

Lakóhely és egészségi állapot

Készítette: Kopp Mária, Skrabski Árpád

Adatelemzés: Székely András

Készült: 2000.

A ma legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedéseket urbanizációs betegségeknek is nevezik, ennek ellenére viszonylag igen kevés tanulmány foglalkozik azzal, hogy a lakóhelyi környezet megváltozása milyen többlet egészségromlással jár. Egyes becslések szerint (Polónyi 1999) ma Magyarországon évente a GDP mintegy 30%-át veszítjük el a középkor, munkaképes népesség rendkívül magas megbetegedési, és következményes rokkantsági és halálozási aránya miatt, ez az arány a fejlett európai országokban 10-12%. Az elsősorban az aktív népességet sújtó rendkívül rossz magyar egészségi mutatók olyan társadalmi-gazdasági tényezőkkel függenek össze, amelyek az elmúlt évtizedekben alakultak ki, hiszen a '70-es évekig Nyugat-Európához képest jobbak voltak a magyar halálozási arányok. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy mind az önkárosító magatartásformák, mind az egészségromlás hátterében igen fontos tényező, hogy a társadalom hirtelen polarizálódása következtében jelentős rétegek érzik magukat kontrollvesztettnek, kiszolgáltatottnak, értéktelennek.

Míg az iskolázottság és az egészségi állapot nagyon szoros összefüggése jól ismert, sokkal kevesebb vizsgálat foglalkozik azzal, hogy az utóbbi évtizedek egyedülálló méretű urbanizációs folyamata hogyan befolyásolja az egészséget. A saját lakáshoz jutás lehetősége a magánélet területén az egyik legfontosabb motiváló tényező, ennek elérhetetlensége a tehetetlenség, reménytelenség érzetéhez vezet. Magyarországon a lakásépítések száma a nyolcvanas évek végétől drasztikusan lecsökkent. Az urbanizáció súlyos globális egészségi kockázati szerepe jól ismert, azonban igen kevesen vizsgálták, hogy a családi ház, illetve a zöld lakókörnyezet és az egészségi állapot között milyen összefüggés mutatható ki.

A Belgiumban 1990-ben elvégzett Egészség felmérés eredményei szerint a szív-érrendszeri, a krónikus légzőszervi megbetegedések, valamint a depresszió igen szignifikánsan gyakoribbak a zártan beépített brüsszeli lakókörzetekben, mint a kertes házban lakók között. Egy igen széleskörű angolai követéses vizsgálat azt mutatta ki, hogy a gyermekkori lakókörnyezet jelentősen befolyásolja a gyermekek testi-lelki fejlődését.

A magyar 16 év feletti népesség körében végzett igen részletes felmérésünk eredményei szerint a zártan beépített városban, illetve a lakótelepen élők között, ha a további jelentős tényezők, mint az életkor és iskolázottság hatásait kiszűrjük az elemzésből, az évenként betegség miatt kieső munkanapok, a kórházi napok, az orvoshoz fordulások száma, a magas vérnyomás betegség, cukorbetegség, a gyomor és nyombélfekély és a fertőző megbetegedések miatti betegnapok igen jelentősen gyakoribbak, mint a családi házban, illetve a 3-12 lakásos kertes házban lakók között. A lelki egészség zavarai, amelyek a WHO legutóbbi jelentése szerint ma a 45 évnél fiatalabb népesség körében a legsúlyosabb nemzetgazdasági veszteségeket okozzák, rendkívül szorosan összefüggnek az urbanizáltság mértékével, elsősorban a drogfogyasztás, a depressziós tünetegyüttes, a reménytelenség, szorongás jelentősen gyakoribb a beépített városban illetve lakótelepen élők között, mint a családi házban és a 3-12 lakásos kertes házban. Ezekkel a pszichés tényezőkkel kapcsolatban a születési hely jellege is fontos, a későbbi pszichés zavarok lényegesen gyakoribbak azok között, akik zártan beépített városban születtek. Jelentős különbség van Budapest és a Budapesten kívüli országrész között a lakóhelyi környezet és az egészségi állapot összefüggése tekintetében.

A betegség miatt kieső napok aránya vidéken több mint 30%-kal magasabb az átlagnál a zártan beépített környezetben, Budapesten a lakótelepen lakók között szintén egyharmadával magasabb az átlagnál. Vidéken a családi házban élők a legegészségesebbek, Budapesten a 3-12 lakásos kertes házban lakók, ezt követi a családi házban lakók egészségi állapota.

A betegség miatt kieső munkanapok alapján becsültük, hogy az egészségi állapottal kapcsolatos közvetlen és közvetett költségek mennyivel lennének alacsonyabbak, amennyiben a lakóhelyi körülmények nem befolyásolnák kedvezőtlenül az egészségi állapotot. Ha az adatokat életkor és végzettség szerint standardizáljuk, tehát ezeknek a tényezőknek a hatását kiszűrjük az elemzésből, vidéken a lakóhelyi körülmények a GDP 0,38%-át kitevő egészségi veszteségért felelősek a munkából kieső napok alapján. Ez forintban kifejezve 1995-ben **21,34 milliárd forint**, 1999-ben **43,69 milliárd forint**. Budapesten a lakóhelyi körülmények a GDP 0,51 százalékáért felelősek. Ez forintban 1995-ben **28,64 milliárd forint**, 1999-ben **58,64 milliárd forint**. A két eredményt összevetve megállapíthatjuk, hogy a lakóhelyi körülmények összesen a GDP 0,89 százalékát kitevő veszteségért felelősek az aktív népesség munkából kieső betegnapjai alapján. Ez forintban 1995-ben **49,97 milliárd forintot**, 1999-ben **102,33 milliárd forintot** tett ki. Ha a morbiditással és mortalitással kapcsolatos összes kárt és költséget becsüljük, amely magában foglalja a kieső munkanapokon túl a táppénzes költségeket, a gyógyszer támogatást, a rokkantságból és a munkaképes korak korai halálából eredő vesztséget, akkor a nem megfelelő lakóhely részesedése ennél a becsült összegnél lényegesen magasabb, az 1995. évi GDP alapján **260,54 milliárd forint** volt, 1999. évi GDP alapján **533,51 milliárd forint**.

A családi házban lakók esetében az éves, egy főre eső kórházi napok száma 0,29 nappal alacsonyabb az átlagnál, vagyis ennyi tudható be a lakóhelyi körülményeknek. Forintban kifejezve 0,29 nap 1999. évi áron számolva **23,2 milliárd forint** közvetlen egészségügyi költséget jelent. Mivel a lakóhely típusával összefüggő egészségromlás igen sok esetben visszafordítható vagy megállítható, a családi ház építésének lehetősége igen jelentős egészségmegőrző, megelőzési tevékenységnek tekinthető, amennyiben nem jelent aránytalanul nagy pszichés és anyagi megterhelést.