésére a fővárosban meglévő nagyszámú és nagyobb kapacitásokkal rendelkező egészségügyi intézmények jobb elérhetőségéből fakadó torzítások kiküszöbölése érdekében.

Az összes kutatási cél megvalósítása, valamint kérdés megválaszolása csupán csak statisztikai elemzésekkel nem volt kivitelezhető, ezért kvalitatív módszerek alkalmazására is sor került. Az ellátás körülményeinek, így a hozzáférés lehetőségeinek és akadályainak bemutatása személyes vélemények alapján egy helyi esettanulmányra épült. Ez Békés megye meghatározó egészségügyi intézményeiben valósult meg. A mintaterület kiválasztását a statisztikai elemzések eredményei tették lehetővé: alapvető szempont volt, hogy a megyében jelentős infrastrukturális beruházások történtek az infarktusellátásban az elmúlt években, és ennek köszönhetően javultak az életesélyek. Ennek ellenére országosan magas az AMI megbetegedések aránya, és a megyében számottevő területi különbségek léteznek (BEKE SZ. et al. 2018).

A lokális esettanulmány során félig strukturált interjúkkal sikerült feltárni az ellátáshoz való hozzáférés főbb akadályait az egészségügyi szereplők két csoportjának – 1) infarktusellátás szakmai résztvevői (pl. kardiológus, belgyógyász, mentőtiszt, nővér/ápoló, dietetikus, gyógytornász, pszichológus stb.), és 2) betegek – véleménye alapján. A kétlépcsős interjúkészítés 2018. április és június között valósult meg 24 egészségügyi szakemberrel, és 29 beteggel (<https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>). Az interjúkérdések összhangban voltak a kutatás fő céljaival, lényegében az infarktusellátás főbb ellátási szakaszaihoz kötődtek, így az interjúalanyok két csoportjával készült interjúk tapasztalatai összehasonlíthatóvá váltak. Ehhez az interjúk kivonatolása után egységes értékelési szempontok kidolgozása járult hozzá, amelyekkel az eredmények, tapasztalatok szintézise is megvalósítható volt. Az infarktusellátásban releváns egészségügyi szakemberekkel készült interjúk főbb kérdéscsoportjai a következők voltak: infarktusellátás megyei működése (betegutak, szakmai protokollok, integrált ellátás formái, fontosabb fejlesztések), területiség szerepe az infarktusellátásban megnyilvánuló egyenlőtlenségekben. Az infarktuson átesett betegekkel készült interjúk főbb kérdéscsoportjai a következők voltak: egészségismeretek, életmódot befolyásoló egyéni tényezők, hozzáférést támogató és akadályozó tényezők az intézmények és az egyének részéről, területiség szerepe infarktusellátáshoz való hozzáférésben. Az interjúk feldolgozási és értékelési szempontjai közül csak azokat interpretáljuk, amelyek útján nyert eredmények az egészség-egyenlőtlenség és a hozzáférés releváns területi jellemzőire utalnak.

### **Javuló tendencia, növekvő egyenlőtlenség az egészségügyi ellátásban – paradox helyzet a számok tükrében**

Az epidemiológiai válság elmélyülését Magyarországon az 1990-es évek elején nagyobb-részt a keringési rendszeri halálozások növekedése és nemzetközi szinten igen magas aránya okozta (JÓZAN P. 1994a). Ennek lényege az volt, hogy minden korcsoportban romlottak a halálozási arányszámok, és így az életkilátások is, különösen a középkorú népesség körében (JÓZAN P. 1994b). A halálozási helyzet lassú javulása, a születéskor várható átlagos élettartam mérsékelt növekedésével, az 1990-es évek második felétől következett. Ennek eredményeként a keringési rendszeri halálozások aránya, amely korábban az összes halálozás több mint felét tette ki, csökkenni kezdett: ez elsősorban az ún. ischaemiás szívbetegségek (pl. szívelégtelenség) visszaszorítását jelentette, amelyek magukba foglalják a szívinfarktus és annak szövődményei okozta keringési rendszeri betegségeket is.

Az AMI a fejlett országokban jellemző népbetegség a keringési rendszeri – ischaemiás – szívbetegségek között, amely napjainkban is a legtöbb halálozást okozza. Az elmúlt másfél-két évtizedben nemzetközi és hazai szinten is jelentős eredmények születtek visszaszorításában, amelyek az orvostudomány fejlődésének, az infrastrukturális fejlesztéseknek, az ellátási protokoll megújításának, vagy éppen a preventív kampányoknak köszönhető.

Magyarországon az AMI okozta halálozások számottevő csökkenése a 2000-es évek közepétől indult meg, így 2005–2015 között a felére esett vissza a halálozási arányszám. A javulás mindkét nemet egyaránt érintette, de a férfiak körében nagyobb mértékű volt a visszaesés, mégis még mindig közel kétszer több férfi kap infarktust, mint nő (UZZOLI A. et al. 2017). A szívizominfarktus előfordulási gyakorisága nagymértékben az időskorúakat – 60 év felettieket – érinti, bár az elmúlt években kisebb növekedés tapasztalható a fiatalabb korosztályokban (pl. 40 év felettiéknél). A keringési rendszeri halálozások száma 65 493 fő, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozások száma 32 032 fő, míg az AMI-halálozások száma 6028 fő volt 2015-ben Magyarországon (Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2015).

Az elmúlt években általában az AMI-halálesetek az összes keringési rendszeri halálozás közel egyötödét okozták. A megbetegedés évente kb. 16000 főnél jelentkezik, amelynek kb. 35–37%-a végződik halálozással. A hazai javuló megbetegedési és halálozási helyzet egyik magyarázata, hogy a 2000-es évek közepétől az egészségügyi fejlesztések révén új PCI-központokat hoztak létre az országban, illetve a meglévők kapacitását növelték, így az ellátáshoz való hozzáférést is javították.

Az AMI-megbetegedések alapján megállapítható, hogy 2005–2008 és 2012–2015 között nőtt a férfi betegek aránya, de ennek a korszerű ellátásnak köszönhetően javultak a túlélési esélyeik. Már kevesebb 60 év alatti kapott szívizominfarktust, és egyre többen részesültek szívkatóteres-ellátásban (PCI-ellátás), aminek következtében közülük kevesebben is haltak meg. Miközben nőtt a PCI-központok száma az országban, egyre több beteg részesült PCI-ellátásban. Ráadásul a PCI-ellátásra vonatkozó teljesítményvolumen-korlát megszüntetése (2012) után összességében nőtt az elvégzett szívkatóteres beavatkozások aránya az országban: elsősorban a PCI-központoktól távolabb lakók kerültek be nagyobb arányban közvetlenül a katótereslaborokba (KISS A. et al. 2019). Mégis a szívkatóterezettek körében jelentős területi különbségek alakultak ki, amelyek részben az egyenlőtlenségek növekedésével is együtt jártak 2005–2008 és 2012–2015 között (terjedelem-mutatószámok alapján) (TÓTH G. et al. 2018).

A kedvező változások és a javuló tendencia ellenére Magyarországon még mindig sokan kapnak szívizominfarktust az európai átlagokhoz képest, és magasnak tekinthető a halálozás mértéke is. A paradox helyzethez járul hozzá az a tény is, hogy a 2010-es évek eleje óta kismértékben, de növekedtek a járási különbségek az AMI halálozási arányszámban, ami különösen a nőket érinti (UZZOLI A. et al. 2017). A járási különbségek kisebb növekedését a Gini-együttható és a terjedelem aránya alkalmazásával bizonyítottuk, a növekedést 2015-ben 2005-höz képest fedeztük fel. Hasonló a helyzet a középkorú AMI-betegek között: terjedelmkülönbség alapján megállapítható a területi egyenlőtlenségek növekedése a 2010-es évek közepére a 2000-es évek közepéhez képest.

Egyéb kutatások szintén megerősítették, hogy 2014 után enyhén növekedett a 365 napos infarktus-halálozási arányszám, vagyis a hosszú távú túlélési esélyek rosszabbodtak az országban (MÉRTÉK 2017).

A hazai ellentmondásos AMI-helyzet, valamint járási szinten a területi különbségek elmúlt években tapasztalt enyhe növekedése felveti, hogy milyen társadalmi-gazdasági tényezők befolyásolhatják az ellátáshoz való hozzáférést (*1. táblázat*). Közepesen erős statisztikai összefüggés áll fenn az AMI megbetegedés, illetve halálozás és az egyéb társadalmi-gazdasági mutatók között országos szinten. A morbiditást és a mortalitást leginkább az életkor befolyásolja: 60 év felett nagyobb a valószínűsége a betegség kialakulásának. Vagyis a társadalmi-gazdasági fejlettségtől függetlenül az életkor előre haladásával növekszik az AMI bekövetkezéének gyakorisága. Figyelemre méltó, hogy hasonló – legalább közepesen erős – statisztikai összefüggés nem mutatható ki az AMI mortalitási adatok-ban országos szinten.

Az AMI megbetegedés rövidtávú túlélési esélyeiről tájékoztatnak azok a fekvőbeteg-ellátási adatok, amelyek a szívkatóteres beavatkozásban részesült betegek arányáról információhordozók (*1. ábra*). A 2000-es évek közepéhez képest több beteg részesült ilyen ellátásban, köszönhetően a PCI-központok száma növelésének. Számottevően kevesebb beteg részesült PCI-ban az elmúlt években az ország keleti felében. Ezeken a területeken akár harmad- vagy negyedannyian kaptak szívkatóteres ellátást szívizominfarktus esetében, mint a nyugati megyékben. Az AMI hosszú távú túlélési esélyei függenek a rendszeres házi- és szakorvosi vizsgálatoktól a betegség fenntartó szakaszában. Ott, ahol sok a betöltetlen háziorvosi szolgálat, nagyobb a valószínűség a hozzáférés esélytelenségeire.

Az akut szívizominfarktus (AMI) megbetegedési és halálozási mutatószámok statisztikai összefüggései egyéb társadalmi-gazdasági mutatószámokkal a Pearson-féle korrelációs együttható alapján országos szinten, 2012–2015

Statistical connection based on Pearson's correlation coefficient between morbidity or mortality data of acute myocardial infarction (AMI) and other socio-economic data at national level, 2012–2015

	Születéskor várható átlagos élettartam (év), 2013	Az állandó népességből a 60 éves és idősebb népesség aránya (%), 2015	Egy háziiorvosra jutó betegforgalom (eset), 2015	Az életminőség mérésére vonatkozó komplex mutató a Human Development Index alapján (HDI), 2011–2015*	A fejlettség mérésére vonatkozó komplex mutató a kedvezményezett járások besorolása alapján, 2014**	Legközelebbi PCI-központtól számított népesség-arányos távolságindex (km), 2014
AMI halálozási arányszám (fő), 2012–2015	negatív gyenge kapcsolat	pozitív közepesen erős kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat	negatív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat
AMI betegek aránya (%), 2012–2015	pozitív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat	negatív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat
60 év feletti AMI betegek aránya (%), 2012–2015	pozitív közepesen erős kapcsolat	pozitív közepesen erős kapcsolat	pozitív közepesen erős kapcsolat	negatív közepesen erős kapcsolat	pozitív közepesen erős kapcsolat	pozitív gyenge kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

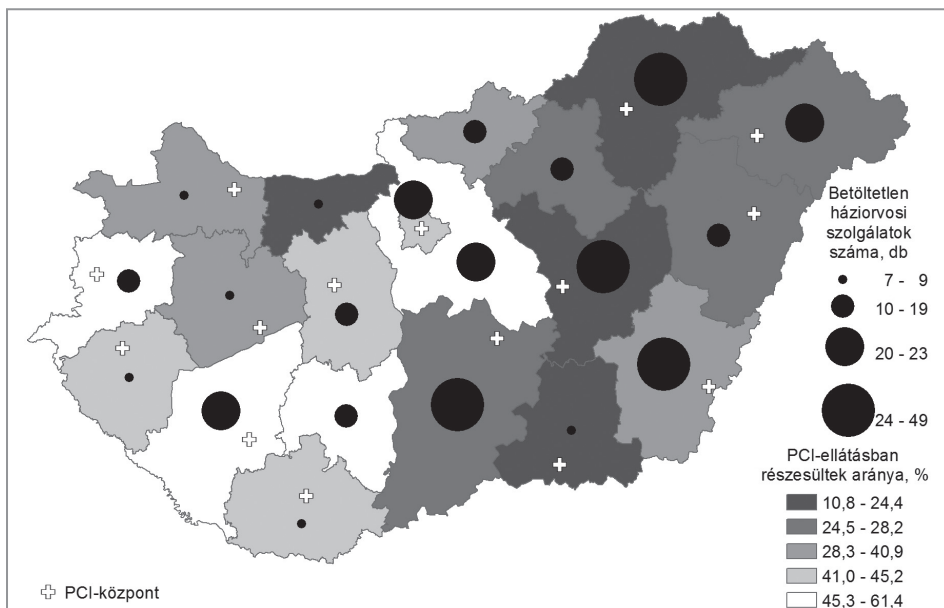
\* HDI számítási módszertanában felhasznált statisztikai mutatók: Hosszú és egészséges élet (Születéskor várható átlagos élettartam nő, férfi); Oktatásban megszerzett tudás (7 éves és idősebb népességből azok aránya, akiknek a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége az általános iskola 8. évfolyam, 25–X évesekből azok aránya, akik egyetemi, főiskolai stb. oklevéllel rendelkeznek); Életszínvonal (egy állandó lakosra jutó személyi jövedelemadó-alapot képező jövedelem).

\*\* 106/2015. (IV.23.) Korm. rendelet a kedvezményezett járások besorolásáról, összesen 24 társadalmi-gazdasági mutató felhasználásával.

Az AMI ellátásában megvalósult infrastrukturális fejlesztések – a PCI-központok létrehozásával – növelték a szívkatéteres ellátásban részesülőők arányát, így a túlélési esélyek javulásával 2005–2015 között országosan csökkent az AMI halálozási arányszám. Ez a javulás különbözőképpen érintette az ország egyes részeit (2. ábra). Tény, hogy a járások többségében csökkent a halálozás mértéke, azonban az országos tendenciával ellentétben néhány helyen növekedett. Ezek, illetve azok a területek, ahol pedig legkisebb mértékű volt a halálozási arányszám csökkenése, jórészt a periférikus határmenti területeken, illetve belső perifériákon található.

Az AMI halálozási arányszám járási különbségeinek vizsgálatában elkészült a járások tipizálása a két választott időpontban meglévő, országos átlaghoz viszonyított helyzetkép alapján (3. ábra). A legtöbb kedvezőtlen helyzetű járás, ahol 2005-ben és 2015-ben is az országos átlag felett volt az AMI halálozási arányszám, nehezen megközelíthető helyeken, határmenti területeken, belső- illetve félperifériákon helyezkednek el (pl. Békés megye). A kedvező helyzetű járások, ahol 2005-ben és 2015-ben is az országos átlag alatt volt az

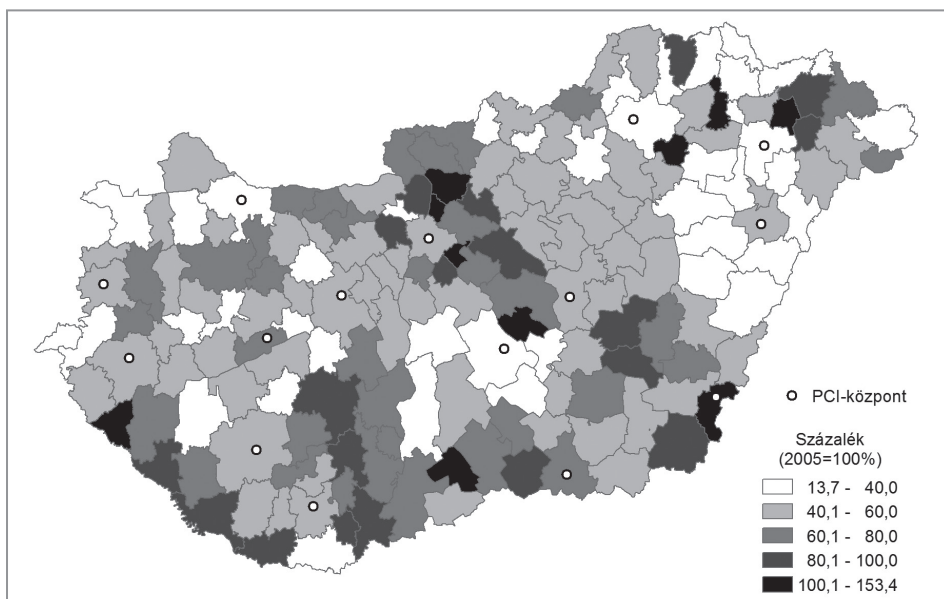




1. ábra Az akut miokardiális infarktus megbetegedési és ellátási jellemzői a megyékben, 2012–2015  
 Figure 1 Morbidity data of acute myocardial infarction and its care characteristics in the counties (NUTS-3), 2012–2015

Forrás: saját szerkesztés

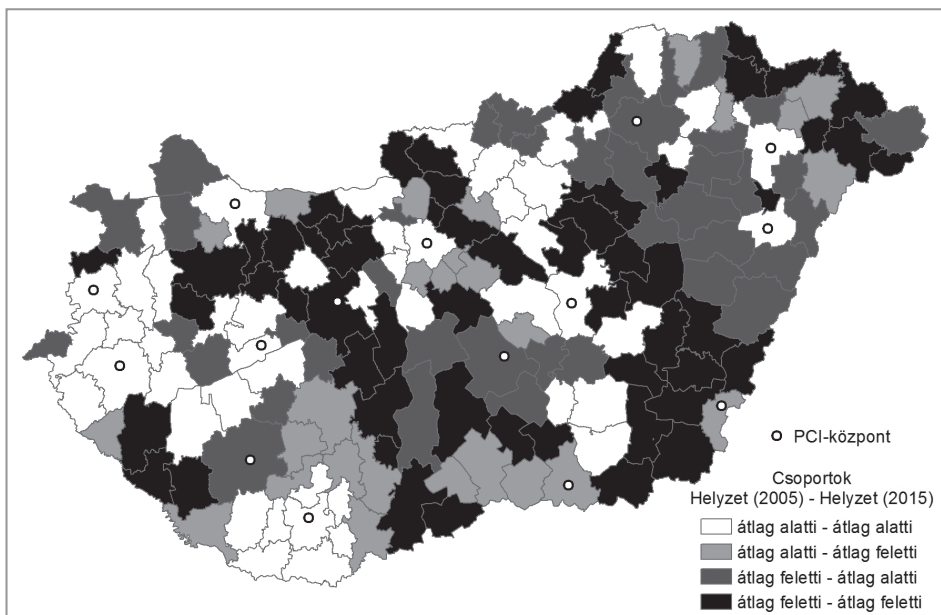
[Jelmagyarázat: PCI-ellátás, PCI-központ – szívkatéteres beavatkozás (perkután koronária intervenció, amelyet az erre alkalmas ún. haemodinamikai laboratóriumokban, PCI-központokban végeznek el.)



2. ábra Az akut miokardiális infarktus halálozási arányszáma a járásokban 2015-ben a 2005. évhez viszonyítva (2005=100%)

Figure 2 Mortality rate of acute myocardial infarction in 2015 in the proportion of 2005 at micro-regional level (LAU-1), (2005=100%)

Forrás: saját szerkesztés



3. ábra Az akut miokardiális infarktus halálzási arányszám a járásokban az országos átlaghoz viszonyítva, 2005, 2015  
 Figure 3 Mortality rate of acute myocardial infarction in comparison to the national average at micro-regional level (LAU-1), 2005, 2015

Forrás: saját szerkesztés

AMI halálzási arányszám, főként a nyugati országrészben vannak. Különösen szembe-tűnő Baranya megye kedvező helyzete.

Az akut miokardiális infarktus morbiditási és mortalitási jellemzőinek statisztikai vizsgálata egyrészt bizonyította a paradox helyzet – javuló egészség, növekvő egyenlőtlenség – meglétét, másrészt feltárta a hazai egészségügyenlőtlenségek területi mintázatát, harmadrészt hasznos információkkal szolgált a hozzáférés hazai egyenlőtlenségeiről. Azonban a kvantitatív módszerrel szerzett eredmények nem alkalmasak számos egyéni és intézményi tényező megismerésére, amelyek viszont fontos szerepet töltenek be a hozzáférés körülményeiben. Ezek vizsgálata helyi esettanulmány során kvalitatív technikákkal történt meg.

### Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés támogató és akadályozó tényezői – az interjútapasztalatok tükrében

Az ellátáshoz való hozzáférés esélyeinek/esélytelenségeinek meghatározása megköveteli a kvantitatív és kvalitatív módszerek együttes használatát. A hozzáférés egyenlőtlenségeinek és akadályainak definiálásában statisztikai módszerekkel nehezen tanulmányozhatók az egyéni (például egészségmagatartás) és intézményi tényezők (például betegútszervezés) szerepe. Ez az oka annak, hogy a Békés megyei esettanulmány során interjúkészítéssel elemeztük a hozzáférés akadályozó és támogató tényezőit.

A helyi egészségügyi szereplőkkel (szakdolgozókkal, betegekkel) készült félig strukturált interjú felhívta a figyelmet Békés megye infarktusellátásában az elmúlt években bekövetkező kedvező változásokra, de a jelenleg létező egyes működési ellentmondásokra is. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés támogató és akadályozó tényezői különböz-

nek egyrészt az ellátási szintek alapján, másrészt az egészségügyi szakemberek és a betegek véleménye alapján. Az interjúk során szerzett számos tapasztalat közül jelen tanulmány keretei között azokat interpretáljuk, amelyeknek a térbeliségre vonatkozóan is van relevanciájuk. (Egyébként az interjúkérdések és az interjútapasztalatok feldolgozásának szempontjai között is kiemelt helyen volt a térbeli, földrajzi tényezők szerepének megismerése a hozzáférés befolyásoló tényezői kapcsán.)

A megkérdezett egészségügyi szakemberek és betegek egybehangzó véleménye alapján a hozzáférést leginkább támogató tényezők az elérhetőség javításával, az infrastruktúrális beruházásokkal és az egyközpontú egészségügyi ellátással függnek össze (4. ábra). Az infarktus kórházi kezelését megelőző prehospitalis ellátási szakaszban kiemelkedő a megyei mentőellátás színvonala mind a szakmai, mind a betegvélemények alapján. Egyrészt kisebb mentőállomások működnek, ezáltal jobb a területi lefedettség, másrészt hatékony kommunikáció alakult ki a mentőegységek és a kórházi sürgősségi ellátás között a transztelefonikus EKG (TTEKG) segítségével, harmadrészt az optimális területi ellátás megvalósítása érdekében a megye egyes részeiből nem Gyulára, hanem a közelebbi debreceni vagy szegedi szívkatéteres központba szállítják a betegeket. Az infarktusellátás kórházi szakaszában Békés megye nagy előrelépése, hogy 2013-ban létrehozták Gyulán a Pándy Kálmán Kórházban a szívkatéteres központot, ezzel egyértelművé téve a megyei betegutakat, javítva a korszerű ellátáshoz való hozzáférést, összehangolva az infarktusellátás lehetőségeit az orosházi és békéscsabai kórházzal, valamint a kórházon belül kialakítva az egymásra épülő csapatmunka szakmai feltételeit (sürgősségi, invazív és rehabilitációs kardiológiai ellátás között). A gyors és korszerű szívkatéteres beavatkozás helyben való megteremtése jelentősen növelte a túlélési esélyeket, rövidítette a felépülés idejét, és jobb életminőség feltételeket eredményezett a betegek későbbi életszakaszaiban. Emellett a gyulai kórház teljes körű rehabilitációs ellátást biztosít, valamint a járóbeteg-szakrendelésen szakambulanciát tart fenn. A modern gyógyszereknek és az új szakmai protokolloknak köszönhetően az alapellátásban megvalósítható a betegség fenntartó szakasza, tehát az évenkénti szakorvosi kontrollon kívül a háziorvos megfelelő kompetenciákkal rendelkezhet. Lényegében az infarktus után hosszú távon jól karbantartható a beteg állapota az alapellátásban, amely viszont minden településen elérhető és hozzáférhető.

A félig strukturált interjúkban résztvevő egészségügyi szakemberek és betegek a hozzáférést leginkább akadályozó tényezőket a távolság, a társadalmi-gazdasági és szociokulturális helyzet, valamint a kapacitáshiányok alapján nevezték meg (2. táblázat).



4. ábra Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés támogató tényezői az interjúk alapján, 2018 (szófelhő: magyarázat a szövegben)

Figure 4 Support factors in access to health care based on interviews, 2018 (word cloud: explanation in text)  
Forrás: saját szerkesztés / Source: Authors' own

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályozó tényezői  
az interjúválaszok alapján, 2018 (magyarázat a szövegben)

Barrier factors in access to health care based on interviews, 2018 (explanation in text)

Betegek véleménye	Megnevezett fő akadályok	Egészségügyi szakemberek véleménye
<p>„Nem tudtam, hogy infarktusom van.”            „Nem hívtam én senkit sem, lassan elmúlt minden. Nem tudtam, hogy mi ez. Nem is gondoltam ilyesmire.”            „Éjszaka lettem rosszul. És utána másnap délelőtt jöttem be a sürgősségre.”</p>	Hosszú hezitálási idő	<p>„A beteg túl későn szól a mentőnek.”            „Nálunk leginkább a hezitálási időt kellene csökkenteni.”            „Az időfaktor a legfontosabb tényező.”            „Elbagatellizálják a tüneteket!”</p>
<p>„Mentővel elvittek Orosházára, ott átpakoltak egy másik mentőbe, és akkor úgy mentünk Szegedre.”            „Én nem bírok elmenni, nagyon messze van a rendelő.”            „Valamikor két hónap is eltelik, mert nem tudok elmenni hozzá (házi-orvoshoz).”            „Az orvosok, nővérek mondták, hogy kérhetek betegszállítást. Néha azzal. Valamikor bejövök magamtól. Távol-sági busszal jöttem. Kb. két és fél óra az út.”</p>	Heterogén elérhetőség	<p>„Sokkal könnyebb azóta a betegeket szervezni. Közelebb vagyunk, jobb a kontaktus, könnyebb a hozzáférés. Sokkal gyorsabb a betegségmenedzsment, mint amikor Szeged felé kellett lépniük.”            „A sürgősségi ellátás ilyen szempontból borzasztó heterogén. Heterogén hozzáférés van az akut ellátáshoz. Emiatt egészen érdekes betegutak alakulhatnak ki.”            „... nyilván vannak olyan helyek, ahonnan nehezebben tudunk beérkezni (mentők). Egyértelműen rossz úthálózatú helyek, vagy nehezen megközelíthető helyek Békésben is vannak.”            „... de a tartós, hosszan, akár évtizedeken keresztül rehabilitáció szempontjából lakóhelyhez közeli, két km távolságon belüli hozzáférést tekintve hasznosnak.”</p>
<p>„Hogy együttműködjünk velük, mert csak így várható a gyógyulás.”            „Hát, nem tudom, mivel tudnék változtatni.”            „Nagyon rossz az információ csere, hogy a körzeti orvosok sincsenek tisztában ezekkel a dolgokkal.”            „Valahogy engem nem is érdekelt. Ez az igazság. Hogy mondjam? Nem érdekel. Majd lesz velem valami. Úgyhogy különösebben engem nem érdekel. Nem tudom, miért van ez. De úgy nem érdekel. Maga a betegségem nem érdekel.”            „Aztán amikor már nagy a baj, akkor, de azonnal segítsen, de mindenki segítsen, szóval ezen nem elég úgy változtatni, szemléletet kellene váltani, e nélkül szerintem veszett fejsze nyele az egész, e nélkül ez nem megy.”</p>	Kevés egészségismeret, gyenge együttműködési hajlandóság	<p>„Az egyhónapos és az egyéves halálozásnál már nem a kátéterezés jó vagy nem jó elvégzése a döntő, hanem az a gondozástól függ. Az pedig nem olyan jó.”            „A betegek egy jó része nem fogadja el a rehabilitációs kezelést...”            „Majd ő rehabilitálja magát otthon, tud ő mindent, majd a családorvossal megbeszéli, majd később elmegy, és hasonlók... na, azok sose mennek el rehabilitációra...”            „Hát meg kell értetni a beteggel, hogy miért kell, ez alapvető, mert ha ezt nem tudjuk megtenni, akkor soha nem lehet érdekeltté tenni a beteget abban, hogy együttműködjön.”            „Van egy csomó beteg, aki úgy dönt, hogy nem fog rehabilitációra járni, miután itt meggyógyították.”</p>

Betegek véleménye	Megnevezett fő akadályok	Egészségügyi szakemberek véleménye
<p>„Eléggé megterhelő a gyógyszerek kiváltása. Havonta 20 ezer forint. Mikor mennyit váltok ki.”</p> <p>„Nagyon nehéz, mert olyan drágaság van... szinte lehetetlenség a sok gyógyszert kiváltani.”</p>	Anyagi erőforrások szerepe	<p>„...de azért itt a gyógyszerek nem annyira drágák, amit egy infarktusos betegnek kell szednie. Az étkezés mindenképpen pénztárca függő, ez kétségtelen, a mozgás viszont nem.”</p> <p>„Én azt gondolom ... minden betegnél a legfőbb motiváció az lenne, ha anyagilag is felelősek lennének a saját egészségükért. Tehát amennyiben kimutathatóan ő nem tartja be az orvos utasításait, akkor több társadalombiztosítást kellene fizetni, vagy a gyógyszereket kisebb támogatással kapná meg. Amíg nincsenek anyagilag érdekeltté téve, nincsen a beteg részéről anyagi felelősség, addig azt gondolom, hogy ez falra hányt borsó.”</p> <p>„Én úgy tudnám érdekeltté tenni, hogy minden az anyagiakon múlik, tehát mind a járulékfizetés, mind a gyógyszeres terápia, mind a szabadidős tevékenységekhez való hozzáférés. Ez mind az egyén befektetett energiája mértékében kedvezményekként vagy hozzáférési lehetőségekként lehetne növelni.”</p>
<p>„Úgyhogy, már tényleg kellene vigyáznom, hogy mit eszem, mit csinálom.”</p> <p>„Hát, néhány szálát elszívok egy nap. Nem szabadna egyáltalán... de nem nagyon tudom letenni.”</p> <p>„De nekem ez az élethosszig tartó gyógyszereszedés nem jön be.”</p> <p>„És hát ugye nem volna szabad zsírosat enni, diétázni kellene. Egy darabig be is tartottam, másfél évig, de aztán abbahagytam. Őszintén megmondom.”</p>	Életmódváltás nehézségei	<p>„Hát azt (életmódváltást) a legnehezebb, sokkal könnyebb gyógyszert szedni, mint az embernek a szokásait megváltoztatni. Ez egyértelmű.”</p> <p>„Hogy tudatosodjon benne, hogy az az életvitel, amit eddig folytatott, az ide vezet és kapott egy infarktust. Örüljön, hogy itt vagyunk és túlélte. Utána pedig próbáljon változtatni... De szerintem ezt kevesen tudják megtenni, mert féltik a munkájukat, az egzisztenciájukat.”</p> <p>„...akaratgyengeségre hivatkoznak...”</p> <p>„Nyilván olyannal senkit nem küldünk el, hogy kérdése van és erre nincs idő és nem válaszolunk rá, de maga az edukáció kezdeményezését azt nem mindig tudom felvállalni.”</p>

*Forrás: saját szerkesztés / Source: Authors' own*

A prehospitalis ellátási szakasz legfőbb akadályai a hiányos egészségismeretekből és a rosszabb elérhetőségi viszonyokból erednek: egyrészt a betegek hosszú ideig hezitálnak az orvosi segítségkéréssel, ezzel csökkentve az eredményes beavatkozás időablakát, másfelől a határmenti, periférikus területeken a rosszabb útviszonyok lassítják a mentőérkezéseket, illetve rontják a TTEKG minőségét. Az infarktus hospitalis ellátásában a szívkatéteres beavatkozás feltételeinek megteremtése ugyan a hozzáférés javulásával járt, azonban az egyéni felelősségérzet gyengülését eredményezte. A gyors és hatékony revaszkularizáció (újraerősítés) miatt egyes betegeknél nem vagy csak kismértékben alakul ki betegségtudat, amely

pedig akadályozza az orvosi utasítások szigorú betartását, és az eredményes beteg-együttműködést (compliance). Sok beteg társadalmi-gazdasági (jövedelemszint) és/vagy szociokulturális (egészségmagatartás) helyzetéből fakadóan nem képes a tartós életmódváltásra, amely pedig hosszú távon a sikeres gyógyulás és az újabb infarktus elkerülésének követelménye. Az életmódváltás kapcsán főleg a dohányzásról való leszokás, a stresszmentes életkörülmények megteremtése, az étrend megváltoztatása és az aktív életforma kialakítása jelenti a legnagyobb nehézségeket a betegek számára. Mind a szakemberek, mind a betegek beszámoltak róla, hogy a falusias környezetben még több az akadályozó tényező az életmódváltásban, mert például nincsenek sportolásra alkalmas közterek és intézmények, a társas kapcsolataik többsége (rokonok, barátok, kollégák) szintén dohányzik, és csekély „külső” – dietetikus – és „belső” – családtagok – támogatást kapnak táplálkozási szokásaik átalakításában. Ugyan a rehabilitációs eljárás protokollja több változáson ment keresztül az elmúlt években (pl. újszerű életmódtanácsok bevezetése), mégis kevesen jutnak el ilyen kezelésre: sokan a mihamarabbi munkába állás miatt utasítják el, a gyulai rehabilitációs osztálytól távol élők kevésbé tudják vállalni a hosszabb utazásokat, míg mások számára pedig nem kerül felajánlásra a rehabilitáció. Ez utóbbi elsősorban ebben az ellátási szakaszban jelentkező munkaerőhiányra vezethető vissza (kevés a dietetikus, gyógytornász, pszichológus). A betegség fenntartó szakaszában elsődleges szerepe van a háziiorvosi ellátásnak, amit viszont a kapacitáshiányok – betöltetlen háziiorvosi praxisok, túlterhelt szakszemélyzet – miatt nem tud kiegészíteni a hazai egészségfejlesztés intézményrendszere (országosan kevés Egészségfejlesztési Iroda). Figyelemre méltó, hogy a kapacitáshiány mint a hozzáférést közvetlenül akadályozó tényező szerepe egyértelműen az egészségügyi szakdolgozókkal készített interjúkban került megnevezésre, míg a betegek véleményében erre közvetett utalások voltak.

Az egészségügyi szakemberek és a betegek véleménye az akadályozó tényezőkről leginkább az életmódváltás értékelésében különbözött. A megkérdezett szakdolgozók leginkább a betegdukáció hiányára vezetnek vissza a lakosok alacsony egészségismereti szintjét, amely elsődlegesen befolyásolja az egészségmagatartást és az életmódbeli szokásokat. Azonban ennek megoldását alapvetően nemzeti szintű felvilágosító és megelőző programok széleskörű társadalmi megvalósításában látják, amelyet helyi szinten lehet kiegészíteni életmód-tanácsadással. Ugyan a betegek is elismerik a tartós életmódváltás jelentőségét, és ebben saját felelősségüket, mégis legnagyobbbrészt az anyagi források és az egyénre szabott tanácsok hiányában látják a legfőbb akadályokat.

Az interjútapasztalatok összevetése a statisztikai elemzések eredményeivel felhívta a figyelmet a távolság, mint befolyásoló tényező ellentmondásos megítélésére. Míg a korrelációs számítások elvetették a távolság – elérhetőség – meghatározó szerepét, addig a személyes vélemények alapján az egészségügyi központoktól távol lévő településeken ez jelentős hatással van a hozzáférésre.

A Békés megyei esettanulmány kvalitatív úton szerzett tapasztalatai, valamint a kvantitatív elemzések eredményei együttesen alkalmasak olyan következtetések és javaslatok megfogalmazására, amelyek akár a helyi ellátórendszer számára is hasznosíthatóak, egyúttal általánosíthatóak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés helyi akadályainak és befolyásoló tényezőinek azonosításában.

### **Összefoglalás – következtetések és javaslatok**

Kutatási eredményeink alapján megállapítható, hogy a hazai akut miokardiális infarktus megbetegedési és halálozási viszonyaiban, illetve ellátásában több szempontból is ellentmondásos helyzet alakult ki az elmúlt években. Számos fejlesztés történt, számottevő

mértékben csökkent a halálozás, javult az elérhetőség és a hozzáférés, mégis nemzetközi viszonylatban sereghajtók vagyunk a halálozásban, még mindig sokan betegszenek meg, és növekedtek a járási különbségek. A hozzáférés egyenlőtlenségeit és akadályait jelentő tényezők és körülmények részben változnak az ellátás típusai szerint, részben pedig eltérő megítélésűek az egészségügy szereplőinek (szakemberek, betegek) véleménye alapján.

A paradox helyzet(ek) és a hozzáférés akadályainak magyarázatában tanulmányunk célkitűzésének megfelelően elsősorban azokat a következtetéseket hangsúlyozzuk, amelyek a térbeliség és a földrajzi tényezők szerepét emelik ki, illetve információhordozók a területi különbségekről. Megállapításainkat olyan javaslatok formájában fogalmazzuk meg, amelyek felhasználhatóak a szakpolitikai döntéshozatalban, például az ellátásszervezés területi szempontok szerinti optimalizálásában:

Integrált ellátás fejlesztésében horizontális szempontok érvényesítése: megyei szinten a különböző településeken található egészségügyi intézmények közötti eredményesebb együttműködés hozzájárulhat az ellátási szintek közötti progresszivitás erősödéséhez is. Ennek egyik lehetséges eszköze lehet a telemedicina (távellátás) fejlesztése (BÁN A. 2015).

Életmód-tanácsadás a városi és vidéki életmód különbségei alapján: város-vidék viszonylatban eltérőek a helyi adottságok és társadalmi normák a városokban és a falvakban az egészséges életmóddal kapcsolatban, amit szükséges figyelembe venni a rehabilitációban és az egészségfejlesztésben is.

Háziorvosi praxisközösség és csoportpraxis járási szintű szervezése: a modell lehetővé teszi a háziorvosok és szakorvosok munkájának összehangolását, több település alapellátásának integrálását, valamint az ún. non-doktori hálózat (pl. dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok stb.) horizontális bővítését.

Egészségfejlesztés „beteg közeli”, azaz lakóhely közeli fetételeinek megteremtése: a tartós életmódváltásban elengedhetetlen a folyamatos kontroll és tanácsadás, amelyet például az Egészségfejlesztési Irodák – kiegészülve a non-doktori hálózat települési szakmai közösségével, és együttműködve a járási háziorvosi praxisközösséggel – koordinálhatnak (BEKE SZ. et al. 2018).

A hazai egészségyenlőtlenségek és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályainak empirikus vizsgálata a jövőben tovább folytatódik kutatási projektünkben, többek között az egészségügyi stratégiai tervezés tartalomelemzésén és szakértőkkel készített mélyinterjúkon keresztül.

### **Köszönetnyilvánítás**

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

---

UZZOLI ANNAMÁRIA  
MTA KRTK Regionális Kutatások Intézete, Budapest  
uzzoli.annamaria@krtk.mta.hu

PÁL VIKTOR  
SZTE TTIK Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged  
pal.viktor@geo.u-szeged.hu

BEKE SZILVIA  
Gál Ferenc Főiskola Egészség- és Szociális Tudományi Kar, Gyula  
beke.szilvia@gff-gyula.hu

IRODALOM

- ADAY, L. A.–ANDERSEN, R. A. 1974: A framework for the study of access to medical care. – *Health Services Research* 9. pp. 208–220.
- BÁN A. 2015: Telemedicina és földrajz: egy innovatív egészségügyi ellátási forma és a földrajzi egyenlőtlenségek. – *Földrajzi Közlemények* 139. 4. pp. 318–327.
- BEKE SZ.–UZZOLI A.–BÁN A.–PÁL V.–VITRAI J. 2018: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei – Békés megyei esettanulmány tapasztalatai. – In: FAZEKAS I.–KISS E.–LÁZÁS I. (szerk.): *Földrajzi Tanulmányok 2018*. MTA DTB Földtudományi Szakbizottság, Debrecen. pp. 207–209.
- BELICZA É.–LÁM J.–KÓSA I. 2016: Az akut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005–2009 között az EuroHOPE kutatás eredményei alapján. – *Orvosi Hetilap* 157. 41. pp. 1626–1634.
- BÍRÓ A.–ELEK P. 2018: Primary care availability affects antibiotic consumption – Evidence using unfilled positions in Hungary. – *Discussion Papers* 2018/10.
- BRAVEMAN, P. A. 2003: Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. – *Journal of Health, Population and Nutrition* 21. 3. pp. 181–192.
- BREZZI, M.–P. LUONGO 2016: Regional Disparities In Access To Health Care: A Multilevel Analysis In Selected OECD Countries. – *OECD Regional Development Working Papers* 2016/04. OECD Publishing, Paris. 21 p.
- BUCHMUELLER, T. C.–JACOBSON, M.–C. WOLD, C. 2006: How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics* 25. pp. 740–761.
- CROMLEY, E. K.–MCLAFFERTY, S. L. 2011: GIS and public health. – New York: Guilford Press. 503 p.
- DANIELS, N. 1982: Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. – *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:51–81.
- DONABEDIAN, A. 1988: The quality of care: How can it be assessed? – *JAMA* 260. 12. pp. 1743–1748.
- EGEDY T. 2012: A gazdasági válság hatásai városnon innen és túl. – *Területi Statisztika* 52. 4. pp. 335–352.
- EGEDY T.–UZZOLI, A. 2016: Cities as the keys to survival? The impact of the economic crisis on health inequalities in Hungary in terms of unemployment and life expectancy. – *Urbani Izziv* 27. 2. pp. 97–111.
- EGRI Z.–KÓSZEGI R. 2016: Az egészségi állapot szerepe hazánk területi gazdasági fejlődésében. – *Területi Statisztika* 56. 5. pp. 520–548.
- GODDARD, M.–SMITH, P. 2001: Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. – *Social Science and Medicine* 53. 9. pp. 1149–1162.
- GULLIFORD, M.–FIGUEROA-MUNOZ, J.–MORGAN, M.–HUGHES, D.–GIBSON, B.–BEECH, R.–HUDSON, M. 2002: What does „access to health care“ mean? – *Journal of Health Services Research and Policy* 7. 3. pp. 186–188.
- HARE, T. S.–BARCUS, H. R. 2007: Geographical accessibility and Kentucky’s heart-related hospital services. – *Applied Geography* 27. pp. 181–205.
- JÓZAN P. 1994a: Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. – *Statisztikai Szemle* 72. 1–2. pp. 5–20.
- JÓZAN P. 1994b. Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. – *Statisztikai Szemle* 72. 3–4. pp. 101–113.
- KELLER J. 2018: Az esélykiegyenlítés egyenlőtlén feltételei: a koragyerekkori szolgáltatások intézményi aszimmetriái. – *Esély* 2018/5. pp. 48–75.
- KEMKERS, R.–PIRISI G.–TRÓCSÁNYI A. 2010: A mentőellátás területi jellemzői Magyarországon. – *Területi Statisztika* 50. 4. pp. 420–437.
- KISS É. 2016: Területi különbségek a hazai népesség egészségi állapotában, 1989 után. – *Területi Statisztika* 56. 5. pp. 483–519.
- KIRÁLY G.–DÉN-NAGY I.–GÉRING ZS.–NAGY B. 2014: Kevert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok. – *Kultúra és Közösség* 5. 2. pp. 95–104.
- KOVÁCS K.–TÓTH G. 2015: Egészségi állapot. – In: MONOSTORI J.–ŐRI P.–SPÉDER ZS. (szerk.): *Demográfiai portré 2015*. KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, Budapest. pp. 95–114.
- KOVÁCS P.–PIRISI G.–TRÓCSÁNYI A. (2013): Az egészségügyi alapelátó és sürgősségi rendszer területi képe Magyarországon. – In: EMBER I.–PÁL V.–TÓTH J. (szerk.): *Egészségföldrajz*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. pp. 378–392.
- LEVESQUE, J-F.–HARRIS, M. F.–RUSSELL, G. (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. – *International Journal for Equity in Health* 12. 18. pp. 1–9.
- MARMOT, M. 2015: *The Health Gap – The Challenge of an Unequal World*. – Bloomsbury Press, London. 400 p.



- MCINTYRE, D.–THIEDE, M.–BIRCH, S. 2009: Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. – *Health Economics, Policy and Law* 4. pp. 179–193.
- MÉRTÉK Jelentés 2017: Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás. – ÁEEK, Budapest. 49 p.
- PÁL V.–UZZOLI A. 2008: Az emberiség egészsége – a 21. század kihívásai. – *Földrajzi Közlemények* 132. 4. pp. 471–488.
- SHAH, T. I.–BELL, S.–WILSON, K. 2016: Spatial Accessibility to Health Care Services: Identifying under-Serviced Neighbourhoods in Canadian Urban Areas. – *PLOS ONE* 2016/December. 22 p.
- SKINNER, J. 2012: Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care. – In: PAULY, M.–MCGUIRE, T.–BARROS, P. (eds.): *Handbook of Health Economics. Volume 2.* Elsevier, North Holland. 1152 p.
- TÓTH G.–BÁN A.–VITRAI J.–UZZOLI A. 2018: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyenlőtlenségekben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások területi különbségei. – *Területi Statisztika* 58. 4. pp. 346–379.
- UZZOLI A.–VITRAI J.–TÓTH G. 2017: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával. – *Egészségfejlesztés* 58. 3. pp. 7–17.
- VITRAI J.–BAKACS M.–GÉMES K.–KISS N.–KÖVI R.–UZZOLI A. (2011): Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon – Javaslatok az ellátási kapacitások elérhetőségének javításához. – *EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.* 95 p.
- WHITEHEAD, M. 1992: The concepts and principles of equity and health. – *International Journal of Health Service* 22. 3. pp. 429–445.
- YE, H. 2016: *Geography of Health Care Access: Measurement, Analyses and Integration.* – Dissertation. The University of Tennessee, Knoxville. 93 p.
- WILKINSON, R. 1996: *Unhealthy Societies— the Afflictions of Inequality.* – Routledge, London. 255 p.
- WISDOM, J.–CRESWELL, J. W. 2013: *Mixed Methods: Integrating Quantitative and Qualitative Data Collection and Analysis While Studying Patient-Centered Medical Home Models.* – *PCMH Research Method Series,* No: 13-0028-EF. 8 p.

#### **Internetes források**

- KISS A.–KISS N.–VÁRADI B. 2019: Do budget constraints limit access to health care? Evidence from PCI treatments in Hungary. [http://www.budapestinstitute.eu/tvk\\_ami.pdf](http://www.budapestinstitute.eu/tvk_ami.pdf)
- KISS J. P.–MATTÁNYI ZS. 2005: Stroke-ellátó központok és körzeteik optimalizálása a legrövidebb eljutási idő alapján. [http://geogr.elte.hu/REF/REF\\_Cikkek/KJP\\_Kiss-Matt%C3%A1ny%20Sopron%20-%20STROKE.pdf](http://geogr.elte.hu/REF/REF_Cikkek/KJP_Kiss-Matt%C3%A1ny%20Sopron%20-%20STROKE.pdf)
- Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2015. <https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>
- NKFIA K 119574 sz. projekt hivatalos honlapja. <https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>