

UDK: 330.34:314.118(439)

DOI: 10.5379/urbani-izziv-2016-27-02-002

Prejeto: 13. 4. 2016

Sprejeto: 25. 8. 2016

Tamás EGEDY  
Annamária UZZOLI

## Mesta kot ključ do preživetja? Vpliv gospodarske krize na neenakosti v zdravju z vidika brezposelnosti in pričakovane življenjske dobe na Madžarskem

Avtorja v članku obravnavata prostorsko razsežnost neenakosti v zdravju na Madžarskem na podlagi povezave med brezposelnostjo in pričakovano življenjsko dobo na državni ravni ter vse do ravni mikroregij in naselij, pri čemer je poseben poudarek na mestih. Poudarjata povezavo med brezposelnostjo in povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu na podlagi regionalnih statističnih podatkovnih baz, poleg tega predstavita tudi ugotovitve kvantitativnih vprašalnikov ( $n = 545$ ) in kvalitativnih poglobljenih intervjujev ( $n = 26$ ). Na tej podlagi obravnavata vpliv gospodarske krize na prebivalstvo večjih madžarskih mest. Povezava med brezposelnostjo in pričakovano življenjsko dobo se v času krize poveča.

Izsledki avtorjev kažejo, da sta položaj na trgu dela in raven prihodkov pomembna z vidika zdravja, raven in rast obstoječih družbenih in zdravstvenih neenakosti pa povečata tudi vpliv gospodarske krize na zdravje ljudi. Na Madžarskem neposredni vplivi gospodarske krize na neenakosti v zdravju še povečujejo regionalne razlike. Mesta lahko uravnovesijo neugodne vplive krize na zdravje in uspešno prispevajo k zniževanju neenakosti v zdravju.

**Ključne besede:** neenakosti v zdravju, gospodarska kriza, brezposelnost, pričakovana življenjska doba, mikroregije in mesta, Madžarska

## 1 Uvod

Zdravstveno stanje prebivalstva na različnih geografskih območjih ter v različnih naseljih in družbenih skupinah določajo biološki, posameznikovi, okoljski, družbenogospodarski in družbeno-kulturni dejavniki ter dejavniki, povezani z življenjskim slogom (Marmot in Wilkinson, 2006). Na nastanek neenakosti v zdravju torej vpliva zapleten sistem povezav med številnimi sočasno delujočimi (odločilnimi in vplivnimi) dejavniki (Raphael, 2008a). Nekatere neenakosti v zdravju niso odvisne od družbenih in gospodarskih odnosov (na primer tiste, ki so povezane z genskimi dejavniki in starostnimi boleznimi), številne pa so odvisne od družbenogospodarskih neenakosti (Evans in Stoddart, 1990, in Elstad, 2005). Za najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na neenakosti v zdravju, se običajno uporablja angleška okrajšava »PROGRESS« – Place of residence, Race/ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status and Social capital/resources (stalno prebivališče, rasa/narodnost, poklic, spol, veroizpoved, izobrazba, družbenogospodarski položaj in družbeni kapital/viri; Oliver idr., 2008). Pri teh osnovnih dejavnikih se kažejo pomembne razlike na globalni ravni (država in regije) in lokalni (naselja). Družbene in gospodarske razlike so hkrati vidne vertikalno in horizontalno, kar pomeni, da pomembnost prostora pri proučevanju neenakosti v zdravju ni sporna.

Avtorja v raziskavi proučujeta vpliv družbenih determinant (kot je brezposelnost) na neenakosti v zdravju v času krize ter povezavo med zdravjem in krajem, pri čemer uporabljata materialistično/strukturalistično pojmovanje. Ta pristop poudarja materialne pogoje, v katerih živijo ljudje, kar pomeni, da na njihove vedenjske izbire močno vplivajo materialne življenjske razmere (Bartley, 2003). Kot pravi Margaret Whitehead (1992: 243): »Dokazi še naprej potrjujejo, da imajo družbenogospodarske razmere pomembno vlogo pri razlikah v zdravju.«

V prvem delu članka je opisano metodološko ozadje raziskave, v osrednjem delu pa so predstavljeni empirični rezultati kvantitativnih statističnih analiz in kvalitativnih anket o povezavah med brezposelnostjo in povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu ter o njihovih prostorskih razlikah. Poleg tega so obravnavani vplivi trenutne gospodarske krize na mestne prebivalce. Avtorja domnevno povezavo med gospodarsko krizo in zdravjem razlagata na podlagi vplivov prostorskih vzorcev na neenakosti v zdravju ter poskušata ugotoviti, kakšen vpliv je gospodarska kriza imela na zdravstveni sistem in zdravstveno politiko. Na primeru Madžarske poskušata na novo opredeliti vlogo mest pri uravnoteženju zdravstvenih neenakosti v Vzhodni Evropi. Proučevanje vplivov gospodarske krize na neenakosti v zdravju na Madžarskem je še posebno zanimivo,

ker je povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu v tej državi 5,6 leta krajša kot v zahodnoevropskih državah. Gospodarsko in družbeno tranzicijo v začetku 90. let 20. stoletja je spremljalo povečanje neenakosti v zdravju, kot ga država še ni doživela, čez nekaj let pa je svetovna gospodarska kriza še povečala in deloma preoblikovala obstoječe prostorske razlike v neenakosti v zdravju.

Neugodne razmere, ki jih je povzročila gospodarska kriza, ne izvirajo iz različnih bioloških značilnosti, ampak iz nepravilnosti in neenakosti, ki so posledica te krize, zato avtorja na podlagi madžarskih primerov proučujeta predvsem njen vpliv na neenakosti v zdravju. Raziskava je edinstvena v tem, da prikaže vpliv trenutne gospodarske krize na lokalni razvoj neenakosti v zdravju na Madžarskem ter vlogo mest pri dolgotrajnem razvoju teh neenakosti, ki imajo neposredne družbene in gospodarske posledice. V tem pogledu so v članku predstavljeni novi dokazi negativnih vplivov kriznih obdobij na neenakosti v zdravju, in sicer zlasti v srednje- in vzhodnoevropskih državah.

## 2 Teoretično ozadje

Z zdravstvenega vidika je pomembno razumeti, kako družbene determinante zdravja vplivajo na neenakosti v zdravju. Za razumevanje glavnih mehanizmov lahko uporabimo te okvire oziroma pristope: (a) kulturni/vedenjski, (b) materialistični/strukturalistični in (c) neomaterialistični. S kulturnega oziroma vedenjskega vidika (pristop k preprečevanju bolezni na podlagi življenjskega sloga) naj bi bile za bolezni krive posameznikove izbire (na primer kajenje, pitje alkohola, fizična dejavnost, prehrana itd.; Raphael, 2008b). Povezava med življenjskim slogom in življenjskimi razmerami kaže, da del različne porazdelitve življenjskih slogov pravzaprav povzroča neenakomerna porazdelitev življenjskih razmer (Stronks idr., 1997). Materialistična oziroma strukturalistična razlaga poudarja materialne pogoje, v katerih ljudje živijo, in ti močno vplivajo na njihove vedenjske izbire. Izraz »družbene determinante zdravja« se nanaša na materialne pogoje, ki obstajajo v okoljih, v katerih se ljudje rodijo, živijo, delajo, se igrajo, molijo in se starajo, ti pa vplivajo na najrazličnejše izide in tveganja, ki so povezani s posameznikovim zdravjem, delovanjem in kakovostjo življenja (Graham, 2007). Neomaterialistična razlaga razširja materialistično analizo z vprašanjem, kako se narodi, območja in mesta razlikujejo glede na porazdeljenost gospodarskih in drugih virov med prebivalstvom. Neomaterialistični vidik torej usmerja pozornost na vplive življenjskih razmer in družbenih determinant zdravja na posameznikovo zdravstveno stanje (Bernard idr., 2007, ter Collins idr., 2009).

Povezava med enakimi možnostmi in zdravjem je v vsaki državi večinoma odvisna od makroekonomskih razmer. V ozadju

neenakosti, povezanih z zdravjem, so gospodarske neenakosti, nepravilna porazdelitev dohodka, ovire pri dostopu do izobraževanja in zdravstvene oskrbe, slabe stanovanjske razmere in življenjske okoliščine ter pomanjkanje možnosti za zdravo življenje (Benach idr., 2007). Družbenogospodarski trendi in dejavniki torej vplivajo na zdravstveno stanje, raziskave neenakosti v zdravju pa jasno poudarjajo pomen družbenega okolja (Braveman idr., 2005).

Družbenogospodarske determinante zdravja in dejavniki, ki vplivajo na neenakosti v zdravju, določajo, koliko bodo gospodarske krize vplivale na zdravstveno stanje prebivalstva (Marmot in Bell, 2009). Čeprav so vzročne povezave zapletene, je vloga negativnih procesov pri posameznikovem položaju na trgu dela ter spremembah in preobrazbah potrošniških navad gospodinjstev nedvoumna. Vse od začetka gospodarske krize se pojavljajo ugotovitve, ki potrjujejo povezavo med brezposelnostjo in dohodkom z neenakostmi v zdravju. Vzdolžne statistične analize trendov umrljivosti in zaposlovanja, ki so jih opravili David Stuckler idr. (2009), potrjujejo neposreden vpliv gospodarske krize na javno zdravje. Patricia A. Collins idr. (2009) so ugotovili, da lahko zaposlitev in dohodek pomembno napovesta zdravstveno stanje in da so razlike med družbenimi sloji pri samovrednotenju zdravja vidne tudi na območjih z majhnimi razlikami v prihodkih. Izsledki Dimitrisa Zavrasas idr. (2013) so potrdili, da je v času gospodarske krize večja verjetnost, da ljudje (zlasti brezposelni) svoje zdravje ocenijo kot slabo. Z družbenogospodarskim položajem pa so povezane veliko večje prostorske in regionalne razlike v neenakosti v zdravju in samoocenjenem zdravju, kot bi lahko pričakovali (Mackenbach idr., 2008).

Razlaga družbenih determinant neenakosti v zdravju odpira vprašanje, ali sta v času krize z vidika resničnega ali domnevnega zdravja pomembna samo položaj na trgu dela in raven prihodkov ali tudi stopnja in rast že obstoječih družbenih neenakosti in neenakosti v zdravju. Neugoden položaj na trgu dela ima negativen vpliv na enake možnosti, saj kot ugotavljata Petri Böckerman in Pekka Ilmakunnas (2008), prav brezposelnost najbolj vpliva na zdravstveno stanje. Zaradi nje ljudje dejansko zbolijo, saj vpliva na njihovo identiteto, čustva in samozavest. Poleg tega se zaradi brezposelnosti in tveganega vedenja (jemanje zdravil, alkoholizem in nenadzorovano kajenje) močno poveča tudi stres.

S prostorskega vidika bi bilo zanimivo raziskati razlike v neenakosti v zdravju ne samo z vidika mestnih in podeželskih območij, ampak tudi različnih ravni hierarhije naselij (razložena naselja, vasi in mesta). Ni naključje, da se je pomen kraja v akademskih raziskavah v zadnjih dveh desetletjih tako povečal (Diez Roux, 2001). Okrepilo se je zanimanje za proučevanje povezave med stalnim prebivališčem in zdravjem, deloma

tudi zato, ker različni konteksti, povezani s stalnim prebivališčem, prispevajo k razvoju lokalnih neenakosti v zdravju (Bernard idr., 2007, ter Macintyre idr., 2002).

Raziskave razlik v zdravstvenem stanju med mestnimi in podeželskimi območji so prišle v ospredje konec 80. in na začetku 90. let 20. stoletja (Eyles, 1987, ter Ricketts idr., 1994). Vse večji pomen te teme kaže, da se v zadnjih letih na vseh razvojnih polih svetovnega gospodarstva (to je v ZDA, Evropi in Aziji) vse več pozornosti posveča proučevanju neenakosti v zdravju na mestnih in podeželskih območjih (glej Fang idr., 2010; Pampalon idr., 2010; Gartner idr., 2011).

Že Richard Fearn in John Eyles (1987) sta opozorila na dejstvo, da kljub prednostim, ki jih imajo podeželska območja z vidika zdravega življenja (>zdravo podeželje<), v tem pogledu nikakor niso enaka. Številne raziskave so potrdile, da sta za podeželske prebivalce značilna boljše zdravstveno stanje in nižja stopnja umrljivosti kot za mestne (Shucksmith idr., 1996), pri čemer so se proučevali tudi geografski, družbeni in demografski razlogi za to ter razlogi, povezani z življenjskim slogom (Miller idr., 1987, ter Sobal idr., 1996). Številni strokovnjaki so opozarjali na veliko heterogenost podeželskih območij, kar povzroča ogromne razlike v kazalnikih zdravja (Schneider in Greenberg, 1992, ter Dolk idr., 1995). Postalo je jasno, da je treba pri analizah upoštevati geografsko okolje in sociodemografske dejavnike. Glede na velik pomen družbenih determinant Danielle C. Ompad idr. (2007) celo ugotavljajo, da je družbeno okolje ključno za razumevanje tega, kako različna območja vplivajo na zdravje prebivalcev.

Graham Bentham (1984) ter pozneje Peter Phillimore in Richard Reading (1992) so ugotovili, da je stopnja umrljivosti na podeželskih območjih odvisna predvsem od razdalje med mestnimi in podeželskimi območji (za bolj oddaljena podeželska območja je značilna višja stopnja umrljivosti), stopnja ruralnosti v kontekstu zdravja pa je močno odvisna od narave podeželskega območja. Z vidika stopnje družbene ogroženosti imajo lahko družbeno ogrožena mestna območja boljše kazalnike bolezni kot družbeno ogrožena podeželska območja (Congdon, 1995; Gartner idr., 2011), z večanjem družbene ogroženosti pa prednosti podeželskih območij z vidika zdravja postopoma izginejo (Phillimore in Reading, 1992). V zadnjih dveh desetletjih vse več raziskovalnih izsledkov kaže, da se razlike v zdravstvenem stanju ljudi na podeželskih in mestnih območjih zmanjšujejo (McLafferty, 1992; Maniecka-Bryla idr., 2012; Richardson idr., 2013). Gospodarska kriza je ta proces pospešila, mestnim območjem je celo koristila.

Med prostorsko podobo neenakosti v zdravju in konkurenčno sposobnostjo mestnih območij obstaja jasna povezava, saj je gospodarstvo (državno ali mestno) lahko konkurenčno samo,

če ima na voljo visok delež produktivnih zaposlenih z visokimi prihodki, ki jim zagotovi visoko kakovost življenja (Frageberg, 1996, ter Atkinson idr., 1999). Ni naključje, da sta javno zdravje in učinkovitost trga dela tudi med stebri indeksa svetovne konkurenčnosti (Schwab, 2015). Kot navajata Tord Kjellstrom in Susan Mercado (2008), pa lahko urbanizacija na zdravje blagodejno vpliva samo, če države ključne družbene determinante neenakosti v zdravju na mestnih območjih rešujejo na vseh dohodkovnih stopnjah.

### 3 Metodološko ozadje

V skladu z glavnimi cilji raziskave so bila obravnavana ta raziskovalna vprašanja:

- Ali je gospodarska kriza vplivala na neenakosti v zdravju na Madžarskem ter kako in koliko?
- Koliko je položaj na trgu dela odločujoč in pojasnjevalen dejavnik pri razvoju neenakosti v zdravju? Kakšne so lokalne posledice tega?
- Kakšna je vloga mest in mestnih območij pri oblikovanju neenakosti v zdravju v času krize?

Povečanje neenakosti v zdravju povzroča predvsem rast lokalnih razlik. Kljub zmanjšanju proizvodnje, pomanjkanju naložb in rasti brezposelnosti so mesta in mestna območja v primerjavi z vasmi in razloženimi naselji tudi med krizo ohranila ugoden položaj z vidika zdravstvenega stanja ljudi.

Pri primerjalnih analizah in pregledih območnih pristopov sta se avtorja osredotočila na povezave med brezposelnostjo in povprečno pričakovano življenjsko dobo na eni strani ter njunimi prostorskimi vplivi na drugi. V številnih mednarodnih raziskavah je bila pričakovana življenjska doba ob rojstvu glavni kazalnik za merjenje neenakosti v zdravju zlasti v času gospodarske krize, saj makroekonomske spremembe neposredno vplivajo na pričakovano življenjsko dobo (na primer Goesling in Firebaugh, 2004, ter Jonker idr. 2013). Na podlagi stopnje brezposelnosti so proučevali družbene posledice krize, saj je brezposelnost najpomembnejši dejavnik tveganja z vidika zdravja in odločilno vpliva na spremembe neenakosti v zdravju. Najbolj ogroženi so moški srednjih let, ki izgubijo službo v zgodnji fazi gospodarske krize (Józan, 1996), poleg tega pa ljudje zaradi brezposelnosti zbolijo, saj ta negativno vpliva na posameznikovo identiteto in samozavest (Kopp, 2007). Stopnja brezposelnosti kot gospodarski kazalnik in povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu kot zdravstveni kazalnik sta primerni tudi za primerjavo stanja pred gospodarsko krizo in po njej ter njunih vplivov na neenakosti v zdravju.

Avtorja sta neenakosti v zdravju s prostorskega vidika proučevala na podlagi dihotomije med središčem in obrobjem na ravni mikroregij, pri čemer sta izvedla te naloge:

- določila sta območja, ki na področju zdravja zaostajajo zaradi gospodarske krize;
- proučila sta prostorske strukture neenakosti v zdravju z vidika nasprotja med mestnimi in podeželskimi območji;
- pojasnila sta hierarhijo naselij v prostorskem vzorcu neenakosti v zdravju.

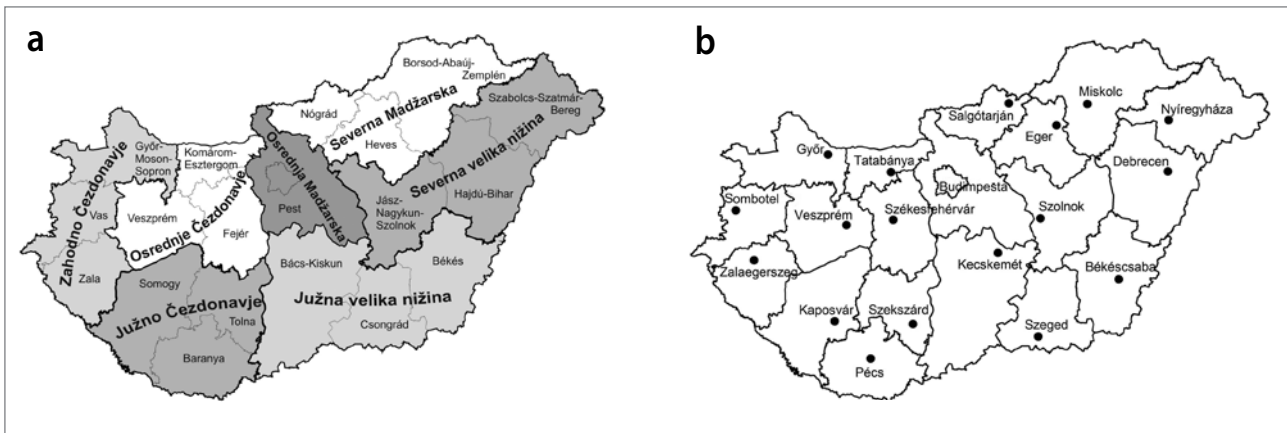
Uporabljene metode sta izbrala v skladu z raziskovalnimi cilji in vprašanji, pri čemer sta za proučevanje postavljene hipoteze uporabila kvantitativne in kvalitativne metode. Kvantitativni izračuni temeljijo na statističnih podatkih o mikroregijah iz uradnih virov (madžarskega centralnega statističnega urada in informacijskega sistema s področja razvoja nacionalnega ozemlja in državnega načrtovanja). Raven mikroregij je bila najnižja prostorska raven, za katero so bile statistične podatkovne baze prosto dostopne za analizo. Avtorja sta statistične podatke razdelila v tri skupine:

- kazalnike za merjenje stopnje brezposelnosti (to je njena prostorska in časovna razčlenitev),
- kazalnike za merjenje neenakosti v zdravju (to je prostorska in časovna razčlenitev povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu),
- kazalnike za merjenje ozemeljskih/regionalnih neenakosti: register manjšin iz leta 2007 (175 mikroregij; to je raven LAU1), število mest in prebivalstva ter pravni status mest.

Pri proučevanju neenakosti sta avtorja pazljivo izbrala izhodiščno leto gospodarske krize. Vse raziskave in analize so bile opravljene za podatkovne registre iz let 2009 in 2010, saj je bil vpliv gospodarske krize na madžarski trg dela takrat najmočnejši. Na podlagi dobljenih rezultatov sta avtorja (v nasprotju z gospodarskimi raziskavami) za »krizno leto« izbrala leto 2010, saj je bila v večini primerov povezava med vrednostmi kazalnikov za leto 2010 višja kot za leto 2009. Poleg tega so se kazalniki brezposelnosti za mikroregije v neugodnem položaju poslabšali, trend izboljšanja pričakovane življenjske dobe ob rojstvu v mikroregijah v ugodnejšem položaju pa je postal zmernejši v primerjavi z letom 2009. Z vidika vzorca stopnje brezposelnosti in pričakovane življenjske dobe ob rojstvu je bila prostorskost kot pojasnjevalni dejavnik intenzivnejša v letu 2010.

Opravljena je bila primerjalna analiza Pearsonove korelacije, s katero sta avtorja opredelila in primerjala stanje pred gospodarsko krizo in po njej.

Kvantitativne analize (kot je analiza Pearsonovega koeficienta korelacije) sta dopolnila s kvalitativnimi raziskavami (vprašalniki in polstrukturirani poglobljeni intervjuji). Za analizo vplivov gospodarske krize na mestno prebivalstvo sta v madžarskih mestih izvedla pilotno anketo, s katero sta želela



Slika 1: (a) Regije (NUTS2) in županije (NUTS3) na Madžarskem; (b) glavna mesta madžarskih županij (vir: avtorja)

ugotoviti, kako ljudje gledajo na krizo ter kakšne posredne in neposredne vplive je imela ta na njihovo mesto in vsakdanje življenje. Anketo z vprašalnikom sta izvedla med gospodinjstvi v Budimpešti, Szegedu in Győru (to je v najrazvitejšem središčnem naselju, v središču uspešne regije in središču manj razvite regije; glej sliko 1). Vprašalnik je vseboval 39 vprašanj pretežno zaprtega tipa, v vseh treh mestih pa so ga gospodinjstvom pomagali izpolniti študenti, ki sta jih najela avtorja. Razdeljen je bil v tri glavne sklope: prvi je vseboval nekaj splošnih vprašanj, katerih namen je bil ugotoviti, kako dobro so mestni prebivalci seznanjeni s svetovno gospodarsko krizo (kdaj, kje in zakaj se je začela in kakšne posledice je imela za madžarsko gospodarstvo na splošno); drugi sklop vprašanj se je osredotočal na vplive in posledice krize na lokalno gospodarstvo in konkurenčnost (na značilnosti in vidike lokalnega gospodarstva po končani gospodarski krizi), tretji sklop pa je vseboval vprašanja o vsakdanjem življenju mestnih prebivalcev po začetku krize (finančni položaj, hipoteke, kakovost življenja in strahovi, povezani z gospodarsko krizo). Vprašalnik za gospodinjstva je bil objavljen tudi na internetu, tako da je bila osebna anketa septembra in novembra 2011 dopolnjena še s spletnim vprašalnikom ( $n = 352$ ). Ob vprašalniku za gospodinjstva sta avtorja izvedla tudi ulično anketo, ki je vsebovala deset kratkih vprašanj ( $n = 193$ ). Proučevala sta samo mnenja mestnega prebivalstva, kar pomeni, da pilotna anketa prinaša subjektivno oceno gospodarske krize. Da bi proučila strokovna mnenja o vplivih gospodarske krize na zdravstveno stanje ljudi, sta med januarjem in marcem 2013 opravila dvanajst poglobljenih intervjujev z madžarskimi strokovnjaki s področja zdravja. Intervjuji so se osredotočali na sistem povezav med gospodarsko krizo in zdravjem z vidika različnih strok na eni strani ter na podlagi empiričnih izkušenj praktično usmerjenih strokovnjakov na drugi.

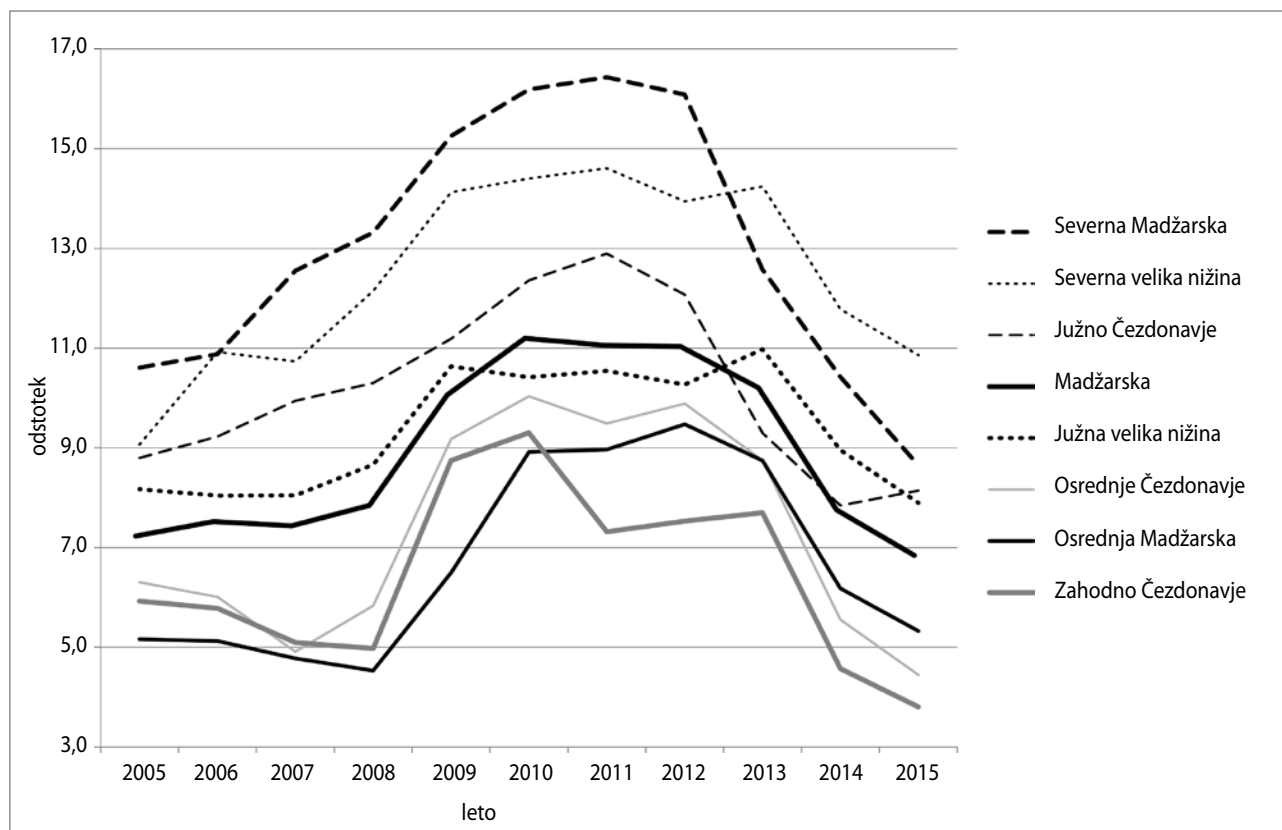
## 4 Razmislek o vlogi mest pri neenakosti v zdravju

### 4.1 Vpliv gospodarske krize na brezposelnost in pričakovano življenjsko dobo na Madžarskem

Na začetku 90. let 20. stoletja se je brezposelnost na Madžarskem naglo povečevala. Vrhunec je dosegla leta 1993, ko je bila stopnja brezposelnosti 12,1 %, hkrati pa je bila stopnja umrljivosti najvišja (14,6 %, kar je pomenilo skupno skoraj 150.000 umrlih), povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu pa najnižja (69,0 let za celotno prebivalstvo, 64,5 leta za moške in 73,8 leta za ženske). Leto 1993 lahko zato jemljemo kot prelomno leto v času tranzicije po padcu komunizma.

Sredi 90. let 20. stoletja so se začeli kazalniki ponovno zviševati in do leta 2001 je brezposelnost skoraj nepretrgano padala. Leta 2001 je bila vrednost kazalnika brezposelnosti najnižja (5,7 %), od takrat pa se zmeroma, toda stalno zvišuje. Med letoma 2008 in 2009 se je število brezposelnih povečalo za 91.000, stopnja brezposelnosti pa je leta 2009 preseгла 10 %. Mednarodne primerjave kažejo, da spada Madžarska med države, v katerih je gospodarsko krizo spremljala srednja rast brezposelnosti. János Köllő (2010) v raziskavi ugotavlja, da čeprav se je brezposelnost v primerjavi z bruto domačim proizvodom le malo znižala, je Madžarska med državami, ki so izgubile največ delovnih mest v regiji.

Z vidika regionalnih sprememb v stopnji brezposelnosti lahko glede na število brezposelnih in preteklo dinamiko brezposelnosti strogo ločimo gospodarsko uspešne regije (na primer Osrednje in Zahodno Čezdonavje) ter regije, ki se spopadajo s precejšnjimi strukturnimi in socialnimi problemi (na primer



Slika 2: Stopnja brezposelnosti v madžarskih regijah med letoma 2005 in 2015 (vir: madžarski centralni statistični urad, 2005–2015)

Severna Madžarska in Južno Čezdonavje; slika 2). Zmanjševanje razlik v stopnji brezposelnosti v zadnjih nekaj letih je posledica državno financiranih programov javnih del, zato lahko trdimo, da gre za dokaj umeten proces.

Z vidika vplivov gospodarske krize na posamezne panoge v mestih se je zaposlenost najbolj zmanjšala v industriji (11 %), zlasti v gradbeništvu. Med prvim četrtletjem let 2008 in 2010 se je število zaposlenih v tej podpanogi zmanjšalo za 14,9 % (Bálint idr., 2010), poleg tega je veliko ljudi izgubilo službo tudi v proizvodnem sektorju ter nepremičninskih in zasebnih podjetjih s področja izobraževanja. Največ delavcev so odpustila avtomobilska in elektronska podjetja v tuji lasti (v okviru kolektivnega, organiziranega in masovnega odpuščanja). Po začetku gospodarske krize leta 2009 se je število zaposlenih zmanjšalo za približno 100.000. Stopnja registrirane brezposelnosti je najvišjo vrednost (11,9 %) dosegla v prvem četrtletju leta 2010 (Köllő, 2010).

Stopnja umrljivosti je dosegla najvišjo vrednost leta 1993, od takrat pa lahko opazimo skromno izboljšanje. Kot posledica zmernejše stopnje umrljivosti po letu 1993 se je pričakovana življenjska doba po letu 1996 podaljšala na več kot 70 let. Leta 2009 se je zvišala na več kot 74 let in do leta 2013 dose-

gla 75,8 leta. To pomeni, da se je med letoma 1993 in 2013 podaljšala za 6,7 leta (preglednica 1). Kljub vsemu obstajajo precejšnje razlike med moškimi in ženskami. Največja razlika je bila leta 1994 (9,4 leta), nato pa se je do leta 2012 postopoma nižala (na 7,4 leta). Z vidika razlik med spoloma najbolj izstopa leto 2009, ko se je povprečna pričakovana življenjska doba madžarskih moških podaljšala na več kot 70 let.

Pri najnižje izobraženih ljudeh je treba upoštevati, da so številni izključeni iz sistema oskrbe, zato zanje ni na voljo natančnih podatkov. Po bolj optimističnih napovedih naj bi zaradi gospodarske krize povprečna življenjska doba ob rojstvu na Madžarskem stagnirala, vendar ne bo začela upadati. To pa lahko povzroči nadaljnje težave, saj je povprečna pričakovana življenjska doba od šest do sedem let krajša od zahodnoevropskega povprečja.

Za lažjo razlago vplivov gospodarske krize na neenakosti v zdravju sta avtorja primerjala razmere pred krizo in po njej (preglednica 2). Za primerjavo Pearsonove korelacije sta izbrala dve leti: leto 2001 je bilo kontrolno leto obdobja pred gospodarsko krizo, leto 2010 pa je bilo najprimernejše leto za razlago razmer po gospodarski krizi. Leta 2001 je bila stopnja brezposelnosti po prehodu Madžarske iz komunističnega siste-

**Preglednica 1:** Povprečna življenjska doba ob rojstvu (v letih) v izbranih evropskih državah (1993, 2000 in 2013)

država	1993	2000	2013
Španija	77,2	79,3	83,2
Italija	77,4	79,9	82,9
Velika Britanija	75,7	78,0	81,1
Nemčija	75,7	78,3	80,9
Slovenija	73,1	76,2	80,5
Češka	72,6	75,1	78,3
Estonija	68,1	71,1	77,5
Poljska	71,6	73,8	77,1
Madžarska	69,1	71,9	75,8
Romunija	70,2	71,2	75,2

Vir: Eurostat (1993, 2000, 2013)

ma najnižja, pričakovana življenjska doba pa se je začela daljšati že leta 1996. Po finančni krizi med letoma 2008 in 2009 sta avtorja kot najprimernejše leto za analizo njenih posledic na neenakosti v zdravju izbrala leto 2010.

Med brezposelnostjo in pričakovano življenjsko dobo obstaja močna povezava, kar je zlasti vidno pri moških. Korelacija se je okrepila med letoma 2001 in 2010. Od padca komunizma je 60 % vseh brezposelnih na Madžarskem moških, z vidika pričakovane življenjske dobe pa izstopa zlasti njen upad pri moških srednjih let. Razlika v povezavi med stopnjo brezposelnosti in pričakovano življenjsko dobo pri moških in ženskah se je leta 2010 zmanjšala, kar pomeni, da je gospodarska kriza vplivala tudi na položaj žensk na trgu dela.

#### 4.2 Regionalne povezave med brezposelnostjo in povprečno pričakovano življenjsko dobo

Z vidika geografskega vzorca brezposelnosti je bila najvišja stopnja registrirane brezposelnosti leta 2010 zabeležena v vzhodnem in jugozahodnem delu države. V primerjavi z državnim povprečjem so bili na vzhodu Madžarske trendi brezposelnosti najbolj pozitivni v mikroregijah Szeged, Eger in Kecskemet (slika 3).

Prostorski vplivi gospodarske krize na pričakovano življenjsko dobo so postali vidni na dva načina. Po eni strani se pričakovana življenjska doba v mikroregijah, v katerih se je višala ali je bila že v izhodišču dobra, ni znižala niti v najslabših mikroekonomskih pogojih, po drugi strani pa se je v mikroregijah, v katerih se je pričakovana življenjska doba že tako zniževala ali ki so bile že na začetku v slabšem položaju, povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu zaradi gospodarske krize znižala. Pri obeh skupinah proučevanih kazalnikov lahko določimo ta trend na ravni države: boljša pričakovana življenjska

**Preglednica 2:** Povezava med stopnjo brezposelnosti in povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu glede na vrednost Pearsonovega koeficienta korelacije ( $r^2$ ), 2010

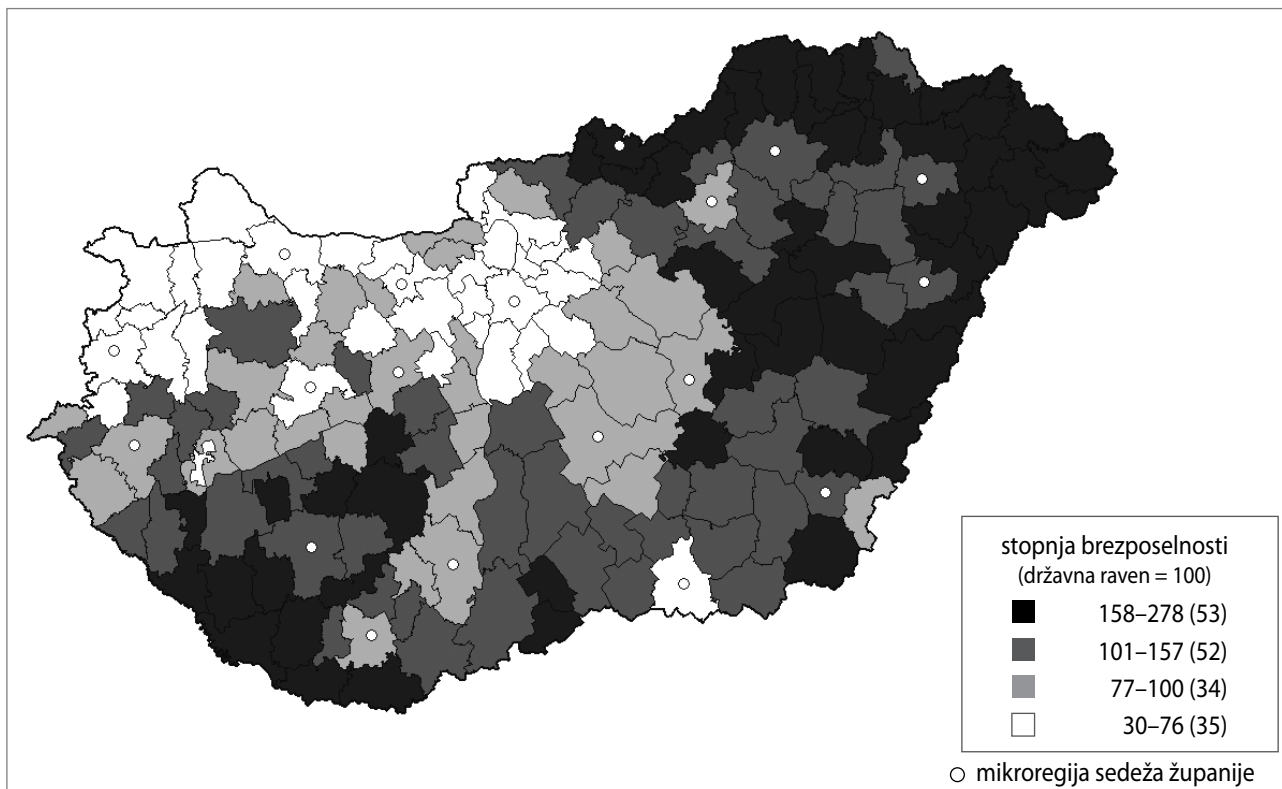
	stopnja brezposelnosti (%)	
	2001	2010
povpr. pričakovana življenjska doba ob rojstvu	-0,692	-0,727
povpr. pričakovana življenjska doba ob rojstvu, moški	-0,710	-0,722
povpr. pričakovana življenjska doba ob rojstvu, ženske	-0,637	-0,720

Vir: povzeto po Szilágyi in Uzzoli (2013) z dopolnitvami avtorjev

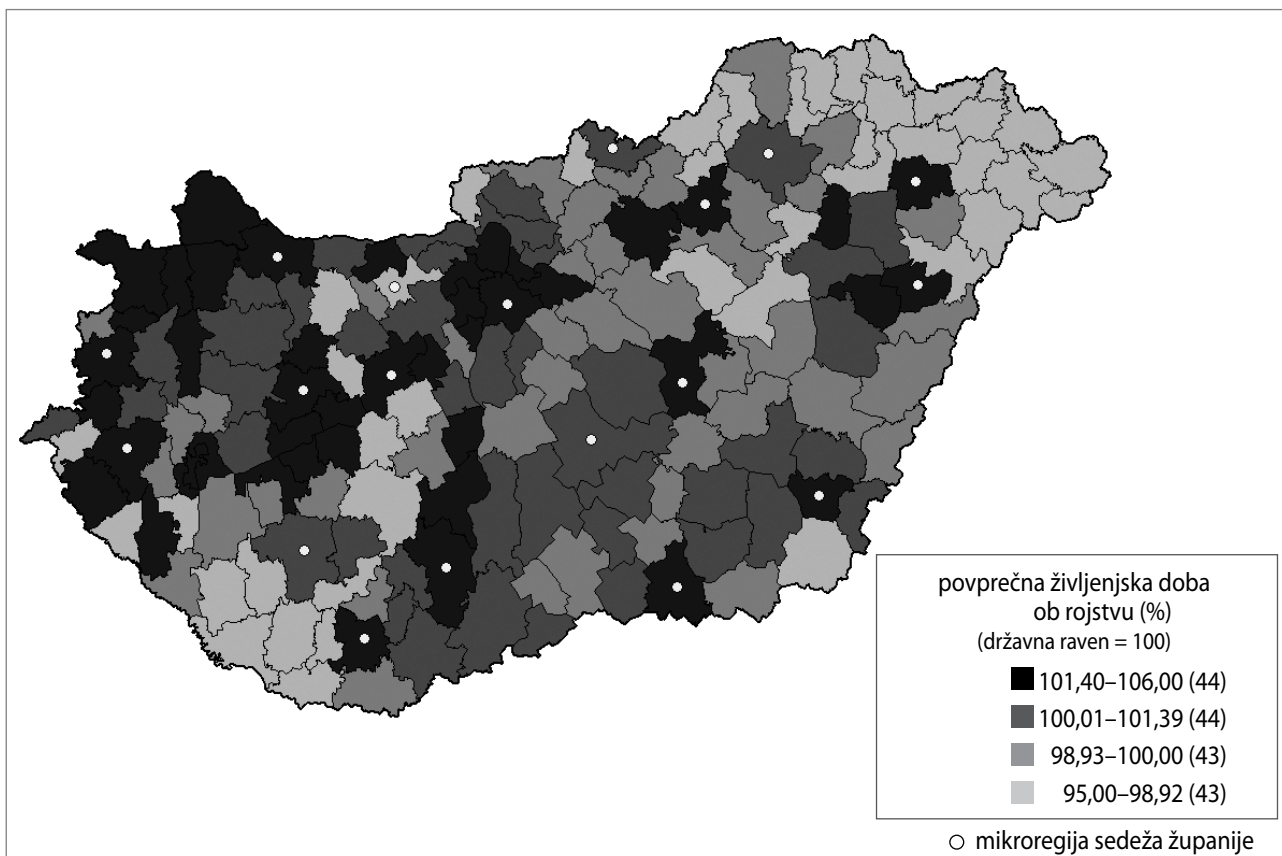
doba je značilna za glavna mesta županij in mesta druga mesta v njih ter sosednje mikroregije (slika 4).

Statistični podatki poleg tega kažejo jasne razlike v pričakovani življenjski dobi med mestnimi in podeželskimi območji (preglednica 3). Leta 2009 je povprečna življenjska doba ob rojstvu na madžarskih mestnih območjih znašala 70,4 leta, na podeželskih območjih pa samo 68,6 leta; razlika je bila torej 1,8 leta. V manjših naseljih je pričakovana življenjska doba krajša pri moških in ženskah. V primerjavi z Budimpešto je v najmanjših naseljih pričakovana življenjska doba pri moških krajša za 3,9 leta, pri ženskah pa za dve leti. Najugodnejše življenjske razmere nudijo naselja, v katerih živi med 50.000 in 100.000 ljudi, saj je pričakovana življenjska doba v tej kategoriji naselij najdaljša pri moških in ženskah (preglednica 3).

Stopnja brezposelnosti in povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu imata podoben prostorski vzorec. Mikroregije z najboljšim položajem najdemo v aglomeraciji Budimpešte ter v Osrednjem in Zahodnem Čezdonavju, medtem ko so razmere najslabše v Severni veliki nižini in Južnem Čezdonavju. To pomeni, da je gospodarska kriza večinoma prizadela regije, ki so že prej veljale za gospodarsko najšibkejše. Razlike med vzhodom in zahodom, opisane zgoraj, lahko pojasnimo na podlagi prostorskega vzorca sistemov povezav med brezposelnostjo in pričakovano življenjsko dobo, vendar je treba poudariti, da tudi znotraj gospodarsko uspešnih osrednjih in zahodnih območij ter gospodarsko šibkejših vzhodnih območij obstajajo pomembne prostorske razlike, čeprav so manjše (Uzzoli, 2011). Poleg razlik med vzhodom in zahodom je pomembna tudi povezava med središčem in obrobjem. Vsekakor lahko ločimo regije z dobrim in slabim gospodarskim položajem, vendar med njimi ni mogoče potegniti jasne ločnice. V regijah z neugodnim gospodarskim položajem lahko opazimo izboljšanje na območjih, ki so bližje mest in središč županij. V vzhodnih madžarskih regijah se mikroregije z ugodnejšim gospodarskim položajem nahajajo v bližini glavnih mest županij (na primer Kecskemet, Szeged, Debrecen in Nyiregyhaza), mikroregije z najmanj ugodnim položajem pa vzdolž vzhodne in severne madžarske meje.



Slika 3: Stopnja brezposelnosti (v odstotkih) v madžarskih mikroregijah v primerjavi z državnim povprečjem, 2010 (vir: povzeto po Szilágyi in Uzzoli, 2013, z dopolnitvami avtorjev)



Slika 4: Povprečna življenjska doba ob rojstvu (v letih) v madžarskih mikroregijah v primerjavi z državno ravno, 2010 (vir: povzeto po Szilágyi in Uzzoli, 2013, z dopolnitvami avtorjev)



Razlike med mikroregijami glede stopnje brezposelnosti in povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu opozarjajo na značilne prostorske vzorce. Na podlagi prostorske povezave med tema kazalnikoma lahko pri obeh opazimo le manjše poslabšanje in/ali izboljšanje položaja mikroregij med gospodarsko krizo. Mikroregije z najboljšim položajem najdemo v aglomeraciji glavnega mesta ali zahodnem delu države, mikroregije z najslabšim položajem pa na severovzhodu in/ali jugozahodu (slika 5).

Dejstvo, da višjo stopnjo brezposelnosti spremlja nižja povprečna pričakovana življenjska doba, pa ne velja za celotno državo. Položaj je najslabši v županijah Borsod-Abauj-Zemplen in Szabolcs-Szatmar-Bereg, kjer je bila brezposelnost visoka že pred gospodarsko krizo. V regiji Severna Madžarska je stopnja brezposelnosti višja od državnega povprečja, pričakovana življenjska doba pa je najkrajša v državi. V Budimpešti zaradi precejšnjega razvoja stopnja brezposelnosti manj odločilno vpliva na povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu, tudi na zahodu in v osrednjem delu države ugodnejše družbenogospodarsko okolje omogoča daljšo pričakovano življenjsko dobo.

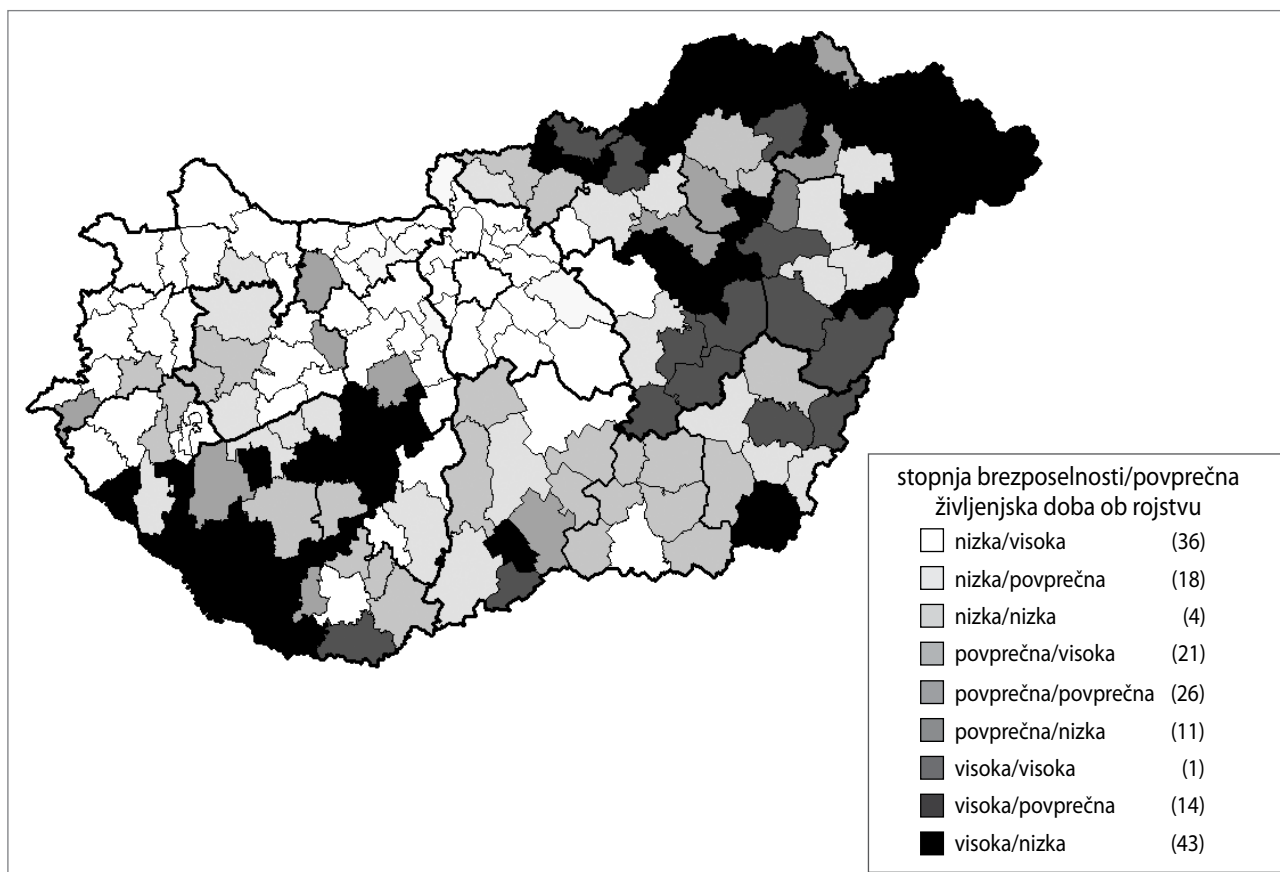
Čeprav lahko drugi vplivi (na primer rast stopnje izobrazbe prebivalstva) na srednji rok uravnotežijo zdravstvene vplive

**Preglednica 3:** Pričakovana življenjska doba ob rojstvu (v letih) glede na kategorijo naselij (2009)

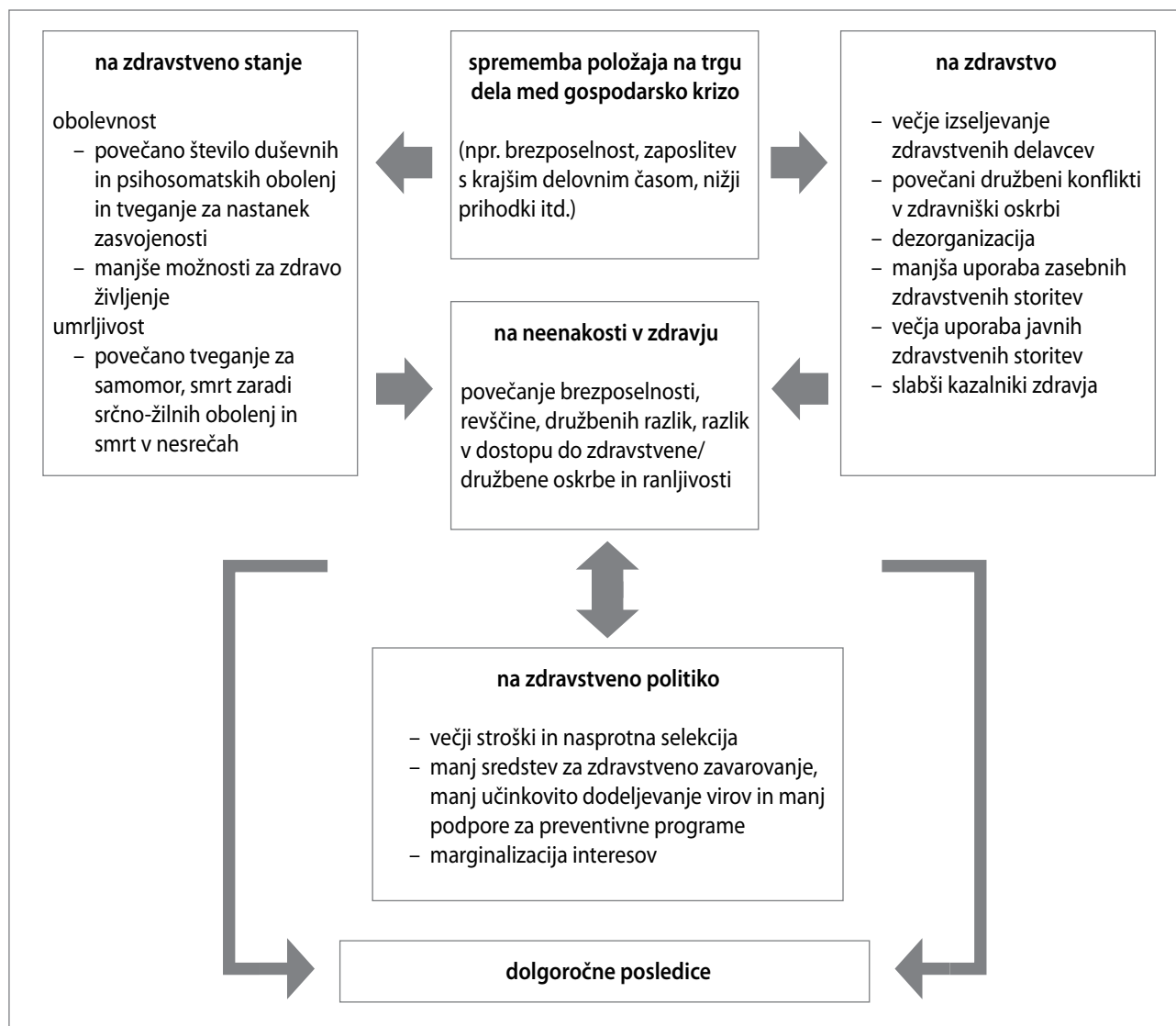
kategorija naselij glede na število prebivalstva	povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu (v letih)	
	moški	ženske
≤ 999	68,0	76,7
1.000–1.999	68,6	77,0
2.000–4.999	68,9	77,1
5.000–9.999	69,3	77,1
10.000–19.999	70,3	78,0
20.000–49.999	70,5	77,6
50.000–99.999	71,4	79,0
100.000–299.999	71,3	78,9
prestonica (Budimpešta)	71,9	78,7
Madžarska	70,1	77,9

Vir: madžarski centralni statistični urad (2010)

gospodarske krize, jih raziskovalci izjemno težko izločijo. Prav zaradi tega kvantitativne statistične analize le težko razkrijejo sistem povezav med gospodarsko krizo in zdravjem. Avtorja sta zato morebitne povezave analizirala s pomočjo poglobljenih intervjujev s strokovnjaki in izvajalci v praksi. Na podlagi glavnih izsledkov intervjujev sta oblikovala model vplivov go-



**Slika 5:** Povezava med stopnjo brezposelnosti (v odstotkih) in povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu (v letih) v madžarskih mikroregijah v primerjavi z državno ravno, 2010 (vir: lastni izračuni na podlagi podatkov iz internet 1)



Slika 6: Povezava med gospodarsko krizo in zdravjem na Madžarskem (vir: lastna anketa, empirični izsledki intervjujev s strokovnjaki)

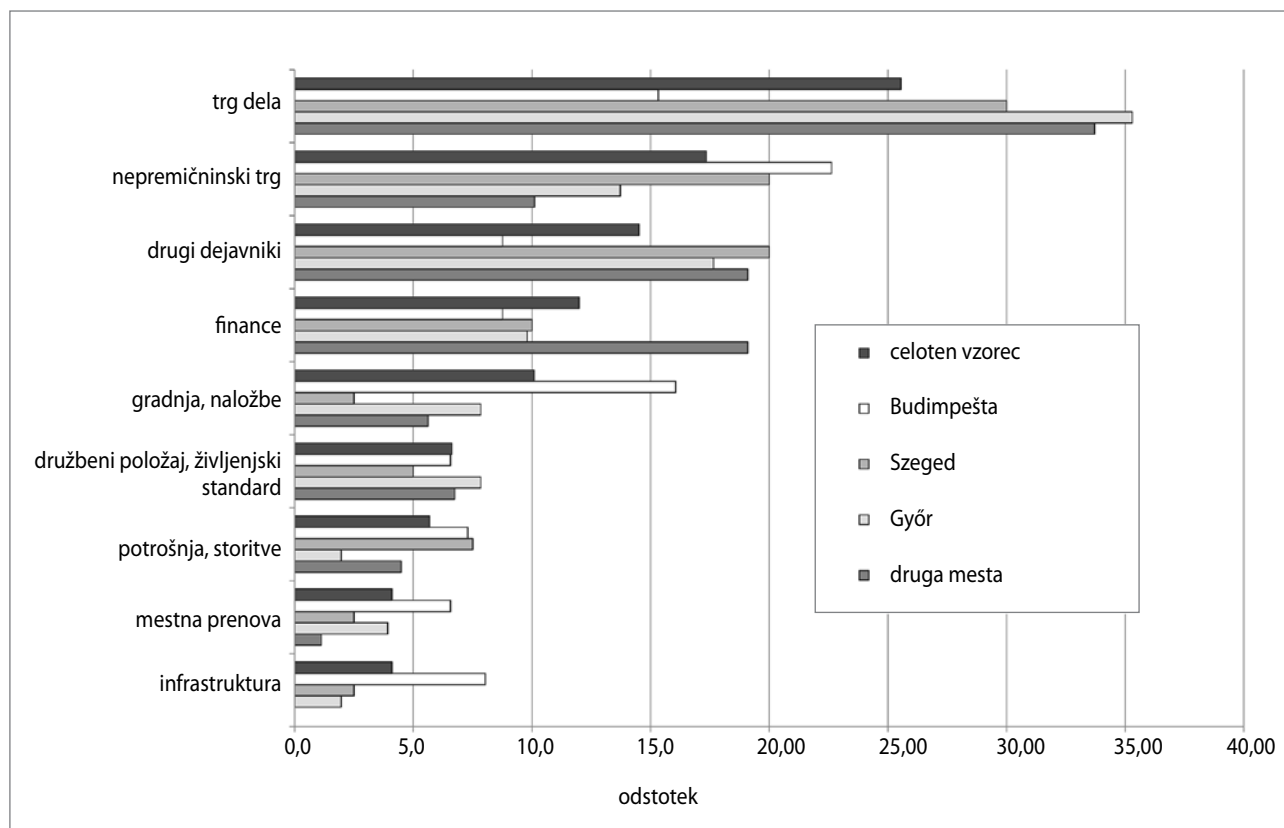
spodarske krize na zdravstveni sistem, trg dela in neenakosti v zdravju (slika 6).

Različne oblike obvladovanja krize v bistvu dezorganizirajo zdravstveni sektor (na primer finančna podpora zdravstvu se zmanjša). Pomembno vprašanje je, koliko se uporabljajo sredstva oziroma zbiranje in dodeljevanje teh (če sploh) za reševanje tega problema. Poleg tega je treba upoštevati dejstvo, da so se zaradi gospodarske krize na Madžarskem povečali tudi učinki nasprotne selekcije (odseljavanje zdravnikov in degradacija zdravstvenih kadrov na trgu dela). Slab dostop do zdravstvenih storitev bi lahko bil vzrok za slabše zdravstveno stanje ljudi in večje neenakosti v zdravju, zlasti na podeželju. Gospodarska kriza je najbolj prizadela središnja območja, vendar vpliv gospodarstva na zdravje za zdaj še ni močno opazen. Zdravstveno stanje ljudi na najmanj ugodnih območjih (obrobjih) je predvsem posledica neugodnega izhodiščnega gospodarskega položaja teh območij in ne gospodarske krize. Prostorske razlike v

neenakosti v zdravju še vedno izhajajo iz družbenogospodarske preobrazbe po padcu komunizma. Neposrednih kratkoročnih vplivov gospodarske krize iz let 2008 in 2009 na neenakosti v zdravju še ni mogoče določiti, vendar pa lahko njeni naraščajoči vpliv še povečajo regionalne razlike.

### 4.3 Vplivi gospodarske krize na razvoj mest in dojetanje te med mestnimi prebivalci

Gospodarska kriza je madžarska mesta prizadela na različne načine in v različnem obsegu. Zaradi nje se je zmanjšala mednarodna konkurenčnost mest, kar dokazujejo tudi podatki indeksa svetovne konkurenčnosti, po katerih je Madžarska med letoma 2011 in 2015 z 48. mesta padla na 63. (Schwab, 2015). Avtorja sta proučila položaj madžarskih mest in ugotovila, da različno velika mesta z različnimi ravnmi poselitve začnejo v gospodarstvu konkurirati z različnimi izhodiščnimi možnostmi. Mednarodne izkušnje kažejo, da pri negativnih



Slika 7: Najbolj negativni vplivi gospodarske krize na življenje v madžarskih mestih, 2011 (vir: lastna anketa z vprašalniki,  $n = 352$ )

vplivih gospodarske krize nima ključne vloge velikost mest, ampak struktura lokalnega gospodarstva. Zaradi večjega trga dela večja naselja omogočajo boljši dostop delovni sili, poleg tega imajo tudi več podpornih panog (na primer logistiko in storitve) ter ponujajo več informacij, idej, ustvarjalnosti in inovativnosti (Turok, 2004). Začetni vpliv krize na lokalna gospodarstva je odvisen tudi od njihove gospodarske funkcije in sestave (Clark, 2009). Gospodarska kriza je bolj prizadela mesta z gospodarskimi panogami, ki so usmerjena v izvoz ter močno povezana z mednarodnimi trgi in trgovino.

Rezultati analize statistične podatkovne zbirke kažejo, da kriza ni pomembno vplivala na začetni ugodni položaj in konkurenčno prednost Budimpešte, je pa vidno okrepila konkurenco med regionalnimi središči. V Budimpešti so bili med negativnimi posledicami gospodarske krize kot najbolj pereči problemi navedeni upočasnjen infrastrukturni razvoj, vse večji družbeni problemi, obubožanje in slabši življenjski standard. Na podeželju so bili kot največji problemi poudarjeni nižji prihodki gospodinjstev ter upad potrošnje in različnih storitev (na primer izobraževanje, prosti čas in kulturne dejavnosti).

Podrobno kvantitativno analizo vloge brezposelnosti sta avtorja utemeljila z rezultati svoje kvalitativne raziskave. Kot ugotovljata Yamina Guidoum in Paul Soto (2010), glavni vpliv krize

na družbene razmere in kohezijo v mestih izvira neposredno s trga dela. Njune izsledke sta avtorja tega članka potrdila in dopolnila s svojimi ugotovitvami: po podatkih ankete mestni prebivalci menijo, da so največji negativni vplivi gospodarske krize vplivi na trg dela, problemi, povezani z rastjo brezposelnosti (ki so veliko intenzivnejši v večjih mestih), ter negativne spremembe na stanovanjskem in nepremičninskem trgu (slika 7). Skoraj polovica anketirancev je tudi osebno občutila posledice na trgu dela, saj so službo izgubili njihovi znanci (32 %) oziroma sorodniki ali prijatelji (16 %).

Gospodarska kriza je neposredno vplivala na stanovanjski trg, kar je imelo posledice tudi za duševno in telesno zdravje (Dunn, 2000). Gospodarska kriza torej zlasti prek stanovanjskih razmer in kakovosti stanovanj vpliva na zdravstveno stanje prebivalcev.

Negativne družbene posledice gospodarske krize se vidno izražajo tudi v subjektivnem mnenju mestnih prebivalcev. Kvalitativne raziskave kažejo, da se je po njihovem mnenju kakovost življenja po začetku krize poslabšala. Skoraj polovica vprašanih je zatrdila, da se je kakovost njihovega življenja v zadnjih letih nekoliko poslabšala, skoraj petina pa, da se je močno poslabšala. Posredni vplivi duševnega pritiska kot posledice slabše kakovosti življenja in vse večje zaskrbljenosti lahko povzročijo

precejšnje spremembe v družbenem okolju. Veliko anketirancev meni, da slabšo kakovost življenja povzroča slabši finančni položaj, čeprav je pravi vzrok za to intenzivna polarizacija družbe na podlagi posameznikovega finančnega položaja, zaradi česar so se vse večjemu številu ljudi prihodki zmanjšali (Egedy, 2012). Razlike v prihodkih najbogatějšíh in najrevnejših so se povečale, kar pomeni, da so se zaradi gospodarske krize okrepile finančne razlike med gospodinjstvi.

Zmanjšanje prihodkov in povečanje zadolženosti sta imela odločilno vlogo pri finančnem položaju gospodinjstev. Na postopno povečevanje zadolženosti revnejših gospodinjstev kaže dejstvo, da je leta 2001 bančne kredite odplačevalo 14 % gospodinjstev v najnižjem dohodkovnem kvintilu, leta 2009 pa je bilo teh že več kot 40 %. Na začetku leta 2010 je bilo 43 % skupnega dohodka v najnižjem kvintilu porabljeno za odplačevanje dolgov, medtem ko je ta odstotek v najvišjem kvintilu znašal samo 15 % (Tóth in Medgyesi, 2011). V zadnjih letih madžarski mediji vse pogosteje poročajo, da sta varčevalna zmožnost ljudi in njihova pripravljenost, da varčujejo, nizki: anketiranci (če imajo možnost) dajo na stran manj kot petino svojih mesečnih prihodkov. V številnih primerih lahko slabšo kakovost življenja pojasnimo z vse slabšim finančnim položajem gospodinjstev: ni naključje, da več kot četrtno gospodinjstev skrbiti finančne težave v prihodnosti («ne bom mogel nahraniti družine»), nadaljnja petina anketirancev pa se boji, da bo izgubila službo ali da se ne bo mogla preživljati. Ichiro Kawachi in Bruce P. Kennedy (1999) sta ugotovila, da porazdelitev dohodka v družbi vpliva na zdravje in da je posameznikovo zdravstveno stanje boljše v družbah z enakomernejšo porazdelitvijo dohodka. Na podlagi njenih izsledkov lahko sklepamo, da je trenutna gospodarska kriza povečala neenakosti v zdravju med podeželskimi in mestnimi območji ter tudi znotraj metropolitanskih in mestnih območij.

Kljub vsem negativnim posledicam svetovne gospodarske krize, opisanim zgoraj, med prebivalci na splošno prevladuje pozitivno mnenje glede prihodnjega razvoja madžarskih mest. Čeprav četrtna mestnih prebivalcev pričakuje poslabšanje položaja in nadaljnja četrtna meni, da se bodo trenutne razmere stabilizirale, skoraj polovica pričakuje pozitivne spremembe. Avtorja sta v raziskavi ugotovila, da mestni prebivalci menijo, da kljub gospodarskim težavam procesi na splošno potekajo v pozitivno smer. Ta »optimistična podoba« ima obliko narobe obrnjene črke »V«, pri čemer zaupanje mestnih prebivalcev v prihodnji razvoj raste skupaj s hierarhijo naselij, vendar so prebivalci Budimpešte nekoliko manj optimistični kot prebivalci glavnih mest posameznih županij. Odgovori jasno kažejo, da so na višjih ravneh hierarhije naselij prebivalci bolj optimistični glede uspešnega okrevanja po krizi.

## 5 Sklep

Evropa se spopada s hudo finančno in gospodarsko krizo ter njenimi regionalnimi posledicami. Zlasti v Vzhodni Evropi bi morale države v tranziciji, kot je Madžarska, reševati posredne in neposredne družbene in zdravstvene posledice gospodarske krize, saj so se neenakosti v zdravju v teh državah še okrepile (na primer Billingsley, 2011). Slabo zdravstveno stanje prebivalcev tega območja, krajša pričakovana življenjska doba in neugodni kazalniki brezposelnosti v primerjavi z zahodno-evropskim povprečjem skupaj z dejavniki, kot sta zdravstvo, podedovano od prejšnjega komunističnega sistema, in njegovo nezadostno financiranje, povzročajo težave v zdravstveni politiki, za katere še po 25 letih od padca komunizma niso našli učinkovite rešitve. Poleg tega je treba upoštevati tudi dejstvo, da so se na Madžarskem povečali tudi učinki nasprotne selekcije (odseljavanje zdravnikov in degradacija zdravstvenih kadrov na trgu dela).

Zlasti na podeželskih območjih bi bil lahko slab dostop do zdravstvenih storitev vzrok za slabšanje zdravstvenega stanja ljudi in vse večjih neenakosti v zdravju. Gospodarska kriza je najbolj prizadela središčna območja, vendar vpliv gospodarstva na zdravje za zdaj še ni močno opazen. Zdravstveno stanje ljudi na najmanj ugodnih območjih (obrobjih) je predvsem posledica neugodnega izhodiščnega gospodarskega položaja teh območij in ne gospodarske krize. Prostorske razlike v neenakosti v zdravju še vedno izhajajo iz družbenogospodarske preobrazbe po padcu komunizma. Neposrednih kratkoročnih vplivov gospodarske krize iz leta 2008 na neenakosti v zdravju še ni mogoče določiti, vendar pa lahko njeni naraščajoči vplivi še povečajo regionalne razlike. Čeprav je kriza bolj prizadela gospodarsko uspešne regije (zlasti Osrednje in Zahodno Čezdonavje), gospodarski statistični podatki po letu 2010 kažejo, da županije v teh regijah hitreje okrevajo. V nasprotju z že prej slabše razvitimi mikroregijami na severu Madžarske in v Veliki severni nižini gospodarska kriza torej dejansko ne vpliva na pričakovano življenjsko dobo na tem območju.

Spremembe v strukturi brezposelnosti niso nujno povzročile kratkoročno in neposredno izmerljivega poslabšanja zdravstvenega stanja ljudi v trenutnem obdobju recesije. Med tistimi, ki so postali brezposelni, so se pojavile skupine z višjim družbenogospodarskim položajem in ugodnejšimi kazalniki zdravja. To pomeni, da ni prišlo do večjih sprememb v prostorski strukturi neenakosti v zdravju. Na Madžarskem lahko še vedno jasno ločimo med območji z boljšimi in slabšimi kazalniki zdravja.

Izsledki opravljene raziskave so pokazali, da imajo mesta boljše vrednosti proučevanih kazalnikov kot okoliška območja, kar

pomeni, da naselja višjega razreda ponujajo boljše zaposlitvene možnosti in da je v njih pričakovana življenjska doba ob rojstvu daljša. Ob upoštevanju vseh vidikov torej mesta ponujajo ugodnejše življenjske priložnosti. To pomeni, da lahko selitev v mesto izboljša posameznikove življenjske razmere in zdravstveno stanje. Hierarhija naselij vpliva tudi na neenakosti v zdravju in na regionalne razlike, hkrati pa ima pozitiven učinek na zdravstveno stanje mestnih prebivalcev.

Negativni vplivi mest in metropol so že dolgo znani (na primer stres, onesnažen zrak, prah in hrup), vlogo mest pri neenakostih v zdravju pa bi bilo treba na novo interpretirati. V tem pogledu bi bilo zanimivo proučiti, ali imajo zdravstvene težave, ki jih povzroča življenje v mestih, in pozitivni vplivi mest na neenakosti v zdravju pomembnejšo vlogo v dolgoročnem zdravju prebivalcev. Izsledki predstavljene raziskave kažejo, da ti vplivi postajajo vse pomembnejši, kar pomeni, da bi lahko mesta prispevala k zmanjšanju neenakosti v zdravju na Madžarskem. Mesta z razvitejšimi zdravstvenimi storitvami lahko celo neposredno pomagajo zmanjšati te neenakosti, kar še zlasti velja za županije v regijah, ki po padcu komunizma zaostajajo za drugimi ali imajo neugoden družbenogospodarski položaj. V prihodnosti bi lahko mesta delovala kot »izhod v sili« in alternativa za ohranjanje zdravja. Čeprav lahko ta raziskava pomaga oblikovati novo razlago svetovnih procesov urbanizacije z vidika zdravja, so za razvoj teorije potrebne nadaljnje raziskave. Njeni izsledki kažejo, da mestni prebivalci menijo, da kljub gospodarskim težavam procesi na splošno potekajo v pozitivno smer. Za analizo »zdrave velikosti mesta« (to je najnižjega in največjega še primerne obsega naselja in števila prebivalstva) so potrebne nadaljnje raziskave, s katerimi lahko določimo točko, na kateri pozitivni vplivi na zdravje vidno prevladujejo oziroma negativni vplivi nad njimi še ne prevladajo.

.....  
Tamás Egedy

Geographical Institute, Centre for Astronomy and Earth Sciences,  
Hungarian Academy of Sciences, Budimpešta, Madžarska  
E-pošta: ege6727@mail.iif.hu

Annamária Uzzoli

Institute for Regional Studies, Research Centre for Economic and  
Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences, Budimpešta,  
Madžarska  
E-pošta: uzzoli@rkk.hu

## Viri in literatura

- Atkinson, R. D., Court, R. H., in Ward, J. M. (1999): *The state new economy index: Benchmarking economic transformation in the states*. Washington, Progressive Policy Institute.
- Bálint, M., Cseres-Gergely, Z., in Scharle, Á. (2010): A magyarországi munkapiac 2009–2010-ben [The Hungarian labour market in 2009 and 2010]. V: Fazekas, K., in Molnár, G. (ur.): *Munkaerőpiaci tükök* 2010 – *Közlelkép: A válság munka-piaci hatásai* [Impact of the crisis on the labour market in Hungary in 2010], str. 15–36. Budimpešta, MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.
- Bartley, M. (2003): *Understanding health inequalities*. Oxford, Polity Press.
- Benach, J., Muntaner, C., in Santana, V. (2007): *Employment conditions and health inequalities. Final report*. Montreal, World Health Organization Commission on Social Determinants of Health.
- Bentham, C. G. (1984): Mortality rates in the more rural of England and Wales. *Area*, 16(3), str. 219–226.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., in Potvin, L. (2007): Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65(9), str. 1839–1852. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.05.037
- Billingsley, S. (2011): Exploring the conditions for a mortality crisis: Bringing context back into the debate. *Population, Space and Place*, 17(3), str. 267–289. DOI: 10.1002/psp.660
- Böckerman, P., in Ilmakunnas, P. (2008): Unemployment and self-assessed health: Evidence from panel data. *Health Economics*, 18(2), str. 161–179. DOI: 10.1002/hec.1361
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., idr. (2005): Socioeconomic status in health research. One size does not fit all. *Journal of the American Medical Association*, 294(22), str. 2879–2888. DOI: 10.1001/jama.294.22.2879
- Collins, P. A., Hayes, M. V., in Oliver, L. N. (2009): Neighbourhood quality and self-rated health: A survey of eight suburban neighbourhoods in the Vancouver Census Metropolitan Area. *Health and Place*, 15(1), str. 156–164. DOI: 10.1016/j.healthplace.2008.03.008
- Congdon, P. (1995): The impact of area context on long term illness and premature mortality: an illustration of multi-level analysis. *Regional Studies*, 29(4), str. 327–377. DOI: 10.1080/00343409512331349003
- Diez Roux, A. V. (2001): Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), str. 1783–1789. DOI: 10.2105/AJPH.91.11.1783
- Dolk, H., Mertens, B., Kleinschmidt, I., Walls, P., Shaddick, G., in Elliott, P. (1995): A standardisation approach to the control of socio-economic confounding in small area studies of environment and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(2), str. 9–14. DOI: 10.1136/jech.49.Suppl\_2.S9
- Dunn, J. R. (2000): Housing and health inequalities: Review and prospects for research. *Housing Studies*, 15(3), str. 341–366. DOI: 10.1080/02673030050009221
- Egedy, T. (2012): The effects of global economic crisis in Hungary. *Hungarian Geographical Bulletin* 61(2), str. 155–173.
- Elstad, J. I. (2005): The psycho-social perspective on social inequalities in health. V: Bartley, M., Blane, D., in Smith, G. D. (ur.): *The sociology of health inequalities*, str. 598–618. Oxford, Blackwell Publishers.
- Eurostat (1993, 2000, 2013): *Life expectancy at birth*. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (sneto 9. 3. 2016).
- Evans, R. G., in Stoddart, G. L. (1990): Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31(12), str. 47–63. DOI: 10.1016/0277-9536(90)90074-3
- Eyles, J. (1987): *The geography of the national health*. London, Croom Helm.
- Fang, P., Dong, S., Xiao, J., Liu, C., Feng, X., in Wang, Y. (2010): Regional inequality in health and its determinants. Evidence from China. *Health Policy*, 94(1), str. 14–25. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.08.002

- Fearn, R. (1987): Rural health care: A British success or a tale of unmet need? *Social Science Medicine*, 24(3), str. 263–274. DOI: 10.1016/0277-9536(87)90053-0
- Frageberg, J. (1996): Technology and competitiveness. *Oxford Review of Economic Policy*, 12(3), str. 39–51. DOI: 10.1093/oxrep/12.3.39
- Gartner, A., Farewell, D., Roach, P., in Dunstan, F. (2011): Rural/urban mortality differences in England and Wales and the effect of deprivation adjustment. *Social Science and Medicine*, 72(10), str. 1685–1694. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.03.017
- Goesling, B., in Firebaugh, G. (2004): The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 30(1), str. 131–146. DOI: 10.1111/j.1728-4457.2004.00006.x
- Graham, H. (2007): *Unequal lives: Health and socioeconomic inequalities*. New York, Open University Press.
- Guidoum, Y., in Soto, P. (2010): *Cities and the economic crisis – A survey on the impact of the economic crisis and the responses of URBACT II cities. Connecting cities building successes*. EU URBACT Report. Pariz.
- Internet 1: <https://www.teir.hu/> (sneto 7. 1. 2016).
- Jonker, M. F., Congdon, P. D., van Lenthe, F. J., Donkers, B., Burdorf, A., in Mackenbach, J. P. (2013): Small-area health comparisons using health-adjusted life expectancies: A Bayesian random-effects approach. *Health and Place*, 23(9) str. 70–78. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.04.003
- Józán, P. (1996): Changes in mortality in Hungary between 1980 and 1994. V: Tóth, P. P., in Valkovics, E. (ur.): *Demography of contemporary in Hungarian society. Atlantic Studies on Societies in Change*, 85, str. 111–138. New York, Columbia University Press.
- Kawachi, I., in Kennedy, B. P. (1999): Income inequality and health. Pathways and mechanisms. *Health and Service Research*, 34(1), str. 215–227.
- Kjellstrom, T., in Mercado, S. (2008): Towards action on social determinants for health equity in urban settings. *Environment and Urbanization*, 20(2), str. 551–574. DOI: 10.1177/0956247808096128
- Köllő, J. (2010): Foglalkoztatás, munkanélküliség és bérek a válság első évében [Employment, unemployment and incomes in the first year of crisis]. V: Fazekas, K., in Molnár, G. (ur.): *Munkaerőpiaci tükkör 2010 – Közelkép: A válság munka-piaci hatásai [Impact of crisis on labour-market in Hungary in 2010]*, str. 43–77. Budimpešta, MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.
- Kopp, M. (2007) The central-eastern European health paradox: Why are men more vulnerable in a changing society? V: Ennals, R. (ed.) *From slavery to citizenship*, str. 242–248. London, John Wiley and Sons.
- Macintyre, S., Ellaway, A., in Cummins, S. (2002): Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine*, 55(1), str. 125–139. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00214-3
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., idr. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), str. 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMs0707519
- Madžarski centralni statistični urad (2005–2015) *Statistical yearbooks*. Budimpešta.
- Madžarski centralni statistični urad (2010) *Statisztikai tükkör*. Budimpešta.
- Maniecka-Bryla, I., Pikala, M., in Bryla, M. (2012): Health inequalities among rural and urban inhabitants of Łódź province, Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4), str. 723–731.
- Marmot, M. G., in Bell, R. (2009): How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 338(4), str. 1314–1321. DOI: 10.1136/bmj.b1314
- Marmot, M. G., in Wilkinson, R. G. (2006): *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- McLafferty, S. (1992): Health and the urban environment. *Urban Geography*, 13(6), str. 567–576. DOI: 10.2747/0272-3638.13.6.567
- Miller, M. K., Stokes, C. S., in Clifford, W. B. (1987): A comparison of the rural-urban mortality differential for deaths from all causes, cardiovascular disease and cancer. *Journal of Rural Health*, 3(2), str. 23–34. DOI: 10.1111/j.1748-0361.1987.tb00165.x
- Oliver, S., Kavanagh, J., Caird, J., Lorenc, T., Oliver, K., Harden, A., idr. (2008): *Health promotion, inequalities and young people's health*. London, University of London.
- Ompad, D. C., Galea, S., Caiaffa, W. T., in Vlahov, D. (2007): Social determinants of the health of urban populations. Methodologic considerations. *Journal of Urban Health*, 84(supplement 1), str. 42–53. DOI: 10.1007/s11524-007-9168-4
- Pampalon, R., Hamel, D., in Gamache, P. (2010): Health inequalities in urban and rural Canada. Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index. *Health and Place*, 16(2), str. 416–420. DOI: 10.1016/j.healthplace.2009.11.012
- Phillimore, P., in Reading, R. (1992): A rural disadvantage? Urban-rural health differences in Northern England. *Journal of the Public Health Medicine*, 14, str. 290–299.
- Raphael, D. (2008a): Introduction to the social determinants of health. V: Raphael, D. (ur.): *Social determinants of health: Canadian perspectives*, str. 1–18. Toronto, Canadian Scholars' Press.
- Raphael, D. (2008b): Grasping at straws: A recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*, 18(4), str. 483–495. DOI: 10.1080/09581590802443604
- Richardson, E. A., Pearce, J., Mitchell, R., in Shortt, N. K. (2013): A regional measure of neighbourhood multiple environmental deprivation: Relationship with health and health inequalities. *The Professional Geographer*, 65(1), str. 153–170. DOI: 10.1080/00330124.2012.660457
- Ricketts, T. C., Savitz, L. A., Gesler, W. M., in Osborne, D. N. (1994): *Geographic methods for health service research: A focus on the rural-urban continuum*. Lanham, MD, University Press of America.
- Schneider, D., in Greenberg M. R. (1992): Death rates in rural America 1939–1981: Convergence and poverty. V: Gesler, W. M., in Ricketts, T. C. (ur.): *Health in rural North America*, str. 55–68. London, Rutgers University Press.
- Schucksmith, M., Roberts, D., Scott, D., Chapman, P., in Conway, E. (1996): *Disadvantages in rural areas*. Salisbury, Rural Development Commission.
- Schwab, K. (ur.) (2015): *The global competitiveness report 2015–2016*. Ženeva, World Economic Forum.
- Sobal, J., Troiano, R. P., in Frongillo, E. A. (1996): Rural-urban differences in obesity. *Rural Sociology*, 61(2), str. 289–305. DOI: 10.1111/j.1549-0831.1996.tb00621.x
- Stronks, K., van de Mheen, H. D., van de Bos, J., in Mackenbach, J. P. (1997): The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26(3), str. 592–600. DOI: 10.1093/ije/26.3.592
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., in McKee, M. (2009): The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe. An empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), str. 315–323. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Szilágyi, D., in Uzzoli, A. (2013): Az egészségügyenőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon [Run of he-

alth inequalities and its spatial dimension during the terms of crisis in Hungary after 1990]. *Területi Statisztika*, 53(2), str. 130–147.

Tóth, I., in Medgyesi, M. (2010): Jövedelemeloszlás és megélhetési nehézségek a konszolidációs csomagok és a válságok közepette Magyarországon [Income distribution and livelihood difficulties in consolidations phases and crises in Hungary]. V: Fazekas, K., in Molnár, G. (ur.): *Munkaerőpiaci tükör 2010 – Közelkép: A válság munka-piaci hatásai* [Impact of crisis on labour-market in Hungary in 2010], str. 180–197. Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.

Uzzoli, A. (2011): The role of unemployment in the run of life chances in Hungary. *International Journal of Population Research*. DOI: 10.1155/2011/130318

Whitehead, M. (1992): The health divide. V: Townsend, P., Davidson, N., in Whitehead, M. (ur.): *Inequalities in health: The black report and the health divide*, str. 215–281. New York, Penguin.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., in Kyriopoulos, J. (2013): Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23(2), str. 206–210. DOI: 10.1093/eurpub/cks143