

A DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

**Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségei
Magyarországon**

Uzzoli Annamária

Eötvös Loránd Tudományegyetem

Természettudományi Kar

Földtudományi Doktori Iskola

vezető: Dr. Márton Péter

Földrajz-Meteorológiai Doktori Program

vezető: Dr. Gábris Gyula

Témavezető: Dr. Izsák Éva Ph. D. egyetemi adjunktus

ELTE TTK Regionális Földrajzi Tanszék

Budapest

2004

I. Bevezetés

Az egészségi állapot hazai romlása a hatvanas évek közepe óta tart, melynek következtében Magyarország egyre jobban leszakadt a fejlett egészségi kultúrájú országoktól. A népesség egészségi állapot rosszabb annál is, mint ami az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne. Évek óta növekszik a fiatalabb korcsoportok halálozási mutatója, rendkívül magas az idő előtti halálozások száma, világviszonylatban is kimagasló a középkorú férfiak halandósága. Nemzetközi összehasonlításban Magyarország még mindig egyike a listavezetőknek az öngyilkosságok számát tekintve; igen magas a lakosság körében a káros szenvedélyt űzők aránya; Európában a 100000 főre számított legtöbb daganatos halálozás éppen hazánkban regisztrálható. „A halálozási viszonyok évtizedek óta tartó rosszabbodása a kilencvenes évek elejére epidemiológiai válsággá súlyosbodott Magyarországon, mely lényegében az egész felnőtt lakosságot sújtja” (Józan P. 1994a).

Miközben a fejlett országokban az utóbbi időben egyfajta értékmérő vált az egészség, illetve az egészségre orientált életmód, addig Közép- és Kelet-Európa országaiban a rendszerváltozás átmeneti folyamatai tovább rontották a népesség egészségi állapotát. Ráadásul Magyarország rendkívül kedvezőtlen morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) helyzete szinte egyedülálló az egykori szocialista országok körében is: ennél rosszabb egészségi állapot már csak a szovjet utódállamokban tapasztalható.

II. Kutatási előzmények

Magyarországon jelentős múltra tekint vissza az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeinek vizsgálata. A XVI. századtól elsősorban magyar orvosok – például Zsámboki János, Benkő Sámuel, Marikovszky György stb. – által írt úgynevezett „orvosi helyiratokban” találkozhatunk utalásokkal különböző betegségek földrajzi megjelenésére. Dr. Károlyi Sándor 1858-ban jelentette meg „Általános áttekintés az ember betegségeinek földrajzi eloszlásáról” c. tanulmányát. A XX. század elejétől hangsúlyossá váltak a területi összehasonlításokra épülő szociográfiai elemzések, melyek már az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer különbségeit is vizsgálták. A század közepétől az egészségkutatások interdiszciplinális jellegéből következőleg több tudományterület kezdett el foglalkozni a hazai egészségügyi egyenlőtlenségek felmérésével, s ezzel különböző kutatási irányzatok alakultak ki a hazai szakirodalomban. A hatvanas évektől kezdődően az orvosi szociológiai kutatások elsősorban a társadalmi státus és az egészségi állapot közti összefüggéseket vizsgálták, majd a hetvenes évektől megjelentek a statisztikai, demográfiai és epidemiológiai elemzések. A nyolcvanas években előtérbe került az egyén életmódjának vizsgálata, valamint a halálozás és az

elkerülhető halálozás okainak magyarázata. A kilencvenes években főként a hazai egészségügyi válság összetevőit vizsgáló elemzések láttak napvilágot, és szintén az elmúlt évtizedben került előtérbe a magyar népesség lelki egészségének részletesebb kutatása is.

A kutatási előzmények elemzése egyrészt a hazai vizsgálati irányzatok bemutatásával, másrészt az egészségi állapotban érvényesülő egyenlőtlenségek értelmezésével történik.

Az ország romló egészségi állapotát felmérő morbiditási kutatások a hetvenes évektől kezdődően egyrészt az egészségi állapotra ható kockázati tényezők számbavételezésére (KSH 1986, **Józan P.** 2002b); másrészt az életmód felmérése (**Klinger A.** 1987; **Losonczy Á.** 1986, 1989), harmadrészt a mentális egészség bemutatására (**Juhász P.** 1974; **Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S.** 1995a, 1995b, 1996, 1999, 2000) irányultak. A morbiditási vizsgálatok eredményei kapcsán kialakult egy nézet, mely egyre inkább a beteg felelősségét – s így az életmódbeli tényezők szerepét – hangsúlyozta a hazai egészségi állapot romlásában. Ezzel egy időben szintén a kutatási eredmények alapján kialakult egy a másik nézet, mely az egészségügyi rendszert kezdte okolni azért, hogy lassan reagál a betegségek növekedő tendenciájára és ezáltal meghatározó a szerepe az egészségi állapot rosszabbodásában.

Az egészségi állapot fokozatos romlása következtében a hatvanas évek közepétől a morbiditási kutatások mellett egyre inkább előtérbe kerültek a népesség halálozási viszonyait elemző halandósági vizsgálatok is Magyarországon. A halálozási helyzet felméréseként már a hatvanas évek elejétől különböző reprezentatív vizsgálatok folytak például a magyar csecsemőhalandóságra vonatkozóan és 1970-től országos reprezentatív mintán egy újszülött kohorsz (1970-es) longitudinális továbbkövetéses vizsgálata folyik (**Joubert K.** 2003). Közben a hetvenes évektől növekvő számban megjelenő demográfiai tanulmányok elsősorban a differenciális halandósággal (**Klinger A.** 1987, 2001) kezdtek el foglalkozni, illetve megjelentek a halálokok előfordulását és az azokkal kapcsolatos összefüggéseket vizsgáló elemzések. Józan Péter munkásságának köszönhetően (1986, 1989, 1991, 1994a, 1994b, 1996, 1999, 2001a, 2001b, 2002a) sikerült felismerni és felmérni a korai idő előtti halálozás leggyakoribb okait (társadalmi-területi egyenlőtlenségek, iskolai végzettség, társadalmi foglalkoztatottság).

A kilencvenes évek elejétől megszorodtak a magyar népesség egészségi állapotában (**Józan P.** 1994a, 1994b; **Gárdos É.** 1996; **Losonczy Á.** 1998;) és a magyar egészségügy működésében kialakult válsághelyzetet (**Orosz É.** 1993, 1996, 1998) elemző tanulmányok, majd a kilencvenes évek végétől az ezredvég egészségi állapotát bemutató összefoglaló tanulmánykötetek (**Józan P.** 2001b; **Paksy A.** 2002; **Ádány Róza** szerk. 2003). Ez utóbbi munkák közül legnagyobb szabású az MTA gondozásában 1998 óta megjelenő

„Magyarország az ezredfordulón – stratégiai kutatások: Az életminőség tényezői Magyarországon” c. kutatási program (Glatz F. szerk. 1998a; 1998b; 2001; 2002; 2003) kiadvány sorozata.

Az egészség, az egészségi állapot, a betegség és a halálozás társadalmi, területi eloszlását legmarkánsabban az egyenlőtlenség fogalmával lehet megragadni. Nemcsak hazánkban, hanem a fejlett országokban is jelentős egyenlőtlenségek mutathatók ki mind az egészségi állapot, mind a megbetegedés, mind pedig a halálozás szintjén. A nyolcvanas évek elejétől vált a „health inequalities”, az egészségi állapotban és az egészségügyi rendszerben tapasztalható egyenlőtlenség egyre jelentősebb társadalmi problémává és kutatási témává. A vizsgálatokban élenjáró Nagy-Britanniában az úgynevezett Black Report ismertette a tényeket és vetette fel azokat a kérdéseket, amelyekre a megoldásokat azóta is egyre szerteágazóbban kutatnak (**Black, D. - Morris, J. - Smith, C. - Townsend, P.** 1985). Az életesélyek társadalmilag meghatározottak, hisz a társadalmi környezet hatásaként az egyenlőtlenségek mind az életminőségben, mind pedig az életkilátásokban jelen vannak (**Tóth I.** 2001): az előbbiben a megbetegedési, az utóbbiban pedig a halálozási viszonyok okoznak különbségeket. Az életminőség egyenlőtlenségeit okozó megbetegedési viszonyok értelmezésében különféle nézetek alakultak ki. Az orvosi modell szerint a betegségek, a korlátozottság és a munkaképtelenség mértéke, illetve a gondozási igény jelentheti az egyenlőtlenségek alapját. A társadalmi nézet szerint az egészségi állapot önminősítése és a társadalmi normáktól való eltérés (deviancia) okozhat egyenlőtlenséget. Az egészségügy oldaláról az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, valamint az egyén oldaláról az egyén és a család fogyasztási szokásai olyan tényezők, melyek egyenlőtlenséget okozhatnak.

A egészségi állapotában megnyilvánuló társadalmi egyenlőtlenségek elemzése a nyolcvanas években vált hangsúlyossá a hazai szakirodalomban (**Szalai J.** 1986; **Orosz É.** 1989). Szalai Júlia (1986) vizsgálatai bebizonyították, hogy a nyolcvanas években az egy évtizeddel korábbi állapotokhoz képest fokozódtak az egészségi állapot egyenlőtlenségei Magyarországon. Egyes betegségek deprivációként való értelmezése például Bokor Ágnes (1987) nevéhez fűződik. Az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeinek kutatási előzményei egyrészt a demográfiai tényezők (életkor, nemek szerinti megoszlás, iskolai végzettség), másrészt a fejlett világra jellemző halálóki struktúra az egészségi állapot változására gyakorolt hatásait vizsgálták/vizsgálják. A szív- és érrendszeri betegségek és halálozások társadalmi feltételeit többek között Losonczy Ágnes (1989), rizikófaktorait Gyárfás Iván és Makara Péter (1985) vizsgálta; míg a daganatos halálozások területi

koncentrációjával Farkas Ilona (1993), Eckhardt Sándor (1999), Ottó Szabolcs és Kásler Miklós (2003) is foglalkozott.

Elsősorban a hetvenes évektől vált meghatározó kutatási témává az egészségi állapot területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata. Kezdetben a betegségek kialakulása és a környezeti tényezők összefüggéseinek területi vizsgálata jellemezte ezt az irányzatot: ilyen témák voltak például a dél-alföldi ivóvizek mérgező anyagainak egészségkárosító hatásának felmérése (**Dési I. – Gönczi Cs. – Holló A. – Pásztor Zs.** 1979); a jódiányos területek és a golyvaendémia összefüggései; a daganatos betegségek és a dohánytermesztés összefüggései (**Szegő L. – Jármay J. – Vargha L.** 1977); a tbc területi elterjedése stb.

Adott mintaterületek egészségi állapotának komplex bemutatása több vizsgálati szinten van jelen a hazai egészségkutatásokban. Megyei szinten például Szabolcs-Szatmár-Bereg (**Vargha L. Gy.** 1970); Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves (**Kiss É.** 1994); Bács-Kiskun, Békés, Csongrád, Jász-Nagykun-Szolnok (**D. Verebes É.** 1998) megye egészségi állapotának bemutatására került sor. A régiók egészségügyi helyzetének (**Pál V.** 1999) elemzése mellett kistérségi szinten megvalósult például a halandóság különbségeinek vizsgálata (**Klinger A.** 2003); a kistérségi egészségkutatások módszertani problematikájának felmérése (**Pál V.** 1998) és konkrét kistérség (makói) komplex egészségügyi (**Pál V.** 1997) kutatása. A települési egészségkutatások közül többek között a budapesti agglomeráció (**Balogh K. – Bezerédj Béláné** 1999), Erzsébetváros (**Tózsza I.** 1994) és Józsefváros (**Galambos J. – Tózsza I.** 1992; **Uzzoli A.** 2000b) egészségi állapotának vizsgálatával foglalkoztak.

III. Célkitűzések

Témaválasztásomban aktuális feladatnak tartom a magyar népesség egészségi állapotának nemzetközi összehasonlítását, az egészségi állapot hazai társadalmi-területi különbségeinek bemutatását, valamint a különbségek hátterében álló okok magyarázatát. Az értekezés célja elsősorban az egészségi állapotban az elmúlt közel negyven évben bekövetkezett változások értékelése, így az elsődleges célkitűzésemnek megfelelően nem foglalkozom az egészségügyi rendszer hazai egyenlőtlenségeinek tárgyalásával.

Az értekezés két nagy szerkezeti egységből, egy elméleti és egy gyakorlati részből áll. Az elméleti részben az egészséggel kapcsolatos fogalomkör, valamint a szakirodalmi háttér bemutatására kerül sor, míg a gyakorlati rész az egészségi állapot nemzetközi helyzetét és hazai társadalmi-területi különbségeit elemzi statisztikai mutatók segítségével.

A kutatási téma kiválasztásában és az értekezés szerkezetében a következő elgondolást követtem.

Az egészség olyan soktényezős fogalom, melynek meghatározásában és értelmezésében különböző tudományos szemléletmódok léteznek. Mi az egészség és a betegség definíciója közötti különbség? Mit jelent az egészségi állapot? Milyen tényezők hatnak az egészségi állapotra és hogyan lehet azokat csoportosítani? Milyen statisztikai mutatószámokkal lehet mérni az egészségi állapot változásait és különbségeit? A szakirodalmi háttér elemzése nemcsak az egészség fogalomkör, hanem a hazai kutatási irányzatok bemutatását is képviseli. A szakirodalmi feldolgozás azonban kiegészült a health inequalities, az egészségi állapotban érvényesülő egyenlőtlenségek értelmezésével is.

Az értekezés gyakorlati részében a következő fő kérdésekre keresem a választ:

1. Milyen mértékű egészségi állapotunk romlása a fejlett világ országaihoz képest?
2. Magyarországon melyek a legrosszabb és legjobb egészségi állapotú térségek?
3. A rendszerváltozás milyen módon gyakorolt hatást az egészségi állapot változására?
4. Miért alakultak ki hazánkban jelentős különbségek az egészségi állapotban?

Indulóhipotéziseim a következők:

1. A kedvezőtlen egészségi állapotú közép- és kelet-európai országokhoz képest is rossz hazánk egészségi állapota.
2. Az ország gazdasági térszerkezete determinálja a jó és rossz egészségi állapotú térségeket Magyarországon.
3. Budapest egészségi állapota kedvező az országon belül, azonban az egyes kerületek népessége egészségi állapotában jelentős különbségek alakultak ki.

A vizsgálatok térbeli keretét nemzetközi (európai) és hazai (országos, megyei, települési) területi szintek alkotják; az időbeli keretet pedig elsősorban a XX. század második felének, leginkább az 1980-2002 közötti időszak adatbázisa teszi ki. A kutatási eredmények felhasználásának lehetősége egyrészt a területfejlesztésben, másrészt például további esettanulmányok generálásában körvonalazódik.

IV. Alkalmazott módszerek

Az alkalmazott módszerek szorosan kapcsolódnak az egyes fejezetek témáihoz: magyarázó módszert a szakirodalom feldolgozásában, összehasonlító módszert a nemzetközi

vizsgálatokban, leíró módszert a történeti részben, elemző módszert pedig a területi különbségek vizsgálata során alkalmazok.

Az elméleti rész feldolgozása a szakirodalom alapján történik három szempont szerint: egyrészt az operacionalizálás az egészség fogalomkör magyarázatát jelenti; másrészt a hazai szakirodalom magyarázata az egészségkutatási irányzatok, illetve az egészségügyi egyenlőtlenségek bemutatásával valósul meg.

A gyakorlati rész kvantitatív adatokon – elsősorban morbiditási és mortalitási statisztikákon - és empirikus kutatási módszereken – például kérdőíves felméréseken - alapszik. A statisztikai forrásanyag legnagyobb része a nemzetközi összehasonlításokban az ENSZ Egészségügyi Világszervezet, a WHO hivatalos honlapjáról (www.who.int) származik; míg Magyarország esetében mindig a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közreadott, például Demográfiai, Területi és Megyei Statisztikai Évkönyvekből származó adatokkal dolgozom.

Az egészségi állapot területi különbségeinek elemzése során területi egyenlőtlenségi mutatókat – például Hoover-index, súlyozott relatív szórás stb. – használok, valamint a lokális szintű vizsgálatokban saját adatgyűjtési módszerekre – megfigyelés, kérdőíves felmérés – támaszkodom. Az empirikus vizsgálatok eredményei ugyan nem reprezentatív értékűek, de fontos információhordozók a vizsgált társadalmi csoportokra vonatkozóan.

V. A kutatás főbb eredményei

- Az egészségi állapotra ható tényezők közül az úgynevezett *egyéni tényezők* lehetnek az egyénen kívüli és az egyénnel összefüggő tényezők. Az egyénen kívüli tényezők döntően azok, melyek hatását nem, vagy csak kis mértékben tudja az ember befolyásolni. Az egyénnel összefüggő tényezők pedig azok, melyeket az ember befolyásolni és kontrollálni tud. Az egyénen kívüli tényezőket *külső tényezőknek*, míg az egyénnel összefüggő tényezőket pedig *belső tényezőknek* nevezem (Uzzoli A. 2000c).
- Az európai ország csoportok (uniós, csatlakozó és átmeneti) és Magyarország egészségi állapotának átfogó elemzése nemcsak *időszerű téma*, hanem *hiánypótló tanulmány* a hazai szakirodalomban. Az *információ gazdag összehasonlítás* bizonyítja, hogy egészségmutatóink sokkal rosszabbak Nyugat- és Közép-Európához képest, illetve hogy hasonlóak a balti államokhoz, valamint hogy ennél kedvezőtlenebb helyzet csak a FÁK tagállamokban tapasztalható.
- A hazai egészségi állapot XX. századi változásait meghatározó és befolyásoló társadalmi és demográfiai folyamatok mellett a rendszerváltozás átmeneti folyamatai szintén hatást

gyakoroltak a népesség egészségi állapotára. Ez utóbbi folyamatok hatásai azonban csak rétegspecifikusan értelmezhetők: az átmenet győztes és vesztes társadalmi csoportjainak, rétegeinek egészségi állapotában jellemző társadalmi-területi különbségek vannak jelen, melyek társadalmi dimenziói a kilencvenes évek szociális viszonyaira épülő társadalmi rétegződési modell hiányában kevésbé vizsgálhatók. *Erre alapozva hangsúlyozom, hogy 1990 után az egészségi állapot további rosszabbodása az eleve évtizedek óta tartó romlást még fokozó átmeneti folyamatok eredménye.*

- Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeinek területi dimenziói területi egyenlőtlenségi mutatókkal bizonyíthatók. A rendszerváltozás utáni területi differenciálódás azonban nem minden egészségmutató esetében jellemző jelenség, valamint a megyei szintű átlagmutatókkal nem mutatható ki szignifikáns összefüggés a gazdasági tényezők egészségi állapotra gyakorolt hatásában. *Az ország gazdasági térszerkezetének elsősorban 1990 utáni alakulása azonban nagymértékben befolyásolja az ország kedvező és kedvezőtlen egészségi állapotú megyéinek (térségeinek) helyzetét.*
- Budapest különböző lakókörnyezeteiben végzett kérdőíves felmérések az egészségi állapot szubjektív megítélésének megismerését szolgálták. *A helyi társadalmi környezet elemei (lakókörnyezet, lakáskörülmények, szociális helyzet stb.) alapvetően hatással vannak az egyén saját egészségi állapotának értékelésére, egészségével kapcsolatos értékrendjének kialakítására (Uzzoli A. 2000a).*

VI. Konklúzió

Magyarország egészségi állapota alapján a világ országai között a középmezőnyhöz tartozik, azonban Európában egyike a legkedvezőtlenebb helyzetű országoknak. Az egészségi állapot összes mutatója rosszabb az európai átlagnál, különösen a középkorú férfiak halálozása tekintetében.

Az egészségi állapot 1966-tól tartó romlása mélypontját 1985-re érte, melyet javuló tendencia a rendszerváltozás bekövetkezése miatt nem követhetett: 1990 után azonban az átmeneti folyamatok hatására néhány év alatt érte az egészségi állapot romlása az újabb mélypontot. Így a rendszerváltozás szerepe az egészségi állapot változásában ugyan kimutatható, azonban annak társadalmi és területi dimenzióiban eltérések tapasztalhatók. Véleményem szerint az egészségi állapot különbségeiben a társadalmi meghatározottság szerepe a döntő, ugyanis a területi különbségek megyei átlagok esetében kevésbé bizonyítanak szignifikáns összefüggéseket.

A legtöbb vizsgált statisztikai mutató alapján az ország jó egészségi állapotú térsége Északnyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Veszprém megye), míg a rossz Északkelet-Magyarország (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén megye). Továbbá az országos átlagokhoz képest kedvező egészségi állapotú nyugati országrészben legrosszabb Somogy megye, illetve a kedvezőtlen keleti országrészben legjobb Csongrád megye helyzete. Az országos átlagokhoz képest jó Budapest egészségi állapota: egyedül a daganatos halálozások területi koncentrációjában bizonyítható a főváros kedvezőtlen helyzete. Az egészségi állapot hazai területi különbségeinél viszont hangsúlyosabbak a Budapesten belül tapasztalható különbségek: míg a megyék életkilátásaiban 2,5 év, addig a fővárosi kerületekben 10 év a különbség (Európában pedig 15 év!).

VII. A hivatkozott irodalom jegyzéke

- Ádány Róza – Vargáné Hajdú Piroska – K. Fülöp Ildikó (2003): A korai halálozás jellegzetességei az ezredforduló Magyarországon. In: Ádány Róza (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 27-42. o.
- A népesség reprodukciójának minősége, egészségi állapota, biológiai státusa. KSH 1986.
- Balogh Károly – Bezerédj Béláné (1999): Közlemények a budapesti agglomerációról 9. – A lakosság egészségi állapota és egészségügyi ellátása. KSH Budapesti és Pest Megyei Igazgatósága, Budapest
- Black, D. - Morris, J. N. - Smith, C. – Townsend, P. (1985): Inequalities in health. The Black Report. Penguin Books, Hammondswoth, Middlesex, England
- Bokor Ágnes (1987): Szegénység a mai Magyarországon. Magvető Kiadó, Budapest 164-172. o.
- Dési Illés – Gönczi Csabáné – Holló Attila – Pásztor Zsuzsanna (1979): Magyarország egyes felszíni vizeiben és a levegőben lévő peszticid szennyezettség vizsgálata. Földrajzi Közlemények 1979/1-3. 66-72. o.
- Donkáné Verebes Éva (1998): Egészségügyi helyzetkép négy alföldi megyében Területi Statisztika 5. 419-449. o.
- Eckhardt Sándor (1999): A rákhalálozás Magyarországon az irodalmi adatok tükrében. Demográfia 1999/1-2. 76-87. o.
- Farkas Ilona (1993): A daganatos halálozás hazai helyzetéről. ÖKO 2-3. 89-99. o.
- Galambos József – Tóza István (1992): Józsefváros egészségügyi információs rendszere. Kézirat. MTA FKI, Budapest
- Gárdos Éva (1996): Az egészségügyi ellátóhálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. Demográfia 1. 38-53. o.
- Glatz Ferenc (szerk.) (1998a): Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Glatz Ferenc (szerk.) (1998b): Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Glatz Ferenc (szerk.) (2001): Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Glatz Ferenc (szerk.) (2002): Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Glatz Ferenc (szerk.) (2003): Egészségmegtartás, betegségmegelőzés. Műhelytanulmányok. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Gyárfás Iván – Makara Péter (szerk.) (1985): Szívbetegség - Társadalom: Kockázat – Megelőzés. (Az eddigi eredmények összefoglalása). Országos Kardiológiai Intézet, Budapest
- Joubert Kálmán (2003): Az újszülöttek fejlettségének szocio-demográfiai összefüggései. Statisztikai Szemle 68. 857-868. o.
- Józán Péter (1986): A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980-1983. Demográfia 1986/2-3. 193-342. o.

- Józán Péter (1989): A halálozási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon. Info – Társadalomtudomány 37-46. o.
- Józán Péter (1991): A halandóság néhány jellegzetessége Magyarországon az 1980-as években. Info – Társadalomtudomány 339-350. o.
- Józán Péter (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. Statisztikai Szemle 1-2. 5-20. o.
- Józán Péter (1994b): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. Statisztikai Szemle 3-4. 101-113. o.
- Józán Péter (1996): Halálozások, halandóság. In: Klinger András (főszerk.): Demográfia. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 243-410. o.
- Józán Péter (1999): A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon 1945-1985. In: Fokasz Nikosz - Örkény Antal (szerk.): Magyarország társadalomtörténete 1945-1989. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. 66-71. o.
- Józán Péter (2001a): A századvég népesedési viszonyai és a századelő valószínű demográfiai forgatókönyve Magyarországon. (www.om.hu/letolt/kutat/tep/elet/jozan.pdf)
- Józán Péter (2001b): A századvég halandóságának földrajzi különbségei Magyarországon. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
- Józán Péter (2002a): A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány 2002/4. 419-439. o.
- Józán Péter (2002b): A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999. Nemzeti Népesedési Program. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
- Károlyi Sándor (1858): Általános áttekintés az ember betegségeinek földrajzi eloszlásáról. Orvosi Hetilap
- Kiss Éva (1994): A Közép-Tisza-vidék népességének egészségügyi helyzete. Statisztikai Szemle 1. 46-58. o.
- Klinger András (1987): A halandóság társadalmi foglalkozási különbségei Magyarországon. Demográfia 1987. 240-272. o.
- Klinger András (2003): A kistérségek halandósági különbségei. Demográfia 2003/1. 9-42. o.
- Kopp Mária - Skrabski Árpád (1995a): Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Corvinus Kiadó, Budapest
- Kopp Mária - Skrabski Árpád (1995b): Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest
- Kopp Mária (1999): A mentálhigiénés megelőzés alapelvei. Népegészségügy 1999/80. 4-21. o.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád – Szedmák Sándor (1999): A testi és a lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia 1999/1-2. 88. o.
- Kopp Mária - Skrabski Árpád (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. Demográfia 2000/2-3. 252-277. o.
- Losonczi Ágnes (1986): A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Magvető Kiadó, Budapest
- Losonczi Ágnes (1989): Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít... Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Losonczi Ágnes (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest
- Morbiditási adattár 2001. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2003.
- Orosz Éva (1989): Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – Az újraértelmezés szükségességéről. Tér és Társadalom, 2. 3-19. o.
- Orosz Éva (1993): A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. Társadalmi - területi egyenlőtlenségek Magyarországon. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest. 231-255. o.
- Orosz Éva (1996): Félúton vagy tévúton? – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországgért Egyesület, Budapest
- Orosz Éva (1998): Reformillúziók és valóság. A magyar egészségügy a kilencvenes években. Társadalmi Szemle 8-9. 93-111. o.
- Ottó Szabolcs – Kásler Miklós (2002): Rákmortalitás és –incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. Magyar Onkológia 2002/2. (www.webio.hu/huon)
- Paksy András (2002): A népesség egészségi állapota. In: Életminőség és egészség. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 1-59. o.
- Pál Viktor (1997): Egészségföldrajzi folyamatok elemzési lehetőségei a makói kistérségben. Geográfus Doktoranduszok II. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány. ELTE TTK Földrajz Tanszékcsoport, Budapest 1997. november 21-22.
- Pál Viktor (1998): Kistérségek egészségföldrajzi vizsgálatának problémái. Geográfus Doktoranduszok III. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány, Debrecen

- Pál Viktor (1999): Régiók egészségügyi helyzetének komplex elemzése. In: Táj és ember – geográfus szemmel. CD-ROM. Geográfus Doktoranduszok IV. Országos Konferenciája. Szegedi Tudományegyetem 1999. október 22-23.
- Skrabski Árpád - Kopp Mária - Szedmák Sándor (2001): Megbirkózási készség és az egészség alakulása a történelmi változások tükrében. (www.mpsz.org)
- Szalai Júlia (1986): Az egészségügy betegségei. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest
- Szegő L. – Jármay J. – Vargha L. (1977): A bőrrák és a dohánytermesztés összefüggéseinek vizsgálata Szabolcs- Szatmár megyében. Magyar Onkológia 1977/21. 51-59. o.
- Tóth Ildikó (2001): A társadalmi környezet hatása az egészségre. In: Balázs Péter (szerk.): Népegészségtan. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 93-114. o.
- Tózsza István (1994): Egészségügyi környezetinformációs rendszer Budapesten. Földrajzi Értesítő 3-4. 351-363. o.
- Vargha László György (1970): Szabolcs-Szatmár megye néhány orvosföldrajzi vizsgálata. Szabolcs-Szatmár megyei KÖJÁL kiadása.