KOLLÁNYI Zsófia –
IMECS Orsolya

Az egészség – befektetés

DEMOS
MAGYARORSZÁG

Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre

2007. szeptember

© DEMOS Magyarország Alapítvány 2007.

Tartalomjegyzék

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ 6

BEVEZETÉS 12

A. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A GAZDASÁG ÖSSZEFÜGGÉSEI 16

1. Az egészség mint a gazdasági teljesítmény egyik faktora 17

1.1 A szegénység betegít, a betegség szegényít – Egészségi állapot és gazdasági teljesítmény egyénre vonatkozó, elméleti összefüggései 18

1.1.1 Hatásmechanizmus 19

1.1.2 Az egészségre ható tényezők 26

1.2 Az egészség mint a humántőke komponense 27

1.2.1 Endogén növekedéselmélet és egészség 28

1.2.2 Növekedéselméleti modellek és egészség 29

1.2.3 Hosszú idősoros elemzések 33

2. Mennyit ér az egészség? 37

2.1 A betegség költségei 37

2.1.1 A betegség közvetlen költségei 37

2.1.2 A betegség közvetett költségei 38

2.1.3 A betegség „puha" költségei 41

2.1.4 A betegségek költségei Magyarországon 41

2.2 Az élet értéke – fizetési hajlandóság és egyéb megközelítések 47

3. Az egészségügyi rendszer mint gazdasági szereplő 50

B. EGÉSZSÉG ÉS ÉLETMINŐSÉG 54
1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése 55
2. Életminőség és betegség 58
3. A magyar lakosság egészsége és életminősége 59
3.1 A szív- és érrendszeri betegségek hatása az életminőségre 61
3.2 A depresszió hatása az életminőségre 62
3.3 Az allergia hatása az életminőségre 63
3.4 Stressz és életminőség 64
3.5 Egészségmagatartás 68
4. Egészség és életminőség – a közösségi dimenzió 69
4.1 Egyenlőtlenségek és kohézió 69
4.2 Közösségi egészségfejlesztés és életminőség 71

ÖSSZEGZÉS 76

I. MELLÉKLET: A MAGYAR LAKOSSÁG ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS ÉLETMÓDJA 80
1. Az egészségi állapot mutatói 80
1.1 Az egészségi állapot makrojellemzői 80
1.1.1 Várható élettartamok 80
1.1.2 Megbetegedési adatok 83
1.1.3 Vélt egészség 85
1.2 Rokkantnyugdíj és táppénz 86
1.2.1 Rokkantnyugdíj 86
1.2.2 Táppénz 87
1.3 Az egészségügyi rendszer igénybevétele 88
2. Életmód 91
2.1 Dohányzás 91
2.2 Alkoholfogyasztás 92
2.3 Elhízás 93

II. MELLÉKLET: ESETTANULMÁNYOK 98
1. Ormosbánya és Borsodbóta egészségprogramjai 98
2. Egészségfejlesztés a Mars Magyarországnál 103
3. Egészségfejlesztés egy magyarországi nagyvállalatnál 108

FELHASZNÁLT IRODALMAK JEGYZÉKE 114
Az egészségi állapot és a gazdaság összefüggései 114
Egészség és életminőség 116
I. Melléklet: A magyar lakosság általános egészségi állapota és életmódja 118

V E Z E T Ő I

A DEMOS Magyarország jelen, a TESZ Alapítvánnyal együttműködésben készített füzetében bemutatjuk, hogyan hat az egészségi állapot a gazdaság teljesítőképességére és az egyének életminőségére. A tanulmány mellékleteként két magyarországi nagyvállalat és két község egészségprogramjáról, azok eredményeiről beszámoló esettanulmánnyal illusztráljuk a leírtakat, emellett pillanatfelvételt adunk a magyar lakosság egészségi állapotáról is.

Egészségi állapot és gazdasági teljesítmény összefüggései

Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény

A gazdasági körülmények javulása az egészségi állapot javulását eredményezi, de létezik ellentétes irányú, az egészségi állapottól a gazdasági teljesítőképesség felé mutató összefüggés is. A népesség általános egészségi állapota négy fő csatornán keresztül hat az egyéni, a vállalati, és az országos szintű gazdasági teljesítőképességre. Az egészségesebb ember hatékonyabban, termelékenyebben dolgozik, ugyanazt a munkát rövidebb idő alatt, illetve jobb minőségben képes elvégezni, mint kevésbé jó egészségi állapotú kollégája. Az egészségi állapottal pozitív összefüggést mutat a munkakínálat mennyisége is: az egészségesebb ember kevesebb időt tölt betegállományban, és későbbi életkoráig képes munkavégzésre, mint az, akinek roszszabb az egészségi állapota.

A második közvetítő csatorna az oktatás. Az oktatásban való részvétel, az ott megszerzett tudás mennyisége és minősége pozitívan hat a gazdasági teljesítményre. A gyermekkori egészségi állapot nagyban befolyásolja a tanulási képességeket, így közvetett módon ugyancsak hatással van a gazdasági teljesítményre. Az általános egészségi állapot javulása, a várható élettartam emelkedése arra ösztönzi az egyéneket, hogy minél több erőforrást és időt fordítsanak saját képzésükre.

ÖSSZE-FOGLALÓ

A harmadik közvetítő csatorna a beruházásoknak forrást biztosító lakossági megtakarítások növekedése, ami ugyancsak a várható élettartam emelkedésével van összefüggésben. A negyedik csatorna a demográfiai átmenet. A születések és halálozások gyors csökkenésével párhuzamosan nő az aktívak aránya a társadalmon belül, ami lendületet ad a gazdaságnak. A csecsemőhalandóság csökkenésének következtében érdemes lesz a gyermekeket egészségben nevelni, iskoláztatni, ami a humántőke gyors és látványos akkumulációját vonja maga után.

Az egészség ugyanolyan tőkefajtának tekinthető, mint a fizikai tőke, a technológia, vagy a tudástőke. Az egészséget tőkének tekintő, makroszintű elemzések szerint az egészségi állapot jelentős mértékben hozzájárul a gazdaságok növekedéséhez: a várható élettartam egy évnyi emelkedése négy százalékkal növeli a GDP-t.

Hosszú idősoros elemzések is igazolják az egészség központi szerepét: Nagy-Britannia 1790 és 1980 között bekövetkezett gazdasági növekedése harminc százalékban a táplálkozási körülmények javulásának, az egyéni teherbírás ebből fakadó növekedésének tudható be. Az egészségi állapotot befolyásoló életmódbeli tényezők ma is éppúgy hatással vannak az egyéni teljesítőképességre – és ezen keresztül a gazdasági növekedésre –, mint száz évvel ezelőtt, amikor például az éhezés csökkentette a teljesítményt.

A betegség költségei

A rossz egészségi állapotnak háromféle költségét szokás megkülönböztetni: a közvetlen, a közvetett, illetve a „puha” költségeket. Közvetlen költségek alatt a gyógyulás, illetve a betegséggel összefüggő közvetlen pénzkifizetések költségeit értjük. Ide tartozik a kezelés összes költsége, a táppénz, valamint a rokkantnyugdíj. A közvetett költségek a betegség miatt kiesett termelést takarják. Ide soroljuk azokat a veszteségeket is, ami a nem tökéletes egészségi állapotú dolgozó csökkent teljesítményéből fakad, és ami veszteség a többszöröse lehet a betegség miatti hiányzásokból eredőnek. A betegség „puha” költségei mindazok a nem számszerűsíthető költségek, amit a fájdalom, a szenvedés, a betegségből fakadó egyéb, pszichés terhek jelentenek.

Magyarországon a betegségek közvetlen és közvetett költségei 2005-ben összesen 6 157 milliárd forintot tettek ki. Bár ezen költségek egy része a társadalom más szereplőinél bevételként realizálódik, összesen 3 648 milliárd forint a kiesett termelésnek az egész társadalom számára veszteséget jelentő összege.

Az élet értéke – fizetési hajlandóság

A betegségek okozta terhet úgy is számolják, hogy felmérik, mennyit is ér az egészség az egyén számára. Ezt a módszert alkalmazva más megvilágításba kerülhetnek a fejlett térségekben (régiókban, országokban) rohamosan növekvő egészségügyi kiadások is. Svédországban például az 1990 és 1998 között bekövetkezett egészségügyi költségnövekedés 2,5-szeres „nyereséget” hozott. Hasonlóan magas megtérülési rátákkal találkozhatunk Olaszország, Spanyolország, Nagy-Britannia, illetve az Egyesült Államok esetében is.

Az egészségügyi rendszer mint gazdasági szereplő

Az egészségügy – háttériparaival együtt – Európa egyik legnagyobb munkáltatója. Kibocsátása meghaladja a kereskedelemét és a pénzügyi szolgáltatásokét, innovációk iránti igénye révén a technológiai haladás egyik húzóága lehet. Gazdasági hajtóereje kiteljesedéséhez azonban szükség van arra, hogy a finanszírozó – legyen az az állam, a biztosító vagy az egyén – maga is gazdasági értéket termelő

szereplőként tekintsen az egészségügyre, az egészségügy pedig végre valóban szolgáltatóként önmagára.

Egészségi állapot és életminőség

A magyarok általánosan rossz egészségi állapotával az életminőség radikális csökkenése jár együtt. Az életminőséget leginkább csökkentő betegségek a lakosságot a következőképp érintik: mozgásszervi betegségek a lakosság 11,2 százalékánál, depresszió 27,3 százaléknál, szív- és érrendszeri megbetegedések pedig a lakosság 39,2 százalékánál fordulnak elő.

A közép-kelet európai egészség-paradoxon szerint azért magasabb térségünkben a halálozás – elsősorban a középkorú férfiak halálozása –, mint amit gazdasági és technológiai fejlettségi szintünk indokolna, mert a krónikus stressz példátlanul magas szintjével kell együtt élnünk.

Az egészség és életminőség összefüggésének egyik kulcsdimenziója a közösség. Mind a társadalmi kohézió hiánya, mind a viszonylagos lemaradottság érzete nagyhatású egészségi rizikófaktor. Az egészség- és közösségfejlesztő életminőség-javító programok elsősorban a kohézió megteremtésén keresztül hatnak az elégedettségre, és ezen keresztül az általános, klinikai értelemben is mérhető egészségi állapotra. Tanulmányunk egyik legfontosabb következtetése éppen ezért az, hogy az általános egészségi állapot javítása a társadalom és a gazdaság összes szereplőjének elemi érdeke, egyúttal közös, elháríthatatlan felelőssége is. Mindannyiunk érdeke, jövőbeni boldogulásunk feltétele, hogy ezt a felelősséget az egyes egyéntől a legmagasabb döntéshozói szintig mindenki felismerje és felvállalja.

bevezetés

BEVEZETÉS

Mielőtt elkezdenénk biztosítóról, kórházról, orvosról – röviden: egészségügyről – gondolkodni, szeretnénk leszögezni: ez a tanulmány *nem* az egészségügyről szól. Nem kíván annak szenvedélyes szerkezeti vitáiban állást foglalni, nem kíván kizárólagos felelősséget hárítani egyik vagy másik szereplőre, nem kíván számon kérni. Írásunk az egészségről szól, és ez lényegesen és szükségszerűen tágabb témakör, mint amit a mai magyar egészségügyi rendszer felölel.

Ha mégis fenn kívánnánk tartani az egészségügyi rendszerhez való kötődést, akkor azt mondhatnánk: arról írtunk, miért is fontos számunkra az egészség, és miért kell, illetve érdemes arra az egyénitől az állami szintig erőforrásokat fordítani. A válasz frázisszerűen egyszerű: mert az egészség mindannyiunk elemi érdeke. Az alábbi oldalakon azt bizonyítjuk be, hogy ez a frázis a legkevésbé sem üres, ugyanis az egészség közvetlen gazdasági előnyökké konvertálható egyéni, vállalati és nemzetgazdasági szinten; javítja a helyi közösségek és tagjaik életminőségét; révén politikai előnyhöz juthat az, aki észreveszi a benne rejlő lehetőségeket. Az egészségügyi rendszerhez köthető másik terület az egészségügyi prevenció, amellyel kapcsolatban arra hívjuk fel a figyelmet, hogy az egészségvédelem csak akkor lehet sikeres, ha abból mindenki kiveszi a részét, vagyis nem korlátozódhat a háziorvosi rendelőkre, sem az „egészséges életmód” egy-egy területére. Hiába javasolja a háziorvos, hogy hagyjuk abba a dohányzást, vagy fogyókúrázzunk – ha megteszi egyáltalán –, hiába táplálkozunk egészségesen, amíg szorongással ébredünk a munkánk miatt, hiába sportolunk rendszeresen, amíg szennyezett városi levegőben tesszük mindezt.

Ma már lépten-nyomon lehet egészséget, egészséges életmódot „népszerűsítő”, annak fontosságát sulykoló nyilatkozatokba, cikkekbe, tájékoztatókba botlani. Ennek ellenére továbbra is Magyarország az egyik legbetegebb ország Európában: bizonyos betegségeket illetően halálozási mutatóink többszörösei más, nyugat-európai országokénak, várható élettartamunk az egyik legalacsonyabb még az újonnan csatlakozott országok között is, és ennek a rövidebb életnek is körülbelül az utolsó tíz évét betegen töltjük.

Bár ma az egészségügyben zajló reformok egyik kimondott célja éppen ennek az áldatlan helyzetnek a javítása volna, úgy látjuk, a hangsúly ismét

csak a szorosan vett egészségügyi rendszer technikai részleteire tolódott. Az egészségügyi rendszer és annak „háttéripara” – jóllehet, sokat tehet egészségünkért – mégis pusztán egy az egészségi állapotot befolyásolni tudó tényezők között. Az egészségügy a rendszerváltás óta folyamatosan a közpolitikai érdeklődés középpontjában áll, de a sürgető szerkezeti kérdéseken kívül más nem nagyon fért a fókuszba. Az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés soha nem kapott valódi prioritást. Ebben a tanulmányban bemutatjuk, mekkora veszteséget okoz ez évről évre az országnak, a népességnek, a gazdaságnak és a politikának. Sok ezer milliárd forint vész el a rossz egészségi állapot következtében a gazdaságból, és a lakosság nagyon nagy része szenved olyan – részben megelőzhető – betegségektől, amelyek súlyosan csökkentik az életminőséget.

Annak, hogy a szervezett egészségügyi prevenció rendre háttérbe szorul, meglátásunk szerint az az elsődleges oka, hogy bár meglehetősen költséges, az általános felfogás szerint nem jár azonnali, kézzelfogható, látványos eredményekkel. Meggyőződésünk, hogy ez tévhit, és dolgozatunk másik célja az, hogy ezt be is bizonyítsuk. Az elképzelés alapja valószínűleg az, hogy aki eredményt szeretne látni, az klinikailag kimutatható eredményre gondol: az élettartam növekedésére, a megbetegedések visszaszorulására. Ez természetesen nem következik be: senkinek nem javul azonnal és ugrásszerűen az egészségi állapota attól, hogy részt vesz valamilyen egészségfejlesztő programon. Vállalatok és települések egész sora tapasztalhatta már meg ugyanakkor, hogy az ilyen programoknak igenis vannak azonnali hatásai. A munkavállalók kevesebb betegszabadsággal, nagyobb munkateljesítménnyel „hálálják meg”, ha munkáltatójuk figyelmet fordít egészségükre, a települések lakóinak pedig közérzetét, életük minőségét javítja, a közösséget összetartó kötéseket erősíti bármiféle közösségi prevenciós program. Ezek az eredmények a helyi vezetőknek közvetlen politikai-gazdasági hasznot hozhatnak, feltéve, hogy azok elég szemfülesek észrevenni a lehetőséget. A füzet végén egy csokornyi, települések és vállalatok egészségvédő programjait bemutató esettanulmánnyal illusztráljuk mindezt. Ráadásul – mint az az esettanulmányokból is kiderül – minél közelebb kerül egy-egy program a célszemélyekhez, annál kisebb a költsége is: a helyi erőforrásokat megmozgatva akár fillérekből megvalósítható, sokkal inkább eléri a címzetteket, így könnyebben konvertálható tényleges magatartásváltozássá, mint a szélesebb kört célzó, de szükségképpen általánosabb „üzenet”.

A.

az egészségi állapot

és a gazdaság össze-függései

A.
AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A GAZDASÁG ÖSSZEFÜGGÉSEI

A közgazdasági Nobel-díjat 1993-ban Robert W. Fogel chicagói közgazdász kapta. Vogel több száz év adatait elemezve megállapította, hogy az elmúlt kétszáz évben Nagy-Britanniában bekövetkezett gazdasági fejlődés – a fizikai tőke mennyiségének növekedése, a technológiai fejlődés, az oktatás, illetve számtalan más tényező mellett – harminc százalékban annak tudható be, hogy javultak a táplálkozási viszonyok, ennek köszönhetően a lakosok egész ségi állapota, teherbírása, munkaképessége is. (Fogel; 1993) Nincs okunk feltételezni, hogy ez a hatásmechanizmus ma már ne érvényesülne.

Tíz évvel Fogel megállapításai után, 2003-ban az OECD vezető közgazdászai egy közel 250 oldalas tanulmányban foglalták össze tudásukat arról, hogy a szervezet országaiban milyen forrásai azonosíthatók a gazdasági növekedésnek, és mi magyarázza az egyes országok közti eltéréseket. (OECD; 2003) A növekedés tényezői között szerepet tulajdonítanak az emberi tőkének is, de azt kizárólag az oktatásban eltöltött évek számával mérik – az egészségi állapotról egyetlen szót sem ejtenek.

A két tanulmány ellentmondásai ékes bizonyítékai annak, hogy az egészség kiemelkedő gazdasági értékét taglaló elméleti kutatások még mindig süket fülekre találnak, noha ma már a legnevesebb közgazdászok többsége sem kételkedik abban, hogy az egészségi állapot – mind közvetlen, mind közvetett módon – számtalan csatornán keresztül hat a gazdasági folyamatokra.

Az egyének gazdasági teljesítőképessége, a helyi és a nemzeti gazdaság teljesítménye egyaránt függ a munkavállalók egészségi állapotától. Más, a gazdasági teljesítőképességet befolyásoló tényezők, így például az egészségnél sokkal bőségesebben kutatott oktatás, vagy épp a megtakarítások szintje maguk sem függetlenek az egészségi állapottól. A betegségek okozta költségek – a gyógyítás ára, a betegségek miatt kieső munkaidő és munkaerő – számba vehető, és

a legkevésbé sem elhanyagolható terhet ró a társadalmakra. Ráadásul az egészségügyi rendszer maga is megkerülhetetlen gazdasági tényező – mint munkáltató, fogyasztó és innovátor egyaránt jelentős hatást gyakorol a gazdaságra.

Az alábbiakban először az egészség és a gazdaság között közvetítő csatornákat, az egészség és a gazdaság egyéni, illetve makrogazdasági szintű összefüggéseit mutatjuk be részletesen, majd rátérünk a betegségek okozta költségek más, nem növekedési szemléletű elemzésére. A tanulmány végén röviden kitérünk az egészségügyi rendszer gazdasági szerepére is.

1. Az egészség mint a gazdasági teljesítmény egyik faktora

Egy térség lakosainak egészségi állapota és gazdasági teljesítőképessége közötti összefüggések alapjaiban határozhatják meg az egész térség gazdasági teljesítményét, az egekbe röpítve, vagy épp a végsőkig visszatartva azt. Utóbbira jellemző példa Afrikának a Szaharától délre fekvő része, ahol az éhezés, a fertőző betegségek – amelyek ellen mi itt, a gazdag Nyugaton már akár gyermekkorunkban védettséget nyerünk –, a különféle trópusi kórok és az AIDS az alkalmazható munkaerő derékhadát egyszerűen lesöprik a gazdaság porondjáról, eleve kudarcra ítélve, hogy ezek az országok kitörjenek a „harmadik világbeliként" megbélyegzettek csoportjából. (Mayer-Faulkes; 2006) Az azonban már sokkal kevésbé ismert, hogy gyakorlatilag minden olyan ugrásszerű fejlődési periódust, amit retrospektíve gazdasági csodának tekintünk, a közegészségügyi viszonyok és az általános egészségi állapot ugyancsak gyors fejlődése támogatott, legyen szó Kínának az egész világot elgondolkodtatóan gyors növekedéséről a kilencvenes években, vagy az ipari forradalom idejében Európa-szerte általánosan jellemző gazdasági fejlődésről. (Sachs; 2001) A gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti kapcsolatra vonatkozó meglehetősen általános közvélekedés fényében, vagyis hogy az előbbi van hatással az utóbbira – és nem fordítva –, mindez nem meglepő. A gazdaság felívelése az életkörülmények javulását – a táplálkozás, a lakáskörülmények nívósabbá válását, az egészségügyre fordított állami összegek növekedését – eredményezi, ezek pedig mind pozitívan hatnak az egészségi állapotra.

Noha gyakorlatilag minden erre vonatkozó kutatás egyöntetűen azt bizonyítja, hogy az összefüggés legalábbis kétirányú, egyes rafinált módszertani fogásokkal élő kutatók mégis megkockáztatják, hogy az egészségi állapot gazdasági teljesítményre gyakorolt hatása mellett szinte eltörpül az ellentétes irányú összefüggés. (Brinkley; 2001) Elméleti úton elemezve a kérdést egy fontos szempont mindenképpen inkább az utóbbi álláspont mellett szól. Feltételezhetjük, hogy az általános egészségi állapot csak viszonylag lassan változik, vagyis a körülmények mégoly gyors és általános javulásának is csak évekkel, akár évtizedekkel később lesz statisztikailag is érzékelhető eredménye.[1] Ezzel szemben a javuló egészségi állapotból, legalábbis részben, késlekedés nélkül gazdasági előnyök kovácsolhatók – elég, ha csak a megnövekedett teherbírásra, termelékenységre gondolunk.

Mindezzel együtt a továbbiakban azt feltételezzük, amiből a téma legtöbb szerzője is kiindul, vagyis hogy oda- és visszafelé is függ egymástól egészség és gazdaság. Ez a kölcsönös meghatározottság természetesen nagyban megnehezíti az egészség gazdasági szerepét vizsgáló kutatásokat, különösen a gazdasági fejlettségre és fejlődésre gyakorolt számszerű hatásának megállapítását.

1.1 A szegénység betegít, a betegség szegényít – Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény egyénre vonatkozó, elméleti összefüggései

A jövedelem, vagy a más módon mért társadalmi státusz és az egészségi állapot közötti összefüggések kutatása a magyarországi szociológiában is hoszszú múltra tekint vissza, jellemzően az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek mentén. Az elsősorban empirikus eredményeken, nem pedig ok-okozati viszonyok elemzésén alapuló általános felfogás az, hogy „a szegénység betegít". (Aracsi; 2005) Tehát

1 Minden egészségvédő és –fejlesztő program megvalósításának egyik legfőbb akadálya, hogy a költségek azonnal jelentkeznek, eredményt azonban csak sokkal később látunk. Ugyanakkor nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy egyes népegészségügyi intézkedések (például egy védőoltás bevezetése) igenis viszonylag gyors, jól látható javulást eredményezhetnek.

minél alacsonyabb a jövedelme, a társadalmi státusza valakinek, várhatóan annál rosszabb az egészségi állapota.[2]

A rossz egészségi állapot aztán maga is a szegénység egyik okozójává válhat. A gyakori akut epizódok, a krónikusan rossz egészségi állapot „szegényítenek", mivel csökkentik a teherbírást, rontják a munkaerőpiaci esélyeket, ezáltal növelik a munkanélkülivé, inaktívvá válás veszélyét. Ezt a jelenséget nevezte Tardos Katalin „betegségspirálnak". (Tardos; 1998) Csakhogy semmi nem indokolja, hogy ez a spirál kizárólag „egyirányú", lefelé, egyre rosszabb állapotok felé tartó lehet. Éppúgy haladhatunk mellette felfelé is: jobb egészségünknek köszönhetően jobb anyagi körülményeket teremtve, bővülő anyagi forrásainkból többet fordítva az egészségre.

1.1.1 Hatásmechanizmus

Azon csatornák többsége, amelyeken keresztül az egészségi állapot hatást gyakorol a gazdasági teljesítményre, józan ésszel is feltárható. Tökéletes fizikai és mentális egészségben nyilvánvalóan lényegesen jobb minőségű és nagyobb mennyiségű munkát vagyunk képesek elvégezni, mint a skála másik végét jelentő szélsőségesen rossz egészségi állapotban – például súlyos akut állapotban, krónikus betegségből fakadó cselekvőképtelenségben, vagy épp eszméletlenül. Az első esetben egyéni termelékenységünk a maximálishoz, utóbbi állapotokban viszont a nullához közelít, és e két végpont között a termelékenységnek természetesen számtalan szintje képzelhető el.

David Bloom és David Canning azóta klasszikussá vált közös tanulmányában a szerzők összesen négy nagyobb csoportját mutatják be ezeknek a

2 Az egészségi állapot mérése önmagában is megérdemelne egy külön fejezetet, de itt csak utalunk arra, mennyire nem egyértelmű kérdésről van szó. Az egyik legelterjedtebb módszer az egészségi állapot mérésére a szubjektív „önbevallás", vagyis amikor a kérdezett maga becsüli meg egészségének színvonalát egy numerikus skálán. Az ilyen becsléseket azonban sok minden torzíthatja: az egészséggel és betegséggel kapcsolatos elképzeléseink, ismereteink éppúgy, mint azoknak az egészségi állapota, akikéhez a sajátunkat viszonyítjuk.
A beteg-epizódok számbavétele, amikor arra ad választ a kérdezett, hogy az elmúlt időszakban egy adott periódus alatt hány napot töltött betegen, szintén felveti a szubjektivitás problémáját (egyénenként eltérő lehet, mit definiálunk betegségnek), és az se segít a helyzeten okvetlenül, ha a táppénzes napok számát kérdezzük, hiszen van, aki dolgozik olyan állapotban is, amikor kollégája esetleg már rég beteget jelentett volna. Ráadásul ezzel a technikával elsősorban az akut epizódokra deríthetünk fényt, míg a krónikus állapotok, vagy a teljesítőképesség tartós csökkenése rejtve maradhatnak.
Szokás az egészségügyi ellátás igénybevételét mérni is, de ez sem kevésbé problémás: jól tudjuk, hogy az orvoshoz fordulás valószínűsége is jócskán meghatározott mind kulturálisan, mind a rendelkezésre álló erőforrások (úgy az információk, mint az ellátás elérhetősége) által, vagyis nem áll egyenes arányban az egészségi állapot teremtette szükséglet szintjével.

közvetítő csatornáknak. (Bloom-Canning; 2000) Jóllehet, a két szerző nemzetgazdasági szinten vizsgálta a két változó összefüggését, az általuk leírt mechanizmusok kivétel nélkül a mikroszinten, egyéni döntésekben, lehetőségekben gyökereznek.

a) Termelékenység és munkaerőpiaci részvétel

A Bloom és Canning által bemutatott négy csoportból az első a fent már említett termelékenység. Attól függően, hogy milyen fizikai és mentális egészségi állapotban kezd neki valaki egy bizonyos munkának, más-más hatékonysággal fogja tudni végezni azt.

Egy dolgozó termelékenységét megmérni persze az esetek többségében nem könnyű feladat. Az egészségi állapot és a termelékenység közötti kapcsolatot vizsgáló kutatók többsége az órabért, vagy valamely más módon számolt bérrátát tekinti a termelékenység mutatójának a neoklasszikus közgazdaságtannak abból a feltevéséből indulva ki, hogy tökéletes verseny körülményei között az órabér egyenes arányban áll a dolgozó termelékenységével.[3] Ráadásul az egészségi állapotot is nagyon eltérő módszerekkel mérik az egyes kutatók: a vérkép elemzésétől a felnőttkori testmagasságon keresztül a már ismertetett, önbevallás alapján feltárt egészségi állapotig sokféle eljárás ismeretes.

Talán meglepő, hogy a felnőttkori testmagasság az egészségi állapot mutatójaként szerepel. Amellett, hogy a testmagasságot nagy mértékben befolyásolják genetikai, hormonális és egyéb biokémiai tényezők, a gyermekkori táplálkozás színvonala ugyanígy kimutatható hatással van rá. (Schultz; 2002) Azzal a legtöbben tisztában vagyunk, hogy az évszázadok folyamán – különösképp az elmúlt 100–150 évben, elsősorban a javuló életkörülményeknek, közegészségügyi viszonyoknak köszönhetően – eleink átlagos testmagassága folyamatosan nőtt.[4] Az azonban már valószínűleg kevésbé ismert tény, hogy az átlag szintjén a modern társadalmakon belül is kimutathatók bizonyos tendenciózus különbségek az eltérő testmagasságú emberek között.

3 Pontosabban a munka határtermék-értéke (vagyis annak a termékmennyiségnek a piaci értéke, amelyet egy pótlólagos egységnyi munkaerő képes előállítani) áll egyenes arányban ennek a pótlólagos egységnyi munkaerőnek a költségével (praktikusan az órabérrel).

4 A későbbiekben, a történeti tanulmányok bemutatásakor erre a kérdésre részletesen kitérünk.

Egy 25 és 54 év közötti ghánai, illetve brazil lakosságra vonatkozó empirikus kutatás szerint például 1 centiméterrel nagyobb testmagasság 1,4–1 százalékkal magasabb bérrel jár együtt a férfiak, és 1,7 százalékkal magasabb bérrel a nők esetében, de a 20 és 28 év közötti amerikaiak esetében is szignifikáns az összefüggés: a férfiak esetében 0,45, a nőknél 0,31 százalékkal több a magasabbak keresete. (Schultz; 2002)

Ennél valamivel közvetlenebb mutatókat használó vizsgálatokról számol be a WHO egyik tanulmánya. (Thomas; 2001)

Kínai kutatók a fonógyári munkásnők teljesítményét elemezték. A munkásnők a kísérlet során vasban gazdag táplálékot kaptak,[5] aminek hatására hatékonyságuk 5, termelékenységük pedig 17%-kal javult. Ugyanezt tapasztalták Sri Lanka-i teaültetvényen dolgozó munkások esetében is. Egy indonéziai gumifaültetvény vérszegény munkásainak termelékenysége (az időegység alatt begyűjtött gumimennyiségben mérve) 20%-kal volt alacsonyabb, mint vérszegénységben nem szenvedő társaiké. (Thomas; 2001)

De nem csak távoli országokból hoz példát a tanulmány: egy brit vizsgálatban krónikus hátfájással élő férfiak számára biztosítottak lehetőséget arra, hogy tornázzanak, és rendszeresen orvosi kezelésen vegyenek részt. Egy év elteltével lényegesen kevesebben panaszkodtak közülük hátfájásra, és az ebből adódó munkahelyi hiányzások mennyisége is jelentősen csökkent. (Thomas; 2001)

Egy amerikai kutatócsoport az alkalmazottak termelékenységét befolyásolni tudó egészséggel kapcsolatos kockázati tényezők és a termelékenység közötti kapcsolatot vizsgálta, amely termelékenységi érték ezúttal önbevalláson alapult. Összesen tizenkét kockázati tényezőt vizsgáltak, és megállapították, hogy ezek közül négy volt kiemelkedő hatással a termelékenységre: az élettel való általános elégedettség, a munkával való elégedettség, a rossz egészségi állapot és a stressz. Az alkalmazottak termelékenységén átlagosan 2,4 százalékot rontott egy-egy újabb kockázati faktor megjelenése – a közepes és magas kockázatú alkalmazottak termelékenysége átlagosan 6,2-12,2 százalékkal volt kevesebb alacsony kockázatú társaiknál. (Burton et al; 2005)

5 A vasban szegény táplálék többek között súlyos vérszegénységet okoz.

Az alábbi becslés ugyan aggregált szintre vonatkozik, különlegessége azonban, hogy a mikroszintű eredményeket (vagyis az egyének egészségi állapotának és bérének kapcsolatát) veszi alapul a makroökonómiai összefüggések (vagyis az általános egészségi állapot és kibocsátás közti viszony) előállításához:

Az egészségi állapot és a gazdasági növekedés már citált, nagy nevű kutatói, a Bloom–Canning páros állapította meg sok, különböző fejlettségű ország adatait elemezve, hogy a felnőttkori túlélési ráta[6] egy százalékpontos emelkedése a munkaerő termelékenységének 2,8 százalékos növekedését eredményezi. (Bloom-Canning; 2005)

A munkahelyi hiányzások kérdése elvezet minket a munkaerőpiacon való jelenlét, munkakínálat problémájához, amely maga is fontos dimenziója az egészséggel kapcsolatos gazdasági veszteségeknek. Amennyiben nem szigorúan az órabért vesszük figyelembe az egyes munkások „eredményeinek" értékelésénél, hanem arra is tekintettel vagyunk, hogy milyen napi vagy heti óraszámban, illetve évente hány napban, valamint, hogy összesen hány évig vannak jelen a munkaerőpiacon, tovább árnyalhatjuk az egészség és a gazdasági teljesítmény közötti összefüggést.[7] A betegség és a gazdasági teljesítmény közötti kapcsolatnak ugyanis mind makro-, mind egyéni szinten fontos tényezője, hogy miként hat a betegség a munkakínálatra. Egy-egy hosszabb, súlyosabb betegség után sokan egyáltalán nem térnek vissza a munkaerőpiacra, mások pedig, noha megkísérelnek elhelyezkedni, nem járnak sikerrel. Az is gyakori, hogy a korábbi teljes állás helyett rövidebb

6 A felnőttkori túlélési ráta (Adult Survival Rate, ASR) azok aránya a 15 éves népességen belül, akik várhatóan meg fogják érni a 60. életévüket.

7 Jeffrey D. Sachs, a WHO makroökonómusa hoz érzékletes példát arra, hogy ha a jövedelmi egyenlőtlenségekre vonatkozó ismereteinket kiegészítjük az egészségi állapottal – például a várható élettartammal – kapcsolatos tudásunkkal, akkor messze meghaladjuk az „A többet keres, mint B" jellegű kijelentéseket.
„Tekintsük például egy botswanai és egy amerikai átlagpolgár jólétének különbségét. Botswanában 1997-ben az átlagos éves vásárlóerő-paritáson mért egy főre jutó jövedelem 6320 dollár volt. Az Egyesült Államokban ugyanebben az évben 30 000 dollár volt az átlagos jövedelem. Első ránézésre úgy tűnhet, hogy az Egyesült Államokban az egy főre jutó jövedelem ötszöröse volt a botswanainak. Csakhogy, míg egy 22 éves, 12 évet az oktatásban töltött botswanai élete során az átlagjövedelemnek várhatóan 61-szeresét keresi majd meg (összesen 385 000 dollárt), az ugyanennyire tanult 22 éves amerikai, a magasabb várható élettartamnak köszönhetően ennek százhúszszorosát (3 600 000 dollárt) keresheti meg. A teljes élettartamra vetített (nem diszkontált) kereseteket tekintve tehát az éves kereset helyett megállapíthatjuk, hogy a jövedelmi szakadék valójában majdnem tízszeres kettőjük között." (Sachs; 2001, 25. oldal) Ha ehhez a hosszabb várható élettartam további előnyeit is hozzávesszük, még ennél is nagyobb lehet a tényleges különbség kettejük között.

időre vállal valaki munkát. A betegségnek ezen következményei mind az egyéni jövedelmet csökkentik (és egyes kutatók véleménye szerint elsősorban ez az oka a romló egészségi állapottal összefüggő jövedelemcsökkenésnek (Andrén and Palmer; 2001)), de a munkaerőpiacon keresztül a makrogazdaságra is hatással vannak.

A munkahelyi hiányzások, különösen a munkaerő betegséggel összefüggő fluktuációja a vállalatok termelékenységét is érzékenyen érintheti még akkor is, ha sem az együtt dolgozó teamek munkáját nem akadályozza, sem konkrét időbeli csúszást nem okoz. A fluktuáció magas szintje az átlagosan egy munkahelyen, egyfajta tevékenységgel töltött idő rövidülését eredményezi, ezáltal csökkenti azt a gyakorlottságot, rutint, ami a munkás magasabb termelékenységéhez járulhatna hozzá. Erre a kérdésre később, a betegségek költségeinek becslésénél visszatérünk még.

b) Oktatás

A második közvetítő csatorna az oktatás. Azt, hogy az oktatásban eltöltött idő és eredményesség hatással van a későbbi keresetekre, munkaerőpiaci pozícióra, ma már evidenciaszámba megy. Tanulmányok hosszú sora elemzi részletesen az oktatás hatását egy ország gazdasági prosperitására, jellemzően azt a konklúziót vonva le, hogy minden hosszú távú versenyképességre vágyó országnak elemi érdeke, hogy oktatási rendszerét fejlessze.[8] Arra már lényegesen kevesebb tudományos figyelem fordul, hogy az egészségi állapot maga is befolyásolja az iskolapadban eltöltött évek számát, valamint, hogy milyen teljesítményt képes ott nyújtani az egyén – vagyis az oktatás által a gazdasági fejlődésre gyakorolt hatás részben az egészségi állapotnak tudható be.

8 Az oktatás és gazdaság kapcsolatát elemző tanulmányok hosszú sorát többek között lásd az egyik legnevesebb amerikai közgazdaságtani kutatóintézet honlapján: http://www.nber.org/papersbyprog/ED_archive.html

Az egészség és az oktatás közötti összefüggés kettős. Egyfelől, talán mindenki számára egyértelmű, hogy a jobb egészségi állapotnak örvendő, megfelelően táplált, pihent, kevesebbet betegeskedő, kevesebbet hiányzó gyerekek jobb teljesítményt tudnak nyújtani az iskolában, mint kevésbé egészséges társaik.

Brit kutatók például azt elemezték egy követéses felvétellel nyert adatbázison, hogy hány tárgyból tettek a diákok általános vizsgát 16 éves korukban[9], és megállapították, hogy egyértelmű összefüggés van az egészségi állapot és a vizsgateljesítmény között. Az alacsony testsúllyal születettek 0,5-del, azok, akiknek az anyja dohányzott a terhesség alatt, 0,4-del, a hét éves korukban bármiféle krónikus panaszszal élők 0,3-del kevesebb tárgyból vizsgáztak le, a 16 éves korban tapasztalt krónikus egészségi probléma pedig további 0,2-del csökkentette a sikeres vizsgák számát. (Case et al; 2004)

Az egészségi állapot és az oktatás között másfelől az is kapcsolatot teremt, hogy akik egészségesebbek, és ezért várhatóan hosszabb ideig fognak élni, azoknak érdemes időt és pénzt fektetniük saját képzésükbe, mert ennek a befektetésnek bőven lesz ideje megtérülni. Ha tudjuk, hogy hosszú időskort élhetünk meg, sokkal nagyobb ösztönzésünk lesz arra, hogy életünk egy jelentős részét tanulással töltsük, hogy később jobb munkaerőpiaci pozíciókat, magasabb keresetet érjünk el, nem utolsó sorban azonban a lehetőségünk is sokkal inkább meglesz minderre. Ez a fajta befektetési szemlélet ráadásul nem csak az egyéni döntéseket befolyásolja, hanem a munkaadókét is: ha ugyanis a munkavállalók egészségi állapota nem elég jó, és valószínű, hogy ezért belátható időn belül elhagyják a céget, nem lesz érdemes képzésükbe energiát és pénzt fektetni. (Sala-i-Martín; 2005)

9 Az úgynevezett O-szintű (O mint ordinary, azaz általános) vizsga, amit 1986-ban megújítottak és átneveztek, a legelterjedtebb egységes vizsgarendszer Nagy-Britanniában, amelynek keretein belül a diákok számtalan tárgyból tehetnek vizsgát. Egy átlagos diák 9-10 vizsgát tesz.

Korábban már volt szó arról, hogy a gyermekkori táplálkozás és egészségi állapot befolyásolja a felnőttkori testmagasságot. Amerikai kutatók fiatal felnőtt férfiak testmagassága és az oktatási rendszerben való részvételük időtartama között kerestek összefüggést, és azt találták, hogy minden plusz tíz centiméter további egy iskolában töltött évet jelentett az amerikai, másfelet a brazil férfiak esetében, mely utóbbi másfél év egyébként Brazíliában átlagosan az iskolai képzéssel töltött idő egynegyede. (Strauss–Thomas; 1998)

c) A fizikai tőke felhalmozása

A harmadik csatorna, amely az egészségi állapot és a gazdaság között közvetít, már sokkal inkább makroszinten értelmezendő. Bár empirikus bizonyítéka – elsősorban az erre vonatkozó kutatások hiánya miatt – alig akad, a hosszabb várható élettartam és az oktatásban való részvétel közötti összefüggés mintájára feltételezhetjük, hogy a várható élettartam emelkedése az egyéni megtakarítási kedvet mint az öngondoskodás egyik formáját is serkenteni fogja. A lakossági megtakarítások szintjének növekedése a beruházások szintjének emelkedését és a rendelkezésre álló fizikai tőke mennyiségének növekedését eredményezheti.[10]

d) Demográfiai átmenet

Nyilvánvalóan nem a Magyarországhoz hasonló fejlettségű és főleg demográfiai profilú országokban, de a javuló egészségi állapotnak a demográfiai folyamatokra is mély, a gazdaságra tovaterjedő hatása van. Mint azt a fejlett világban az ipari forradalmat követő demográfiai átmenet kapcsán már volt alkalmunk nyomon követni, a halálozás – különösen a gyermekhalandóság – csökkenésével párhuzamosan csökkenni kezd a születésszám is. Ez egyszerre két, ha nem is azonnali eredménnyel jár. Egyrészt a korábban magas születésszám miatti magas függőségi ráta csökkenni kezd, így egy átmeneti időszakra (amíg majd az idősek

10 Makroökonómiai alapvetés, hogy egy zárt gazdaságon belül a beruházások szintje megegyezik a megtakarítások szintjével.

növekvő aránya újra meg nem növeli a rátát) az aktívak lesznek többségben a társadalomban, ez az idő pedig elegendő lehet arra, hogy a gazdaság kitörjön a stagnálásból, és gyors növekedésnek induljon. (Bloom-Canning; 2000) Másrészt a gyermekhalandóság csökkenésével „megnő a gyermek értéke", vagyis érdemes lesz „befektetni" a gyermek egészségi- és tudástőkéjébe, iskoláztatni, egészségben nevelni, ami pedig a humántőke látványos akkumulációját vonja maga után. (Sachs; 2001)

1.1.2 Az egészségre ható tényezők

Ha már a közvetítő csatornáknál tartunk, meg kell említenünk, hogy a folyamatnak nem maga az egészség a forrása, hanem az egészséggel kapcsolatos mindazon tényezők és körülmények összessége, amelyek a társadalom tagjainak egészségi állapotát meghatározzák, vagyis tulajdonképpen környezetünk és életünk minden egyes mozzanata.

1. ábra: Az egészségre ható tényezők

FORRÁS: TEP; 2000, eredeti forrás: Dahlgren–Whitehead 1991

Az egészségi állapot meghatározói között az egészségügyi rendszer tehát csak egy a sok közül, bizonyos becslések szerint súlya 15 és 25 százalék közötti. (O'Hara; 2005)

Bár jelen tanulmánynak nem kimondott célja konkrét közpolitikai megoldásokról véleményt formálni, ezen a helyen mégis említést kell tennünk az általános egészségi állapot fejlesztésének létező modelljeiről. Ezek közül is kiemelkedik az Európai Unió *Health in All Policies* (HiAP, Egészség Minden Közpolitikai Intézkedésben) című programja. (Stahl et al; 2006) A HiAP lényege, hogy horizontális koordináció révén valamennyi közpolitikai döntés meghozatalában szerepet kap az egészségi állapot fejlesztésének, és általában az egészségnek a szempontja.

Ez éppúgy jelentheti az adórendszer „egészségbarát" kialakítását, mint a környezetvédelem, az iparpolitika, a közlekedés, az oktatás, a mezőgazdaság és az élelmiszeripar „egészségbarát" szabályozását – a lehetőségek köre szinte végtelen. A modell másik célja, hogy az egészségi állapotban elért javulást multiszektoriálisan, társadalmi és gazdasági összefüggésben is értékeljék, ezáltal szintén valamennyi szakpolitika számára érzékelhetővé téve, hogy amire áldoznak, abból hasznuk is származik.

1.2 Az egészség mint a humántőke komponense

Az, hogy az egészséget, illetve az egészségi állapotot a vállalati és nemzetgazdasági termelésben a munkaerő vagy a humántőke egyik komponenseként értelmezik, nem tekint vissza nagyon hosszú múltra a közgazdasági elemzések történetében. Hosszú ideig a munkaerőre vonatkozó mennyiségi szemlélet volt uralkodó a közgazdaságtanban, és csak lassanként jelent meg, majd kezdett meggyökerezni a munkaerő-állomány minőségi ismérveit (is) figyelembe vevő szemléletmód. Ezen belül még ma is inkább az oktatás, képzés szerepe van előtérben, de egyre szaporodik azon kutatások száma, amelyek az egészségi állapotra mint a munkaerő-állomány teljesítőképességének egyik fontos összetevőjére is figyelmet fordítanak.

Az egészség tőke-jellegének első átfogó, mikroszintű elemzése (amely 1972-ben jelent meg először) Michael Grossman nevéhez fűződik. (Grossman; 2000) Grossman előtt az egészségre elsősorban

mint fogyasztási jószágra tekintettek az egészségügyi közgazdászok, vagyis úgy kezelték, mint ami pusztán „élvezeti értéke” miatt hasznos az ember számára. A Grossman-modell két szempontból hozott újdonságot. Egyrészt az egyént nem kizárólag mint az egészség fogyasztóját, hanem mint annak termelőjét mutatta be, aki nem egyszerűen megvásárolja az egészséget – például különféle egészségügyi szolgáltatások fogyasztásával –, hanem maga is előállítja azt. Másrészt az egészséget nem pusztán fogyasztási jószágnak tekinti, ami közvetlen hasznosságot eredményez az egyén számára, hanem termelési tényezőnek is, amely a piaci, illetve nem piaci tevékenységekkel tölthető idő hosszát növeli. Ennek következtében a modellben az egészség minden ízében úgy viselkedik, ahogy a fizikai tőke: kiinduló állományát csökkenti ugyan az amortizációja, különféle, időben és pénzben mérhető befektetésekkel azonban növelhető.

Ennélfogva az egészségbe való befektetés az egyén részéről bármiféle más fizikai tőke-befektetéshez hasonlóan lesz értelmezhető. Az egészségbe való beruházás optimális szintje az, ahol éppen annyit nyerünk vele, mint amennyit összességében rá kell fordítanunk, a ráfordítások között számba véve azon elmaradt beruházások hasznait (az úgynevezett lehetőségköltséget) is, amelyekről lemondunk az egészségbe való beruházás miatt. Az egyén számára optimális beruházási szintet tehát számos tényező befolyásolhatja, a leginkább evidens költségvetési korláttól, illetve a szolgáltatások árától kezdve az elnyert egészséges idő értékén (például a bérrátán) keresztül egészen a szolgáltatások igénybevételének hatékonyságát nagyban meghatározó iskolázottsági szintig.

1.2.1 Endogén növekedéselmélet és egészség

A gazdasági növekedés kutatása egyidős a gazdaság kutatásával, gyökerei egészen az „alapító atyákig”, a tudományterületüket még politikai gazdaságtannak nevező Smith-ig, Ricardoig, Malthus-ig nyúlnak vissza: már ők is kíváncsiak voltak arra, hogyan, mitől növekszik a gazdaság. Az első, igazán átfogó növekedési modellre, a Solow-féle neoklasszikus modellre mégis az 1950-es évek közepéig kellett várni. A modell szerint minden gazdaságnak létezik egy egyensúlyi növekedési pályája, amelyet előbb-utóbb el is ér, és amelyet a népesség növekedési üteme és a fizikai tőke amortizációjának sebessége mellett a

technikai fejlődés határoz meg. A modell többek között azért örvendett nagy népszerűségnek, mert általa elméleti bizonyítást nyert, hogy létezhet abszolút konvergencia a világ gazdaságai között: lassanként a szegényebb országok is felzárkóznak a gazdagok mellé, és megszűnik a világ igazságtalan és sok szempontból fenyegető, szélsőséges megosztottsága.

Csakhogy a várakozás évtizedei során egyre világosabbá vált, hogy abszolút konvergencia márpedig nincs, sőt, még a feltételes, vagyis a kiinduló állapotot is figyelembe vevő egymáshoz közelítés is kérdéses, hiszen egyre nő a jövedelmi szakadék a világ gazdagabbik és szegényebbik fele között. Ráadásul bebizonyosodott az is, hogy a modell segítségével a növekedésnek, illetve a különböző országok növekedési ütemei közötti eltéréseknek elenyésző hányadát tudjuk csak kézzel foghatóan megmagyarázni. A növekedés értelmezéséhez újabb elméletre, újabb magyarázó változókra volt tehát szükség.

Ismét közgazdászok széles köre kezdte kutatni a gazdasági növekedés gyökereit. Hamar nyilvánvalóvá vált, hogy az ember, az emberi tőke lesz a titok nyitja. Arra azonban még jó darabig nem gondoltak, hogy ebbe nem csak az iskolázottsági vagy képzettségi szintet, hanem az egészséget is bele kell érteni. Az áttörést talán Robert W. Fogel korábban már említett Nobel-díjas tanulmánya jelentette – innentől kezdve a legnevesebb közgazdászok is egyre nagyobb figyelmet fordítottak az egészségi állapotra, jóllehet, a köztudatban ez a megközelítés még ma is jobbára háttérbe szorul.

1.2.2 Növekedéselméleti modellek és egészség

Ma már nagyon sok tanulmány vizsgálja az egészségi állapot és a gazdasági növekedés közötti kapcsolatot. Ezek a kutatások jellemzően olyan kérdésekre keresik a választ, hogy mennyivel növeli például a GDP-t, vagy a GDP növekedésének ütemét a várható élettartam egységnyi (egy évvel/egy százalékkal való) növekedése.[11]

Vannak átfogó növekedési modelleket felállító tanulmányok, amelyek tulajdonképpen a fentiekben már részletezett közvetítő csatornák szerepét rendszerezik. Ezen modellek felépítése

11 Az egészségi állapot már említett endogenitása természetesen komoly és kezelendő problémát jelent ezeknél a kutatásoknál; a különféle szerzők a legkülönfélébb módokon (az ok és okozati kapcsolat logikai elemzésével, statisztikai becslésekkel, kontrollváltozók bevezetésével, a mikro- és makroökonómiai módszerek ötvözésével) igyekeznek azt kiküszöbölni.

általában elegánsan egyszerű: kiindulásképp a kutatók elfogadnak bizonyos feltételezéseket, vagyis megjelölnek olyan tényezőket, amelyeket a gazdasági fejlődés motorjának tartanak, majd logikai és empirikus úton levezetik, hogyan befolyásolja az egészségi állapot ezeket a csatornákat. Ha feltesszük például, hogy a gazdasági növekedés egyik legfontosabb faktora a technológia fejlődése,[12] a technológia fejlődését egy adott gazdaságon belül pedig serkenti egyrészt mondjuk a termelékenység szintje, másrészt a lakosság iskolázottsága, harmadrészt pedig kreativitása[13] (Howitt; 2005), máris három kapcsolódási pontot is találtunk, amelyen keresztül az egészség képes hatni a gazdasági fejlődésre. A javuló egészségi állapot hatására emelkedik ugyanis a termelékenység, nő az iskolázottság szintje, és az emberek kreativitása is magasabb lesz: nem csak több terméket vagy jobb iskolai eredményeket, de több új ötletet is képesek lesznek „előállítani".[14] Ha megfelelően állítottuk fel modellünket, ha nem hagytunk ki fontos befolyásoló tényezőket, és megfelelően becsültük meg az egyes tényezők jelentőségét is, akkor a modell segítségével kisebb-nagyobb pontossággal előrejelezhetjük, hogyan hat majd egységnyi egészségi állapotváltozás a gazdaság teljesítményére, pontosabban a termelékenységre, iskolázottságra, kreativitásra, azokon keresztül a technológiai fejlődésre, annak révén pedig a gazdasági teljesítményre.

Az elméleti modellépítést gyakorta empirikus elemzés is kiegészíti, de vannak, akik tisztán empirikus elemzéssel, az egészség és a gazdaság közötti kölcsönhatást különféle módokon kiszűrve próbálnak elméleti ismeretekhez jutni. Az empirikus elemzések egyik legáltalánosabb és leginkább látványos eredményekkel járó módszere a különböző fejlettségű országok nagy csoportjain végzett elemzés. Ezek a kutatások minden kétséget kizáróan bizonyították, hogy az egészségi állapot érzékelhető, sőt, jelentős mértékben befolyásolja az egyes országok gazdasági teljesítményét – tehát tendenciózus, az egészségi állapotnak betudható különbségek vannak a rosszabb és a jobb egészségi állapotú országok gazdasági eredményei között.

A különféle módszerekkel élő és különféle eredménymutatókat használó kutatások következtetései ugyan sokfélék, de mind egy irányba mutatnak:

12 Vagyis a gazdasági növekedés üteme a technológiai fejlődés függvénye.

13 Vagyis a technológiai fejlődés ennek a három tényezőnek a függvénye.

14 Vagyis e három tényező – legalábbis részben – az egészség függvénye.

igazolják, hogy egy ország lakosainak általános egészségi állapota nagy mértékben hozzájárul az ország gazdasági teljesítményéhez. Az alábbi táblázatban egy összefoglalást mutatunk be ezekről a számszerű összefüggésekről a leginkább elismert kutatások alapján.

2. ábra: Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései

Forrás	Egészségi állapot-változás	Ennek hatására bekövetkező gazdasági változás
Zamora (2000)	A várható élettartam 5 évnyi növekedése	A GDP-növekedés ütemének 0,3-0,5 százalékpontos emelkedése
Bloom-Canning (2000)	A várható élettartam 1 évnyi növekedése	A GDP 4 százalékos emelkedése
Bhargava (2001)	A felnőttkori túlélési ráta 1 százalékos növekedése	A GDP-növekedés ütemének 0,05 százalékpontos növekedése
Jamison-Lau-Wang (2005)	A felnőttkori túlélési ráta 1 százalékos növekedése	A GDP fél százalékos növekedése

FORRÁS: Suhrcke; 2005

A fent bemutatott látványos eredményeket szinte kizárólag azok a kutatások produkálták, amelyek fejlett és fejlődő országokat egyaránt tartalmazó mintákat elemeztek. Ha csak a fejlett országokat vizsgáljuk ugyanilyen módszerekkel, elsősorban halálozási statisztikákat alkalmazva, az egészségi állapot alig-alig tűnik hatással lenni a gazdaság teljesítményére. A jelenség egyik lehetséges magyarázata, hogy az egészségi állapot valójában csak a fejlettség alacsonyabb szintjein befolyásolja jelentősen a gazdaság teljesítményét (vagyis fogja vissza azt). Minél fejlettebb egy gazdaság és jobb az általános egészségi állapot, annál inkább háttérbe szorul az egészség, és inkább a „hagyományos" humántőke-komponensek: az iskolázottság, a szaktudás, a különféle skillek kerülnek előtérbe.

Létezik olyan elmélet, amely szerint az egészségi állapot javulása a gazdasági növekedés elsődleges motorjára, a technológiai haladásra hat serkentőleg, és minthogy a fejlett országokban ennek üteme már elérte a globálisan lehetséges maximumot, az egészségi állapot mégoly látványos javulása sem eredményezhet a fizikailag lehetségesen túli javulást. (Howitt; 2005) Mások a humántőke termelésen belüli szerepének tudják be az egészség és gazdaság közötti kapcsolat gyengeségét:

a fejlődő országokban nagy súlya van a munkaerőnek a termelésben, a fejlett gépi technológiákat alkalmazó nyugati társadalmakban ezzel szemben alacsony.

Vannak azonban, akik azzal érvelnek, hogy a változók megválasztása elhibázott: a várható élettartam a fejlett országok között eleve nem eléggé differenciált ahhoz, hogy elemzésével értékelhető eredményeket kapjunk. (Tompa; 2002) Utóbbi álláspont képviselői felvetik, hogy ha nem a várható élettartamot, hanem például a szív- és érrendszeri eredetű halálozást, vagy ezen megbetegedések gyakoriságát tekintenénk az egészségi állapot mutatójaként, a fejlett országok esetében is empirikus bizonyítást nyerhetne az egészségi állapot relevanciája a gazdasági fejlődés szempontjából – ilyen elemzések azonban egyelőre nem készültek.

A például a várható élettartammal mért általános egészségi állapotnak a gazdaság teljesítményére gyakorolt hatását befolyásolja az is, hogy önmagában a humántőke fejlődése, ha például nem áll rendelkezésére megfelelő mennyiségű termelő gép vagy nyersanyag (fizikai tőke), vagy épp az alkalmazott termelési módszer nem biztosít elegendő teret a humántőkének, nyilvánvalóan nem tudja a végtelenségig emelni a kibocsátás szintjét. Egy magyar kutatópáros például hét év megyei jövedelmi és egészségi adatait elemezve arra a következtetésre jutott, hogy egyrészt a humántőke csökkenő megtérülési rátája, másrészt a humántőkének a termelésen belüli alacsony részaránya miatt ma Magyarországon, a gazdasági fejlettség jelen szintjén elenyésző hatása van az egészségi állapotnak. (Vanicsek et al; 2003, Rigler–Vanicsek; 2004) Hasonló probléma vetődik fel a munkanélküliséggel, inaktivitással kapcsolatban is: csak az aktív, a munkaerőpiacon is szerepet vállaló populáció egészségi állapota van hatással a kibocsátásra.

Más kérdés ugyanakkor, hogy ezek a vizsgálatok szükségszerűen elfedik a lakosság különböző csoportjai közötti egészségi állapotbeli különbségeket. Nem zárhatjuk ki, hogy – mégha az átlagos egészségi állapot javulása nincs is jelentős hatással a gazdasági teljesítményre – lehetnek olyan, nagyon rossz egészségi állapotú társadalmi csoportok, akiknek egészségi állapotán javítva jelentős növekedést érhetnénk el gazdasági teljesítményüket illetően.

1.2.3 Hosszú idősoros elemzések

Többször idéztünk már Robert W. Fogel tanulmányából, amely egyike az egészség gazdasági hatásait vizsgáló úttörő munkáknak. Fogel többek között Nagy-Britannia, Franciaország és egyes skandináv országok többszáz évre visszamenő átlagos testmagasság-testsúly, illetve napi kalóriabevitel adatait elemezte.

3. ábra: A felnőttkort megérő férfiak átlagos becsült testmagassága 6 európai országban 1750 és 1975 között (cm)

Születési idő (negyedszázad pontossággal)	Nagy-Britannia	Norvégia	Svédország	Franciaország	Dánia	Magyarország
1751–1775	165,9	163,9	168,1	–	–	168,7
1776–1800	167,9	–	166,7	163,0	165,7	165,8
1801–1825	168,0	–	166,7	164,3	165,4	163,9
1826–1850	171,6	–	168,0	165,2	166,8	164,2
1851–1875	169,3	168,5	165,6	165,6	165,3	–
1951–1975	175,0	178,3	177,6	172,0	176,0	170,9

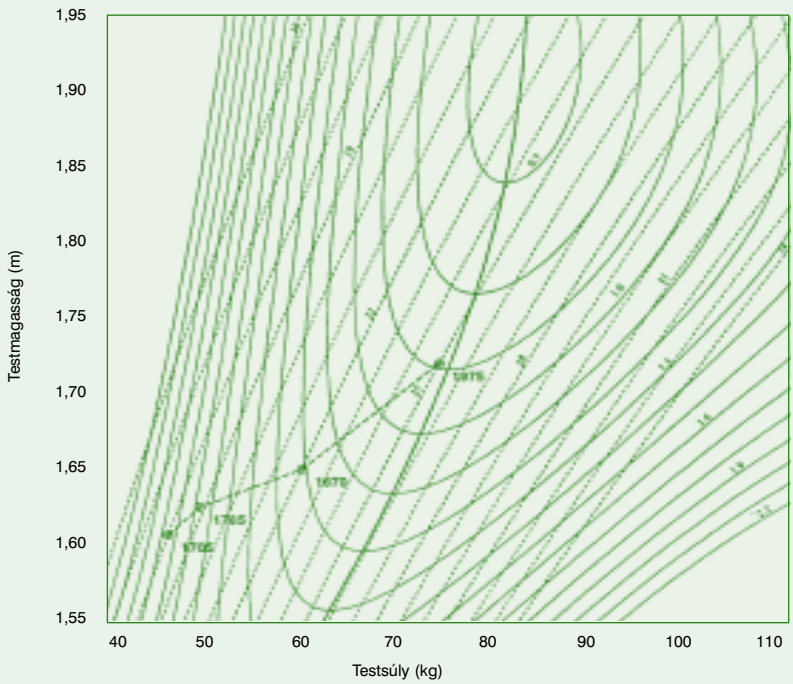
FORRÁS: Fogel; 1994

A fenti táblázat adatai alapján jól követhető, hogyan változhatott ebben a hat országban az életszínvonal a bemutatott kétszáz év alatt. Tanulságos például, hogy a magyar férfiak a 18. század közepén átlagosan magasabbak voltak még a ma magasnak ismert norvégoknál és svédeknél is, a 20. század derekára azonban ez az előny jelentős csökkenések következtében hátrányba fordult.

A testmagasság, illetve testmagasság és testsúly alapján képzett testtömeg-index (BMI)[15] Vogel eredményei szerint szoros összefüggésben áll a halálozási esélyekkel, vagyis valóban jó mutatói a hagyományos értelemben vett egészségi állapotnak. A következő ábrán a bal alsó sarokból jobbra felfelé futó szaggatott, évszámokkal jelzett vonal a különböző korszakokban élt 50 és 64 év közötti norvég férfiak halálozási esélyeit jelöli, testmagasságuk és testsúlyuk függvényében.

15 Testtömeg-index (BMI) = $\frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagasság (m)}^2}$

4. ábra: 50 és 64 év közötti norvég férfiak halálozási valószínűsége a testmagasság és a testsúly függvényében



FORRÁS: Fogel; 1994

A vízszintes tengelyen a kilogrammban kifejezett testsúlyt ábrázoltuk, a függőlegesen pedig a méterben mért testmagasságot. A rézsútos szaggatott vonalak mentén azonos a testtömegindex, az ellipszisek pedig az úgynevezett izomortalitás-görbék: az ezek mentén található testmagasság-testsúly kombinációval jellemezhető embereknek ugyanakkora a halálozási valószínűsége. Az optimális, vagyis legalacsonyabb halálozást biztosító testmagasság-testsúly kombinációkat a rézsútosan felfelé futó görbe köti össze. Jól látható, hogy az így kijelölt ideális testsúlynál alacsonyabb testsúly nagyobb veszélyt jelent, mint a túl magas. A norvég férfiak 1705 és 1975 között, bár még messze nem jutottak el a legalacsonyabb halandóságot biztosító tartományba, már majdnem elérték az ideális testmagasság-testsúly kombináció görbéjét.[16]

16 A testmagasságot a gyermekkori, a testsúlyt pedig a felnőttkori táplálkozás mutatójaként szokás tekinteni, hiszen nyilvánvaló, hogy felnőtt korban már csak a testsúly változtatásával mozoghatunk az ábrán jelzett térképen.

A testmagasság-testtömeg kombináció azonban nem csupán az életesélyeknek jó mutatója. Ismeretében, ha a napi kalóriabevitelről is rendelkezünk némi információval, bízvást következtethetünk az egyének teherbírására, nevezetesen arra, hogy adott testmagasság és adott napi kalóriabevitel mellett naponta átlagosan hány óra munkavégzésre képes valaki. Ez utóbbit egyszerűen az emberi szervezet energiafelhasználása alapján számítja ki a szerző. Ennek fényében, illetve tudva, hogy a táplálék összetételének javulásán kívül annak mennyisége is jelentősen megnőtt az elmúlt száz évben, könnyen felismerhetjük, hogy az alacsonyabb testmagasság nem egyszerűen a kisebb teherbírás *oka* volt: minthogy magát a testet is fenn kell tartani – ami szintén energiát igényel – adott kalóriabevitel mellett minél kisebb a test, annál több energiát tud fordítani saját életfunkcióin kívül „hasznos" munkavégzésre – vagyis *érdemes* alacsonyabbnak lenni.[17]

A kalóriaigény és a kalóriabevitel ismeretében az energiamegmaradás törvényét felhasználva Vogel megállapította, hogy az 1700-as évek végén a francia munkaerőállomány tíz százaléka semmiféle munkavégzésre nem lehetett képes annyi kalóriából, amennyihez hozzájutott, és a következő tíz százalék is legfeljebb napi három órányi könnyebb, vagy fél órányi nehezebb munkát volt képes elvégezni. A helyzet a briteknél is csak hajszálnyival volt jobb: annak ellenére, hogy itt csak az alsó három százalék volt tökéletesen munkaképtelen, a következő húsz százaléknak legfeljebb napi határányi könnyű, vagy egyórányi megerőltető munkára jutott ereje. A fentiek figyelembevétele mellett, illetve az azóta történt változások ismeretében Fogel tehát azt állapította meg, hogy Nagy-Britanniában az 1790 és 1980 közötti időszakban bekövetkezett gazdasági növekedés harminc százaléka a táplálkozás fejlődésének köszönhető, amint arról már volt is szó korábban.

Felmerülhet a kérdés, hogy mennyiben relevánsak ezek az információk a mai fejlett országokban, vagy akár Magyarországon. Ma Magyarországon az egy főre jutó kalóriafogyasztás (3500 kilokalória fejenként) inkább több az ideálisnál, mint kevesebb. (FAO; 2004) Bár ennek minősége nem okvetlenül kielégítő, és mennyisége is egyenetlenül oszlik el, az éhezés és alultápláltság ma elsősorban a szélsőséges szegénységgel, és nem az általános egész-

17 Egy 177 cm magas és 78 kg súlyú férfinak (ilyen például egy átlagos, harmincas évei elején járó amerikai férfi ma) pusztán a létfenntartásához napi 2279 kilokalóriára van szüksége. Ebből 485 kilokalóriát táplálkozásra és alapvető higiéniai tevékenységekre fordít, a fennmaradó 1794 kilokalóriát pedig egyszerűen a metabolizmusai használják el. Az 1700-as évek végén egy átlagos brit férfi napi kalóriafogyasztása 2700, egy franciáé napi 2300 kilokalória körüli volt. (Fogel; 1994)

ségi állapottal összefüggésbe hozható problémák körébe tartozik Magyarországon. Ennek ellenére, ha elfogadjuk a felnőttkori testmagasságot mint a terhelhetőség vagy valamiféle elvont egészségi állapot mutatóját, nem túlságosan bíztató kép rajzolódik ki előttünk.

5. ábra: Felnőtt férfiak testmagassága a világ különböző országaiban

Ország	Férfiak testmagassága (cm)	A vizsgált populáció és a módszer
Hollandia	183,0	21 évesek
Svédország	180,0	16–24 évesek
Norvégia	179,9	18–19 évesek, mérés alapján
Ausztrália	178,4	18–24 évesek, mérés alapján
USA	178,2	20–39 éves nem spanyol fehérek
UK	177,0	16–24 évesek,
Finnország	176,7	önbevallás alapján
Franciaország	176,6	20–39 évesek, mérés alapján
Litvánia	176,4	20 éves sorkatonák, mérés alapján
Magyarország	175,8	18 éves sorkatonák, mérés alapján
Kanada	174,0	18–24 évesek, önbevallás alapján
Japán	172,18	20–24 évesek
USA	169,7	20–39 éves mexikói amerikaiak

FORRÁSOK:
Külföldi adatok: http://en.wikipedia.org/wiki/Human_height#Average_adult_height_around_the_world
Magyar adat forrása: Joubert–Gyenis; 2001.

Eszerint a táblázat szerint a magyar férfiak átlagmagassága messze elmarad a „legmagasabb", és egyúttal a leggazdagabbak közé tartozó európai nemzetek férfijainak átlagos magasságától. Annak hátterében, hogy az USA férfijai hosszú időn keresztül a legmagasabbak voltak a világon, de most mégis veszítenek ebből az előnyükből, feltehetően az Egyesült Államok társadalmának mély egyenlőtlenségei állnak: hiszen az átlag híven tükrözi a rossz anyagi körülmények között élő tömegek kisebb testméretét, még az akár egyre növekvő jómódúak magas értékei ellenére is. A táblázatban ezt a nem spanyol, illetve spanyol származású fehér amerikaiak testmagasságának jelentős eltérése is alátámasztja. Ebben a tekintetben a Magyarországon mért jövedelmi egyenlőtlenségek sem adnak okot túlzott optimizmusra, annál is inkább, mivel kutatások sora bizonyítja: a súlyos jövedelmi egyenlőtlenségek önmagukban is – a jövedelem szintjétől függetlenül – negatív hatással vannak az általános egészségi állapotra.[18]

18 Lásd még a WHO ilyen tárgyú kutatásait: http://www.who.int/health-systems-performance/docs/healthinequality_docs.htm, valamint jelen tanulmány egészség és életminőség kapcsolatáról szóló fejezetét.

2. Mennyit ér az egészség?

2.1 A betegség költségei

Az egészség és a gazdaság közötti összefüggéseket feltáró tanulmányoknak kétségkívül a betegség konkrét gazdasági költségeit számítgató, népszerű angolszász nevükön cost-of-illness-(COI) vizsgálatok alkotják az egyik legnépesebb csoportját. Ezek arra válaszolnak többé-kevésbé standard módszertan alapján, hogy vajon mennyibe kerül az adott társadalomnak egy betegség, valamilyen állapot, emberi magatartás, vagy akár mindezek együttese. A COI-vizsgálatok voltak az elsők az egészséget, illetve egészségügyet gazdasági eszközökkel értékelni próbáló módszerek sorában.

A módszer egyik legfőbb erénye, hogy viszonylag egyszerű eszközökkel teszi lehetővé a különféle betegségek terhének számszerűsítését, mégpedig úgy, hogy azok pénzbeli költségeit veszi számba. A premisszákat elfogadva kiszámíthatjuk például, mekkora veszteséget okoz a társadalomnak az erejük teljében lévő, jóval a nyugdíjkorhatár előtt álló dolgozók elvesztése. Ez azonban nem az egyes ember életének monetizálását jelenti. Egyrészt, mivel a COI-vizsgálatok nem egyénekre, hanem általában betegségcsoportokra vonatkozólag születnek, nem az emberi élet értékét, hanem az adott betegség költségeit mérik. Másrészt, legfőbb céljuk, hogy az egészség értékéről szóló, legtöbbször üres közhelyek helyett mindenki, de elsősorban a döntéshozók számára kézzelfoghatóvá tegyék az egészség értékét – márpedig ennek az az egyik legegyszerűbb módja, ha pénzben fejezik ki. A költségek között jellemző módon a közvetlen és a közvetett költségeket veszik figyelembe, lévén ezek a legkönnyebben számszerűsíthetők.

2.1.1 A betegség közvetlen költségei

Közvetlen költségeken a betegséggel kapcsolatban felmerülő költségek összességét kell érteni, függetlenül attól, kit terhelnek azok: elsősorban a gyógyítás, a táppénz, a kifizetendő biztosítás, vagy épp a rokkantnyugdíj költségeinek összegét.[19] Ha például egy jól képzett szakmunkás influenza miatt egy hétre ágyba kényszerül, akkor betegsége közvetlen költsége az őt vizitáló háziorvosnak a vizitre eső díja (amit a társadalombiztosítás fizet), a háziorvos által elrendelt gyógyszerek ára (ami részben a beteget, részben szintén a társadalombiztosítást terheli), valamint a beteg által az elrendelteken felül megvásárolt egyéb gyógyszerek és gyógyhatású készítmények ára, amelyet ő maga, vagy például – ha

19 Egyes szerzők a közvetett költségek között csak a betegség más emberekre (hozzátartozókra, a beteget otthon ápolókra) rótt terhét számolják el, a betegség miatti termeléskiesést pedig a közvetlen költségek közé sorolják. Tanulmányunkban ezeket mind közvetett költségnek tekintjük.

rendelkezik erre vonatkozó kiegészítő biztosítással – valamely egészségpénztár áll. A betegség költsége a munkáltató által fizetett táppénz is, ami értelemszerűen a munkáltatót terheli, amenynyiben a távollét a 15 munkanapot nem haladja meg.

2.1.2 A betegség közvetett költségei

A közvetett költségek számítása a betegség miatt kiesett termelés értékének becslésén alapul. A vállalat a munkás által egy hét alatt megtermelt értéknek megfelelő veszteséget szenved. Ha ezt a veszteséget számszerűsíteni akarjuk, többféle feltevéssel is élhetünk. Gondolhatjuk például azt, hogy a munkások az általuk megtermelt értéknek megfelelő bért kapnak – ekkor a veszteség egyheti munkabérnek felel meg. A marxi munkaértékelmélet nyomdokain elindulva azonban ennél sokkal messzebbre is juthatunk: a legmerészebb számítások például az érintett nemzetgazdaság GDP-jének egy héten az adott munkásra eső hányadát tekintik kiindulási alapnak.

Ha a betegség mégsem zajlik le egy hét alatt, hanem komolyabb következményekkel, szövődményekkel jár, vagy az illető szakmunkás (akár más okból) véglegesen munkaképtelenné válik, a költségek és veszteségek között el kell számolnunk a rokkantnyugdíját is, valamint mindazt az értéket, amit már soha nem fog megtermelni. Ez utóbbi összeg attól függően, hogy milyen életkorban vált rokkanttá az illető, elég tetemes lehet. Módszertani szempontból nem sokban különbözik a rokkantságétól az idő előtti halálozás költségének becslése sem. Bár ezekkel a számításokkal kapcsolatban rengeteg kérdés vethető fel, a beszámított jövedelem nagyságától egészen addig, hogy mely életkorig tekintsünk aktív termelőnek valakit, a lényegi következtetés minden esetben ugyanaz: mindenféle egészségi probléma súlyos anyagi veszteségeket okoz nem csak az érintetteknek és családjuknak, hanem az őket foglalkoztató vállalatoknak, és végső soron magának a társadalomnak is.

A nemzetközi szakirodalomban elterjedt egy másik, a munkaerő-túlkínálattal jellemezhető országok viszonyainak inkább megfelelő módszertan, az úgynevezett súrlódási költség alapú költségszámítás is. (Boncz; 2005) Ez nem a valamennyi időre munkaképtelenné váló munkavállaló teljes kiesett termelését veszi figyelembe – a munkavállaló pótolhatatlanságát feltételezve –, hanem csupán helyettesítésének költ-

ségeit. A módszer feltételezi, hogy a munkanélküliség nem strukturális, vagyis bármely szakmában rendelkezésre áll a megfelelően képzett és tapasztalt tartaléksereg, megengedi ugyanakkor, hogy a helyettesítés (a súrlódás) viszonylag hosszú időt vegyen igénybe. A számítások során az átlagos bruttó munkabérrel és meghatározott súrlódási időszakkal kalkulálnak, és feltételezik, hogy a betegség miatt munkaképtelen munkavállaló feladatainak egy részét szabad kapacitásokkal rendelkező munkatársai át tudják venni, ez tehát nem jelent kiesést.

6. ábra: Teljes és súrlódási költségek különféle körülmények esetén

	Teljes költség (TK)	Súrlódási költség (SK)	TK/SK
3 hónapos súrlódási időszak			
5 munkanap távollét	33 114 Ft	26 491 Ft	1,3
6 hónap távollét	874 200 Ft	349 680 Ft	2,5
10 évvel a nyugdíj előtti rokkantosítás	14 175 715 Ft	349 680 Ft	40,5
6 hónapos súrlódási időszak			
5 munkanap távollét	33 114 Ft	26 491 Ft	1,3
6 hónap távollét	874 200 Ft	699 360 Ft	1,3
10 évvel a nyugdíj előtti rokkantosítás	14 175 715 Ft	699 360 Ft	20,3
12 hónapos súrlódási időszak			
5 munkanap távollét	33 114 Ft	26 491 Ft	1,3
6 hónap távollét	874 200 Ft	699 360 Ft	1,3
10 évvel a nyugdíj előtti rokkantosítás	14 175 715 Ft	1 398 720 Ft	10,1

FORRÁS: Boncz; 2005

Attól függően, hogy milyen hosszú időt vesz igénybe a helyettes megtalálása, és hogy mennyi ideig munkaképtelen a munkavállaló, a kétféle megközelítés eredményei között akár negyvenszeres különbség is elképzelhető. A módszer ugyanakkor kizárólag a munkavállaló termelésből való kimaradása és a helyettesítés pillanata közötti termeléskiesést veszi figyelembe. Pedig az alkalmazottak egyrészt ma már csak a legritkább esetben dolgoznak izoláltan a munkahelyükön. Mivel általában valamilyen munkacsoport tagjai, hiányzásuk nem csak a saját, hanem az egész team munkáját, annak hatékonyságát is befolyásolja. (Pauly et al; 2002) Másrészt a munkáltatónak – különösen Magyarországon, ahol bizonyos szakmák hosszú évek óta kifejezetten hiányszakmáknak számítanak –, komoly költséget okozhat a kölcsönmunkaerő, vagy a helyettes megtalálása és bérlése, és a legkevésbé sem

biztos, hogy az a megfelelő képzettséggel rendelkezik majd. Az adott munkafolyamat és munkakörnyezet tekintetében azonban bizonyosan nem lesz akkora tapasztalata, mint betegállományban levő munkatársának. Egy akkurátus költségszámításnak mindezen tényezőket figyelembe kell vennie.

A közvetett költségek között szokás számba venni azoknak a kiesett termelését is, akik egy családtagjuk (jellemzően gyermek vagy idős szülő) betegsége miatt kényszerülnek legalább időlegesen vagy részben visszavonulni a munkaerőpiacról. Azokban az országokban, így Magyarországon is, ahol az idősgondozás intézményrendszere nem kellőképpen fejlett, holott a lakosság korstruktúrájának és az időskorúak egészségi állapotának fényében erre nagy szükség volna, az idős szülők egészségromlása különösen nagy gondot okoz. Az érintett családok sok esetben csak úgy tudják megoldani a helyzetet, hogy az aktív gyermekek közül valaki – jellemzően a nők közül – feladja addigi állását. Ugyanígy az aktív korú házastárs tartós egészségromlása is felforgatja a család életét, bár érdekes módon ez nem mindig vonja maga után egyértelműen a házastárs munkakínálatának csökkenését: ha a férfi válik munkaképtelenné, a nő sok esetben még növeli is munkaerőpiaci aktivitását, ezzel szemben a férfiak inkább csökkentik azt, ha feleségük egészsége romlik meg.

Amerikai kutatók ezt azzal magyarázták, hogy az egészséges házastárs átvállalja a beteg korábbi feladatainak egy részét, amely feladatok viszont még ma is nagy mértékben igazodnak a tradicionális nemi szerepekhez: vagyis a férfiak elsődleges terepe a munkaerőpiac, az ő betegségük esetén tehát a nőknek itt kell fokozniuk aktivitásukat, szemben a hagyományosan „női" – a háztartás és a család körüli – feladatokkal, amelyekre a nő betegsége esetén a férfinak kell több energiát fordítania a munkavállalás rovására. (Suhrcke; 2005)

A közvetett költségek között eddig csak a teljes mértékben kiesett termelés költségeit említettük. Gyakran előfordul azonban, hogy ilyen vagy olyan okból a munkavállaló – például mert tart az állása elvesztésétől, vagy mert épp egy olyan munkafolyamatot kellene

megszakítania, amivel saját magának is komoly hatékonyság-veszteséget okozna, esetleg mert úgy ítéli meg, elég jól van ahhoz, hogy dolgozzon – nem vonul betegállományba betegségével, hanem igyekszik azt „lábon kihordani", így viszont nem képes száz százalékos teljesítményt nyújtani. Ez a nyilvánvaló, de annál nehezebben mérhető jelenség, amit az angolszász szakirodalom a „presenteeism" (vagyis „jelenlét") kifejezéssel ír le az „absenteeism" („hiányzás") mintájára, csak az elmúlt néhány évben került a kutatások érdeklődésének homlokterébe. A nem teljesen egészségesen (különféle fájdalmak, a koncentráció hiánya közepette) végzett, tehát nem teljes értékű munka éppúgy veszteségeket okoz a vállalat számára, mint a teljes távolmaradás, sőt, különféle felmérések eredményei szerint ez a veszteség egy adott időszakban akár többszörösen meghaladhatja azokat a költségeket, amelyeket a munkavállalók távolmaradása okoz a vállalatoknak. Pauly és munkatársai egy tanulmányban betegségfajtától függően a hiányzás okozta költségek 7 és 13,5-szerese közöttire becsülték a „presenteeism" okozta költségeket. (Pauly et al; 2005)

Meg kell említenünk továbbá, hogy a betegség eddigiekben felsorolt közvetlen és közvetett költségei mind-mind további gazdasági hatásokat generálnak: módosítják a háztartások fogyasztási és megtakarítási szokásait, a vállalatok termelékenységét, ezen keresztül a piaci hozamok szintjét, az ország tőkevonzó képességét, és így tovább – a hatások összessége szinte beláthatatlan.

2.1.3 A betegség „puha" költségei

Van a betegség okozta költségeknek egy harmadik, semmivel sem kevésbé fontos, viszont sokkal nehezebben számszerűsíthető csoportja is: az úgynevezett „puha" vagy eszmei (intangible) költségeké. Ide tartoznak mindazok a pszichés terhek, amelyeket a betegnek és családjának pusztán a betegségből fakadóan el kell viselnie (a fájdalom, a megváltozott fizikai állapot, a munkaerőpiacról való kiszorulás, vagy az ettől való félelem terhei), de a betegségnek a társadalmi kohéziót romboló, alig-alig feltérképezhető csatornákon keresztül ható következményei is.

2.1.4 A betegségek költségei Magyarországon

Az alábbiakban a fent bemutatott módszereket alkalmazva becslést adunk | arra vonatkozólag, összesen mekkora költséget, illetve veszteséget okoznak Magyarországon egy évben a külön-

féle betegségek. A számítások során a táppénzesek kiesett költségét kalkuláltuk, mégpedig teljes kiesett termelésüket figyelembe véve. A végeredményképpen kapott szám azt fejezi majd ki, hogy mennyivel kellene kevesebbet költenünk, illetve mennyivel termelnénk többet, ha az országban mindenki tökéletes egészségnek örvendene – vagyis, ha nem kellene fenntartani az egészségügyi ellátórendszert semmilyen formában. Ez az állapot természetesen elérhetetlen. Hogy ennél a valósághoz valamivel közelebb álló, informatívabb és inspirálóbb viszonyítási alapot nyerjünk, a fejezet végén a magyar egészségügyi adatokat más, jobb mutatókkal jellemezhető országokéval vetjük össze.

A teljes betegségteher számításakor számtalan módszertani szempontot figyelembe kell vennünk. Mely költségeket számítsuk be és melyeket ne? Az egészségügyi költségvetés, ha – sajnos – nem is nagyon nagy tételben, de tartalmaz az egészségmegőrzésre, betegségmegelőzésre fordított kiadásokat is. A szűrések, védőoltások, tanácsadás költségeit nem tekinthetjük a betegségek indukálta költségeknek, miként az állampolgárok saját egészségberuházásait, testedzésre, egészséges táplálkozásra, vitaminokra fordított költségeit sem. Igyekeznünk kell ezeket a tételeket valahogy elkülöníteni a gyógyulást szolgáló költségektől. Ezek volumenére vonatkozó, megbízható adat híján mi ezeket az összegeket is elszámoltuk a gyógyítás költségei között. Megfontolandó, hogy a már kialakult betegségek kezelésére, de egyúttal további, súlyosabb szövődmények megelőzésére fordított összegeket (például a magas vérnyomás betegségének kezelését) mint költséget vagy mint prevenciót számoljuk el. Mi itt az első lehetőség mellett döntöttünk.

Fontos kérdés az is, hogy milyen jövedelmet vegyünk alapul, amikor a betegek kiesett termelését kalkuláljuk. A COI-tanulmányok egy része a bruttó átlagbérrel számol, más írások a GDP vagy a GNP arányos részével, megint mások a vállalati árbevételre alapoznak. Mi az előbbi, bruttó átlagbéres megoldást választottuk, elsősorban egyszerűsége és hozzáférhetősége miatt. A számítások kiegészíthetők a feketeés szürkegazdaságra vonatkozó jövedelembecslésekkel.

Az alábbi táblázatban különféle becslésekkel élve ábrázoljuk a magyarok egészségi állapotának költségeit:

7. ábra: A betegségek költségei Magyarországon 2005-ben

	Forrás	Összeg (millió Ft)	Számítás	Kit terhel?
Közvetlen költségek				
	Gyógyszer	323 958		OEP
	Háziorvosi szolgálat	54 829		OEP
	Fogászati ellátás	21 603		OEP
	Járóbeteg-szakellátás	112 850		OEP
	CT, MRI összesen	11 256		OEP
	Művesekezelés	16 879		OEP
	Házi szakápolás	2 966		OEP
	Fekvőbeteg-szakellátás	396 696		OEP
	Nagy értékű beavatkozások összesen	5 878		OEP
	Betegszállítás	6 241		OEP
	Gyógyfürdő	4 710		OEP
	Kormányzati egészségügyi kiadások[a]	315 980		
	Táppénz	97 024		OEP
	Saját és hozzátartozói jogú, korhatár alatti rokkantsági és baleseti rokkantsági ellátások	242 900		ONYF
Magán-kiadások				
	Out-of-pocket kiadások[b]	789 950		Egyén
	Betegszabadság kiadásai[c]	70 349		Munkáltató
Közvetett költségek				
Kiesett termelés	Betegállomány miatt	175 037	Táppénzes napok száma: 37 385 000 Havi bruttó átlagkereset: 142 426 Ft Egy napra jutó bruttó átlagkereset: 4682 Ft	Munkáltató, egyén, költségvetés, társadalom
	Rokkantság miatt	796 099	Korhatár alatti rokkantak száma: 465 797 fő	Társadalom
	Betegállomány miatti többletköltségek	71 765	Kiesett termelés * 0,41[d]	Munkáltató, társadalom
	„Presenteeism” költségek	1 872 896	Kiesett termelés * 10,7	Munkáltató, társadalom
	„Presenteeism” miatti többletköltségek	767 887	„Presenteeism” költsége * 0,41[d]	Munkáltató, társadalom
Összesen		6 157 753		

ADATOK FORRÁSA: KSH, OEP, ONYF

a) Becslés: OEP-költségvetés (1 579 900 millió Forint) ötöde – KSH Magyar Nemzeti Egészségügyi Számlák (2002) alapján
b) Becslés: hozzávetőleg fele az OEP költségvetésének – KSH Magyar Nemzeti Egészségügyi Számlák (2002) alapján
c) Mivel a betegszabadság volumenére vonatkozólag nem rendelkezünk információkkal, alsó becslést adunk: minden táppénzes eset (2005-ben 1 252 000) előtt feltételezzük, hogy a táppénzre vett munkavállaló letöltötte a betegszabadság idejét. A betegszabadságra kifizetett díj így: 1 252 000*15*3746 (a napi bruttó átlagkereset 80 százaléka)=70 349 millió Forint.
d) Becslés: Pauly et al (2005) alapján (a korábban már említett okok (team-munka, határidős munkák csúszása) miatt az egyén saját termelésének kiesésén felül ekkora többletköltséget okoz a hiányzás illetve a „presenteeism”)

Mint az a táblázat végösszegéből leolvasható, 2005-ben a betegséggel összefüggő pénzügyi terhek összesen több, mint 6 ezer milliárd forintot, a teljes GDP (2005-ben 22 026 milliárd forint) majdnem 28 százalékát tették ki.

A fenti számításoknál nem elhanyagolható szempont a többszöri számbavétel problémája. A táppénz vagy a rokkantnyugdíj például, bár a munkáltatónak, illetve a társadalombiztosítónak költséget jelent, a beteg vagy megváltozott munkaképességű munkavállaló oldalán mégis „bevételként" jelenik meg. Ugyanígy, az egészségügyi kiadások java része bérként, anyagköltségként, rezsidíjként a háztartásokhoz és vállalatokhoz vándorol. A táblázatban tételenként jeleztük, hogy kit terhel az adott költségkör. Ezek alapján az egyes szektorokra és szereplőkre vonatkozólag külön-külön is elvégezhető a számítás. A közvetett költségeket, összesen 3 684 milliárd forintot, azonban tiszta veszteségként a vállalatok és a társadalom viseli.

A magyar és a fejlettebb, jobb általános egészségi állapotú országok egészségügyi kiadásainak szerkezetét, a munkahelyi hiányzások okait, a megbetegedési mintázatokat összevetve elméletileg lehetséges volna rámutatni, hol, mennyit lehetne spórolni az egészségügyben, ha a magyar lakosság morbiditási jellemzői például a skandinávokénak felelnének meg. Tekintsük a magyar és az európai kormegoszlásra standardizált halálozási arányszámokat haláloki főcsoportok szerint! Az alábbi táblázatban különféle európai országoknak a 2000-es évek elejéről, különböző évekből származó halálozási adatait láthatjuk, négy haláloki főcsoport szerint.

8. ábra: Öt év (2001–2005) kormegoszlásra standardizált[20] halálozási arányszámai (100 ezer lakosra), halálokok szerint

Ország	Keringési rendszer betegségei	Rosszindulatú daganatok	Légző-rendszer	Emésztő-rendszer	Összesen
Csehország	430,5	230,0	37,3	37,2	851,9
Dánia	249,7	218,7	66,2	38,3	749,1
Egyesült Királyság	223,8	183,1	78,0	33,9	641,7
Franciaország	160,6	183,9	33,5	29,3	605,5
Horvátország	419,0	209,0	47,3	41,6	854,0
Írország	227,5	191,6	100,7	25,3	721,3
Lengyelország	397,0	214,0	39,4	37,6	872,0
Magyarország	502,4	237,4	47,6	70,6	1015,2
Németország	262,8	169,8	37,9	34,7	628,6
Románia	649,4	177,0	60,6	63,3	1076,4
Svédország	243,2	154,9	38,1	20,5	598,5
Szlovákia	527,7	213,3	55,2	52,9	971,5
Szlovénia	277,0	198,8	56,4	48,1	738,6

FORRÁS: KSH; 2005

Mint az a táblázatból jól látható, összhalálozásban egy kicsivel maradunk csak el Románia mögött, mindazonáltal az EU-25 itt szereplő tagjai közül nekünk a legrosszabbak a mutatóink. A két leggyakoribb halálok tekintetében bőven mi vagyunk az első helyen, szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás terén több mint duplán leelőzve az EU-15 itt bemutatott országait.

Visszatérve a korábbiakra, feltehetjük a kérdést: vajon máshogy alakulnának-e betegséggel kapcsolatos kiadásaink, ha például a szív- és érrendszeri betegségekkel összefüggésben bekövetkező halálozásunk inkább Írországra, vagy – ne menjünk olyan messzire – Szlovéniára hasonlítana?

A kérdésre sokkal biztosabb választ adhatnánk, ha mortalitás helyett morbiditási adatok állnának rendelkezésünkre. Az ugyanis, hogy kevesebben *halnak meg* egy betegségben, nem jelenti egyértelműen azt, hogy kevesebben is *betegszenek meg* – lehet, hogy csak az ellátórendszer olyan jól fejlett, hogy a megbetegedés nem vezet halálozáshoz, viszont a beteg adott esetben ugyanúgy tetemes költséget okoz az ellátórendszernek és a nemzetgazdaságnak egyaránt. Még akkor

20 Vagyis az egyes országokra vonatkoztatott, a lakosság életkor szerinti szerkezetéből adódó hatásoktól statisztikai módszerekkel „megtisztított” halálozási adatok.

is fenn kell tartanunk ezt, ha tudjuk: a magyar egészségügy nincs jelentős minőségi lemaradásban a nyugatabbra levő társadalmakhoz képest. Más a helyzet, ha az alacsony halálozás a jól fejlett szűrési rendszernek köszönhető, vagyis annak, hogy idejekorán észrevehetők, és viszonylag kis költséggel gyógyíthatók olyan betegségek, amelyek később diagnosztizálva már súlyos költségeket okoznának, és esetleg még ezek ellenére is halálhoz vezetnének. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a kulturális tényezők hatását sem: az, hogy hol, mikor fordulnak orvoshoz az emberek – amint észlelik a változást, vagy csak ha már baj van –, a szűréshez hasonló módon lehet hatással a költségekre és a halálozásra.

Elfogadva, hogy a halálozási különbségek legalább részben minden bizonnyal betudhatók az ellátórendszer jellemzőinek vagy más, kulturális tényezőknek, joggal feltételezhetjük – hiszen a felsorolt betegségcsoportok mind olyanok, amelyek kialakulásában kimutathatóan nagy az életmódbeli tényezők szerepe –, hogy a táblázatból leolvasható mortalitási különbségek legalább részben a morbiditás eltéréseit is tükrözik. Bár a rosszindulatú daganatok kialakulásának pontos okai még ma sem ismertek az orvostudomány előtt, a legtöbb áldozatot szedő daganatfajták – elsősorban a tüdődaganatok – közismerten összefüggnek olyan életmódbeli-környezeti tényezőkkel, mint például a dohányzás vagy a légszennyezettség. A szív- és érrendszeri problémák kialakulásának hátterében is elsősorban életmódbeli tényezőket sejthetünk: táplálkozási, mozgási szokásaink, káros szenvedélyeink ezekre is döntő hatással vannak. Az emésztőrendszeri betegségek, ezeken belül is elsősorban a máj betegségei és a különböző fekélybetegségek kialakulása többek között az alkoholfogyasztással és a stresszel van összefüggésben.

Elfogadva tehát, hogy az itt felsorolt halálokokból eredő halálozás csökkenése legalább részben a megbetegedések csökkenésének is köszönhető, feltételezhetjük, hogy ennek következtében a rájuk fordított összeg is csökkenne az általuk okozott közvetlen költségekkel együtt – ezek becslésére azonban alig-alig van a jelen pillanatban lehetőségünk. Azt viszont ismerjük, melyik a fekvőbeteg-ellátásban finanszírozott ötven leggyakoribb homogén betegségcsoport (HBCS).[21]

21 A fekvőbeteg-ellátás finanszírozása nem beavatkozásonként, hanem úgynevezett homogén betegségcsoportonként történik, az Egyesült Államokbeli DRG-rendszer (Diagnoses Related Group) mintájára. A kórházba bekerülő pácienst besorolják egy betegségcsoportba, és a kórház ezen betegségcsoport standard kezelésének megfelelően kiszámított díjat kap a kezeléséért.

9. ábra: Néhány az ötven leggyakoribb HBCS közül (2004)		
Betegségkategória	Finanszírozási összeg	
	Milliárd Forint	Az országos összes kifizetés százalékában
1. (Szív- és érrendszeri)[22]	7,6	2,3
3. (Szív- és érrendszeri)	7,2	2,2
4. (Szív- és érrendszeri)	5,7	1,7
9. (Szív- és érrendszeri)	2,9	0,9
15. Asztma, bronchitis, <18 év	3,9	1,2
16. Depresszív szindrómák, <60 év	3,9	1,2
19. (Szív- és érrendszeri)	2,8	0,9
21. Asztma, bronchitis, >18 év	3,4	1,0
29. Pszichózisok, <60 év	2,8	0,8
35. Tüdődaganat kemoterápiája	2,1	0,6
38. (Szív- és érrendszeri)	0,9	0,3
43. (Szív- és érrendszeri)	1,1	0,3
44. (Szív- és érrendszeri)	1,3	0,4
48. Májcirrhosis	1,5	0,5
Összesen	47,1	14,3

FORRÁS: OEP Statisztikai Évkönyv; 2005

A felsorolt, jobbára megelőzhető betegségek tehát önmagukban a fekvőbetegkassza több, mint hetedéért felelősek; ezen belül a szív- és érrendszeri betegségek annak 9 százalékáért – és ne felejtsük el, ez még csak az ötven leggyakoribb HBCS.[23]

2.2 Az élet értéke – fizetési hajlandóság és egyéb megközelítések

Az egészségügyi döntéshozók régóta szeretnék tudni, mennyit ér a társadalomnak egy-egy egészségügyi program, mert ez viszonyítási alapot jelenthet számukra, amikor arról akarnak dönteni, mennyit is költsenek a különféle beavatkozásokra. Bár a teljeskörű egészségügyi ellátás iránti igény általános Magyarországon, feltehetőleg

22 A különböző szív- és érrendszeri betegségeket nem nevezzük meg egyenként.

23 Meg kell jegyeznünk, hogy az egészségügyi piac sajátságai, vagyis az egészségügyi ellátás iránti kereslet származtatott, nem közvetlenül a fogyasztó (vagyis a beteg) döntéseiből fakadó természete, illetve az ezzel összefüggésben álló tény, hogy az egészségügyi kapacitások képesek megteremteni saját keresletüket, csökkentik az objektív egészségi állapot és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele közötti közvetlen kapcsolat erősségét.

a mi fejünkben is élnek elképzelések arról, hogy egy betegség meggyógyítására körülbelül mennyit volna érdemes áldoznunk – annál is inkább, mivel forrásaink végesek. Hasonlóképp gondolkodnak a döntéshozók is, csak éppen szeretnék tudni, hogy mi, adó- és járulékfizető állampolgárok miként is vélekedünk minderről.

Az eddigiekből tehát kiderült: azért érdemes egészségesnek lenni, mert ezáltal növekszik a termelés, illetve csökkennek a kiadások. Amikor egy kutató az „élet értékét" becsli meg, általában a fentiekben részletezett szempontokat is figyelembe veszi; de léteznek más, az eddigiektől merőben eltérő megközelítések is.[24]
A leggyakrabban használt módszer az egészségügyi kockázatok és egészségnyereségek értékének kiszámítására például annak felmérése, hogy mennyivel magasabb fizetésért cserébe vagyunk hajlandók elvállalni egy magasabb egészségi kockázattal járó munkát, vagy mennyit vagyunk hajlandók fizetni olyan eszközökért, amelyek mérséklik egészségi kockázatunkat. Elterjedt módszer az egészség hipotetikus piacán mérhető preferenciák elemzése is, amely „piacon" arról dönthetünk, mennyit volnánk hajlandóak fizetni egységnyi egészségnyereségért (például azért, hogy egy évvel tovább éljünk, vagy hogy elkerüljünk valamilyen betegséget, egészségromlást), avagy milyen összegű kompenzáció fejében mondanánk le róla.[25] Kétségtelenül ez utóbbi, meglehetősen bizarr adatfelvétel nem mentes a torzításoktól: a bizonytalanság érzékelése, a kockázattal szembeni preferenciák, a kockázati esemény értékelése mind növelik az efféle becslések pontatlanságát. Ráadásul egészen más értéket jelölnek meg az eltérő életkorú emberek, miképp a különböző jövedelmi helyzetűek is, annak ellenére, hogy a kutatók igyekeznek „szűrni" a jövedelem hatását.[26]

Talán nem meglepő, hogy az élet fenti módszerek szerint mért értéke[27] meglehetősen nagy szórással állapítható csak meg: az Egyesült Államokban például 1 és 9 millió dollár közöttire tehető így egy emberi élet értéke. Ennek a sávnak a középértékével, 4 millió dollárral számolva ki az USA legendá-

24 Például, ha a betegség költségeinek kalkulálásánál bemutatott kiesett jövedelem módszerét alkalmazzuk az élet értékének becslésére, az inaktív populáció tagjainak élete a nullával lesz egyenértékű, ami nyilvánvalóan nem tolerálható feltételezés.

25 Ez a két összeg általában nem ugyanakkora: lemondani valamiről, ami már a miénk, csak több pénzért cserébe vagyunk hajlandóak, mint amennyit azért fizetnénk, hogy megszerezzük ugyanazt a dolgot.

san magas egészségügyi kiadásainak megtérülését, az egészségnyereség terén elért eredményeket figyelembe véve megállapítható, hogy 1980 és 2000 között minden egyes egészségügyre költött dollár 2,4 és 3 dollár közötti megtérülést hozott (MEDTAP; 2003) – ami piaci körülmények között igazán nem rossz eredmény.

Egy, az Európai Unió országaira vonatkozó, hasonló kutatás szerzői az 1990 és 1998 között bekövetkezett várható élettartam-javulást „konvertálták" pénzre, egy életévnyi nyereséget 2600 dollárra értékelve. (Schuckre et al; 2005) Eredményeiket az alábbi táblázatban összegezzük:

10. ábra: A várható élettartamban bekövetkezett javulás értéke 1990 és 1998 között az unió néhány országában

	Egyesült Királyság	Svédország	Franciaország	Olaszország	Spanyolország
A: Kiadás-növekedés	630	395	676	403	506
B: Az élettartam-növekedés értéke	1561	1478	996	1325	1780
C: Megtérülési ráta	148%	274%	47%	229%	252%

A: Az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedése (USD)
B: A várható élettartamban az egészségügynek betudhatóan bekövetkezett javulás értéke (USD)
C: Az egészségügyi kiadások megtérülési rátája (B/C-1)

FORRÁS: Suhrcke et al; 2005.

Egyes intézkedések (és nem feltétlenül egészségügyi intézkedések, hanem például a közúti forgalom biztonságának javítása vagy a légszennyezettség csökkentése) is értékelhetők ezzel a módszerrel. Ha például egy 100 ezer fős populáció minden tagja 5000 forintot volna hajlandó fizetni azért, hogy a populáció tagjainak körében a halálozási ráta 0,0009-ről 0,0008-ra csökkenjen, vagyis hogy 90 helyett csak 80 ember haljon meg, az azt jelenti, hogy ez a közösség egy emberéletet ötven millió forintra értékel. Ennek és a program költségvetésének ismeretében dönthetünk arról, érdemes-e bevezetni

26 A kinyilvánított egyéni preferenciákat alapul vevő becsléseken kívül más módok is vannak egy társadalom „fizetési hajlandóságának" becslésére. A múltban meghozott egészségpolitikai döntéseket is alapul vehetjük, feltételezve, hogy azok többé-kevésbé megfelelnek a társadalmi preferenciáknak – bár ez a módszer némiképp tautologikus eljárás, lévén éppen ezeket az egészségpolitikai döntéseket támogathatnánk az élet értékelésének ismeretével. Levezethetjük az „élet értékét" egy adott országon belül az ország GDP-jéből is.

27 Ezeknél a számításoknál a kutatók megkülönböztetik a tényleges emberéletet és a statisztikai életet: utóbbi nem egyénre, hanem populációra vonatkozik, egyéni konzekvenciája pedig a halálozási valószínűség kis mértékű csökkenése. Ha például egy 100 ezer fős populációban a halálozási ráta 0,0009-ről 0,0008-ra csökken (vagyis 90 helyett csak 80 ember hal meg), az egyes egyéneknek ezt a halálozási kockázat-csökkenést kell értékelniük.

a programot – ha annak költsége nem haladja meg az 500 millió forintot, mindenképpen. (Landefeld–Seskin; 1982)

Magyarországra vonatkozóan nagyon kevés, az emberi élet értékét a fenti módon becslő tanulmány készült. Egy kutatócsoport magyar fizikai munkások körében elemezte, hogy mennyivel magasabb bért, vagyis mennyi kompenzációt kapnak, akik veszélyesebb (több balesettel járó) munkakörben dolgoznak.
Öt különböző modellt teszteltek, amelyek eredménye szerint egy statisztikai életév értéke 1995-ben átlagosan 12,9 és 44,6 millió forint közé volt tehető, a modellekben használt feltevésektől függően. (Kaderják et al; 2005)

3. Az egészségügyi rendszer mint gazdasági szereplő

A tágan, teljes beszállítói hálózatával, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök gyártóival és forgalmazóival, mosodáival, étkeztetésével, és a mindezekhez kapcsolódó munkaerőkereslettel, fogyasztással és kutatási-fejlesztési tevékenységével együtt értelmezett egészségügyi rendszer nyilvánvalóan önmagában is fontos része egy ország gazdaságának. Egy korábban már idézett magyar tanulmány szerzői (Vanicsek et al; 2003) arra jutottak, hogy az egészségi állapot jellemzői rövid távon (1994 és 2000 között) csak kevéssé befolyásolták a GDP-ben mért gazdasági teljesítményt. Azt is megállapították, hogy az egészségügyi rendszer kiterjedtsége viszont szoros kapcsolatban áll azzal, erőteljes gazdasági dinamikája így mintegy felülírta az egészségi állapot eredményeinek gyenge hatását.

Az EU-15 országaiban az egészségügyi szektor kibocsátása a GDP hét százalékának felel meg – ez több, mint például a pénzügyi szolgáltatások vagy a kereskedelem (egyaránt öt-öt százalékos) hozzájárulása.

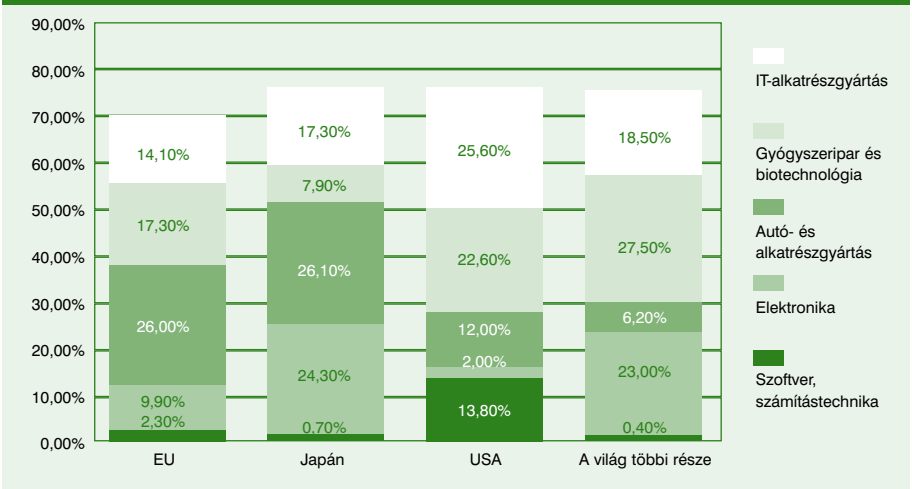
Munkáltatóként is kétségbevonhatatlan a szféra szerepe. Magyarországon közvetlenül 220 ezer fő az egészségügyi és szociális szféra alkalmazottainak létszáma, de a beszállítói körrel és a háttériparokkal együtt ez a szám lényegesen magasabbra emelkedik: az EU-15 országaiban 2003-ban az alkalmazottak 8,8, az EU-25-ben 9,3 százaléka ebben a szférában dolgozott. (Suhrcke et al; 2005)

Az innovációk terén is kiemelkedően fontos az egészségügy szerepe: a gyógyszeripar, az egyre intenzívebben fejlődő biotechnológia, illetve a különböző egészségtechnikai műszerek, diagnosztikai és gyógyító eljárások terén egyaránt jelentős kereslet mutatkozik az egészségügy részéről új, innovatív

megoldásokra, és ennek a keresletnek a hazai kutatók és a vállalati szféra is igyekszik megfelelni.

Az alábbi ábrán a világ K+F kiadásainak ágazat szerinti megoszlását láthatjuk:

11. ábra: K+F kiadások megoszlása a világban ágazat szerint, a 942 legnagyobb vállalat adatai alapján (2004)



FORRÁS: EFPIA; 2006.

Az Európai Uniónak jól látható lemaradása van az Egyesült Államokhoz képest, de mindkét régióban az egészségügy innovatív háttériparai jelentik a kutatás-fejlesztés második legfontosabb forrását. A közösségi innovációs célok eléréséhez valószínűleg az Unió, és egyben Magyarország számára is elkerülhetetlen lesz egyre vonzóbb környezetet teremteni a globalizálódó gyógyszer- és biotechnológiai kutatásnak.

Azt, hogy az egészségügy mennyiben képes a gazdaság egyik „motorjává" válni, nagyban befolyásolja hatékonysága. Az egészségügyi rendszer olyan jellemzőit kell itt figyelembe vennünk, mint például az ellátások hatékonysága vagy az egészségügyi munkaerő termelékenysége. Minthogy az egészségügyben a különféle beavatkozások vagy funkciók hatékonyságát legin-kább csak egymáshoz mérhetjük, ennek a kérdésnek korántsem olyan egyértelmű a megítélése, mint azt elsőre gondolnánk. Ha adottnak tekintjük, hogy mennyit akarunk összességében egészségügyi ellátásra költeni, akkor meghatározhatjuk, hogy ebből a forrástömegből összesen mennyi beavatkozást, vagy – jobb esetben – mekkora egészségnyereséget akarunk elérni, és ezt milyen hatékonyság mellett tudjuk teljesíteni – maga a keretöszszeg azonban mindig politikai döntés tárgya lesz.

B.

egészség

és élet-minőség

B. EGÉSZSÉG ÉS ÉLETMINŐSÉG

Az eddigiekben több szempontból is rávilágítottunk, hogy az egészség számtalan csatornán keresztül hat a gazdasági teljesítményre. Csakhogy az egészségi állapotnak van egy másik, talán magától értetődőbb, mindannyiunk által nap mint nap érzékelt következménye is, mégpedig életünk minőségét illetően: nyilvánvaló, hogy szubjektív életminőségünk, az, ahogyan a bőrünkben magunkat érezzük, nagyban függ egészségi állapotunknak mind pillanatnyi, mind általános jellemzőitől.

A WHO meghatározása szerint az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jólétet, és nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiányát jelenti. Az utóbbi időben ez a meghatározás a következővel egészült ki: egészségesnek lenni annyit jelent, hogy az egyén egy olyan képesség birtokában van, amely által szociálisan és gazdaságilag is aktív életet tud élni. Leegyszerűsítve tehát: a jó egészségi állapot magát a minőségi életet jelenti.

Az egészség és életminőség összefüggését értelmezhetjük továbbá egy másik, lényegesen tágabb horizonton is, ahol az egyén életminősége szorosan összefügg nem csupán a saját, hanem az őt körülvevő közösség „egészségével" is. A „közösség egészsége" alatt egyrészről érthetjük a közösségre jellemző általános egészségi állapotot, hiszen kétségkívül ez is számtalan csatornán keresztül van hatással a közösség tagjainak egyénenkénti életminőségére. Más megközelítésből: ha a közösséget, egyrészt mint az egyén alapvető életterét, saját képességeinek, vágyainak kibontakoztatására szolgáló – vagy éppenséggel azokat ellehetetlenítő – közegét, továbbá – nem utolsó sorban – mint az egyéni szociális és közösségi igények kielégítésének elsődleges terepét tekintjük, akkor „egészséges közösségnek" az a közösség tekinthető, amely a lehető legnagyobb mértékben képes ezen egyéni igények kielégítésére. Az egészséges közösségek tagjai kellő társas támogatást kapnak, megszámlálhatatlan – jobbára laza – kötésből álló kapcsolathálójuk révén beágyazottak egy sokszínű és folyamatosan változó, mégis stabilitást biztosító közegbe, és mindez éppúgy pozitívan hat az egészségi állapotukra, mint szubjektív életminőségükre.

Az alábbiakban először az egészség és az életminőség egyéni szintű kapcsolatát mutatjuk be, az egészséggel kapcsolatos életminőség mérésétől a magyar lakosság jellemzőin keresztül egészen a gyakoribb betegségcsoportok életminőségre gyakorolt hatásáig.
A fejezet végén a két dimenzió közösségi szinten értelmezhető összefüggéseit elemezzük röviden.

1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése

Bár az egészséget definálni sem feltétlenül egyszerű, az egészséggel összefüggő életminőséget, ha lehet, még nehezebb, hiszen az még tágabban értelmezhető fogalom, amelybe egyaránt beletartozik az egyén fizikai egészsége, pszichés állapota, társadalmi kapcsolatai és a környezet jelenségeihez fűződő viszonya, illetve – értelmezéstől függően – az egyén mindezekre vonatkozó észlelései is.

Míg a lakosság egészségi állapotát a leggyakrabban objektív mutatókkal – így például halálozási vagy megbetegedési adatokkal – szokás jellemezni, addig az egészséggel kapcsolatos életminőség érzete az ember egészséggel és betegséggel, ezeknek az élet egészére gyakorolt hatásával kapcsolatos szubjektív ítéletét fejezi ki. Az egyén által érzékelt egészségi állapot meghatározása természetesen elsősorban objektív – jellemzően az egészségügyi rendszer által előállított – mutatókra épül. De ha csak ezekre a mutatókra vagyunk tekintettel, figyelmen kívül hagyjuk az egészségnek olyan, az életminőségre is hatást gyakorló tényezőit, mint a veleszületett, illetve a tartós munkaképesség-csökkenést okozó, nem egészségügyi problémák sora (például a fáradtság vagy a levertség), ami ugyan orvosi értelemben nem betegség, mégis jelentősen befolyásolja az általános közérzetet és az életminőséget.

Éppilyen hiba a halálozási mutatók jelentőségének túlhangsúlyozása, hiszen így csak kisebb mértékben veszünk figyelembe egyes (mondjuk például krónikus) betegségeket, amelyek halálozást ugyan nem okoznak, de kellemetlenek és fájdalmasak, és az életminőség minden dimenzióját szignifikánsan rontják. Ahhoz, hogy rossz legyen a közérzetünk, és ezzel összefüggésben az életminőségünk is, nem kell feltétlenül krónikus betegségben

szenvednünk: a gyakori, akár kevésbé súlyos akut epizódok éppúgy rontják életminőségünket. Ugyanígy súlyosan csökkenti az életminőséget az orvosilag krónikusnak számító, valójában többnyire szezonális epizódokban jelentkező allergia, mint például az igen gyakori pollenallergia.

Az egészséggel összefüggő szubjektív életminőség egyik kulcseleme, hogy az egészségi állapot objektívan mérhető külső – általában az egészségügyi rendszerből származó – mutatói mellett olyan szubjektív elemeket is tartalmaz, amelyek külső mutatókkal nem mérhetők, ilyen a közérzet vagy a vitalitás. Rendkívül problematikus magának az egészségi állapotnak a szubjektív megítélése is. Minthogy ingerszintünk, betegségképünk különböző, saját egészségi állapotunkat is egészen eltérően érzékeljük: ugyanazokat az állapotokat a súlyos betegségtől a „kisebb problémáig" terjedő skálán valószínűleg mindenki máshova helyezi. (Losonczi; 1989) Ráadásul az egészség életminőségre gyakorolt hatása sem standardizálható: van, aki fogyatékosságával együtt is teljesnek érzi életét, más pedig akkor sem, ha orvosi szempontból makkegészséges. Ez a nehézség még inkább kidomborítja az egészség szubjektív tényezőinek jelentőségét.

Az egészséggel összefüggő életminőség mérésére több módszer is használatos, ezek közül az egyik legelterjedtebb a QALY (Quality Adjusted Life Year), azaz minőségi életév-módszer. Egy ember életének minőségi életévekben mért „hosszát" vagy értékét úgy számítják ki, hogy a naptári évek számát összeszorozzák az egészségi állapottal összefüggésben kalkulált életminőségsúllyal. Egy ember tökéletes egészségben leélt egy életéve 1 minőségi életévet „ér", de ha például hetente orvosi kezelésre kell járnia, nyilvánvalóan romlik az életminősége, mondjuk tíz százalékkal, vagyis egy életévét csak 0,9 minőségi életévnek számolhatjuk. A QALY-módszer használata elsősorban az egészségpolitikai döntéshozatalban elterjedt: segítségével ugyanis kiszámolható, hogy egy minőségi életév mekkora költség árán nyerhető, melyik eljárás várhatóan hány minőségi életévnyi egészségjavulást eredményez, azaz a különféle egészségügyi beavatkozások összehasonlíthatóvá válnak társadalmi hasznosságuk szempontjából. Bár a konkrét megvalósításnak számos módszere ismeretes, azt, hogy például egy csípőtörés mekkora minőségi életév-veszteséggel jár, nagy elemszámú felmérések alapján kal-

kulálják ki, melyek során csípőtörést szenvedett emberek számolnak be saját életminőségük alakulásáról. Az alább bemutatott hipotetikus vizsgálatban például a pácienseknek meg kellett jelölniük, hogy (1.) a mozgékonyság, (2.) az önellátás, (3.) a szokásos tevékenységek elvégzése, (4.) a fájdalom és rossz közérzet, valamint (5.) a szorongás és lehangoltság szempontjából egy háromfokú skálán hogyan értékelik az életminőségüket. Az így kapott válaszokat összegezve és értékelve rendeltek QALY-értéket az adott egészségi állapothoz, jelen esetben a csípő-csonttöréshez.

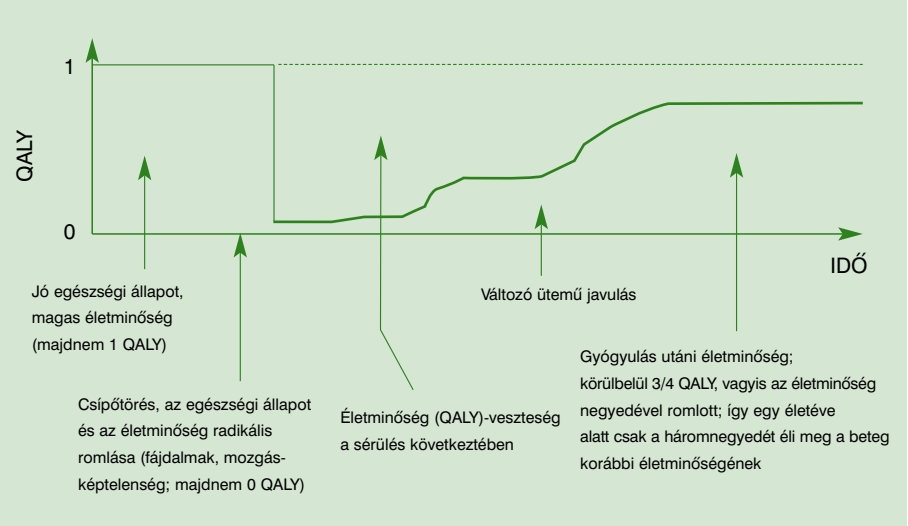
12. ábra: Hogyan számoljuk ki a QALY értéket?
(Hipotetikus példa az EQ-5D QALY-számítási módszer alapján)

	Csípőtörés előtt		Hat héttel a csípőtörés után		Egy évvel a csípőtörés után	
Mért dimenziók (1 = Nincs probléma 2 = Némi probléma 3 = Képtelen/nagyon erős)	A dimenzió pontszáma	QALY	A dimenzió pontszáma	QALY	A dimenzió pontszáma	QALY
Mozgékonyság	1		3		2	
Önellátás	1		3		2	
Szokásos tevékenységek	1	0,9	3	0,1	1	0,5
Fájdalom, rossz közérzet	1		2		2	
Szorongás, lehangoltság	2		2		2	

FORRÁS: Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Reumatológiai Osztálya; 2006 alapján saját példa

Az ábra szerint egy csípőtörött beteg saját életminőségét a törés után egy évvel a 2-2-1-2-2 számsorral értékelte, a fentebb felsorolt öt dimenzió alapján. Az ezen számsorozathoz rendelt súly 0,5, vagyis feleannyi, mint a tökéletes egészséghez rendelt érték, ami azt jelenti, hogy egy naptári éve fél minőségi életévet „ér”, a csípőtörött beteg életminősége tehát felére csökkent.

13. ábra: A csípőtörött egyén életminőséggel súlyozott életéveinek (QALY) alakulása



Saját illusztráció

2. Életminőség és betegség

A klinikai orvosi gyakorlatban az életminőség vizsgálata és értékelése arra irányul, hogy rövid, illetve hosszabb távon a betegség és annak kezelése milyen hatással van a páciens fizikai jólétére, aktivitására, emberi kapcsolataira, valamint lelki egészségére.

A tartósan megromlott egészségi állapot ugyanis több okból is negatívan befolyásolja az egyén életesélyeit és életminőségét, nem csupán közvetlenül magából a betegségből fakadó hatásokon, például az állandósuló fájdalmon keresztül. A betegség következtében az egyén akadályozottá válhat a munkavégzésben, és szociális közege is megváltozhat: nehézségei támadhatnak például a társas kapcsolatok kialakításában és fenntartásában is. Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a betegség nem csak a testi funkciócsökkenés miatt jelent megterhelést az egyén és a társadalom számára, hanem az élet többi területére kiterjedő kompetenciaérzést is negatívan befolyásolja, ami jelentősen csökkenti a szubjektív életminőséget, amely maga is az egészségi állapot további romlását eredményezheti. (Kopp–Kovács; 2006)

A krónikus betegségben szenvedők életminőségének vizsgálatánál kulcsszerepet játszik az általánosan értelmezett „betegségteher” (illness intrusiveness) fogalma is. (Novák et al; 2006)

Ez azt mutatja meg, hogy milyen mértékben befolyásolja a betegség vagy annak kezelése a beteg életének különböző területeit. A betegséggel összefüggésbe hozható minden olyan tényezőt magában foglalja, ami a beteg mindennapjait, életvezetését, életmódját és szabadidejét befolyásolja, és kihat az életminőség különféle területeire. Az, hogy egy betegség milyen terhet jelent az egyén és a társadalom számára, több tényezőtől függ: tartós problémát okoz-e például, krónikus vagy visszatérő-e, mekkora gazdasági terhet jelent, és mennyiben fosztja meg a beteget alapvető funkcióitól. (Kopp–Kovács; 2006)

3. A magyar lakosság egészsége és életminősége

A magyarok egészségi állapotának rossz hírét egyértelműen alátámasztják az erre vonatkozó, részben az egészségügyi adatgyűjtésekből, részben a lakosság önbecsléséből származó adatok. A tanulmány I. számú mellékletében részletesen bemutatjuk a magyar lakosság egészségi állapotát, most csak röviden, az életminőséggel összefüggésben utalunk a legfőbb jellemzőkre. Az alábbi táblázatban az öt leggyakoribb betegségcsoport lakosságon belüli gyakoriságát láthatjuk, az egészségügyi intézmények betegellátási statisztikái alapján:

14. ábra: Az öt leggyakoribb betegségcsoport megjelenése a lakosság körében (2002)

Betegségcsoport	Gyakoriság (A lakosság hány százalékát érinti)
A keringési rendszer betegségei	39,2
A légzőrendszer betegségei	13,7
Az emésztőrendszer betegségei	12,6
Mentális- és viselkedészavarok	11,6
A csont-, izomrendszer és a kötőszövetek betegségei	11,2

FORRÁS: Hoffer; 2004

Látszólag ellentmondanak ennek a 2002-ben végzett felmérésből (Hungarostudy) származó, önbevallás alapuló adatok, melyek szerint a magyar lakosság számára leggyakrabban problémát okozó betegségek a mozgásszervi betegségek (18,0%), a kardiovaszkuláris betegségek (13,4%), az allergiás betegségek és az asztma (4,8%).[28] (Kopp–Kovács; 2006)

28 A felmérésben megkérdezettek ilyen arányban számoltak be a fenti betegségek valamelyikéről. A Hungarostudy 2002-es kérdőíve 22 tételből állt, melyekben a kutatók arra kérdeztek rá, hogy állt-e a megkérdezett személy valamilyen betegség miatt kezelés alatt az elmúlt egy évben járóbetegként, vagy kezelték-e valamilyen betegséggel kórházban.

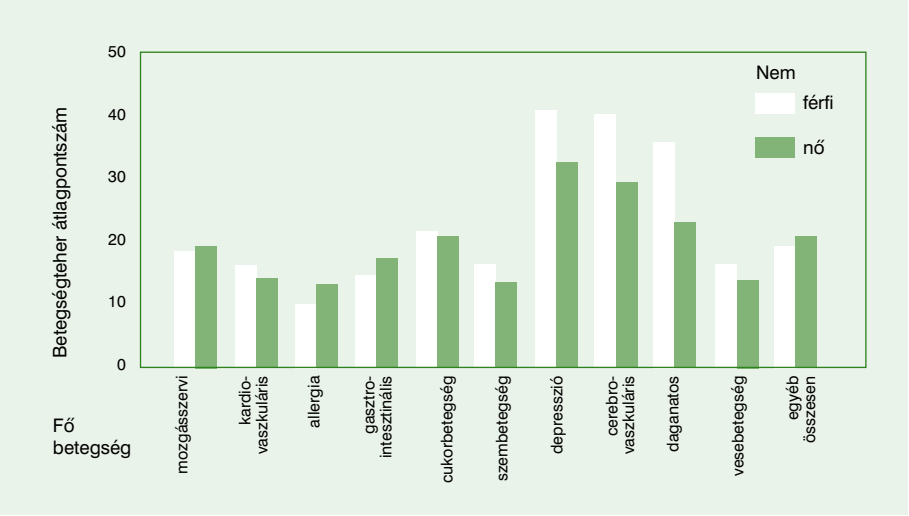
A jelentősen eltérő adatok oka a források különbözőségében rejlik. Bár az egészségügyi intézmények adatai szerint a legtöbbeket érintő egészségügyi problémakör a szív- és érrendszeri betegségeké, az önértékelés szerint ez a betegségcsoport csak a második a jelentős problémát okozók sorában. Ennek feltehetően az a magyarázata, hogy az egészségügyi intézmények ebbe a körbe sorolják az olyan szív- és érrendszeri eredetű problémákat is, mint a magas vérnyomás vagy a magas koleszterinszint, amely mellett a beteg akár panaszmentes is lehet. A veszély épp abban rejlik, hogy ennek ellenére súlyos fenyegetést jelentenek a betegek későbbi egészségére nézve.

A megkérdezettek legnagyobb hányadának panaszt okozó mozgásszervi betegségek ugyanakkor az egészségügyi statisztikák szerint csak az ötödik helyen állnak, és az is kiviláglik a számokból, hogy kevesebb beteget kezelnek ilyen panaszokkal, mint ahányan ezt problémának érzik. Egy másik felmérés szerint ezzel szemben a magyar férfiak fele, a nőknek pedig közel 60 százaléka említi a megkérdezés során, hogy nyak-, hát- vagy deréktáji fájdalmak kínozzák (OLEF; 2003), vagyis lényegesen többen, mint amire bármelyik fentiekben bemutatott vizsgálatból következtetni lehetne. Ez esetben valószínűleg arról lehet szó, hogy bár a magyar lakosságnak több, mint a fele tapasztal ilyen panaszokat, ezeket a panaszokat csak kevesebb mint 20 százalékuk találja említésre érdemesnek, orvoshoz pedig csak alig valamivel több, mint az érintettek 10 százaléka fordul.

Önbevallás alapján a mentális és pszichés panaszok, így a depresszió vagy a szorongás gyakorisága is igen magas a lakosság körében, mégha ezek – különösen a depresszió – olyan egészségügyi problémák, amelyeknek laikus diagnosztizálása a szubjektivitás és a betegségről való pontos ismeretek hiánya miatt kevéssé megbízható is. Mindazonáltal a 2002-es Hungarostudy megkérdezetteinek 27,3 százaléka számolt be enyhe, 12,9 százaléka közepesen súlyos, de már egészségügyi beavatkozást igénylő, és 7,3 százaléka súlyos depresszióról. Átmeneti szorongásos tünetektől szenved a lakosság 11,7, és súlyos szorongástól a lakosság 12,9 százaléka.

A depressziónak még a legenyhébb formája is azért különösen fontos az életminőség szempontjából, mert a megkérdezettek szerint ez csökkenti leginkább az életminőséget az agyér- és a daganatos megbetegedések mellett.

15. ábra: A különféle betegségcsoportok által okozott szubjektív teher a 65 évnél fiatalabb korosztályban



FORRÁS: Hungarostudy; 2002.

Az ábrán jól látható, hogy mind a férfi, mind a női megkérdezettek körében a depresszió okozza a legnagyobb megterhelést a beteg számára.[29]

A fent említett betegségcsoportok közül az érrendszeri megbetegedések, az allergiás betegségek és a depresszió kapcsán készültek részletes, az életminőségre is kitérő elemzések. A következőkben ezeket foglaljuk össze.

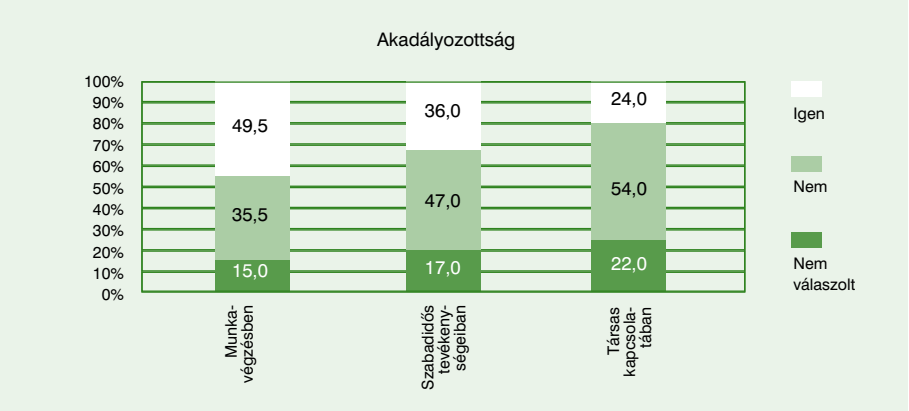
3.1 A szív- és érrendszeri betegségek hatása az életminőségre

A szív- és érrendszeri betegségben szenvedők, azon belül is a szívinfarktuson és agyvérzésen átesettek életminősége drámaian csökken a hasonló korú egészségesekhez képest. Betegségük nemcsak általános egészségi állapotukra, de munkavégzésükre, ezzel összefüggésben anyagi helyzetükre, önkifejezésükre és kompetenciaérzésükre is kihatással van.

A következő ábrán a Magyar Szív Egyesület által végzett kutatás eredményei láthatók, amelyekből kiderül, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések leginkább a munkavégzésben gátolják a betegeket, de hatással vannak szabadidős tevékenységükre és társas kapcsolataikra is.

29 A Hungarostudy 2002-ben végzett felmérése során a szakemberek arra kérdeztek rá, hogy az adott személynek van-e olyan betegsége, ami befolyásolja életvitelét. A 65 évnél fiatalabbak 51,6%-a jelölt meg valamilyen, az életminőséget aktuálisan befolyásoló betegséget, a fennmaradó 48,4% nem számolt be ilyen betegségről.

16. ábra: A szív- és érrendszeri betegek akadályoztatottsága különféle tevékenységekben (2003)



FORRÁS: A Magyar Szív Egyesület és az M&H Communications Intellgince Unit közös felmérése; 2003

A megromlott életminőség nemcsak a beteg terheit növeli, hanem további kockázattényező is: még inkább hajlamosítja az egyént különféle betegségekre, illetve rontja közérzetét. (Balog; 2006) Szívinfarktust vagy agyvérzést követően a betegek jelentős hányadánál jelentkeznek depressziós tünetek, amelyek a betegség kimenetelét is kedvezőtlenül befolyásolják.

3.2 A depresszió hatása az életminőségre

A WHO jelentése szerint 2020-ra a szív- és érrendszeri betegségek után a világon a második leggyakoribb tartós munkaképesség-csökkenést okozó megbetegedés a depresszió lesz. (WHO Europe; 2000)

A depresszió hatásai társadalmi, társas és individuális szinten egyaránt jelentkeznek. Társadalmi szinten a tanulmány korábbi részeiben már bemutatott módon: egyrészt a betegség kezelésének közvetlen költségei, másrészt az indirekt betegségterhek (munkaképesség elvesztéséből fakadó gazdasági veszteség, elvesztett munkanapokból fakadó veszteség, halálozás, öngyilkosság) révén. A család és az egyén szintjén a betegség közvetlen tüneteinek életminőség-rontó hatása mellett a családi és egyéb társas kötelezettségek terén való akadályozottság, valamint a stigmatizáció szerepe emelhető ki.

A depressziós (és általában a pszichiátriai problémákkal küzdő) betegek minden más egészségügyi probléma

érintettjeinél nagyobb stigmatizációval kényszerülnek szembenézni. Egy 2001-ben végzett angol kutatás arra mutatott rá, hogy a depressziós diagnózissal rendelkező, orvosi kezelés alatt álló betegek munkába állásának és munkahelyi alkalmazásának esélyei jóval kisebbek, mint a más fogyatékossággal rendelkezők esélyei. Míg a diabétesszel rendelkezőket a munkáltatók 3%-a nem alkalmazná, addig ez a szám 58% az olyan egyének esetében, akik bevallották, hogy volt már „depressziós epizódjuk", függetlenül attól, hogy jelenleg is depressziósak-e vagy csak régebben voltak azok. (Glozier; 1998) A depressziós jelentkezők elutasítását a munkáltatók zöme azzal magyarázta, hogy a depresszió diagnózisával rendelkező munkavállaló kevésbé terhelhető, és munkateljesítménye is rosszabb.

Mivel a depresszió az egyik leggyakoribb betegség, az általa okozott súlyos terhekre fokozottan figyelni kell hazánkban csakúgy, mint a fejlett országok többségében. A legfrissebb felmérések szerint hazánkban a felnőtt lakosság 16,1 százalékát érinti, ami azt jelenti, hogy minden hetedik felnőtt élete folyamán legalább egyszer átéli a depresszió kínjait. (Tringer; 2003) A 2002-es Hungarostudy-kutatás már idézett eredménye szerint azonban enyhe depressziós tünetektől (olyanoktól, amelyek klinikai értelemben még nem tekinthetőek depressziónak, de már az életminőség romlását okozzák) a lakosság majd egyharmada, 27,3 százaléka szenved.

3.3 Az allergia hatása az életminőségre

Amikor egészségi állapotról beszélünk, akkor legtöbben tragikus, halálos kimenetelű betegségekre, vagy tartósan megromlott, krónikus betegségekkel terhelt állapotokra gondolunk. Pedig egyáltalán nem csak a folyamatosan jelen levő krónikus vagy halálos kimenetelű betegségek befolyásolják az életminőségünket, hanem olyan, általában az immunrendszerrel összefüggő akut bajok is, amelyek csak alkalmanként vagy szezonálisan jelentkeznek. Itt kell megemlítenünk a magyar lakosság negyedét érintő, és jellemzően szezonálisan jelentkező allergiás megbetegedéseket, habár ezek orvosilag egyébként krónikusnak számítanak. Az allergia a szervezet védekező rendszerének (immunrendszerének) kóros túlműködése: az allergiás betegek szervezete egészségre ártalmatlan anyagokkal szemben olyan válaszreakciót produkál, mintha az anyag káros

lenne. A magyar lakosság 20-25 százaléka vallja azt, hogy volt már valamilyen allergiás tünete életében, és az előrejelzések szerint 2020-ra a népesség csaknem felét sújtja majd az allergia. A Hungarostudy 2002 megkérdezettjeinek 20 százaléka küzdött már valamilyen allergiás tünettel életében, a kérdőív felvételét megelőző egyéves időszakban pedig a megkérdezettek 15,2 százaléka szenvedett allergiától.

A leggyakoribb allergiafajta a nyálkahártya-irritációt okozó rhinitis allergica, amit például a pollen, házipor, macskaszőr válthat ki. Ez mára szinte népbetegség, amely egyes felmérések szerint a magyar lakosság 20 százalékát érinti. (Tóta; 2003) A rhinitis allergica gátolja a betegeket a munkában, a tanulásban, a pihenésben, jelentős életminőség-romlást okoz, és nem utolsó sorban óriási költséggel jár mind a betegeket, mind az egészségügyi ellátórendszert tekintve. Csak az egy parlagfűszezonra jutó gyógyszer- és járóbeteg-ellátási költség évente többmilliárd forintot tesz ki (Index; 2006)

3.4 Stressz és életminőség

Az egészség- és életminőség-romlás, valamint az idő előtti halálozás okai között szerepel a krónikus stressz is. Ebben a tanulmányban stressz alatt a kontrollálhatatlan és megoldhatatlan élethelyzetekre adott fiziológiás és pszichés reakcióegyüttest értjük. (Kopp; 2003) Erre a pontos meghatározásra azért van szükség, mert a stressz önmagában véve nem káros, hanem az élet természetes velejárója, megfelelő menynyiségben és minőségben inspirálóan hat a teljesítményre, sőt mind fizikai, mind pszichológiai fejlődésünk alapvető feltétele. Veszélyessé akkor lesz, ha krónikussá válik, ami egyénenként változó szinten következik be.

Térségünkben a krónikus stressznek különösen nagy és szomorú jelentőséget ad, hogy úgynevezett „középkelet európai egészség-paradoxon", amely Kopp Mária és munkatársainak kutatási eredményei szerint szintén a krónikus stressz néhol bírhatatlanul magas szintjével magyarázható.
A paradoxon lényege, hogy Magyarországon és a környező országokban sokkal rosszabbak a lakosság halálozási mutatói, különösen a férfiak idő előtti, vagyis aktív, 45 és 65 év közötti életkorukban bekövetkező halálozása, mint azt bármiféle, a stresszen kívüli körülmény (életmód, általános anyagi

helyzet, az egészségügyi ellátórendszer minősége) indokolná. Környékünkön ma a középkorú férfiak halálozása magasabb, mint az 1930-as években volt, és a jelenlegi népegészségügyi modellek nem képesek megmagyarázni a jelenséget. A magyar kutatók szerint a magas halálozási arány elsősorban annak tudható be, hogy az emberek nem tudnak megbirkózni a gyakori és kiemelkedő mértékű krónikus stresszel. (Kopp – Skrabski; 2003)

A krónikus stresszt újkeletű betegségnek szokás tekinteni. A jelenség néhány évtizeddel ezelőtt nem jelentett ilyen világméretű problémát. A krónikus stressz valójában egy reakciósorozat, amelynek okai között olyan tényezők szerepelnek, mint például a biztonságérzet tartós hiánya, a stabil értékrendszer és a „világba" vagy az „emberekbe" vetett általános bizalom megrendülése, az állandó megfelelési kényszer, amelynek általunk kontrollálhatatlan körülmények közepette kell eleget tennünk, vagy épp a tömeg, a zaj és az állandóan változó környezet, amelyekhez szervezetünk képtelen alkalmazkodni. A krónikus stresszel járó folyamatos nyomás, a meg nem felelés érzete, a lemaradás élménye, a biztonság hiánya, és az ezekből fakadó, ezekkel gyakran együtt járó alacsony társas támogatás, önmagukban is rontják életminőségünket. Ám ha folyamatosan stresszt kell vagyunk kitéve, és képtelenek vagyunk annak leküzdésére, akkor jó eséllyel egy sor más olyan következménnyel, elsősorban testi-lelki tüneteket okozó betegségekkel is szembe kell néznünk, melyek következtében könnyen alkalmatlanná válhatunk a teljes – szociálisan és gazdaságilag is aktív – életre, és amik maguk is nagyfokú életminőség-romláshoz vezetnek.

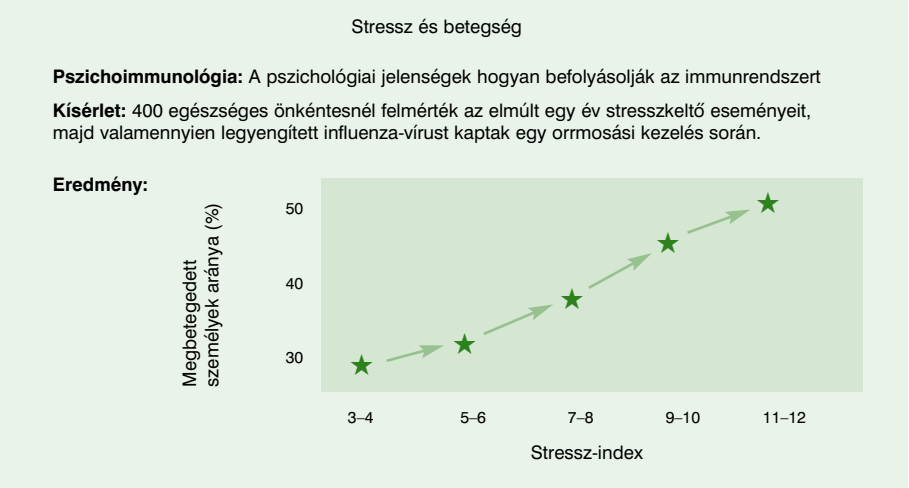
A stressz nem csak lelkünkre, de testünkre is hatással van, befolyásolja immunrendszerünket, közvetetten pedig szív- és érrendszeri megbetegedéseket és magas vérnyomást okozhat. A korai halálozás csak a végső mutatója a stresszel járó egészségromboló hatásoknak, a stresszből fakadó egészségi problémák ugyanis akkor is komolyan befolyásolják az életminőséget, ha a beteg nem ebbe hal bele, de a stressz következtében sokat betegeskedik. Míg a stresszel összefüggő legsúlyosabb megbetegedésként a szív- és érrendszeri megbetegedéseket kell említenünk, a krónikus stressz szinte mindig alvászavarral jár, súlyosabb esetben depresszióval, hatására gyakran alakulnak ki gyomorpanaszok, valamint

különféle, az immunrendszer legyengülésével együtt járó bajok, melyek komoly hatással vannak az életminőségünkre.

A stressz hatásaira leginkább a szív- és érrendszer érzékeny. A stresszreakció hatására megnő a vérnyomás és felgyorsul a szívverés. Ha a stressz állandósul, azaz, ha a magas vérnyomás tartós állapottá válik, az erek fala károsodik, megindul az érelmeszesedés, és szinte törvényszerűen alakulnak ki súlyosabb szív-és érrendszeri problémák.

A másik fontos terület, amire a krónikus stressz komoly negatív hatással van, az immunrendszer.

17. ábra: A stressz immunrendszer-gyengítő hatása



FORRÁS: BME Ergonómiai és Pszichológiai Tanszék oktatási anyaga, http://www.erg.bme.hu/oktatas/tleir/ps168/stressz.pdf

A folytonosan magas stressz-szint következtében csökken az ellenállásunk az akut betegségekkel szemben, fogékonyabbak leszünk felső-légúti- és bőrfertőzésekre, amelyeket ugyan nem szokás „komoly betegségként” kezelni, mégis a legtöbben az ilyen típusú megbetegedések miatt hiányoznak a munkahelyükről. (Világgazdaság; 2006)

Kiemelt problémát jelent a munkahelyi stressz, ami az Európai Unióban a hátfájás után a második leggyakoribb munkával összefüggő egészségi probléma. Munkahelyi stressz alatt azt az állapotot értjük, amikor a munkavállaló úgy érzi, nem tud megfelelni a munkahelyén vele szemben támasztott követelményeknek. Az Európai Munkavédelmi Ügynökség felmérése szerint

az uniós népesség aktív munkavállalóinak mintegy 28 százalékát, azaz 40 millió munkavállaló egészségét veszélyezteti. (Európai Munkavédelmi Ügynökség közleménye; 2002) Az Európai Bizottság 2002-es jelentése szerint a munkavállalók felének kell nagyon szoros határidőben dolgoznia, az aktív munkavállalók egyharmadának pedig semmilyen befolyása nincs az általa végzett munkafolyamatra. (Bents–Erős; 2002)

A munkahelyi stressz tehát mind a munkavállaló szempontjából, mind gazdasági szempontból óriási teher, az egyénre fokozottan egészségrombolóan hat, gazdasági vonatkozásban pedig komoly következményekkel jár. Az Európai Munkavédelmi Ügynökség számításai szerint a munkahelyi stressznek betudható egészségi problémák kezelése, valamint a távolmaradások évente 20 milliárd euróba kerülnek, a munkahelyi stressz pedig a kéthetes vagy annál hosszabb betegszabadságok egynegyedéért felelős; ráadásul a túlzott stressz a munkavégzés hatékonyságát is csökkenti. (Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség 2002-es jelentése)

A stressz a szervezet minden szintjén, mindkét nem számára, valamennyi gazdasági ágazatban meghatározó problémaként jelentkezik. Leggyakoribb okként a munkakörülmények feletti ellenőrzés hiánya merül fel, a túl sok vagy túl kevés terhelés, az elvégzendő feladat pontos meghatározásának és a problémák artikulálási lehetőségének hiánya. Probléma ezen kívül a túl sok felelősség minimális döntéshozatali hatáskörrel párosítva, illetve az, ha a munkavállaló nem látja át sem a munkafolyamatokat és a cég szervezeti struktúráját, sem a helyet, amit a szervezetben betölt. (Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség 2002-es jelentése). Komoly rizikótényező a feszült főnökbeosztott viszony, az elismerés hiánya, a kollégákkal való örökös versengés, illetve az alacsonynak érzett fizetés is.

Bár egyelőre nincs róla komolyabb felmérés, feltételezhető, hogy Magyarországon a probléma fokozottan jelen van, a kedélybetegek számából ugyanis könnyen következtetni lehet arra,

hogy hányan érzik az országban a munkahelyi stressz hatását, amely tehát a depresszióval többnyire együtt, szoros kölcsönhatásban jelentkezik. És mivel hazánkban rosszabbak a munka- és életkörülmények, a létbiztonság és a munkahely elvesztésének (akár csak szubjektív módon felnagyított) esélye még nagyobb lelki terhet ró a lakosság aktív munkavállalóira.

3.5 Egészségmagatartás

Egészségi állapotunkról árulkodik az is, hogy mi magunk mennyit vagyunk hajlandók tenni megőrzéséért. Nem nehéz belátni: egészséggel kapcsolatos magatartásunk maga is nagyban befolyásolja életminőségünket, egyúttal annak indikátoraként is szolgál.

A leggyakoribb és legsúlyosabb, például a legtöbb halálesetet okozó egészségi problémák kialakulásában – így az itt bemutatott szív- és érrendszeri betegségek vagy a részletesebben nem elemzett daganatos betegségek esetében – igazoltan óriási szerepet játszanak olyan rizikófaktorok, mint a dohányzás, mozgáshiány, túlsúly vagy munkahelyi stressz. Ezen kisszámú, megelőzhető kockázati tényező aránytalanul nagy mértékben tehető felelőssé a betegségterhek növekedéséért. Magyarországon mindez sajnos kiemelten igaz. A magyar nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzik; a nők negyede, a férfiaknak több mint harmada csaknem napi rendszerességgel rágyújt.

Egyáltalán nem végez testmozgást a felnőtt lakosság majdnem 8%-a, és túlsúlyos vagy elhízott a nők fele, a férfiaknak pedig több, mint 50%-a. (Boros; 2005) Egy 2004 végén készített Eurobarometer felmérés szerint az EU lakosságának 38%-a sportol legalább hetente egyszer. Ez az arány országonként eltérő: a legmagasabb Skandináviában, a legalacsonyabb pedig egyes déli országokban, például Portugáliában, valamint néhány új tagállamban – például Magyarországon. (Vannak azért kivételek a régi tagállam–új tagállam választóvonal alól: a szlovének például kifejezetten sokan és sokat sportolnak.) Általában több férfi sportol, mint nő, és minél fiatalabb valaki, várhatóan testileg is annál aktívabb.

18. ábra: Az országonként megkérdezettek közül a saját bevallásuk szerint sohasem sportolók aránya, 2004

Ország	%
Portugália	66
Magyarország	**60**
Olaszország	58
Spanyolország	47
Lengyelország	46
EU-25	40
Belgium	36
Németország	36
Szlovákia	36
Franciaország	35
Ausztria	34
Csehország	34
Hollandia	31
UK	31
Írország	28
Szlovénia	24
Dánia	17
Svédország	7
Finnország	4

FORRÁS: Eurobarometer; 2005

Az önveszélyeztető magatartásformák jelenlétének ilyen magas arányai többek között azért is jelentenek nagy problémát, mert – mint már említettük – maguk is közvetlen összefüggésben állnak az életminőséggel. A túlzott alkoholfogyasztás hátterében szinte kivétel nélkül ott találunk valamilyen mélyebb életvezetési problémát, illetve fordítva: a sport – távolabbi élettani hatásaitól eltekintve – önmagában is pozitívan járul hozzá az életminőséghez.

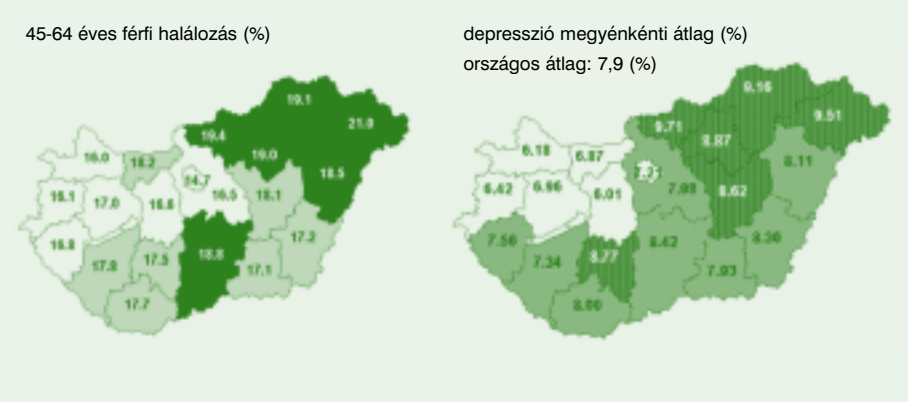
4. Egészség és életminőség – a közösségi dimenzió

4.1 Egyenlőtlenségek és kohézió

Az utóbbi évtized talán legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a fejlett országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás is, ami még az olyan rizikófaktoroknál is nagyobb szerepet játszik, mint a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás. (Kopp–Skrabski; 2003) Fontos kiemelni a lemaradottság viszonylagosságát, hiszen

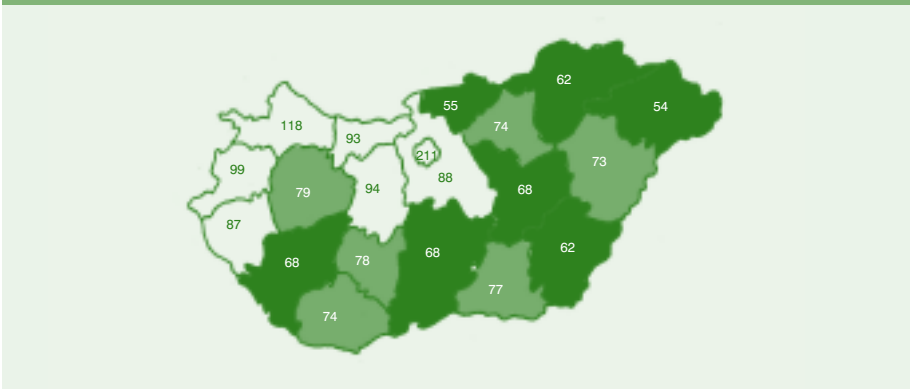
a tapasztalatok szerint a rossz anyagi-szociális helyzet önmagában nem eredményez rossz egészségi állapotot, csak ha nagy mértékű és mindenki által megtapasztalható egyenlőtlenségekkel párosul. A jelenség teljes körű magyarázata egyelőre ismeretlen, de feltehetően etológiai gyökerei vannak. A már sokszor idézett kutatók, Kopp Mária és munkatársai ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy bár a jelenség magyarázó tényezői között elsődleges a relatív lemaradottság, az mégsem önmagában, hanem a depressziós tünetegyüttes közvetítésével torkollik a jól ismert, elkeserítően rossz megbetegedési és halálozási mutatókba: vagyis a hátrány érzékelése, és az arra adott pszichés, majd testi reakció az, ami betegít. (Kopp–Skrabski; 2003)

19. ábra: A középkorú férfiak korai halálozása és a depressziós tünetegyüttes megyei átlagértékei 2002-ben, valamint az egy főre jutó megyei GDP aránya az országos átlaghoz képest 2002-ben



FORRÁS: Kopp–Skrabski; 2003

Egy főre jutó GDP megyénként, az országos átlag százalékában



FORRÁS: KSH

Jól látható, hogy mind a depresszió, mind a halandóság országos mintázata pontosan követi a makroszinten megfigyelhető jövedelmi-szociális egyenlőtlenségeket, vagyis még az országos átlaghoz viszonyítottan rosszabb helyzetű megyék depressziós megbetegedési és halálozási arányai is sokkal magasabbak, mint az ország többi részéé, különösen a nyugat- és középmagyarországi megyéké. A társadalmi kohézió megbomlása ma is éppolyan végzetes következményekkel jár tehát, mint néhány száz évvel ezelőtt, és ezeket a következményeket ma is elsősorban az alul lévők viselik – és csak rajtuk keresztül a társadalom egésze.

A társadalmi kohézió problémájától egyetlen lépésben juthatunk vissza a WHO-nak az egészségre vonatkozó, a fejezet elején bemutatott definíciójához. Egészségesnek az az ember tekinthető, aki nincs korlátozva abban, hogy alapvető életterveit megvalósítsa, hogy mind szociális, mind gazdasági értelemben aktív életet éljen, társadalmi és fizikai környezetével összhangban. Vagyis minden téren alapvető szerepet tölt be az egyén közvetlen társas környezete: családja, munkahelye, baráti köre, szomszédsága, a település, ahol lakik. Azok az egészségre való ráfordítások pedig, amelyek a munkahelyeken – a dolgozat első felében bemutatott módon – szinte azonnali gazdasági hasznot eredményeznek, a településeken és közösségekben, legalábbis eleinte, leginkább az életminőség dimenziójában bekövetkező változásokban mérhetők.

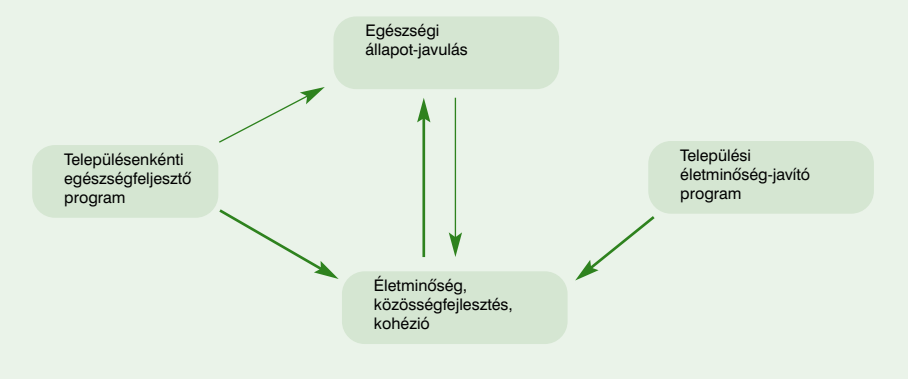
4.2 Közösségi egészségfejlesztés és életminőség

Függetlenül különféle meghatározásaitól, a közösségek megkerülhetetlenek az egészségfejlesztés és életminőségjavítás területén. A kohézió és a támogató társas kapcsolatok biztosítása mellett a közösség – elsősorban az intézményileg is jól megragadható települési szint – számtalan olyan erőforrással rendelkezik, amelyet megfelelően használva nagyon jó eredményeket érhet el mindkét területen. Az életminőség dimenziójának bevezetése feloldja az egészségvédelem hatásainak késleltetettségével kapcsolatos, a közösségi szintű egészségvédő programok elé általában súlyos akadályokat gördítő dilemmát. Egészségügyileg mérhető, a halálozási vagy megbetegedési mutatók javulásában tetten érhető hatásai az egészségfejlesztésnek ugyanis a leg-

jobb esetben is csak évekkel, évtizedekkel később jelentkeznek, ami gyakorta eltántorítja a – rövidebb távú politikai szempontokat figyelembe vevő – helyi döntéshozókat attól, hogy jelentős forrásokat áldozzanak ezen célok elérésére. Ezzel kapcsolatban fontos felismerés, hogy az egészségfejlesztő programok, mégha a klinikai értelemben vett egészségi állapotra nem is, az életminőségre szinte azonnali hatással vannak, és ennek a hatásnak kétségkívül van, illetve lehet politikai haszna is – csak fel kell tudni ismerni.

Az egészség és életminőség kölcsönös összefüggésének másik következménye, hogy a települési szintű életminőségjavító programok, amelyek igen széles spektrumot foghatnak át – a közösségi szabadidős eseményektől a településszépítésig, a közösségi szolgáltatások hozzáférhetőségének javításától az egyéni autonómia és a települést érintő döntések demokratikus jellegének erősítéséig – legalább középtávon maguk is az egészségfejlesztést szolgálják. (Füzesi–Tistyán; 2004)

20. ábra: A közösségi egészségfejlesztés hatásai



FORRÁS: Saját illusztráció

A fenti ábrán az életminőség-javítás és egészségfejlesztés közötti kapcsolatokat láthatjuk. Az egészségfejlesztés felől az életminőség- és közösségfejlesztés felé mutató, vastagabb nyíl reprezentálja az azonnali, erősebb hatást. A települési egészségfejlesztés elsősorban az ott lakók „közérzetét”, egymással való kapcsolatait javítja, és ezen keresztül van hatással magára az egészségi állapotra. Az életminőségjavító programok ugyanezzel a közvetett hatással rendelkeznek az egészségi állapotra vonatkozólag.

összegzés

ÖSSZEGZÉS

Az egészség, gazdaság és életminőség összefüggései mindenkit érintenek. Reméljük, hogy tanulmányunk az országos szintű döntéshozótól, polgármestertől, vállalatvezetőtől, civil szervezet képviselőjétől egészen a tanulmányt magánemberként kezükbe vevőkig mindenki számára adott olyan ismeretet, amit munkája vagy élete során hasznosítani tud. Mondanivalónk ugyanis mindannyiunkat felelősséggel ruház fel: az egészségnek mindenki életére kiterjedő, számszerűsíthető hatásai vannak, a munkáltatónak éppúgy érdeke figyelmet fordítani alkalmazottai, mint a polgármesternek települése lakói, vagy épp a szülőnek gyerekei, illetve mindenkinek különkülön a saját egészségére. Mindazonáltal az egészség közérdek is: nem elégséges, de szükséges feltétele annak, hogy egy ország polgárai boldogságban és jólétben élhessenek.

Tanulmányunkban bemutattuk, hogy elvitathatatlan az egészség szerepe a gazdasági teljesítőképességet és fejlődést illetően, de mindannyian nap mint nap is tapasztalhatjuk annak életünk minőségét érintő hatásait. Meggyőződésünk, hogy ha ezeket az összefüggéseket a vállalati, döntéshozói, civil, és lakossági szféra egyre több és több szereplője ismeri fel, és ébred rá saját felelősségére, együtt kitörhetünk a rossz egészségi állapot előidézte ördögi körből.

Szükség van továbbá arra is, hogy a ma még szigorúan az egészségügyi rendszerre koncentráló politikai viták nyitottabbá váljanak. Az információs- és tudástársadalom tagjainak egyre inkább megváltozik a hagyományos struktúrákhoz, így az egészségügyhöz való viszonya, új szükségletek keletkeznek, illetve régiek tűnnek el, vagyis az egyirányú „kommunikációra” berendezkedett egészségügy felett lassan eljár az idő. A legfőbb kérdés egyre kevésbé az, hogy mit tesz értem az egészségügy, ha megbetegszem, hanem az, hogy mit tesz azért, hogyan támogat abbéli igyekezetemben, hogy egészséges maradjak?

Reméljük, írásunkkal hozzájárultunk ahhoz, hogy az egészség saját jogán is szemponttá váljon a legkülönfélébb politikai, gazdasági, vagy akár személyes döntések meghozatalában.

I. melléklet:

a magyar lakosság általános egészségi állapota és életmódja

I. MELLÉKLET: A MAGYAR LAKOSSÁG ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS ÉLETMÓDJA

Az alábbiakban a magyar lakosság egészségi állapotáról adunk pillanatfelvételt. A különböző mutatók mind más és más oldalát világítják meg az egészségi állapotnak, ezért igyekeztünk széles körét prezentálni az elérhető adatoknak. A demográfiai jellegű mutatók mellett az egészségi állapot önértékelésének eredményeit, valamint a táppénzes napok alakulását és az egészségügyi rendszer igénybevételére vonatkozó adatokat közöljük. A melléklet második felében a magyar lakosságnak az egészséggel összefüggésben levő életmódbeli jellemzőit mutatjuk be röviden.

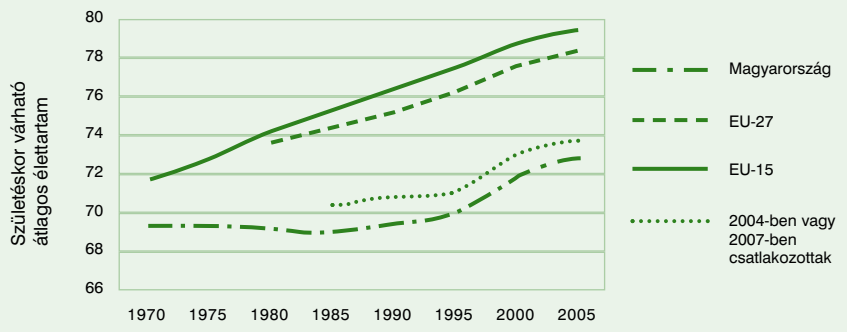
1. Az egészségi állapot mutatói

1.1 Az egészségi állapot makrojellemzői

1.1.1 Várható élettartamok

Egy ország lakosainak általános egészségi állapotát a makroszintű elemzésekben a születéskor vagy más életkorban várható élettartam mutatójával szokás jellemezni. A mutató a jelenlegi lakosság halálozási mintázatát hűen tükrözi, hátránya azonban, hogy nem a most megszületők életesélyeire vonatkozólag tartalmaz információt.

21. ábra: Születéskor várható élettartamok Magyarországon és Európában

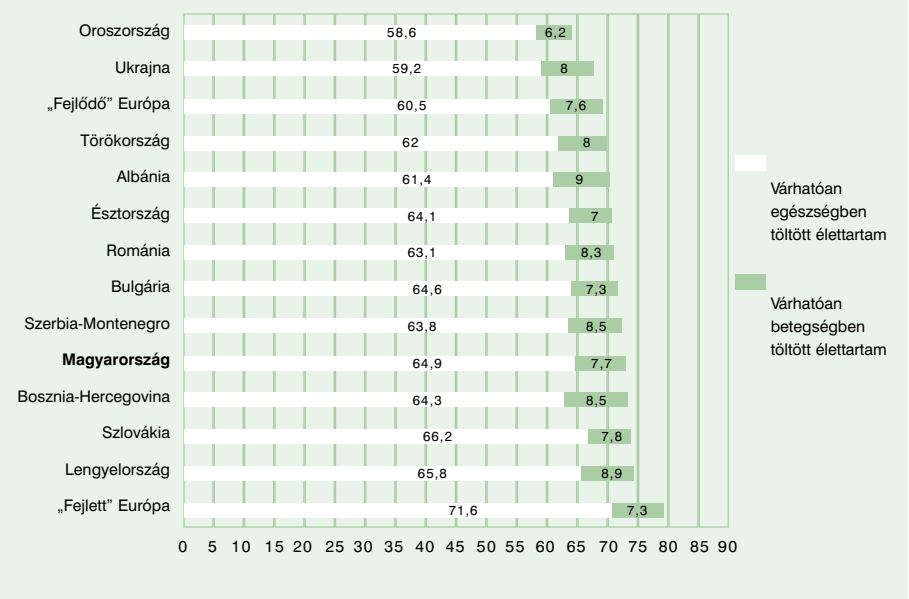


FORRÁS: Health for All Database

A fenti ábra egyike azoknak, amelyet akkor érdemes bemutatnunk, ha a magyarok rossz egészségi állapotát akarjuk illusztrálni. Jól látható, hogy a rendszerváltáskor lassan emelkedni kezdett a születéskor várható élettartamunk, de csak 2000-re érte el azt a szintet, ahol az EU régi tagállamai 1970-ben tartottak. A 2004-ben és 2007-ben csatlakozott országcsoport átlagához képest pedig jó öt éves lemaradásban vagyunk.

Az összességében várható élettartam kalkulációja mellett az elmúlt években már Magyarországon is adnak becslést arra vonatkozólag, hogy statisztikailag várható élethosszából várhatóan hány évet fog egészségben tölteni valaki. Az egészségi állapotra vonatkozó adatok ezekben a becslésekben önbevalláson alapulnak. Bár a várható és a várhatóan egészségben töltött élettartamról nagy általánosságban elmondható, hogy együtt mozognak, ez mégsem törvényszerű.

22. ábra: Egészségben töltött élettartam nemzetközi összehasonlításban (2002)



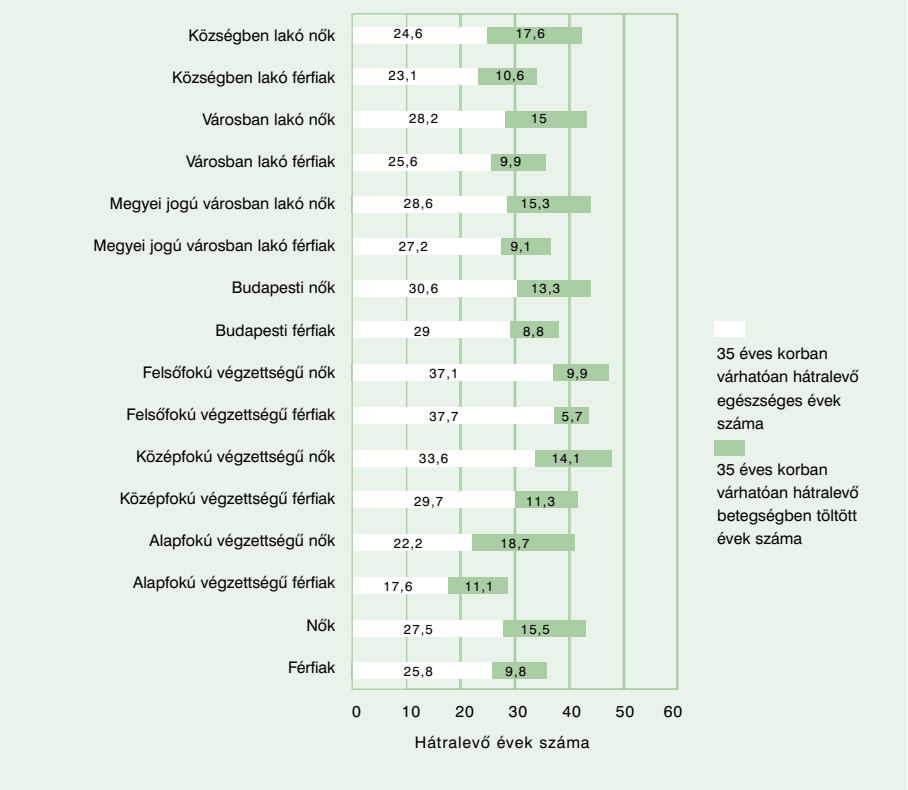
FORRÁS: WHO; 2006

A 22. ábra két alapvető tanulsággal szolgál: egyrészt, hogy Magyarország jelentősen le van maradva a „fejlett Európa” országaitól, ám ez az itt prezentált adatok alapján elsősorban az összességében várható élettartamunkat tekintve igaz, hiszen nem töltünk sokkal több évet betegen életünk végén, mint Európa nyugati felének lakói. Másrészt viszont megfigyelhető, hogy

a várható élettartam és az egészségben várható élettartam hossza nem mozog okvetlenül együtt: a bosnyákok például valamivel hosszabb életre számíthattak 2002-ben, mint a magyarok, de egészségben majd fél évvel kevesebbet tölthettek.

A leglátványosabb példa arra, hogy a várható és az egészségben várható élettartamok nem okvetlenül mozognak együtt, hogy a férfiaknál átlagosan majd tíz évvel tovább élő nők nem töltenek egészségben sokkal több időt, mint férfitársaik. Ennek feltehetően egyrészt biológiai, másrészt szociológiai jellegű magyarázata van. A hormonrendszer számos betegség ellen hathatós védelmet biztosít a nőknek, amely védelmet a menopauzával együtt járó hormonális változásokkal javarészt elveszítenek. Emellett a nők – úgyszintén biológiai szükségszerűségből – a férfiaknál sokkal inkább rá vannak kényszerítve arra, hogy saját testük működését figyelemmel kísérjék, így az is igencsak valószínű, hogy ők érzékenyebben reagálnak egészségi állapotuk kismértékű változásaira is.

23. ábra: A 35 éves magyar nők és férfiak egészségben és betegségben várható hátralevő élettartama, településtípus és iskolai végzettség szerinti bontásban (2005)



FORRÁS: Faragó; 2007

Jól látható, hogy bár a nők mindegyik kategóriában 5-10 évvel hosszabb élettartamra számíthatnak a férfiaknál, ebből egészségben alig egy-két évet töltenek. Az egészségi állapot egyéb egyenlőtlenségei is kiviláglanak: a településtípus szerint főképp a férfiaknál mutatkoznak eltérések a községben lakók hátrányára, az iskolai végzettség azonban döntően befolyásolja az életesélyeket: a kategóriák közül összességében a leghosszabb élettartamra számítható középfokú végzettségű nők például várhatóan majd húsz évvel tovább élnek, mint az alapfokú végzettségű férfiak, de egészségben is közel 15 évvel hosszabb életre számíthatnak. Érdekes, hogy a várakozásokkal ellentétben a felsőfokú végzettségű nők összességében rövidebb életre számíthatnak, mint a középfokú végzettségűek – a papírforma inkább a férfiak esetében teljesül. A pontosan ugyanakkora várható élettartammal rendelkező középfokú végzettségű férfiak és alapfokú végzettségű nők adatai világítanak rá a legélesebben a két nem közötti egészségi állapotbeli különbségre: az alapfokú végzettségű nők hátralevő életüknek mintegy felét, míg a középfokú végzettségű férfiak csak valamivel több, mint a negyedét kényszerülnek betegségben leélni.

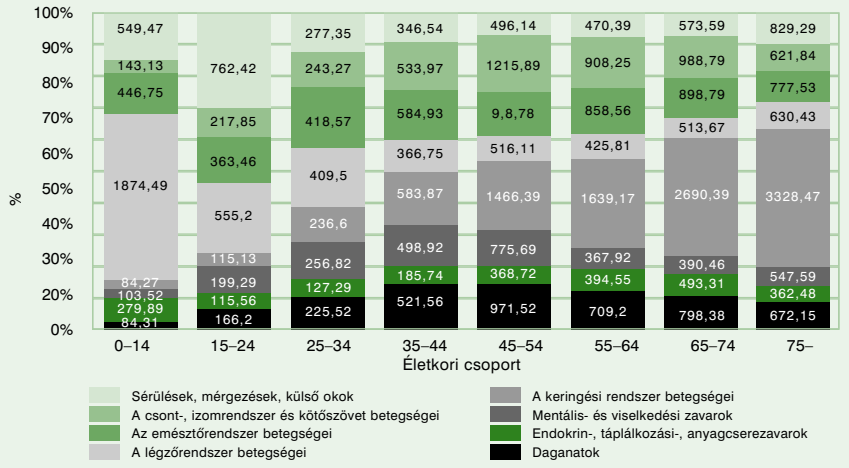
1.1.2 Megbetegedési adatok

A megbetegedési vagy morbiditási adatok a halálozási mutatókhoz hasonlóan jól használható eszközei volnának az egészségi állapot mérésének. Két ország eltérő morbiditási adatai azonban nem okvetlenül a tényleges betegségstruktúra különbségeit tükrözik: a differencia oka éppúgy lehet a lakosság eltérő egészségkultúrája, a betegségről, betegállapotról való elképzelésük, ismereteik, orvoshoz fordulási szokásaik különbözősége, mint ahogy az egészségügyi rendszerek között is adódhatnak olyan strukturális illetve kultúrabeli különbségek, amelyek jelentős eltéréseket eredményeznek. Megbetegedési adatokhoz ugyanis alapvetően kétféleképpen juthatunk: vagy az egyéneket kérdezzük meg arról, miféle betegségeik vannak, vagy az egészségügyi intézményektől gyűjtünk adatokat. Az önbevalláson alapuló adatok problémáiról, a szubjektivitásról, esetlegességről a tanulmány során már említést tettünk, és szót ejtettünk a kínálat megteremtette keresletnek az egészségügyre jellemző jelenségéről is – mindkét problémakör következménye az adatok viszonylagos megbízhatatlansága. Utóbbi mérési módszerrel ráadásul csak azok a betegek

regisztrálhatók, akik problémájukkal orvoshoz fordultak. Nemzetközi összehasonlításra ezért meglehetősen ritkán használnak – egyébként is aligalig rendelkezésre álló – morbiditási adatokat.

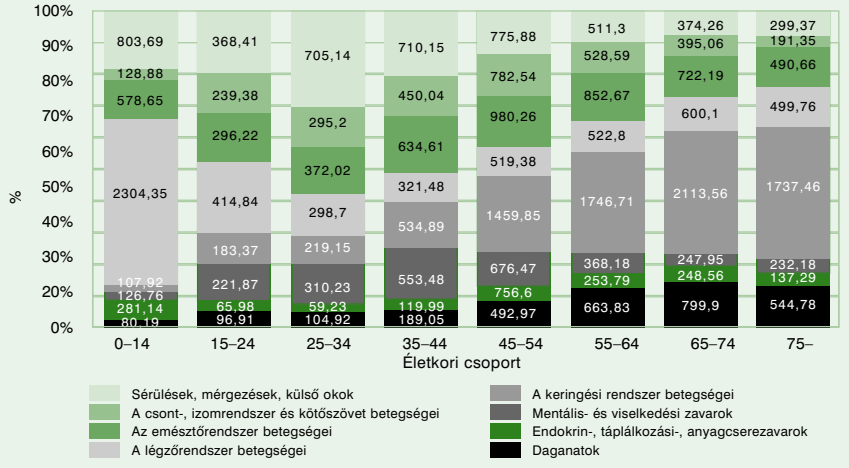
Az alábbi ábrák a magyar morbiditási struktúrát ábrázolják a nyolc leggyakoribb betegségcsoportot számba véve, a fekvőbeteg-szakellátó intézmények statisztikái alapján:

24/a. ábra: A magyar nők betegségstruktúrája életkori csoportok szerint, 2002



FORRÁS: Hoffer, 2004

24/b. ábra: A magyar férfiak betegségstruktúrája életkori csoportok szerint, 2002



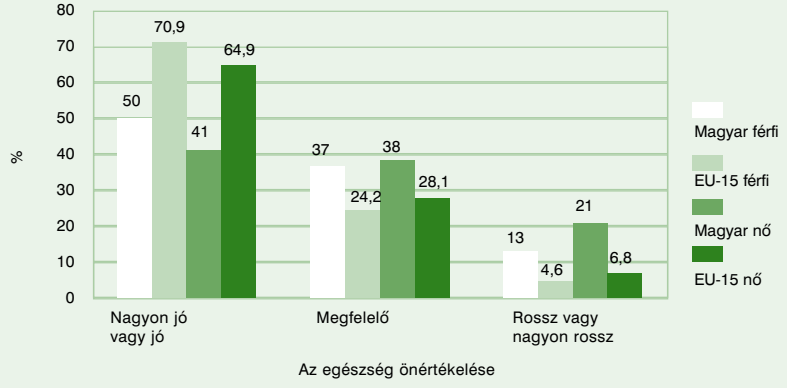
FORRÁS: Hoffer, 2004

Az oszlopokra írt számok az adott életkori csoportban tízezer lakosra jutó megbetegedések számát mutatják, a baloldali skáláról pedig az egyes betegségcsoportok relatív gyakoriságát olvashatjuk le. Az arányok tekintetében jelentős különbségeket nem fedezhetünk fel a két nem között. A daganatos betegségek a nőknél fiatalabb korban jelentkeznek, 25 és 34 éves koruk között az összes megbetegedés 10 százalékát teszik ki; a férfiaknál csak az 55–64 éves korcsoport éri el ezt az arányt. Jól követhető a szív- és érrendszeri betegségek előretörése 45 éves kor után, mégpedig mindkét nemnél, dacára az általános közhiedelemnek, hogy a nők védettebbek ezekkel a betegségekkel szemben. Ijesztő látvány a 14 év alattiak körében a légzőrendszer betegségeit regisztráló sáv a maga közel 50 százalékos arányával. Bár ennek egy jelentős része valószínűleg akut megbetegedéseket takar, feltehetőleg magas az allergiás és asztmás megbetegedések száma is ebben a korosztályban.

1.1.3 Vélt egészség

Az egészségi állapot makroszintű, a halálozási adatokon vagy az egészségügyi statisztikákon alapuló mutatói mellett az egészség önértékeléséből származó mikroadatokat is gyakran használják egy populáció egészségi állapotának jellemzésére. Korábban már utaltunk ennek a módszernek a hátulütőire – a szubjektivitásra, az egészségről és betegségről alkotott, egyénenként eltérő képzetekre. Ha objektív állapotokra mindezen okok miatt nem is, arra azonban, hogy egészségi állapotukat illetően mennyire elégedettek a különféle országok lakói, vagyis áttételesen az egészséggel kapcsolatos szubjektív életminőségre bízvást következtethetünk ezen adatokból.

25. ábra: Az egészségi állapot önértékelése Magyarországon és az EU-15 országaiban (Magyarország: 2003, EU: 2002)



FORRÁS: OLEF; 2003, Eurobarometer; 2003

Mint az az ábráról egyértelműen leolvasható, az EU-15 polgárai közel másfélszer akkora arányban tartják jónak, és csak körülbelül harmadakkora arányban kifejezetten rossznak egészségi állapotukat, mint a magyarok. Ugyanakkor a nyugat-európaiak körében az egészségi állapotukat „megfelelő”-nek ítélők aránya is lényegesen, legalább 10 százalékponttal alacsonyabb, mint a magyarok esetében – és ez a különbség éppúgy adódhat az egészségi állapot objektív eltéréseiből, mint a magyarok átlag iránti „vonzódásából”, vagy a nyugat-európaiak optimizmusából.

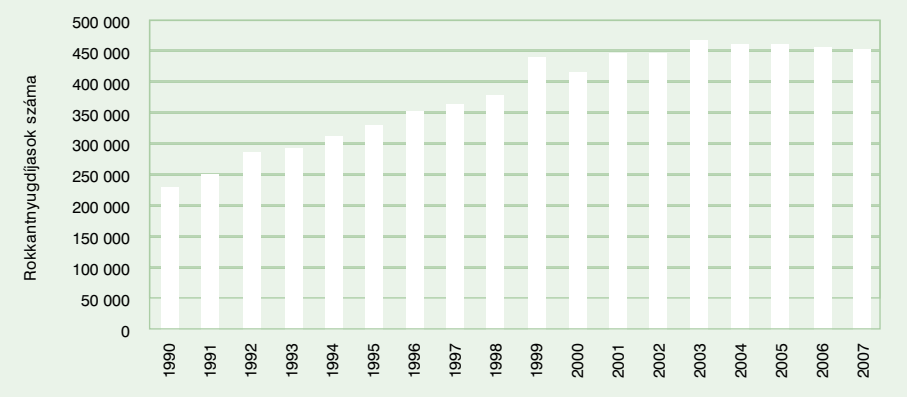
1.2 Rokkantnyugdíj és táppénz

Az egészségi állapot jellemzője lehet az is, hogy az aktív népességnek mekkora hányadát akadályozza valamiféle betegség vagy egészségi állapot-romlás a munkavégzésben. Ilyen mutató lehet például a táppénzstatisztika, vagy az aktív korú rokkantnyugdíjasok száma. Magyarország esetében mindkettőnek megvan a maga speciális – jóllehet épp ellentétes irányú – jelentősége.

1.2.1 Rokkantnyugdíj

A rokkantnyugdíj intézményéről köztudott, hogy a rendszerváltás után a hirtelen megugró munkanélküliség előli egyik leggyakoribb menekülőútnak számított. Mivel elsősorban az idősebbek, a kilencvenes évek elejének 40–50–60 évesei számára volt vonzó ez a megoldás, azt várhatnánk, hogy az ő nyugdíjas korúvá válásukkal a rokkantnyugdíjasok száma csökkenni kezd. A statisztikák azonban inkább arra engednek következtetni, hogy a rokkantnyugdíjasság hosszú időn keresztül az inaktívvá válás legitim módja volt:

26. ábra: Aktív (nem nyugdíjas) korú rokkantnyugdíjasok száma



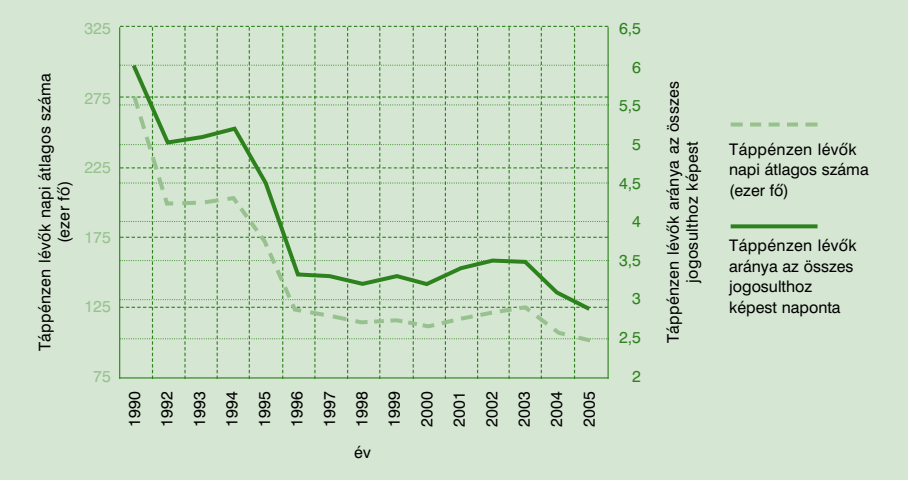
FORRÁS: ONYF

az aktív korú rokkantnyugdíjasok száma 2000-ben csökkent kissé, azóta viszont nagyjából azonos szinten, 450 ezer fő körül stagnál. Nem vonhatjuk kétségbe, hogy ennek az embertömegnek egy jelentős része orvosilag indokoltan van ebben a státuszban, különösen az elmúlt években jelentősen szigorított ellenőrzési rendszer mellett. Arra azonban, hogy az egészségi állapotra vonatkozó messzemenő következtetéseket vonjunk le belőlük, mindenképpen csak fenntartásokkal alkalmazhatók ezek az adatok.

1.2.2 Táppénz

A rokkantnyugdíjával éppen ellentétes folyamatok zajlottak le a rendszerváltás óta a táppénz esetében: mind a táppénzen levők száma, mind az összes jogosulthoz viszonyított arányuk jelentősen csökkent 1990 óta:

27. ábra: A táppénzesek száma és aránya



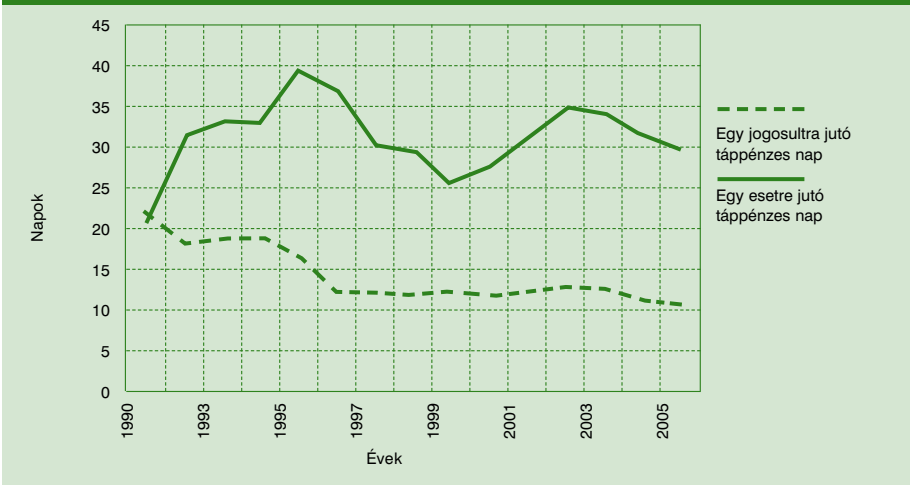
FORRÁS: KSH

A csökkenés aránya azért is különösen figyelemre méltó, mert időközben a jogosultak száma is megfogyatkozott: míg 1990-ben még 4,5 millió, 2005-ben már kevesebb, mint 3,5 millió biztosított volt Magyarországon.

Mielőtt azonban mindebből a munkavállalók egészségi állapotának nagy mértékű javulására következtetnénk, meg kell jegyeznünk, hogy ahogy a rokkantnyugdíj, úgy a táppénz is munkavállalói döntés tárgya. Mint arra korábban már szintén utaltunk, kutatások sora bizonyította az 1990-es évek közepén, hogy a munkahely elvesztésétől való félelem vagy az ezzel járó keresetkiesés erőteljes visszatartó

tényező még súlyos betegség esetén is (nálunk Magyarországon kiváltképp), ha a munka és a táppénz között kell választania a munkavállalónak. (Lehmann–Polonyi; 1998) Az effajta hozzáállással ideig-óráig elodázható a „hivatalos” beteg-státusz, de csak azért, hogy később még súlyosabb állapotokat, még több időt igénylő gyógyulási folyamatot eredményezzen.[30]

28. ábra: Egy főre, illetve egy táppénzes esetre jutó táppénzes napok száma



FORRÁS: KSH

Mint az az ábráról leolvasható, az egy jogosultra jutó táppénzes napok száma felére csökkent 15 év alatt, az egy táppénzes esetre jutó napok száma viszont jelentős ingadozások után 2005-ben másfélszerese volt az 1990-ben mértnek. A két görbe többé-kevésbé ellentétesen halad, az egyikben bekövetkező nagyobb törések a másikban is leképeződnek. Ez pedig azt jelenti, hogy kevesebben mennek táppénzre, ugyanakkor hosszabb időre és feltehetően súlyosabb állapotban.

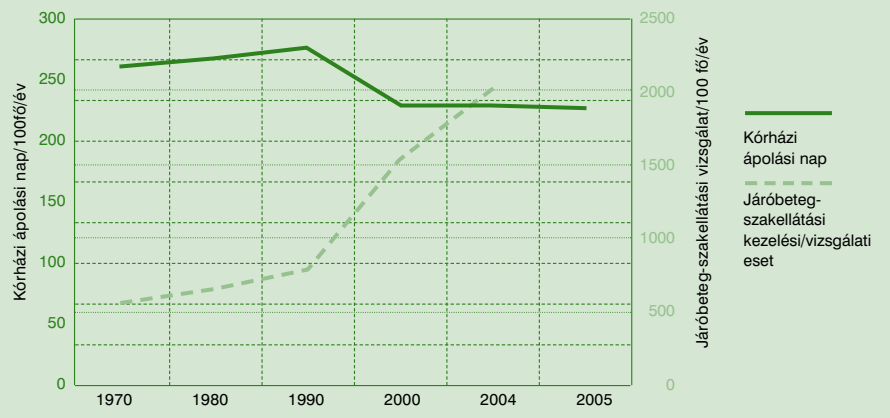
1.3 Az egészségügyi rendszer igénybevétele

A fentiekben már utaltunk rá, hogy az egészségügyi rendszer igénybevételi adatai is csak fenntartásokkal kezelhetők, az adott populáció egészségi állapotát jellemző adatokhoz hasonlóan. Talán nem túlzás azt állítanunk, hogy az egészségügyi rendszer igénybevételi statisztikái legfőképpen magáról az egészségügyi rendszerről árulnak el sokat. Ennek több oka is van: a már említett egészségügyi kínálat indukálta kereslettől kezdve az ellátás szerkezetét a végletekig meghatározó pénz-

30 Lásd többek közt Losonczi; 1989, Lehmann–Polonyi; 1998, Csaba–Gál; 1998.

ügyi ösztönzőrendszeren keresztül egészen addig, hogy mennyire hozzáférhető az egészségügyi ellátás egy ország lakosai számára. Ott, ahol gyakorlatilag nincs egészségügyi ellátás, annak „kibocsátása”, igénybevétele is alacsony lesz – de természetesen nem azért, mert okvetlenül annyira jó volna az ott lakók egészségi állapota. Ugyanígy a nagyon magas igénybevételi arányok is éppen annyira utalhatnak az egészségügy túlfűtöttségére, mint ahogy a rossz általános egészségi állapotra. Ezzel együtt az igénybevételi adatokat is szokás az egészségi állapot jellemzésére használni – megfelelő óvatossággal.

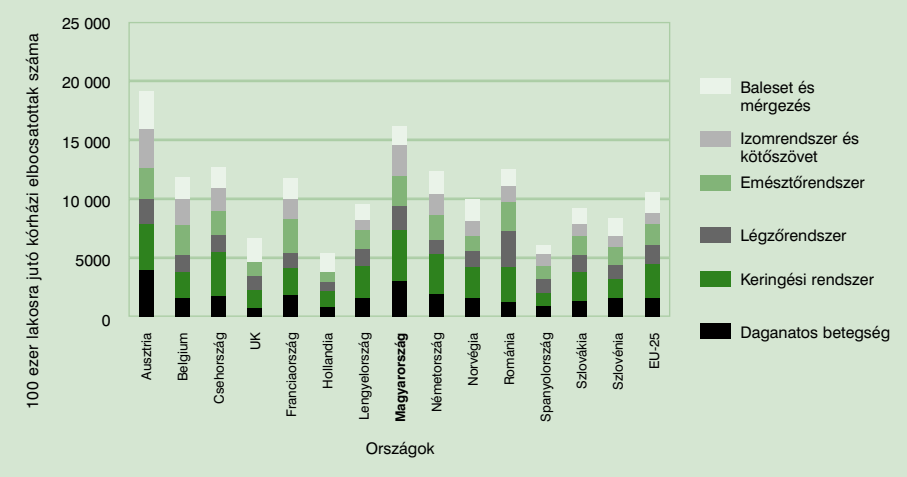
29. ábra: A járó- és fekvőbeteg-ellátás igénybevétele Magyarországon



FORRÁS: KSH

Az előbbi ábrán elsősorban a magyar ellátórendszer szerkezeti átalakulását, a járóbeteg-ellátás térnyerését követhetjük nyomon, amely azoban nem vonta maga után a fekvőbeteg-ellátás hasonló arányú visszaszorulását.
A fekvőbeteg-ellátás igénybevételében volt ugyan 1990 és 2000 között egy jelentősebb csökkenés, amely azonban arányaiban meg sem közelíti a járóbeteg-ellátás esetszámának 1990-hez képest majdnem háromszoros növekedését.

30. ábra: A 100 000 lakosra jutó kórházból elbocsátottak száma betegségcsoportonként Európában (1998 és 2004 közötti adatok)



FORRÁS: KSH

A fenti ábráról nem azt kell leolvasnunk, hogy a britek és a hollandok sokkal egészségesebbek, az osztrákok viszont sokkal betegebbek nálunk, magyaroknál. Míg Hollandiában például 100 000 főre 191, addig Ausztriában 166 daganatos halálozás jut – mint azt a korábban bemutatott halálozási adatoknál láttuk – , de ez közel sem az ötszöröse a holland daganatos betegeknek, mint ahogy azt a fenti ábra alapján várhatnánk. Az egészségi állapot is fontos tényező, de az elsődleges tehát a különböző egészségügyi rendszerek szerkezete, jelen esetben az, hogy mennyire fekvőbeteg-központúak, mennyire fordítanak hangsúlyt a minél alacsonyabb ellátási szinteken való kezelésre, és mennyire sikerül ezt elérniük. Meghatározó a rendelkezésre álló kapacitások száma is: míg Ausztriában 834 kórházi ágy jut 100 000 lakosra, addig Hollandiában csak 457, az Egyesült Királyságban pedig mindössze 398.

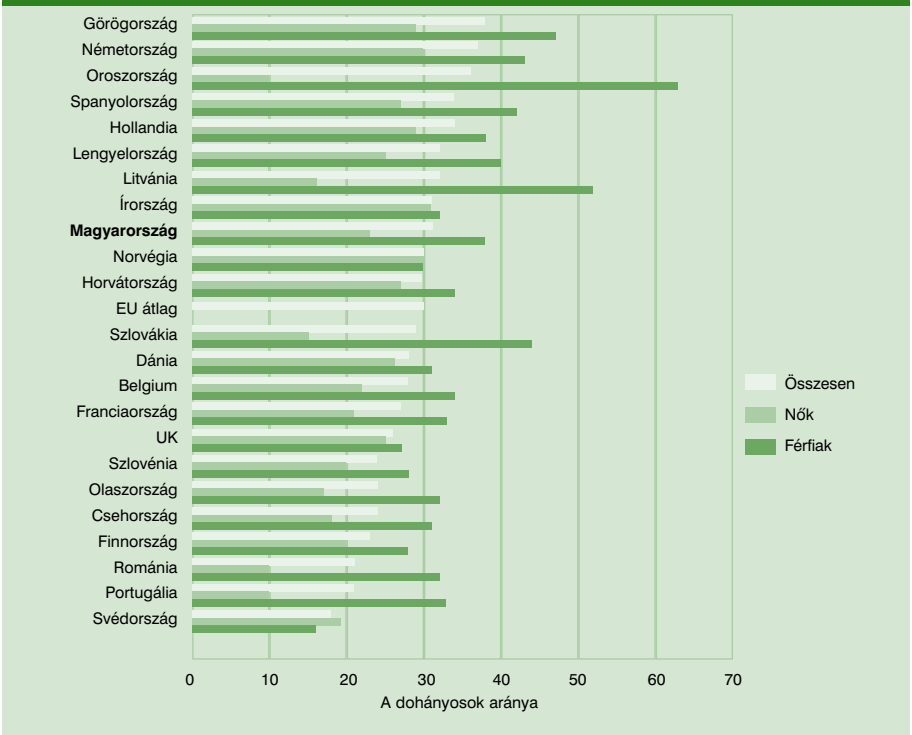
Minthogy tanulmányunknak nem célja a különböző egészségügyi rendszerek elemzése, annyit jegyeznénk csak meg: mélyreható és alapos, a kulturális tényezőkre, a sokszor rejtett ösztönzőkre, az adott ország és az adott egészségügyi rendszer mélyrétegeinek alapos elemzésére volna szükség ahhoz, hogy az igénybevételi adatokból akár az egészségi állapotra, akár a vizsgált népesség szükségleteire, illetve az egészségügyi rendszer kialakításának helyes módjára vonatkozólag felelős megállapításokat tehessünk.

2. Életmód

2.1 Dohányzás

A dohányzás több halálos kór, így a szív- és érrendszeri megbetegedések és bizonyos daganatos megbetegedések tekintetében is az egyik legnagyobb rizikófaktor.

31. ábra: A dohányzás gyakorisága Európa országaiban (1998 és 2002 közötti adatok)



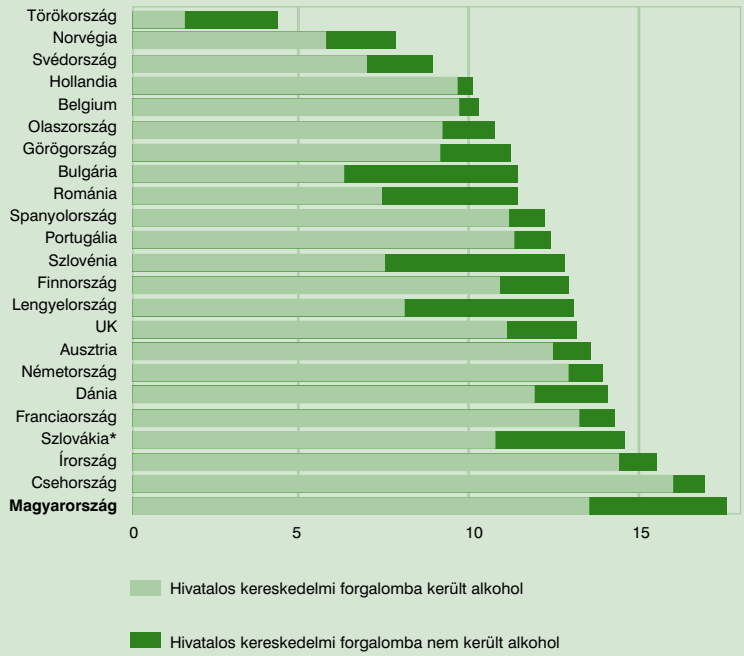
FORRÁS: British Heart Foundation

A fenti táblázat alapján ugyan Magyarország Európa középmezőnyében szerepel, de tekintve a rossz, a dohányzással is összefüggésbe hozható halálozási statisztikáinkat, ezzel az eredménnyel korántsem lehetünk elégedettek.

2.2 Alkoholfogyasztás

A magyarok Európa legtöbb alkoholt fogyasztó népe:

32. ábra: Egy főre jutó alkoholfogyasztás Európában



* az adat korábbi felmérés alapján készült becslésből származik

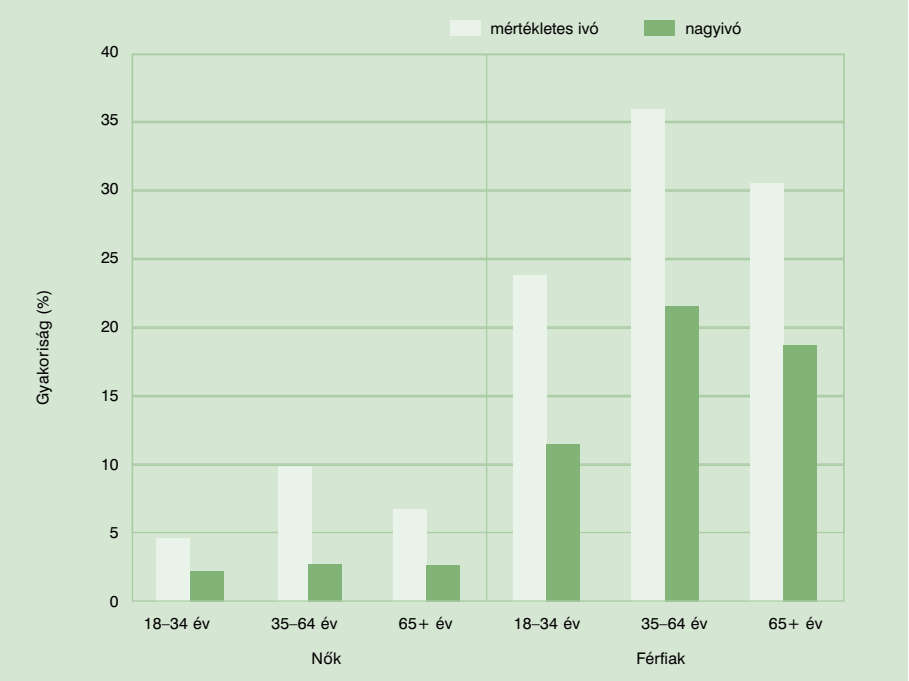
FORRÁS: Anderson – Baumberg; 2006

Az ábrán a világosabb sávok a hivatalos kereskedelmi fogalomba került alkoholmennyiség, a sötét sávok pedig a nem hivatalosan forgalmazott, például házilag előállított vagy a feketepiacon beszerzett alkohol mennyiségét mutatják, tisztaszesz-tartalomra átszámolva. Átlagosan Magyarország minden lakosa fejenként 17 liternél is több tiszta szesznek megfelelő alkoholt fogyaszt el évente.

Az alkoholfogyasztással foglalkozó különféle kutatások eredményei szerint a magyar lakosság 10 százaléka fogyaszt rendszeresen nagyobb mennyi-

ségű alkoholt, ebben is jelentős különbségek mutatkoznak nemek szerint:

33. ábra: Alkoholfogyasztás Magyarországon kor és nem szerint (2003)



FORRÁS: OLEF; 2003

A 35 és 64 év közötti férfiaknak több, mint 20 százaléka nagyivó,[31] a nőknek viszont korosztálytól függetlenül csak 2-3 százaléka.

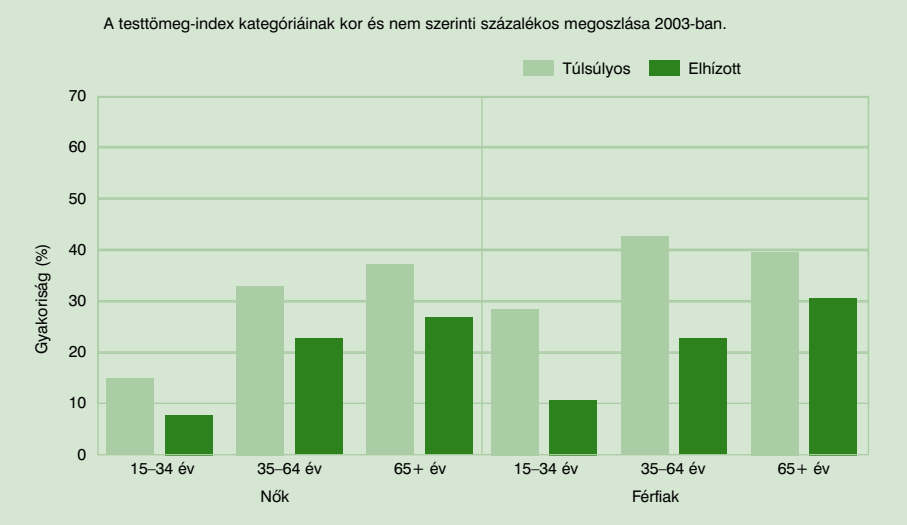
2.3 Elhízás

Az elhízás[32] egyre nagyobb problémát okoz Európa országainak. Összefüggései a legkülönbözőbb betegségekkel, a szív- és érrendszeri problémáktól kezdve az emésztési rendellenességekig vagy a hormonális betegségekig közismertek.

31 Az alkoholfogyasztás intenzitását annak gyakoriságával, illetve az alkalmanként vagy bizonyos időszak alatt elfogyasztott tisztaszesz-egyenértékes alkoholmennyiséggel szokás mérni. Nagyivónak általában a hetente több alkalommal vagy minden nap, egy héten legalább 2,5 dl tiszta szesznek megfelelő alkoholt elfogyasztókat szokás tekinteni. (Elekes; 1997)

32 A testsúly értékelésének egyik leginkább elterjedt módja a korábban már említett úgynevezett BMI, vagy testtömeg-index kalkuláció: BMI=testsúly (kg-ban) / testmagasság (m-ben). A BMI egészséges tartománya 20 és 25 között van, 25 feletti BMI esetén túlsúlyról, 30 feletti BMI esetén pedig elhízásról beszélünk. Ugyanakkor a nem, a kor, a testfelépítés és az élethelyzet is befolyásolja a testtömeg-index normalitásának határait.

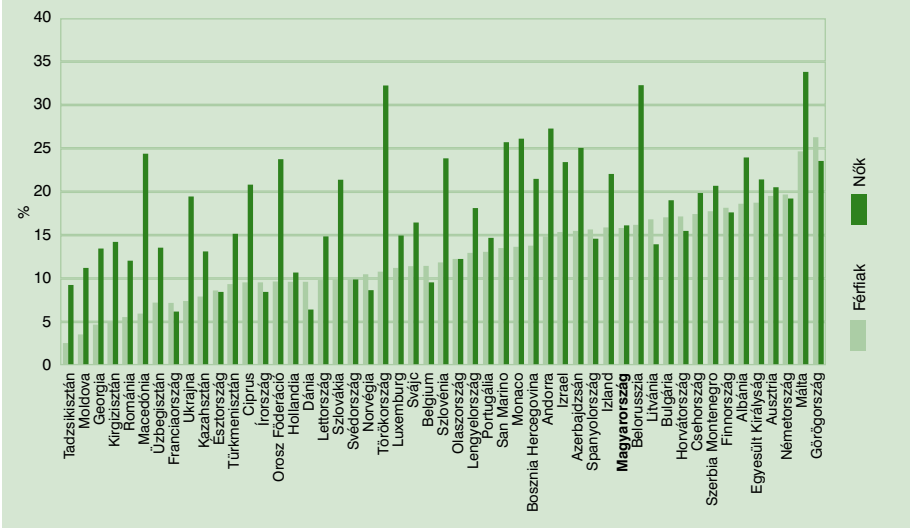
34. ábra: Túlsúly és elhízottság a magyar lakosság körében



FORRÁS: OLEF; 2003

A normál testsúlyúak aránya a nők körében a kor előrehaladtával folyamatosan csökken; 35 év felett már 60 százalékhoz közelít a túlsúlyosak vagy elhízottak aránya. A férfiak esetében már 35 éves kor alatt megjelenik a túlsúly, és valamennyi életkori csoportban magas szinten marad.

35. ábra: Az elhízottak aránya nemenként Európa országaiban (2002)



FORRÁS: British Heart Foundation

Az ábrán látszik, hogy a dohányzáshoz hasonlóan az elhízottságot illetően is Európa középmezőnyének vezetői vagyunk. Azt is leolvashatjuk ugyanakkor, hogy az elhízás a magas életszínvonalú országok számára éppúgy fenyegetést jelent: a finnek, a németek, a britek, az osztrákok mind „kövérebbek", mint a magyarok. Márpedig az elhízás nem csak az életminőséget rontja nagyon nagy mértékben, de költségei is igen magasak: becslések szerint Európában az egészségügyi költségek közel 6 százalékát az elhízás következményeinek kezelésére fordítják, és ebben a tágabban értelmezett társadalmi költségek nem foglaltatnak benne. (Health First Europe)

II. melléklet:

eset-
tanul-
mányok

II. MELLÉKLET: ESETTANULMÁNYOK

1. Ormosbánya és Borsodbóta egészségprogramjai

Ormosbánya 1900 fős település Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Kazincbarcikától körülbelül tizenöt kilométerre. Miként arra nevéből is következtethetünk, az iparosítás kora óta a település elsősorban mint bányásztelepülés létezett: 1907-ben kezdődött a környék széntelepeinek feltárása és kitermelése, a település és az itt folyó bányászat fénykora az 1950-es és 1960-as évekre tehető. Bár már az 1970-es évektől hanyatlásnak indult a környékbeli szénbányászat, a bánya csak 1987-ben zárt be végleg. A bányászok akkor a környező települések ipari üzemeiben találhattak még munkát, de a rendszerváltás tömeges elbocsátásai, a munkalehetőségek szinte teljes hiánya végleg megpecsételte a környék, így Ormosbánya sorsát is.

A településről alkotott teljesebb kép érdekében ejtenünk kell néhány szót a bányásztelepülések, kolóniák sajátosságairól. Ormosbánya a szénbányászat előtti időkben jelentéktelen méretű, jellemzően más települések tartozékaként, pusztaként számontartott helység volt, ma sem rendelkezik erős közösségi hagyományokkal, a községekre jellemző, megtartó kötődésekkel. A virágkorában 3500 főnél is több embert foglalkoztató bánya révén vált Ormosbánya tényleges településsé, mégpedig olyanná, ahol mind a munka, mind a szabadidő, a községi infrastruktúra, de még az informális kapcsolatok, kultúra, normarendszer középpontjában is a bánya állt mint legfőbb szervező erő. A kitermelés megszűntével tehát Ormosbánya lakossága nem egyszerűen munkahelyeket veszített el, hanem mindent, ami a település lakóit közösséggé, a települést pedig jól szervezetté és élhetővé tette. A község vezetőinek azóta is ennek a traumának, az így keletkezett hiányoknak a leküzdése az egyik legfőbb feladatuk. Az elmúlt években egyre intenzívebbé váló közösségi élet, a különféle helyi civil szervezetek megjelenése és aktív tevékenykedése a faluban

bíztató jelek, de a falu egészségprogramjának szervezői számára világos, hogy mindez csupán a munka feltételeit javítja, a problémát önmagában nem oldja meg.

Ma a település demográfiai, képzettségi, valamint gazdasági aktivitás szerinti struktúrája – nem nagy meglepetésre – igen kedvezőtlen. A lakosok 23 százaléka 18 év alatti, ugyanekkora a 61 év felettiek aránya. Az aktív korosztály a maga 54 százalékos arányával ugyan nem lényegesen alacsonyabb az országos átlag 56 százalékos arányánál, de közülük mindössze körülbelül 500 fő, vagyis alig a falu egynegyede dolgozik rendszeresen, a többség vagy inaktív, vagy munkanélküli. A falu aktív munkavállalói leginkább Kazincbarcikán találnak munkát, Ormosbányán gyakorlatilag nincs piaci munkalehetőség.

A falu egészségprogramjának vezetői szerint a településnek az egyik legnagyobb problémát a cigány lakosság helyzete okozza. A bánya megszűntével a korábban ott alkalmazott cigányok a többségi társadalom tagjainál is sokkal kevésbé tudtak máshol elhelyezkedni, a munkanélküliség, szegénység, a mindezekkel együtt járó egészségi problémák ezért nagyobb mértékben sújtják őket. Az elmúlt évtizedben ezen kívül sok „új", úgyszintén szegény és munkanélküli cigány család költözött be a faluba, akik különböző okok miatt máig nem integrálódtak az eleve is gyenge szálakkal összefűzött közösségbe. Ez nagyban megnehezíti a különféle közösségi programokba, így például a helyi egészségprogramba való bevonásukat.

A település lakosainak egészségi állapotával először 2001-ben foglalkozott önálló program. Ekkor alapították meg a falu egészségvédelmi egyesületét, és készült el a község első egészségterve, ami azóta is az alapját képezi bármiféle egészségprogramnak vagy egészséggel kapcsolatos pályázat anyagának. Az egészségterv módszeresen áttekinti a falu lakosainak általános és az egészségi állapotot illető helyzetét, felmérve az egészséggel kapcsolatos reális lehetőségeket, a tényleges veszélyeket, illetve a kiaknázható erőforrásokat.

Az ormosbányai egészségprogram egyik legfőbb jellegzetessége a komplex szemlélet. Az egészséget nem önmagában, hanem az arra ható összes

tényezővel együtt tekinti, és ekként próbál meg hatni rá. Így lehet az egészségprogram része a falu infrastruktúrájának fejlesztése, a környezetvédelem, de ugyanígy az egészségügyi ellátás fejlesztése, a lakosság bátorítása arra, hogy részt vegyen a helyi háziorvos által biztosított egészségügyi szűréseken, illetve az egészségtudatosság növelésére irányuló próbálkozások.

Mindennek megfelelően a falu egészséggel kapcsolatos programjainak csak egy része kapcsolódik valóban közvetlenül az egészségi állapothoz. A faluban lezajlott egyik legelső, a virágosítási és településszépítési programnak például első ránézésre nem sok köze van az egészségi állapothoz, mégis több csatornán keresztül is képes hatni rá. Ezen csatornák legtöbbjéről a tanulmány életminőséggel foglalkozó szakaszában már szóltunk. Egyrészt az esztétikus közösségi, de legalábbis a közösség tagjai számára is látható terek önmagukban is életminőségjavító hatásúak. Másrészt, ha a szép közösségi tér arra sarkall, hogy a saját, „privát" tereinkre is odafigyeljünk, rendben tartsuk azokat, az egyfelől szintén növeli az életminőséget, másfelől akár közvetlenül is befolyásolja az egészségi állapotot, például a higiéniai körülmények javításán keresztül. Harmadrészt pedig, ezeknek a programoknak pusztán a közösen, közös ügyben végzett munkának köszönhetően nagyon erőteljes közösségépítő hatása van. Márpedig egy jól működő közösség, mint azt a tanulmányban korábban részletesen kifejtettük, a jó egészségi állapot egyik legfontosabb tényezője.

Az egészségprogramok egy másik csoportja ugyan közvetlenebb módon van kapcsolatban az egészségi állapottal, de a közösségi kötődéseket is érinti. Ilyen volt például a főzőverseny, ahol két falu, Ormosbánya, és a kistérségben található Trizs asszonyai mérték össze tehetségüket az egészséges ételek elkészítése terén, amelynek során lehetőséget kaptak a tradícionális és az egészséges táplálkozás modern, sokszor még mindig szokatlan szempontjainak ötvözésére. A főzőversenyen mindkét falu lakosai nagyon nagy lelkesedéssel vettek részt.

Hasonlóképp, az egészségi állapot fejlesztése mellett, a falu gyerekeit és fiataljait megcélzó egészségfejlesztő programnak is van közösségfejlesztő hatása is. Ez a települési egészségprogram egyik vezetőjének közvetlen, személyes tapasztalatára épül, aki egyszer a helyi iskola egyik rendezvényén szembesült azzal, hogy a túlsúly és az elhízás nagyon komoly problémát jelent már a helyi fiatalok körében is. A tapasztalatra válaszul született program elsősorban a fiatalok szabadidejének aktívabb eltöltését célozza: a szabadidősportok népszerűsítése és a különféle sportversenyek szervezése éppúgy része, mint kirándulások, gyerektáborok szervezése. A falu fiataljainak körében ezek a programok meglehetősen népszerűek.

A falu egészségprogramjának kialakításában és végrehajtásában úgynevezett programvezetők segítik az egészségprogram főszervezőinek munkáját. A helyi háziorvos és asszisztense, a védőnő, az iskola és az óvoda munkatársai, vagyis a falu életének olyan szereplői, akik nagyon sok emberrel intenzív, személyes kapcsolatban állnak, pótolhatatlan erőforrást jelentenek mind a szükségletek, igények felismerésének, mind a lakosok bevonásának folyamatában.

Nagyon hasonló a közeli Borsodbóta egészségprogramjának története és helyzete is. A település lélekszáma ma nem éri el az ezret; majdnem 25 százalékkal kevesebben laknak itt, mint a demográfiai csúcsot jelentő 1970-es években. Az Ózdtól 15 kilométerre található falu lakosainak körülményeit éppúgy meghatározza a Bükk varázslatos tája, mint az Ormosbánya bemutatásakor már megismert regionális gazdasági jellegzetességek. Bár Borsodbóta soha nem volt olyan fellegvára a nehéziparnak, mint Ormosbánya, innen mindig is máshova jártak el az emberek dolgozni – jellemzően Ózdra, vagy a környező bányák egyikébe –, a környékbeli nehézipar leépülésével azonban éppolyan nehéz helyzetbe került ez a falu is, mint szinte valamennyi környékbeli település. Ugyanakkor, minthogy – szemben Ormosbányával – Borsodbóta organikus, hosszú múltra visszatekintő település, a falut átszövő, sokszor több évtizedes, vagy annál is régebbi informális kapcsolatok hálója, illetve a hagyományok valamelyest megkönnyítik az egészségfejlesztést a közösségfejlesztéssel együttesen megvalósító programok alkalmazását. Ugyanezen okból a községben a különféle társadalmi

okokra visszavezethető feszültségek, konfliktusok szintje is alacsonyabb, Borsodbótát alapvetően a bizalom légköre hatja át. A helyi egészségfejlesztő programokban, függetlenül attól, hogy szorosan vagy távolról kapcsolódnak az egészséghez, a falubeli civil szervezetek és a kisebbségi önkormányzat vezetői is aktívan közreműködnek, a már-már hagyományosnak mondható szereplőkkel, az orvossal és a tanítókkal együtt.

Az egészségvédő programok „első generációja" a faluban a különféle iskolai, illetve lakossági prevenciós programok, szakkörök, felvilágosító előadások voltak. Később, 1998-ban született meg a falu első egészségterve, amely immár szisztematikusan tekintette át a lakosok szükségleteit és a rendelkezésükre álló lehetőségeket. Az egészségterv részeként először a rendőrség DADA-programján[33], majd különféle közlekedésbiztonsági és higiénés programokon, valamint csecsemővédelmi oktatáson vehettek részt az iskolások. A szintén az egészségterv nyomán elindult újabb egészségprogramok között Ormosbányához hasonlóan itt is megtaláljuk a faluszépítő, közösségépítő megmozdulásokat, például közösségi terek, közösségi ház kialakítását, a szabadidős sportrendezvényeket, sportnapokat és kirándulásokat, vagy épp főzőszakkört. Rendszeresek a faluban az egészségügyi szűrések és felvilágosító előadások. Mindezen programok összességében Borsodbóta lakosainak 60-80 százalékát érintik.

A borsodbótai egészségterv kidolgozásának egyik központi – és figyelemre méltó – eleme a források és kompetenciák szigorú, szisztematikus elemzése. A falu csak azokra a területekre fordít energiát, amelyek egyrészt saját kompetenciakörében kezelhetők, másrészt, amelyeknek biztosítható a forrásigénye. Így nem tűzik ki célként maguk elé, hogy az alacsony születésszám országos, sőt, európai szinten is alacsony trendjét épp ők fordítsák meg, de az országos vagy megyei tulajdonú utak kezelését sem kívánják kizárólagosan magukra vállalni. A forrásigényt illetően csak a viszonylag kevés pénzből megvalósítható programokba vágnak bele, igaz, a falu emberi erőforrásait megmozgatva a legtöbb egészség- vagy közösségfejlesztő program ilyennek tekinthető. Így biztosítható, hogy kitűzött céljaik reális célok legyenek, és valóban csak rajtuk múljon, hogy el is tudják érni őket.

33 DADA mint Drog-Alkohol-Dohányzás-AIDS

Mind Ormosbánya, mind Borsodbóta nagy hangsúlyt fektet arra, hogy a környező településekkel, a kistérség más önkormányzataival, illetve – akár megyei szinten – más szervezetekkel együttműködjön. Ez a partnerség nem csak a forrásokhoz való hozzájutást könnyíti meg adott esetben, hanem a tapasztalatok, ötletek megosztása révén azt is biztosítja, hogy nem kell mindent falvanként újra és újra elölről kezdeni. Borsodbóta emellett élénk nemzetközi kapcsolatrendszerrel rendelkezik, ami – a forrásoktól a programlehetőségeken át az új ötletekig – számtalan előnyt biztosít a falu és lakosai számára.

2. Egészségfejlesztés a Mars Magyarországnál

A Mars Magyarország Kft. – korábban Masterfoods – 1990 óta van jelen a magyar élelmiszer- és állateledelpiacon mint forgalmazó, és 1994-ben kezdte meg a különféle, jól ismert állateledelek gyártását Bokroson található gyárában. A bokrosi üzem mellett budapesti irodája is van a vállalatnak. A cég hagyományosan nagy figyelmet fordít mind a munkahelyi, mind a tágabb társadalmi környezettel való összhangra, ami éppúgy megtestesül a minőségügyi szempontok fokozott érvényesítésében, mint a környezettudatos vállalatirányításban, vagy a munkahelyi egészség és munkabiztonság szem előtt tartásában.

A vállalat Bokroson jelenleg körülbelül 700 állandó munkatársat és 400 kölcsönmunkaerőt foglalkoztat. Ebből az 1100 főből hozzávetőlegesen 140 végez irodai munkát. A budapesti részleg létszáma szintén valamivel több, mint 140. Beszállítói hálózatát is figyelembe véve a Mars „érintettjeinek” köre lényegesen szélesebb, (körülbelül 5000 főre tehető azok száma, akik akár áttételesen is, de nekik dolgoznak), ami már csak azért is fontos, mert a vállalat velük is betartatja szigorú munkavédelmi előírásait.

A gyártórészlegben – annak indulásától kezdve – a legszigorúbb munkabiztonsági előírásoknak tesznek eleget: a munkaalkalmassági szűrővizsgálatok elvégzésétől a munkahelyek megfelelő kialakításán keresztül a rendszeres orvosi ellenőrzésekig, de a bokrosi üzemben minden nap elérhető egy foglalkozás-egészségügyi szakember is. Ilyesmi a hasonló méretű, de még a nagyobb cégek esetében is meglehetősen ritka: a vállalatok általában

külső helyszínen tevékenykedő orvost bíznak meg a foglalkozás-egészségügyi teendők ellátásával, akit a munkavállalóknak nyilvánvalóan több kényelmetlenségbe kerül felkeresni, mint ha az „üzemorvosnak” a helyszínen volna állandó rendelője. A cég budapesti, irodai részlegében is rendszeresen jelen van foglalkozás-egészségügyi szakorvos. Az elmúlt néhány évben pedig elkezdték kibővíteni a dolgozók egészségével kapcsolatos tevékenységüket, méghozzá új, kreatívnál kreatívabb ötletekkel.

A Mars egészségvédelmi tevékenysége leginkább egy hatszintes piramissal érzékeltethető. A piramis alapját a törvényekben előírt munkahelyi egészségvédelem képezi: a munkabiztonsági előírások betartatása, foglalkozás-egészségügyi ellátás biztosítása, belépéskori alkalmassági- és rendszeres egészségügyi ellenőrzővizsgálatok.
A vállalatok többségénél ezzel nagyjából sajnos ki is merül a munkahelyi egészségvédelem körébe sorolható tevékenységek listája. Ezzel szemben a Marsnál, amennyiben ezen tevékenységekre többféle, például magyar, uniós, vagy belső, vállalati szabályozás is vonatkozik, mindig a legszigorúbb előírást veszik figyelembe. Ugyanígy például a foglalkozás-egészségügyi szabályok alapján javasolható különféle védőeszközök közül is mindig a legmagasabb fokú védelmet biztosító eszközt választják, és a munkavállalókat is arra ösztönzik, hogy így tegyenek, ha a döntés rájuk van bízva: szemüvegenként 20 000 forintos támogatást ad például a vállalat minden munkavállalójának, akinek az orvosi vizsgálat szemüveg viselését írja elő. A tapasztalatok szerint a rendszeres, kötelező munkaegészségügyi szűrések alkalmasak a munkavállalók egyéb, akár nem a vizsgálat kifejezett tárgyát képező egészségi problémáinak feltárására is, ezért is jelentik a vállalati egészségvédelem valóban fontos és integráns részét. A visszacsatolási rendszer fontos eleme, hogy a vállalattól távozó alkalmazottak is átesnek egy záró orvosi alkalmassági vizsgálaton, ahol a munka során szerzett esetleges egészségkárosodásokat, foglalkozási megbetegedéseket mérik fel, így a vállalat azt is számon tartja, hogy a dolgozó kilépésében volt-e szerepe az egészségnek.

36. ábra: A Mars Magyarország egészségvédelmi piramisa

Saját illusztráció

A következő szint különféle, a munkahelyi ártalmakhoz szorosabban nem kapcsolódó szűrővizsgálatok rendszere, amit 2002-ben kezdtek bevezetni a vállalatnál. Ebbe a hasi ultrahangos vizsgálattól kezdve az allergiaszűrésen át, a mozgásszervi, kardiológiai, tüdő- és bőrgyógyászati szűrések, valamint a látásvizsgálat is beletartozik. A szakemberek által a gyárban elvégzett vizsgálatokon a részvétel önkéntes, de a program nagyon népszerű a dolgozók körében. Eredményességét mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a rendszeres szűrővizsgálatok bevezetésével egyidőben csökkenni kezdett a különféle problémákkal orvoshoz fordulók száma a vállalatnál. A szűrőprogram homlokterében ugyanakkor évről évre más konkrét téma áll (idén például a „munka-élet-egyensúly"), emellett a menedzsment tagjai rendszeresen hallgathatnak meg előadásokat az adott kérdéssel kapcsolatban.

A piramis harmadik szintje, az egészséges, biztonságos munkahely kialakítása biztosít nagyobb teret az egészségvédelemmel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos ötleteknek. A törvényben előírtakat messze meghaladó ergonómia, a táplálkozás, a mozgás, a tágabban értelmezett egészségnevelés tartozik ebbe a körbe.

Új gépet, műszert a Marsnál például csak alapos ergonómiai vizsgálat után helyeznek működésbe. Ennek során a vállalat szakembere meggyőződik arról, hogy az eszköz nem csak a szigorúan vett biztonsági szempontokból megfelelő, de arról is, hogy nem terheli-e például a szükségesnél jobban az ízületeket, ülőfelülete megfelelő

magasságban és elhelyezésben van-e, és más szempontból sem veszélyezteti feleslegesen a munkavállaló egészségét.

A táplálkozás kiemelten fontos eleme a bokrosi gyár egészségprogramjának. Az, hogy a három műszakban működő üzem alkalmazottai számára napi háromszori étkezést biztosít a vállalat, szinte alapvető. Hogy a napi tápanyagigényt, a változatosságot, a választás szabadságát is szem előtt tartják, már sokkal kevésbé magától értetődő: a hagyományos ízek mellett vannak vegetariánus ételek és salátabár, desszertnek pedig a süteményeken kívül gyümölcsöt is választhatnak a dolgozók. Idén indították az úgynevezett „Egészséges Jó Reggelt" programot is, amelynek keretében a bokrosi és a budapesti egységben is havonta egyszer egy-egy kiemelt táplálkozástani kérdéssel kapcsolatban tartanak a dolgozóknak százhúsz perces tájékoztatást, általában afféle kóstolóval egybekötve. A reggeli étkezés fontosságát hangsúlyozó áprilisi előadáson, amely az „Induljon jól a napod!" címet viselte, bőséges, változatos, és elsősorban egészséges reggelivel vendégelték meg a dolgozókat, miközben a helyes szerkezetű táplálkozásról, a táplálékpiramisról kaptak részletes tájékoztatást.

A sport és a mozgás támogatására is figyelmet fordít a vállalat. Már korábban is támogatták különféle módokon a munkavállalók szabadidős sporttevékenységét, de nemrégiben indították útjára az úgynevezett „fitness-nagykövet" programot is. Ennek keretében egy helyi testnevelő segítségével kiképeznek 12–13 „fittness-nagykövetet" a vállalat dolgozói közül, akik aztán egyrészt alkalmi sportprogramokat szerveznek munkatársaik számára, de szükség esetén tanácsot is adnak nekik a mozgással, annak fontosságával, a rendelkezésükre álló lehetőségekkel kapcsolatban, mindazonáltal legfőképpen élő, hiteles – és a program kitalálóinak reményei szerint – motiváló példái lesznek annak, hogy a rendszeres testmozgás mindenki számára az öröm és az egészség elsődleges forrása lehet. A vállalat belső felméréséből kiderült, hogy a munkavállalók 80 százaléka örömmel venne részt a cég által szervezett sportprogramokban, de nem elsősorban a rendszeres mozgási lehetőség az, ami vonzerőt gyakorol, hanem az alkalmi, közösségi sportprogramok, ezért a későbbiekben az így felmerült igényekkel harmonizáló vállalati sportprogramot alakítanak ki a „nagykövetek" segítségével. Ugyanebből a felmérésből derült ki az

is, hogy a Magyarországon gyakori túlsúlyosság a bokrosi gyár dolgozóit is sújtja, ha nem is nagyon nagy mértékben – mindenesetre ez meggyőzte a vállalat egyébként is elkötelezett vezetőit arról, hogy a sportprogramoknak mindenképpen helye van az üzem életében.

A piramis negyedik szintje, a nemzetközi standardoknak való megfelelés, a vállalat egészség-vezetésének egyik nagy büszkesége. Bár a különféle minőségbiztosítási rendszerek már általánosan elterjedtek Magyarországon, és egyre több vállalat vezet be valamiféle környezetirányítási rendszert is, az egészségre és biztonságra vonatkozó hasonlóan magas színvonalú, szigorú standardok alkalmazása még meglehetősen ritka. A Mars MEBIR-je (Munkahelyi Egészségvédelmi és Biztonságtechnikai Irányítási Rendszere), vagyis a fent bemutatott tevékenységek rendszerszerű alkalmazása és szigorú betartatása egyrészt növeli a munkavállalók biztonságérzetét, másrészt hatékonyan óvja meg a vállalatot a különféle balesetek, megbetegedések súlyos költségeitől, harmadrészt pedig az esetleg átalakuló biztosítási piacon, amennyiben sor kerülne a munkáltató által fizetendő kockázatarányos biztosítási forma bevezetésére, jelentős lépéselőnyt biztosítana a vállalat számára.

Az ötödik és hatodik szint azt jelképezi, hogy egészséggel kapcsolatos tevékenységével a Mars nem áll elszigetelten a világban: sokrétű kapcsolatok fűzik a helyi és országos szereplőkhöz, más vállalatokhoz, egészségügyi szolgáltatókhoz, településekhez, döntéshozókhoz, és a vállalati egészségvédelemmel kapcsolatos nemzetközi színtérnek is aktív részese.

Korábban már szóltunk róla, hogy a rendszeres szűrővizsgálatok bevezetése óta ritkábban fordulnak orvoshoz a vállalat alkalmazottai. Ez azonban csak egyike az egészségprogram pozitív hatásainak. Felmérések szerint a dolgozók átlagos termelékenysége is növekedett az elmúlt évek alatt, amelynek hátterében – bár erről pontos adatokkal nem rendelkezik a vállalat – részben az egészségi állapot javulását, illetve az egészség-programok közvetett, például a vállalat iránti elkötelezettségben megnyilvánuló hatásait sejtik a cég vezetői. A közvetlenül az egészséggel összefüggő, leginkább kézzelfogható eredményeket azonban a vállalat táppénzes adatai igazolják. 2005-ben 189 olyan alkalmazottja volt a gyárnak, aki egy napot sem hiányzott betegség miatt, 2006-ban

már 272. A Mars ezeket a „bajnokokat” elismeréssel és apróbb ajándékokkal egyaránt jutalmazza, nyilvánvalóvá téve ezzel, hogy a dolgozók egészsége érték a vállalat számára. Egy év alatt, 2005-ről 2006-ra több mint 30 százalékkal, az összes dolgozói munkanap 3,35 százalékáról 2,51 százalékra csökkent a táppénzes napok száma, ami messze alatta van az országos átlagnak. Táppénzkiadásban ez nominálisan is több, mint kétmillió forint megtakarítást eredményezett a vállalatnak: a 2005-ös 25,8 millió forint helyett 2006-ban csak 23,7 millió forintot tettek ki a Mars táppénzköltségei. A betegség költségeiről szóló fejezetünkben írottak alapján ez természetesen csak töredéke a betegség okozta hiányzások tényleges költségeinek. A vállalatvezetés a hiányzókat helyettesítők túlóradíjait, a munkaerő-kölcsönzés költségeit, a hiányzás miatti esetleges csúszást és minőségromlást említi még a betegség közvetlen, és örvendetesen lecsökkent költségei között.

A Mars Magyarország munkavállalóin kívül tágabb környezetének, nevezetesen Bokros község illetve a közeli Csongrád, valamint a csongrádi kistérség lakóinak egészségvédelmében is aktív szerepet vállal. A bokrosi tornaterem, a mindkét településen rendszeresen szervezett szűrések, a 3–4 éve rendszeresen megtartott egészségnap, a közétkeztetés színvonalasabbá, korszerűbbé tételében való szerepvállalás, a számos sportprogram mind a vállalat érdeme, de az egészség védelmének területén túl a Mars számos egyéb módon is részt vállal a két település életében. „Az a csodálatos ebben, hogy mindenki nyer vele – vélekedik a vállalat egyik vezetője – , a települések, lakóik, vezetésük azért, mert értékes programokat kapnak, a vállalat pedig a jótett puszta tudatán túl azért, mert aktuális és reménybeli dolgozóinak, azok családtagjainak és szélesebb környezetének körében jut egyrészt megbecsültséghez és lojalitáshoz, másrészt középtávon egészségnyereséghez, ami minden bizonnyal részben őt magát is gazdagítani fogja”.

3. Egészségfejlesztés egy magyarországi nagyvállalatnál

A Kelet-Európában jelen levő multinacionális vállalatok általában „öröklik” az anyavállalat gyakorlatát, így munkahelyi egészségvédelmi programjait is, de ennek néha épp az ellenkezője tör-

ténik meg, annak a Magyarországon 1992 óta jelen levő multinacionális cégnek az esetében például, amelynek az alábbiakban bemutatott egészségprogramja iránt ezúttal inkább az anyavállalat és annak többi egysége mutat érdeklődést.

A vállalatnál az elsődleges cél a betegségből fakadó hiányzások csökkentése volt. Amikor 1996-ban elindították a programot, éves szinten az összes munkanap 4 és 9 százaléka között, átlagosan 7 százalék körül volt a hiányzások aránya, ami nagyjából megfelelt az akkori országos átlagnak. A program bevezetésének első és egyik legfontosabb lépése annak felmérése volt, hogy pontosan milyen is a szerkezete ezeknek a betegszabadságon vagy táppénzen töltött napoknak, vagyis annak kiderítése, hogy mely szervezeti egységekben, milyen munkahelyeken, kik hiányoznak a legtöbbet. Az eredmények meglepőek voltak a vállalat vezetői számára. Arra számítottak, hogy inkább a nők, az idősebbek, vagy a megerőltető munkakörülmények között dolgozók hiányzásai lesznek magasabbak, míg a férfiaknál alacsonyabb hiányzási rátákat vártak. Az eredmények azonban a legkevésbé sem igazolták ezeket a várakozásokat, az első vizsgálatokat ezért egyre mélyebb, részletesebb analízisek követték, míg végül sikerült kialakítani egy közel teljes tipológiát a hiányzásokról, ami már lehetővé tette a programok egészen pontos, a különféle hiányzástípusokhoz igazodó kialakítását. Alapos vizsgálódás előzte meg annak eldöntését is, mi legyen az új célkitűzés a hiányzási rátát illetően. A reális célmeghatározáshoz az alkalmazottak egészségi állapotát is szigorúan fel kellett mérniük.

Végül három különböző programot vezettek be a hiányzások arányának csökkentésére. Egyrészt az úgynevezett kontrollálható, vagyis nem tényleges megbetegedésre, inkább a munkavállaló saját döntésére visszavezethető hiányzások szintjét igyekeztek csökkenteni. Ezeknek a hiányzásoknak az aránya akkoriban – az 1990-es évek közepén – még viszonylag magas volt, a vállalat vezetői szerint elsősorban azért, mert sokan dolgoztak a főállásuk mellett másod-, harmadállásban, úgynevezett „második gazdaságban", és ehhez rendre az „elsőből" próbáltak időt nyerni. Jóllehet, ennek a gyakor-

latnak a visszaszorítása nem tekinthető egészségvédő programnak, a vállalat szempontjából mégis az egészségügyi kiadások csökkenését eredményezte.

A vállalat második programja foglalkozáscsere néven ismert. Az eljárás lényege, hogy szigorú vizsgálatnak vetik alá, hogy minden alkalmazott olyan munkakörben, olyan munkakörülmények között dolgozik-e, ami egészségi állapotának, készségeinek, képességeinek leginkább megfelel. Amennyiben a betöltött munkakört nem találják megfelelőnek, az alkalmazottat új, adottságainak inkább megfelelő munkakörbe helyezik a vállalaton belül. Ez a program körülbelül 1000 alkalmazottat, a cég munkaerőállományának közel 7 százalékát érintette.

A programok harmadik csoportja vonatkozott kifejezetten az egészségmegőrzésre: ezek között például a dohányzásellenes kampányt, vagy az elhízás különféle táplálkozási- és sportprogramok révén történő megelőzését említhetjük. A vállalatnak jelentős belső sportélete van, több sportcsarnokkal, tenisz- és focipályákkal várják a dolgozókat. Annak, hogy a sportra ilyen nagy hangsúlyt fordítanak, egy további oka is van a hagyományos értelemben vett egészségmegőrzésen kívül: fontos szempont a vállalat számára, hogy alkalmazottai – főképp a legnagyobb alkalmazotti tömeget jelentő, fizikai munkakörökben dolgozó fiatal férfiak – hogyan töltik szabadidejüket. Tapasztalataik szerint bőven érdemes fenntartania a vállalatnak ezeket a létesítményeket, mert vonzó, és a vállalat számára is jövedelmező alternatívát biztosítanak az alkalmazottak számára más, nem kifejezetten munkahelybarát kikapcsolódási lehetőségekkel szemben. „Nem mindegy, hogy munkavállalóink egy kocsmában vagy a focipályán töltik együtt szabad estéiket.” – fogalmazott a vállalat egyik vezetője.

Az egészségprogram egyik további szegmense, hogy ma már profi üzemegészségügyi szolgáltató csapat áll a vállalat alkalmazottainak rendelkezésére. Ők biztosítják például a rendszeres egészségügyi szűréseket is a dolgozók számára, amelyek alapján a vállalat pontos veszélyeztetettségi térképet rajzolhat fel alkalmazottairól, így mindenkinek a saját rizikótényezőihez szabott egészségvédő programot biztosíthatja.

A program első hulláma 1998-ra fejeződött be: ekkorra évi 4 százalékra sikerült a hiányzások arányát leszorítani. Alighogy elérték ezt az eredményt, új célt, a 3,5 százalékos hiányzási rátát tűzték ki maguk elé. Ma is ezt tartják, átlagosan 2,5 és 4,5 százalék közötti a hiányzások aránya, gyáregységtől függően.

A cégnél a kifejezett egészségügyi prevenciós programokon kívül is nagy figyelmet fordítanak a munkahelyi egészségvédelemre és munkabiztonságra. Ez messze túlmegy a törvényi szabályozás betartásán; a különféle veszélyeztető körülmények szigorú kezelése mellett magát a munkafolyamatot is igyekeznek úgy kialakítani, hogy az a leginkább megfeleljen az emberi szervezet sajátosságainak, a fizikai és a mentális jellemzőket egyaránt figyelembe véve. Ráadásul, minthogy a cég vezetőinek meggyőződése, hogy a jó, megbízható szakemberekből egy-két évtizeden belül jelentős hiánnyal kell majd országszerte szembenézni, már most igyekeznek energiát fordítani arra, hogy a céget vonzóvá tegyék a munkavállalók számára. Bizonyos munkakörökben ezért a fentiekben bemutatott programok elsődleges célja nem pusztán a hiányzáscsökkentés, hanem a dolgozók megtartása.

A vállalat vezetőinek tapasztalatai szerint az 1998 óta eltelt években alapvetően változtak meg a társadalmi körülmények: ma már egyre nagyobb az egészség értéke, maguk az emberek is érzékelik, hogy egészségesnek lenni jó, hogy az egészség pénzre váltható, ezért részükről is egyre nagyobb az igény a vállalati egészségprogramokra. Erre, valamint a magas színvonalú üzemegészségügyi ellátásra és a vállalat saját érdekeltségére alapozva a cég vezetői újabb, ezúttal 2 százalékos átlagos hiányzási cél kitűzését fontolgatják.

A munkanapok 1 százalékát kitevő hiányzás egymillió dollár (vagyis körülbelül 178 millió forint) veszteséget okoz a vállalatnak évente. Ezt a veszteséget a táppénz, a munkaerő pótlásának költsége, a helyettes munkaerő szükségszerűen alacsonyabb minőségű munkája együttesen teszi ki. Azzal, hogy 7 százalékról 4 százalékra csökkentették a hiányzások arányát, évi 3 millió dollárt takarítanak meg minden évben, ha pedig sikerül elérniük a most fontolgatott 2 százalékos hiányzási rátát, az a kiinduló állapothoz képest évi 5 millió dollár megtakarítást jelent majd.

felhasznált irodalmak jegyzéke

FELHASZNÁLT IRODALMAK JEGYZÉKE

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A GAZDASÁG ÖSSZEFÜGGÉSEI

ANDRÉN, DANIELA–PALMER, EDWARD
The effect of sickness on earnings (2001; Göteborg University, School of Economics and Commercial Law, Working Paper http://www.handels.gu.se/epc/archive/00002222/01/gunwpe0045.pdf

DR. ARACSI LÁSZLÓ
A halmozottan hátrányos helyzet egészségkárosító hatásai (Baranya megyei követéses vizsgálat; 2005.) http://www.szochalo.hu/szochalo-tudomany/hircentrum/article/108594/746/

BLOOM, DAVID–CANNING, DAVID
Health and wealth of nations (2000; Science 287.) http://www.riverpath.com/library/pdf/HEALTH%20AND%20WEALTH%20RPA%20FEB00.PDF

BLOOM, DAVID–CANNING, DAVID
Health and economic growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence (CDDRL Working Papers, Center on Democracy, Development and the Rule of Law, Stanford Institute on International Studies; 2005 február) http://iis-db.stanford.edu/pubs/20924/BloomCanning_42.pdf

BHARGAVA, A.
Nutrition, health and economic development: some policy priorities (Commision on Macroeconomics and Health Working Paper Series, Paper No. WG1:14; 2001)

BONCZ IMRE
A termelékenységi költségek mérésének összehasonlítása Magyarországon: emberi tőke és súrlódási költség (In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 43./5.; 2005.)

BRINKLEY, GARLAND L.
The macroeconomic impact of improving health: investigating the casual direction (2001; kézirat) http://trc.ucdavis.edu/glbrinkley/Docs/Causal.pdf

BURTON, WAYNE N.–HEN, CHIN-YU–CONTI, DANIEL J.–PRANSKY, GLENN–SCHULZT, ALYSSA B.–EDINGTON, DEE W.
The association of health risks with on-the-job productivity (Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47/8; 2005.)

CASE, ANNE–FERTIG, ANGELA–PAXSON, CHRISTINA
From cradle to grave? The lasting impact of childhood health and circumstance (2004; NBER Working Paper 9788) http://www.nber.org/papers/w9788

DAHLGREN, G.–WHITEHEAD, M.
Policies and strategies to promote social equity in health (Stockholm, Institute for Future Studies, 1991)

FOGEL, ROBERT W.
Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes ont he making of economic policy (NBER Working Papers 4638, 1994a)

FOGEL, ROBERT W.
The relevance of Malthus for the study of mortality today: long-run influences on health, mortality, labor force participation, and population growth (NBER Historical Paper No. 54., 1994b) http://www.nber.org/papers/h0054.pdf

HOWITT, PETER
Health, Human Capital, and Economic Growth: A Schumeterian Perspective (In: Health and Economic Growth–Findings and Policy Implications, Ed.: López-Casasnovas, Guillem–Rivera, Berta–Currais, Luis; MIT Press, Cambridge; 2005.)

JAMISON, D.–LAU, L.–WANG, J.
Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress (Disease Control Priority Project, Working Paper No. 10, Bethesda, Maryland, Fogatry International Centre, NIH; 2004.)

JOUBERT KÁLMÁN–GYENIS GYULA
A 18 éves sorköteles ifjak egészségi állapota, testfejlettsége (KSH Népességtudományi Kutató Intézet, Kutatási Jelentések 70.; 2001.)

KADERJÁK PÉTER–ÁBRAHÁM ÁRPÁD–PÁL GABRIELLA
A csökkenő halálozási és baleseti kockázat közgazdasági értéke Magyarországon – Egy munkaerő-piaci elemzés eredményei (Közgazdasági Szemle; 2005/március) http://epa.oszk.hu/00000/00017/00113/pdf/02kaderjak.pdf

LANDEFELD, J. STEVEN–SESKIN, EUGENE P.
The economic value of life: linking theory to practice (American Journal of Public Health 72/6; 1982) http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1650128&blobtype=pdf

MAYER-FOULKES, D.
The human development trap in Mexico (Innovations in health financing, No.4. FUNSALUD-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006)

MONASTERIO, LEONARDO M.–NOGUERÓL, LUIZ PAULO FERREIRA–DJISSEY SHIKIDA, CLAUDIO
Growth and inequalities of height in Brazil (1939–1981) http://www.lse.ac.uk/collections/economicHistory/seminars/Monasterio.pdf

O'HARA, PHILIP
Creating Social and Health Equity (Edmonton Social Planning Council; 2005) http://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf

PAULY, MARK V.–NICHOLSON, SEAN–XU, JUDY–POLSKY, DAN–DANZON, PATRICIA M.–MURRAY, JAMES F.–BERGER, MARC L.
A general model of the impact of absenteeism on employers and employees (Health Economics 11.; 2002)

PAULY, MARK V.–NICHOLSON, SEAN–POLSKY, DANIEL–BAASE, CATHRINE M.–BILLOTTI, GARY M.–OZMINKOWSKI, RONALD J.–BERGER, MARC L.–SHARDA, CLAIRE E.
How to present the business case for healthcare quality to employers (Knowledge@Wharton; 2005) http://knowledge.wharton.upenn.edu/papers/1303.pdf

RIGLER ANDRÁS–DR. VANICSEK MÁRIA
Az egészségügy makrogazdasági összefüggései – modellkísérletek (Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42/3; 2004)

SALA-I-MARTÍN, XAVIER
On the Health-Poverty Trap (In: Health and Economic Growth–Findings and Policy Implications, Ed.: López-Casasnovas, Guillem–Rivera, Berta–Currais, Luis; MIT Press, Cambridge; 2005.)

SACHS, JEFFREY D.
Macroeconomics and health: investing in health for economic development (Report to the Commission on Macroeconomics and Health, WHO; 2001)

SCHULTZ, PAUL T.
Wage gains assosiated with height as a form of health human capital (2002; Economic Growth Center, Yale University, Center Discussion Paper No. 841.)

SUHRCKE, MARC–MCKEE, MARTIN–SAUTO ARCE, REGINA–TSOLOVA, SVETLA–MORTENSEN, JØRGEN
The contribution of health to the economy in the European Union (Europen Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxembourg; 2005.)

STAHL, TIMO–WISMAR, MATTHIAS–OLLILA, EEVA–LATHINEN, EERO–LEPPO, KIMMO (szerk.)
Health in All Policies – Prospects and Potentials (Ministry of Social Affairs an Health, Finland; 2006.) http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf

STRAUSS, JOHN – THOMAS, DUNCAN
Health, Nutrition and Economic Development (Journal of Economic Literature, Vol. 36, No.2; 1998/június)
http://links.jstor.org/sici?sici=0022-0515%28199806%2936%3A2%3C766%3AHNAED%3E2.0.CO%3B2-0

TARDOS KATALIN
A tartós munkanélküliek egészségromlása (in: Szociológia – emberközelben; Losonczi Ágnes köszöntése; Új Mandátum; 1998.)

TEP, TECHNOLÓGIAI ELŐRETEKINTÉSI PROGRAM, EGÉSZSÉG ÉS ÉLETTUDOMÁNYOK MUNKACSOPORT JELENTÉS
(Oktatási Minisztérium Kutatás-Fejlesztési Helyettes Államtitkárság, Budapest; 2000.)
http://www.nkth.gov.hu/letolt/kutat/tep/elet/02-egeszseugy.pdf

THE SOURCES OF ECONOMIC GROWTH IN OECD COUNTRIES
(OECD 2003.; szerzők: Stefano Scarpetta, Romain Duval, Philip Hemmings, Willi Leibritz, Nick Vanston)
http://www1.oecd.org/publications/e-book/1103011E.PDF

THE VALUE OF INVESTMENT IN HEALTH CARE – BETTER HEALTH, BETTER LIVES
(MEDTAP International; 2003)
http://www.unitedbiosource.com/pdfs/HP_FullReport.pdf

THOMAS, DUNCAN
Health, Nutrition, and economic prosperity: A microeconomic perspective (2001; WHO Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series, Paper No. WG1:7)

TOMPA, EMILE
The impact of health on productivity: empirical evidence and policy implications (Centre for the Study of Living Standards, Economic Papers; 2002)

VANICSEK MÁRIA
Az egészség makrogazdasági összefüggés-rendszere (Kutatásvezető: Vanicsek Mária; Szerzők: Akar László, Adler Judit, Boros Julianna, Borbély Szilvia, Barta Judit, Fekete Győr László, Pogány Csilla, Rigler András, Tompa Tamás; GKI Gazdaságkutató Rt., Budapest; 2003;)

WORKING TOGETHER FOR HEALTH – THE WORLD HEALTH REPORT 2006
(WHO, 2006)
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

ZAMORA, J.
Investment in health and economic growth: a perspective from Latin-America and tte Caribbean (35th meeting of the Advisory Committtee of Health Research, Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development, Washington; 2000)

EGÉSZSÉG ÉS ÉLETMINŐSÉG

A KERESET, A JÖVEDELEM ÉS A SZÍVBETEGSÉG KOCKÁZATA; 2003.
(A Magyar Szív Egyesület és az M&H Communications Intellgince Unit közös felmérése)

A MUNKÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ STRESSZ
(Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség felmérése; 2002)
http://ew2002.osha.europa.eu/ és http://www.lelkititkaink.hu/munka_stressz.pdf

BALOG PIROSKA
A szív-és érrendszeri betegek életminősége. (In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest; 2006)

EUROPEAN WAYS TO COMBAT PSYCHOSOCIAL RISKS RELATED TO WORK ORGANISATION
Towards Organisational Interventions? (2004 Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökségének kiadványa; 2004)

FÜZESI ZSUZSANNA – TISTYÁN LÁSZLÓ
Közösségi színterek az egészségfejlesztésben (Országos Egészségfejlesztési Kutatóintézet, Budapest; 2004.)
http://www.oefi.hu/modszertan4.pdf

GLOZIER, NICK
Workplace effects of the stigmatization of depression. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 1998, 40/9)

GUIDANCE ON WORK-RELATED STRESS – SPICE OF LIFE OR KISS OF DEATH?
(Az Európai Bizottság Kiadványa; 1999) http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.pdf

HOFFER GÁBOR
Morbiditás (In: Népegészségügyi Jelentés 2004., Szakértői Változat; Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest; 2004.)

HUNGAROSTUDY 2002 ORSZÁGOS REPREZENTATÍV FELMÉRÉSÉNEK ADATAI
(Oktatási Minisztérium Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Program: A középkorú magyar népesség idő előtt halálozásának és élet-minőség-csökkenésének bio-pszicho-szociális meghatározói, a megelőzés lehetőségei)

KOPP MÁRIA
A stressz szerepe az egészségromlásban – Mikor káros a stressz? (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest; 2003.)

KOPP MÁRIA–KOVÁCS MÓNIKA ERIKA (szerk.)
A magyar népesség életminősége az ezredfordulón (Semmelweis Kiadó, Budapest; 2006)

KOPP MÁRIA–SKRABSKI ÁRPÁD
Az egészségi állapot társadalmi, magatartási életmód meghatározói (In: Jelentés a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés legfontosabb eredményeiről, Semmelweis Egyetem, Magatartás-tudományi Intézet, Budapest; 2003.) http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/st_eg_allapot.htm

LOSONCZI ÁGNES
A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben (Magvető Kiadó Budapest; 1986.)

LOSONCZI ÁGNES
Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít (Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest; 1989)

LOSONCZI ÁGNES
Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. (MTA Stratégia Kutatások, Budapest; 1998.)

NOVÁK MÁRTA–SZEIFERT LILLA–MUCSI ISTVÁN
Krónikus betegek életminőségének indexe: A betegségteher (In: Kopp Mária–Kovács Mónika Erika (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest; 2006)

ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS
(OLEF 2000 és 2003) adatai (Johan Béla Országos Epidemológiai Központ, Budapest)

PHILLIPS, CERI–THOMSON, GUY
What is a QALY? (Hayward Medical Communications; 2001)

RICHARD BENTS–ERŐS ILONA
Személyiségünk és a stressz http://www.animaracio.hu/pdf/Szemelyiseg_es_stressz.pdf

TÓTA JULIANNA
Rhintis Allergica (Országos Gyógyintézeti Központ; 2003)

TRINGER LÁSZLÓ
A depresszió kor-kór? (Előadás a Mindentudás Egyetemén) http://www.mindentudas.hu/tringer/20030511tringer1.html

WHO INITIATIVE ON DEPRESSION IN PUBLIC HEALTH; 2000
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

ÚJSÁGCIKKEK

Beteggé tesz a munkahelyi stressz
Magyar Hírlap; 2003/12/17

Egymillió ember tüszög
Index.hu; 2006/08/25

Sokakat kínoz a munkahelyi stressz – a munkáltatók szerint szimulálnak?
Világgazdaság; 2006/06/12

I. MELLÉKLET: A MAGYAR LAKOSSÁG ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS ÉLETMÓDJA

ANDERSON, PETER–BAUMBERG, BEN
Alcohol in Europe – A Public Health Perpective (Institute of Alcohol Studies, UK; 2006) http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

BRITISH HEART FOUNDATION STATISZTIKAI ADATOK
http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=4661

CSABA IVÁN–GÁL RÓBERT IVÁN
Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a háziorvos kapuőr-szerepe (In: Társadalmi Riport 1998, TÁRKI, Budapest)

ELEKES ZSUZSANNA
Devianciák, mentális betegségek (In: Lévai Katalin–Tóth István György (szerk.): Szerepváltozások – Jelentés a nők helyzetéről, TÁRKI, Budapest–Munkaügyi Minisztérium; 1997)

FAO STATISTICAL YEARBOOK; 2004

HEALTH FISRT EUROPE
http://www.healthfirsteurope.org/index.php?pid=81

HIGHLIGHTS ON HEALTH IN HUNGARY (WHO; 2006)
http://www.euro.who.int/document/E88736.pdf

LEHMANN HEDVIG–POLONYI GÁBOR
Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997 (In: Társadalmi Riport, TÁRKI, Budapest; 1998)

LOSONCZI ÁGNES
Ártó – védő társadalom (Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest; 1989.)

ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS (OLEF) 2003, Gyorsjelentés a döntéshozóknak (Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest; 2003)
http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2003/KIADVANY_Gyorsjelent%E9s_OLEF2003.pdf

THE HEALTH OF ADULTS IN THE EUROPEAN UNION
(Eurobarometer; 2003)
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183.7_en.pdf

DEMOS MAGYARORSZÁG

1027 Budapest,
Fekete Sas u. 2.
T +36 1 332 2411
F +36 1 423 0139
E demos@demos.hu
W www.demos.hu

TESZ ALAPÍTVÁNY

1082 Budapest,
Baross u. 3.
T +36 1 340 4609/231
F +36 1 375 6015
E info@teszalapitvany.hu
W www.teszalapitvany.hu

ISBN 978-963-87649-3-5

9 789638 764935