

INFO-Társadalomtudomány

40. szám (1997. október)

**Kiadja az Országgyűlési Könyvtár
az MTA Társadalmi Konfliktusok Kutatóközpontja és az MTA VITA Alapítvány
közreműködésével**

Szerkesztőbizottság:

Ambrus János, Enyedi György (elnök), Erős Ferenc, Gombár Csaba, Haraszi Katalin, Hegedüs B. András, Madarász Aladár, Pálné Kovács Ilona, Soltész István, Tamási Péter (felelős szerkesztő), Tóth Pál Péter

A szerkesztőség címe:

1051 Budapest, Nádor u. 7.
Telefon/fax: 266-30-32

INFO-Társadalomtudomány című sorozatunk indításával az volt a célunk, hogy tömören és olvasmányos formában megírt cikkekkal gyorsan informáljuk a társadalomirányításban részt vevő döntéshozókat az új társadalomtudományi kutatási eredményekről és a társadalomtudósokat foglalkoztató aktuális témákról. Folyóiratunk nyilvánossá válásával lehetőség nyílt arra, hogy a magyar társadalom iránt érdeklődő olvasók szélesebb köre is hozzáférhessen az egy-egy aktuális témát többoldalúan megközelítő tematikus számokhoz. Mivel kiadványunk igen szűk terjedelmet szab meg egy-egy témára, a kutatók kénytelenek álláspontjukat tézisszerűen kifejteni. Az általános tájékozódást azonban szeretnénk megkönnyíteni a cikkek után közölt statisztikai táblázatokkal és válogatott bibliográfiával.

Tematikus számainkkal fel kívánjuk hívni a figyelmet néhány fontos területre, amelyekkel eddig – úgy tűnik – nem a kutatási eredmények ismeretében foglalkoztak. Szeretnénk kiadványunkkal a kiemelt témákban tudományos háttéranyagot nyújtani és ezáltal is hozzájárulni ahhoz, hogy a társadalomtudományi kutatások eredményei és a társadalmi gyakorlat közelebb kerüljenek egymáshoz.

A kifejtett elképzelések a szerzők egyéni tudományos felfogását tükrözik.

A szerkesztőség

Folyóiratunk a tárgyévra, valamint az azt követőre előfizethető, illetve egyes számai visszamenőleg is megvásárolhatók az Országgyűlési Könyvtárban Kollár Tibornénál.

Tartalom

A 40. szám elé.....	3
Az egészség értéke <i>Enyedi György – Tamási Péter</i>	5
A magyar népegészség romlásának társadalmi okairól <i>Losonczi Ágnes</i>	11
A magyar népesség egészségi állapota és halálozási viszonyai <i>Józán Péter</i>	31
Az egészségügy a gyakorló orvos szemével <i>Megyeri Géza</i>	45
Lehet-e az egészség társadalmi érték az egészségügyi reformfolyamatban? <i>Ajkay Zoltán</i>	51
Az egészséggel kapcsolatos viselkedés, vélekedések és az észlelt kontroll <i>Csabai Márta – Erős Ferenc – László János</i>	59
Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései <i>Orosz Éva</i>	65
Statisztikai táblázatok	81
Válogatott bibliográfia	91

A. Christopher King
Director of the
Office of the
Attorney General

A 40. szám elé...

Tisztelt Olvasó!

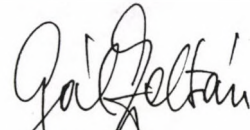
Közel tíz éve annak, hogy az *Info-Társadalomtudomány* első számát az olvasók kézbe vehették. A folyóirat célkitűzése kezdetektől fogva az volt, hogy a politikai, társadalmi és kulturális életben részt vevő közszereplők, döntéshozók (szélesebb igénytel pedig maga a nyilvánosság) számára sokoldalú információt, helyzetképet adjon fontos társadalmi kérdésekről. A lap tematikus számaiban rangos kutatók és tudósok számoltak be szakterületük legújabb kutatási eredményeiről, s közöltek olyan összefoglalókat, amelyek rendszeres kitekintést adtak témájuk nemzetközi összefüggéseiről.

A most megjelenő 40. számmal a folyóirat kiadását az Országgyűlés veszi át.

A törvényhozásban folyó „csendes” és olykor kevésbé látványos szakmai munka komoly ismereteket, nagy áttekintőképességet, a társadalmi folyamatok elemzését, mérlegelését igényli. A törvényalkotók számára fontos és hasznos, ha egy-egy kérdésben tömör és átfogó helyzetképet kapnak, ha ismerik azokat az új megközelítéseket és felfogásokat, amelyek a legújabb kutatásokban előtérbe kerülnek. Mivel a lap eddig megjelent számai is rendszeresen foglalkoztak a Parlament számára aktuális témakörökkel (szociális ellátórendszerek, mezőgazdaság, média, államháztartási reform, közigazgatás – hogy csak a legutóbbi számokat idézzem), kézenfekvő volt az együttműködés lehetősége.

Az *Info-Társadalomtudomány* – természetesen megőrizve eddigi önállóságát – következő számaival tovább alakíthatja és gazdagíthatja a társadalom és a törvényhozás között kialakult sokszínű kapcsolatokat.

Ehhez kívánok jó munkát a lap olvasóinak és szerzőinek.



Dr. Gál Zoltán
az Országgyűlés Elnöke



Az egészség értéke

Az alapprobléma közismert: a magyar lakosság egészségi állapota egyértelműen rossz és 1993-ig tendenciaszerűen romlott. A 60-as évek közepén Magyarország adatai még megegyeztek Ausztriáéval vagy Finnországéval. Ma a magyar férfiak életésélyei körülbelül 7 évvel, a nőké 5 évvel rosszabbak, mint az osztrákoké. Ez egyben azt is jelenti, hogy a férfiak életkockázata ma Magyarországon nagyobb, mint Vietnamban vagy Zimbabwében (lásd ezzel kapcsolatban Losonczi Ágnes tanulmányát, 11–29. old.). A rossz egészségi állapot következménye a korai elhalálozás, amelyben Magyarország az utóbbi években bekövetkezett némi javulás ellenére is első helyet foglal el a közép- és kelet-európai országok körében a 35 és 64 év közötti férfi lakosság tekintetében. Az életésélyek rosszabbodása egyébként nem magyar specialitás: a 60-as évek közepétől a 90-es évek elejéig valamennyi volt szocialista országot jellemezte. Ugyanakkor az is igaz, hogy a magyar halálozási viszonyok európai összehasonlításban mindig is rosszak voltak a 20. század folyamán. (A magyar lakosság egészségi állapotáról és halálozási arányairól lásd Józán Péter cikkét, 31–43. old.)

A magas halálozási arány a fő oka az ország népességfogyásának, mivel a születések – igaz, alacsony – aránya Európa más országaihoz mérten átlagosnak mondható. A legnagyobb gond a népességszám alakulása terén tehát a korai elhalálozás. Vajon mi az alapvető oka a kialakult helyzetnek? Az egészségügyi ellátás rossz színvonala? Vagy az önpusztító életmód? Vagy az egészség értékének lebecsülése? Netán az elmúlt évtizedek hatásai? Nem adható egyszerű válasz ezekre a kérdésekre. E számunk tanulmányai sem tudnak megoldani minden kérdést, de jól érzékeltetik, hogy milyen veszélyforrásokkal kell szembenéznünk, ha a jelenlegi állapoton változtatni szeretnénk. Márpedig a nemzet jövője miatt ezen változtatni kell.

Vannak elméletek, amelyek azt vallják, hogy szoros összefüggés van a GDP (Gross Domestic Product – bruttó hazai termék) szintje és az egészségi állapot, a halálozási ráta között. Bár igaz, hogy a gazdaságilag fejlettebb országoknak általában jobbak e mutatói, azért elgondolkodtató, hogy a volt szocialista országokban a 60-as évek közepétől a 90-es évek elejéig a gazdasági teljesítmény növekedése mellett romlottak az életésélyek. Az sem látszik alátámasztani ezt az elméletet, hogy nem egy olyan, Magyarországnál szegényebb népességet lehet találni, ahol magasabb a születéskor várható élettartam, míg a magas GDP-vel rendelkező olajkitermelő országok legtöbbszörben meglehetősen rosszak az életésélyek.

Eléggé elterjedt felfogás, hogy az egyén tehető felelőssé rossz egészségéért. Olyan szenvedélyeknek hódol, amelyek károsítják egészségét (pl. dohányzás, ita-

lozás, kábítószerfogyasztás); egészségtelen életmódot folytat (pl. kevés mozgás, kevés alvás), nem megfelelően táplálkozik és így tovább. Ezekben sok igazság rejlik. Ugyanakkor nem szabad eltekinteni a társadalmi környezettől, a társadalmi kényszerektől. Rosszabbodó társadalmi körülmények között növekszik a stressz, az önkizsákmányolás, kevesebb vagy semmi idő nem marad testmozgásra, sportra, csökken az alvásra fordított idő, s bár nem feltétlenül kellene így lenni, de tapasztalat szerint növekszik a „kikapcsolást” elősegítő élvezeti cikkek fogyasztása. Ugyanez az eredménye a jövőnélküliség érzetének és a bizonytalanságérzetnek. Ami pedig az egészséges táplálkozást illeti, nem erkölcsös a kérdés felvetése egy olyan társadalomban, ahol a lakosság fele a létminimum határán, illetve az alatt él. Egyértelműen kimutatható, hogy a szegények körében sokkal több a megbetegedés és nagyobb az elhalálozás. A társadalmi folyamatoknak tehát nagy hatása van a lakosság egészségi állapotára (lásd ezzel kapcsolatban Losonczy Ágnes tanulmányát, 11–29. old.). Nem jelentéktelen az összefüggés a környezeti ártalmak és az egészségi állapot között sem.

Magyarországon – hasonlóan a régió többi országához – az egészségnek alig van értéke. Legalábbis addig, amíg egy komolyabb betegség be nem következik. Ha az emberek valaminek nem tulajdonítanak értéket, akkor annak érdekeit nem is képviselhetik megfelelően, s így azt a politikának sem kell kiemelt témaként kezelni. Amíg a magyar lakosság körében nem alakul át az értékszemplélet az egészséggel kapcsolatban, nem nagyon várható javulás a népegészség állapotában. (Az értékekkel kapcsolatos problémákat lásd Ajkay Zoltán írásában, 51–57. old., továbbá Csabai – Erős – László kutatási összefoglalójában, 59–64. old.)

Sokan az egészségügyi rendszert hibáztatják a magyar lakosság rossz egészségi állapota miatt. A kutatások azonban azt mutatják, hogy e rendszer hiányosságai csak kis mértékben tehető felelőssé a jelenlegi állapotért. A Magyarországon előforduló súlyos betegségek és halálokok legtöbbször az egészségkárosító szokásokra és életmódra, valamint a társadalmi környezetre vezethető vissza. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a magyar egészségügyben nincs szükség nagymértékű változtatásokra. Hasonló változtatások iránti igény egyébként a fejlett országokban is felmerült, döntően a 70-es évekkel kezdődően.

Tekintsük tehát röviden át, hogy milyen egészségügyi rendszerek működnek a fejlett országokban, s hogy ezekben milyen reformokat, változtatásokat hajtottak végre az utóbbi évtizedekben.

Finanszírozási szempontból három fő típus különböztethető meg (Orosz, 1992): a magánbiztosítás (USA), az ún. társadalombiztosítás (pl. Németország, Hollandia) és a költségvetés (pl. Anglia, Kanada, Svédország). Ezek persze nem tiszta rendszerek, mindegyikben keverednek az egyes elemek, de az a domináns benne, amelyikről a nevet kapta. A magánbiztosítás lényege, hogy az állampolgár maga dönti el, köt-e egészségbiztosítást vagy nem. A magánbiztosítások – mivel kockázati alapon kötnek – igen drágák, általában nem a magánszemély köti, hanem munkaadója, így a munkanélküliek biztosítás nélkül maradnak. De nem csak ők, hanem a szegények és az idős, krónikus betegségben szenvedők többsége is. Az Egyesült Államokban egyes becslések szerint körülbelül 40 millió embernek nincs

egészségbiztosítása. A magánbiztosítás másik hátránya, hogy a rendszer összehangolatlan, így a költségek magasabbak.

A társadalombiztosítási rendszer pénzügyi alapja a jövedelemarányos kötelező biztosítás. Kötelező jellegéből következik, hogy a biztosítottak köre lényegesen nagyobb, mint a magánbiztosítás esetében. Mivel jövedelemarányos és nem függ az egyén egészségi állapotától, így egyfajta jövedelemátcsoportosításra használható. Ezért szokták ezt a rendszert szolidaritás elvűnek is nevezni.

Az egészségügy költségvetési finanszírozásának alapja a beszedett adó, amelyet azután különböző fejezetekre osztanak szét (pl. közigazgatás, oktatás, tudomány, hadsereg stb.). E megoldás legnagyobb hátrányaként azt szokták említeni, hogy az egyén nem látja világosan befizetett adójának sorsát, nem tudja, valójában mennyit fizetett egészsége biztosítására. A költségvetési finanszírozási elvből következik, hogy az egészségügyet egyértelműen jövedelemfogyasztónak tartják. Pedig ez a nézet több szempontból is hamis. Egyrészt az egészségügy jó működése biztosítja a munkaerő testi és szellemi minőségének megőrzését, ami nélkül lehetetlen a továbbfejlődés. Másrészt az egészségügy mint felhasználó komoly megrendelőként van jelen mind az áru- (gyógyszerek, orvosi műszerek, kórházi berendezések stb.), mind a szolgáltatási (energia, szállítás, tisztítás, kommunikáció stb.) piacon, s ezáltal jövedelemgeneráló hatása van.

A magánbiztosítási rendszer egyértelműen magánszolgáltatásokhoz kötődik, de a másik kettő (azaz a társadalombiztosítási és a költségvetési) kötődhet a legkülönbözőbb megoldásokhoz. Ezek a költségvetésből finanszírozott intézmények szolgáltatásaitól kezdve a nonprofit szervezetek szolgáltatásain át a profitorientált magánszolgáltatásokig terjedhetnek.

Bármilyen a biztosítási rendszer, az államnak mindenképpen szerepe és felelőssége van az egészségüggyel kapcsolatban. Felelőssége van annak a környezetnek a biztosításában, amelyben az állampolgárok meg tudják őrizni egészségüket, illetve megbetegedésük esetén helyre tudják azt állítani. Olyan gazdasági és jogi környezetet kell létrehozni, amelyben az állampolgárok élni tudnak az egészséghez való jogukkal és érvényesíteni tudják ezzel kapcsolatos érdekeiket. Felelőssége van abban is, hogy hatékony és jó minőségű szolgáltatás álljon az állampolgárok rendelkezésére. Az egészség fenntartásában természetesen nemcsak az államra, hanem az egyénekre és a civil szervezetekre is jelentős felelősség hárul.

Az állami feladatok ellátása érdekében az elmúlt évtizedekben jelentős változtatásokat hajtottak végre a fejlett országokban. Ezek többsége a hatékonyság és a koordináció fokozására, a költségek csökkentésére, a betegek jogainak kiterjesztésére, a szociális és a piaci szempontok harmonizálására és a finanszírozók és a szolgáltatók közötti viszony megváltoztatására irányult.

A legfontosabb nemzetközi tendenciák az egészségügy területén az elmúlt évtizedekben a következők voltak: előtérbe került a megelőzés; növekedett a környezet, az életmód, a szociális helyzet figyelembevétele a gyógyítási folyamatban; szaporodtak a bioetikai kérdések (eutanázia, mesterséges megtermékenyítés, szervátültetések stb.); gyarapodott az alternatív gyógymódok száma és ezek legtöbbször heves vitákat váltott ki; növekedett az egyének tájékozottsági igénye; egyre drágábbá

váltak az orvosi berendezések, s ezért nőtt azok száma, akik nem jutnak hozzá a legmodernebb szolgáltatásokhoz; mindenütt növekedett az idős népesség aránya, s ez jelentős költségnövekedéshez vezetett; végül, a WHO (World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet) meghirdette az új stratégiát, amelynek kulcszavai: esélyegyenlőség, szolidaritás, egészség.

A fejlett országokban jelentkező nemzetközi tendenciák legtöbbször természetesen Magyarországra is vonatkozik. Itt azonban nemcsak ezekhez kell igazodni, de közben át kell (ett) alakítani az egészségügyi rendszert. Sokan azt vallják, hogy e rendszer reformja még el sem kezdődött, más szakértők szerint a leglényegesebb változtatásokon már túl vagyunk, csak a következmények még kevésbé érezhetők, részben a reálértéken csökkenő finanszírozás, részben az átalakuló rendszer „fiatal-sága” miatt. Nézzük mik voltak a legfontosabb változtatások az egészségügyben a rendszerváltozás óta. A költségvetési finanszírozás helyébe a kötelező biztosítási rendszer lépett; az állampolgári joron járó ellátást felváltotta a biztosítási alapú jogosultsági rendszer; megszűnt az államszocialista egalitarianizmus és az állam szerepének, valamint az állami tulajdonnak a kizárólagossága; módosult a döntéshozatali rendszer; megváltozott a finanszírozók és a szolgáltatók közötti viszony; s végül megváltozott az egészségügy társadalmi és gazdasági környezete, beleértve a tulajdonosi struktúrát is (a változásokkal kapcsolatban lásd még Orosz Éva táblázatát a 66. oldalon, tanulmánya pedig a jövőbeli feladatokkal foglalkozik, elsősorban a finanszírozás terén, 65–79. old.).

Mindezek a változások természetesen nem jelentik azt, hogy ne lenne számos probléma a magyar egészségügyben (Megyeri Géza arról ír, hogyan látja egy gyakorló orvos az egészségügy anomáliáit belülről, 45–50. old.). A lakosság elégedetlen a túlszűfolttság, a sok helyütt nem megfelelő felszereltség, s az egyre növekvő (elsősorban gyógyszer) költségek miatt. Az orvosok és nővérek elégedetlenek, mert fokozódik a bürokrácia és fizetésük egyre inkább lemarad. Miközben a munkaadókat nemzetközi összehasonlításban is magas tb-járulék terheli, a szolgáltatások színvonala, műszerezettsége, felszereltsége igen gyakran hagy kívánnivalót maga után. Komoly problémát okoz az is, hogy jelentős ellátottsági és színvonalbeli különbségek tapasztalhatók az ország egyes régióiban. Vannak olyan vidékek, ahol a lakosok számára elérhetetlen a gyors orvosi beavatkozás.

A demokratizálódás következményeként az állampolgárok több információt igényelnek az egészségüggyel és saját egészségükkel kapcsolatban. Ez a jelenség a fejlett országokban is tapasztalható volt az elmúlt évtizedekben. Az ún. betegjogok a következő főbb területekre terjednek ki: az emberi méltóság érvényesítése; a sürgős ellátás korlátozásmentessége; a megfelelő szintű ellátáshoz való jog; megkülönböztetésmentes ellátás; a betegséggel kapcsolatos szakszerű tájékoztatás; az orvosi/ápolási információkhoz való teljes hozzáférés; a beteg önrendelkezési joga a gyógyítási folyamatban; jog a megfelelő fájdalomcsillapításra és a méltóságteljes halálra. További vitatott betegjogi kérdések még: a szabad választás joga, a panasztételi jog, s a betegséggel kapcsolatos információk titokban tartása (WHO, 1996a). Ezekkel a kérdésekkel az új egészségügyi törvény is foglalkozni fog.

Az egyik legsúlyosabb probléma a gyógyításhoz való hozzáférés kérdése. És

ez elsősorban nem is mint jogi, hanem mint társadalmi probléma merül fel. Ugyanis hiába mehet el valaki az ingyenes rendelésre, ha a felírt gyógyszert nem tudja kiváltani. A másik nagy gond, hogy az egészségügy csak a már bekövetkezett betegséget igyekszik gyógyítani, azaz tünetet kezel, s nincs lehetősége rá, hogy az okokon változtasson. Mint ahogy azt Losonczi Ágnes világosan bizonyítja tanulmányában (11–29. old.): a rossz egészségi állapot elsősorban társadalmi kérdés. A szegénység árt az egészségnek. A nehéz gyermekkor, a rosszul tápláltság, az egészségtelen környezet, a tudáshiány, a nélkülözés okozta lelki teher egymást erősítő tényezők. Az önbecsülés hiánya eléggé általános, még a jobb módú társadalmi rétegekben is. Hosszú időn keresztül háttérbe szorultak az egyén értékei, eközben meg volt fosztva önállóságától, amin a(z) egészségre vonatkozó felelősségérzet (is) alapulhat. De nem csak a szegények egészségi állapota rosszabb lényegesen az átlagnál, ugyanez elmondható az iskolázatlanokról és egyes földrajzi körzetek lakosairól. Ha a rossz egészségi állapot ilyen mértékben társadalomfüggő, akkor az egészségügypolitika önmagában nem fog tudni e helyzetet változtatni.

Komplex társadalompolitikára lenne tehát szükség ahhoz, hogy a jelenlegi helyzeten javítani lehessen. Ennek keretében szükséges lenne elmozdulni az egészséghez való esélyegyenlőség irányába (segély- és oktatási programok, a regionális különbségek csökkentése stb.); egészségmegőrzésre nevelő programokat kellene megvalósítani valamennyi korosztály és a különböző társadalmi rétegek számára; tudatosítani kellene az egészséget mint értéket, valamint az egészségesebb életmódot és ehhez megfelelő környezetet teremteni; hatékonyabbá tenni az egészségügyi rendszert és a gyógyításban nagyobb hangsúlyt fektetni a megelőzésre és a társadalmi körülmények figyelembevételére.

Mindezek természetesen sok pénzt igényelnek. De ha ezt nem előlegezzük meg, a magyar lakosság egészségi állapota egyre rosszabbá válik. Bár a korai elhalálozás komoly megtakarításokat jelenthet mind az egészségügynek, mind a nyugdíjrendszernek, rohamosan romló egészségű lakossággal nem lehet tartós fejlődést megvalósítani.

Enyedi György – Tamási Péter



A magyar népegészség romlásának társadalmi okairól

Losonczy Ágnes

Az Elbától keletre

Nyugat- és Kelet-Európa lakosságának egészségi állapota között tátongó szakadék van (Feachem, 1994), s ez jelentősen rontja e régió új Európához csatlakozásának esélyeit és versenyképességét.

A második világháború után még közel voltak egymáshoz a későbbi szocialista rendszerhez tartozó és a nyugat-európai országok egészségmutatói: Csehszlovákiában a születéskor várható élettartam magasabb volt, mint Ausztriában, Magyarország adatai 1965-ben még Ausztria és Finnország szintjén voltak. A változást legélesebben a munkaképes korban lévő, középkorú férfiak halálzási adatai mutatják. 1965 és 1988 között Bulgária, Csehszlovákia, Magyarország és Lengyelország férfi lakosságának életkorra standardizált mortalitási rátája 2–13%-kal nőtt; Hollandia, Svédország, Svájc és az Egyesült Királyság férfi lakosságáé azonban 12–17%-kal csökkent. A csehszlovák 45–54 éves korú férfi lakosság ischémiás szívbetegségből eredő halálzása az osztrák férfiakénak kétszeresére nőtt, holott az 50-es években ezek a statisztikák megegyeztek.

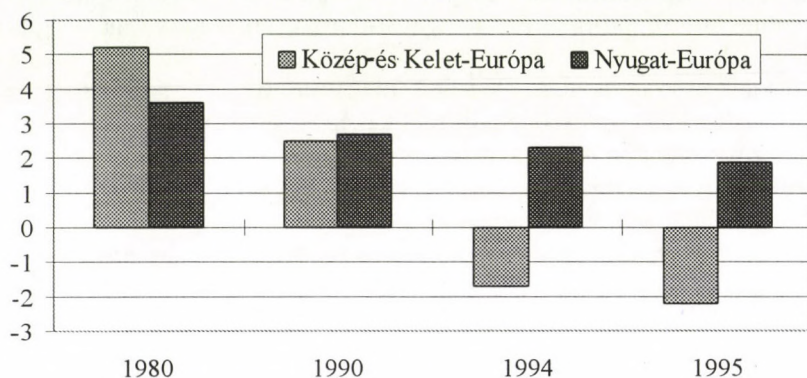
Magyarországon ma a férfi lakosság kockázata magasabb, mint Zimbabweban, a Cseh Köztársaságban magasabb, mint Vietnamban. Ez a romlás igen jó, a nyugat-európai országokat közelítő vagy azokkal azonos szinten lévő egészségügyi ellátási mutatók (10 000 lakosra jutó orvosszám, kórházi ágy, betegforgalom) mellett történt. Ha évi 2%-os javulást tudnak felmutatni a volt szocialista országok, akkor a korábbi Kelet-Németország például 12 év alatt hozhatja be a korábbi Nyugat-Németországot, Magyarország pedig 23 év alatt érheti el Ausztria halandósági szintjét, jóllehet Ausztria sem tartozik a legjobb mutatókkal rendelkező országok közé.

A magyar demográfusok (Józan, 1986; Klinger, 1987) és szociológusok (Andorka és munkatársai, 1988) a 80-as évek közepe óta írják a halálzási ráta emelkedéséről és leszakadásunkról a világ ipari országaitól, hatásos lépések azonban nem történtek a romlás megakadályozására.

A szocialista rendszer nemcsak azért vált a társadalmi fejlődés zsákutcájává, mert sem hatékony gazdaságot, sem szabadságot nem biztosított népeinek, hanem azért is, mert olyan életfeltételeket teremtett, ahol a nyugati térfél országaihoz képest sokkal hamarabb pusztultak el az emberek, rosszabb létfeltételek között, erősebb társadalmi nyomás alatt éltek.

Hogyan és miért jött létre ez az állapot a rendszer egészének működésén belül? Milyen összefüggések, milyen okok vezettek ehhez?

A bekövetkezett drasztikus romlásra nem ad elégséges magyarázatot a nemzeti jövedelem különbsége, hiszen hasonló nemzeti jövedelemmel rendelkező országok között jelentősen eltérő egészségi és élettartam-mutatók vannak. Példa erre az USA, ahol a 70-es években – a fejlett ipari országok között – a halálozás mutatói a legrosszabbak voltak, miközben a legmagasabb egy főre jutó nemzeti jövedelemmel rendelkeztek. Egyes feltevések azt igazolják, hogy szélsőséges gazdasági különbségek esetén, ugyanolyan egy főre eső nemzeti össztermék mellett rosszabbak az országos egészségi mutatók, mint kiegyenlítettebb elosztási viszonyok mellett. Anglia, Dánia és Japán példái igazolják ezt az állítást.



Ezer főre jutó természetes szaporodás (átlag)

Milyen hatások eredményeként alakult akkor ki Közép- és Kelet-Európában ez az erősen romló helyzet? A magyarázathoz sok tényező összefüggéseinek elemzése vezethet. Biológiai okok, genetikai változások nem adnak elégséges magyarázatot ilyen viszonylag rövid idő alatt bekövetkezett nagyméretű romlásra. A társadalmi hatások megismerése közelebb vezethet a megértéshez.

Hiányos információk

A latens megbetegedések a népesség 24–26%-át érintik. Róluk csak akkor lehet megtudni, hogy már régóta vannak panaszaik, amikor súlyosabbá válik a betegség. Gyakran csak akkor derül ki, hogy milyen betegek voltak, amikor már nem gyógyíthatók vagy amikor meghaltak.

Az adatok közül a legbiztonságosabbak a betegforgalmi adatok: hogy 1995-ben

43,8 millió beteg fordult meg a családorvosoknál, 5 millió 614 ezer esetben lakáson keresték fel az orvosok betegeiket, 2,4 millió beteget kezeltek az elmúlt évben a kórházakban. A nyilvántartott betegségeket csak bizonyos óvatossággal lehet elemezni. Először is, mert mindig vannak diagnosztikus divatok, másrészt mert a táppénzbe vett betegek esetében a kiírás nem mindig fedi a betegséget. Sok ember nem megy orvoshoz, ha beteg, mások nem íratják ki magukat. (A társadalmi fordulatot jelzi, hogy 1996-ban a háziornosnál bejelentkezett influenzás betegek egyharmada nem íratta ki magát.) Hasonló kétségekkel lehet fogadni a kórházi statisztikai adatokat: ma a pontszámok kódolása módosítja és a kórház finanszírozási érdeke befolyásolja a jelentett betegséget.

A társadalmi összefüggésekre vonatkozó ismeretek tekintetében elképesztő a hiány: a hagyományosan beszűkült biomedicinális szemlélet évtizedek óta ignorálta a betegekre vonatkozó társadalmi adatok felvételét. Kimaradtak a legfontosabb társadalmi paraméterek. Jelenleg pedig a személyiségi jogok adatvédelme miatt még a lehetősége is megszűnt annak, hogy az egészségügyi ellátásban kezelt betegségek társadalmi összefüggéseiről megbízható ismereteink legyenek.

Bármilyen egészségügyi rendszerre vonatkozó döntésnél – különösen, amikor annak radikális átalakításáról van szó –, az elfogadható döntések alapja, az eligazodás feltétele a betegségek lehetőség szerint pontos társadalmi és földrajzi térképének leírása. Betegségekre vonatkozó megbízható ismeretek nélkül nem lehetséges megalapozott, társadalmi bizalomra okot adó egészségpolitika.

Ha Magyarországon többen halnak meg, mint amennyien születnek, ha sokan halnak meg, akik még élhettek volna, ha a szülési kedv apad, ugyanakkor a világra jött gyerekek egy jelentékeny része veszélyeztetett helyzetben van, akkor itt a társadalom egésze került a fenyegetettség állapotába, mivel olyan feltételek keletkeztek, amelyek egyszerre kezdték ki a gyökereket és a legerősebb életfenntartó ágakat. Ez a folyamat nemcsak a jelen gondjait súlyosbítja, hanem *a jövőt is kockáztatja*.

Ami az átlagok mögött van

Az országunkra jellemző átlagok szélső értékekből jöttek létre, amelyek erős polarizáltságot, szélsőséges társadalmi különbségeket mutatnak. Az egészségi állapotban és az élettartamban megjelenő különbségek erőteljesen jelzik a valóságos társadalmi különbségeket.

Már 1987-ben a társadalmi mutatókkal együtt vizsgált halálteki magyarázatnál kiderült, hogy a szakképzetlen, nehéz fizikai munkát végző, rosszul ellátott településeken lakó embercsoportok halandósága lényegesen nagyobb, mint a jól ellátott településeken élő, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, jó munkafeltételek között dolgozó embercsoportoké (Andorka és munkatársai, 1988). Egyértelműek a régiók és megyék közötti különbségek is (Daróczi, 1993). Borsod-Abaúj-Zemplén megyében észlelték a legmagasabb halandóságot, amely közel 20%-kal volt magasabb a közismert tragikus magyar halálozási szintnél (Vargáné – Boján, 1996). Borsod-Abaúj-Zemplén megye férfi korosztályának halálozása például

közel másfélszer, a nőké pedig több mint másfélszer akkora volt, mint Győr-Moson-Sopron megyéé.

Az alföldi és az északi területek leszakadása a tárgyi (csatorna, hálózati víz) és a szellemi infrastruktúrát (iskolázottságot) tekintve óriási az észak-dunántúli térségtől. A szellemi infrastruktúrában észlelhető lemaradások elsősorban az Alföld térségében, valamint Somogy és Tolna megyében jelentősek, az északi térségben elsősorban Nógrád megyében.

A népegészségügyi következmények halmozottan jelentkeznek azokban a megyékben, ahol a térség hátrányai a szellemi erőforrások hiányaiban is megmutatkoznak: ahol a legnagyobb az alulképzettek aránya az aktív keresők körében és különösen alacsony a magasan iskolázottak csoportja. Ezek erősen gátolják az elmaradottság felszámolását és az új munkahelyek telepítésének esélyét. Az odavándorlók, betelepülők zömében alacsony képzettségűek vagy képzetlenek, így még tovább romlik a térség iskolázottsági szintje. Ez a munkanélküliség kialakulása idején különösen súlyossá válik.

A halmozódó egyenlőtlenségek négy részre tagolják az országot: a fővárosra, a fővárosi lehetőségektől általában elmaradó dunántúli megyékre, a dunántúlitól leszakadt alföldi megyékre és az északi térség népességére.

A regionális hátrányoknál a hálózati víz és a csatornázás mutatóit az életmódbeli különbségek feltételeiként lehet kezelni: számos megbetegedés vagy gyenge egészségi állapot hátterének magyarázatában szerepet játszanak. A halálózást és a megbetegedéseket illetően a regionális különbségekben szerepük van az *egészségügyi ellátottság egyenlőtlenségeinek* is, hiszen sok esetben az idejében történő orvosi beavatkozás vagy felismerés elkerülhetővé tehetné, vagy tehetné volna a korai elhalálózást (Boján – Vargáné – Belicza, 1991).

Az ország egészéhez vagy különösen a rossz helyzetű régiókhoz viszonyított kiemelkedően jó budapesti mutatók is megtörnek, amint társadalmi különbségek alapján bontjuk a budapesti halandóság átlagát. Bár a főváros anyagi és szellemi infrastruktúra-mutatói az országos átlaghoz, még a dunántúli átlaghoz képest is kiemelkedően jók, ha társadalmi paraméterekkel együtt vizsgáljuk és kerületekre, foglalkozásra, iskolázottságra bontjuk, akkor kiderül (Józan, 1986), hogy a budai kerületekben (XII., XI. kerületben) élő férfiak életeresélye a legfejlettebb országokéhoz hasonló, míg a VII., VIII., IX. kerületi férfiak halálózási szintje Szíria és a harmadik világ mezejében helyezkedik el. A társadalmi (gazdasági, iskolázottsági, foglalkozási) különbséget kifejező kerületek között tehát az azonos férfi korcsoportban az életeresély-különbség két és félszeres is lehet.

Alapösszefüggések

Semmilyen egészségpolitika nem lehet eredményes, ha figyelmen kívül hagyja a társadalmi, területi, kulturális különbségeket. Vannak azonban felderítetlen tényezők. A megbetegedésekről például nem lehet teljes bizonyossággal beszélni,

mert hiányoznak azok az átfogó kutatások, amelyek orvosilag is megalapozottak és társadalmi paraméterekben is alátámasztottak.

Elemzésünkben építünk a halálozás arányainak, megoszlásának országos adataira, a társadalmi és földrajzi helyzetet jellemző különbségekre, a különféle társadalmi és betegségcsoportokra vonatkozó kis körben végzett kutatásokra, egészség-szociológiai műhelyünk korábbi kutatásaira, valamint a nemzetközi tapasztalatok hazaival egybehangzó eredményeire. Ezek alapján kíséreljük meg a Magyarországon bekövetkezett egészségromlás legfontosabb társadalmi okainak magyarázatát.

A legegyszerűbb élőlény funkcionálása is *csak környezetével együtt érhető*. Az ember egyszerre társadalmi és biológiai lény. A társadalmi és a biológiai feltételek hatnak egymásra. Erős befolyása van az időnek és a történelemnek: a biológiai idő (a kor) is a történelmi időnek (korszaknak) van alávetve. A társadalmi idő (az adott társadalmi rendszerre jellemző előnyök és hátrányok halmozódása) formálja a fizikumot és a lelki képességeket. Ezen túl pedig a földrajzi tér történelmi és társadalmi szerkezetéből eredő különbségek is hozzájárulnak a társadalmi különbségek növeléséhez.

Az ember igénybevételét, elhasználódásának mértékét, sérüléseinek, kopásainak erősségét és veszélyeztetettségét az egyén kora és a társadalmi hely együttesen magyarázza. Az egészségi állapot minőségét csak ebben az összefüggésben lehet megérteni. A romló egészségi állapot egyfajta társadalmi méretű „szervbeszéd”. A nehéz körülmények rosszabbodását és megmaradását egyre kevésbé képesek az emberek ép testtel és ép lélekkel elviselni. Az élet így csak több sérüléssel és nagyobb veszteséggel vihető tovább. A társadalmi környezet feszültségei és terhei könnyen válhatnak ki betegséget, amely visszahat a társadalom működésére és újabb társadalmi bajok forrása lesz. Ilyen mindenekelőtt a szegénység–betegség egymást erősítő ördögi köre.

A betegség, az egészségromlás vagy a korai elhalálozás akkor következhet be, *ha nagyobb a terhelés, mint a teherbírás, ha a társadalmi terhekkal szemben nincs, vagy kialakulatlan a társadalmi védelmi mechanizmus*. A megoldhatatlan feladatok és a gyenge fizikum vagy pszichikum, továbbá a társadalmi támasz hiánya miatt kialakul egyfajta sérülékenység, és a felborult egyensúly helyreállításához nem mindig elegendő az emberi individuum bio-pszichológiai ereje. Különösen az viseli meg az egészséget, ha a belső egyensúlykereső megoldások olyan kompenzációkhoz vezetnek, amelyek az egyszerűnek látszó örömszerzés útjain az értalmakat fokozzák (alkohol, kábítószer).

Az egészség kockázati tényezői között ma már nem csupán a vírusokat, baktériumokat, genetikus okokat, környezeti ártalmakat tartja számon a megbetegedések genezisét kutató orvos- és egészségtudomány, hanem a társadalmi–gazdasági–kulturális feltételek állandósult terheit és e terhek különbségeit is.

Ilyen terhet jelent például az adaptáció. Bár minden élőlénynek alkalmazkodnia kell a környezetéhez, az adaptáció azért sokszor megterhelő feladat. Az állandó változás, a környezethez való alkalmazkodás kényszere egyensúlyhiányt hoz létre, és a környezethez való rossz alkalmazkodás betegségek kialakulásához vezethet

(Dubos, 1980). Ha egy társadalomban egy adott időben – amikor nincs se járvány, se háború – tömegesen betegednek meg, az olyan társadalmi feltételekre utal, amelyeket a többség nem tud elviselni, saját szervének, testének és/vagy lelkének megbetegedése nélkül.

Ha az emberek számára kedvezőtlen a társadalmi feltételrendszer, akkor azt meg kell változtatni. Ez kettős képességet kíván: megváltoztatni a változtatandót, és alkalmazkodni az új változatokhoz. A rossz társadalmi feltételekhez való alkalmazkodás betegséghez vezethet. Aki viszont nem képes alkalmazkodni, azt vagy kiveti a társadalom, ez társadalmi halál, vagy nem tudja elviselni az életet és bekövetkezik a biológiai halál.

Még a jó irányú változtatás is megterhelő, mert új képességek, új életvezetési módok kialakítását kívánja a megszokotthoz képest, s a megoldások megtalálásához új energiákat kell mozgósítani. A korábbi rossz feltételekhez idomuló alkalmazkodásban megszokott biztonságérzet elvesztése is létrehozhat hiányérzetet. A biztonság és a stabilitás igénye rossz helyzetekhez is kötődhet, még esetleg a jobbat ígérő változtatásokkal szemben is. Ezért az adaptáció érdekében egyrészt változtatni, a változást követni és a változáshoz alkalmazkodni kell, míg másrészt mind eközben meg kell őrizni az élet folytatásához szükséges stabilitást.

Az adaptáció a 20. században állandó feladat; Kelet-Közép-Európában pedig különösen az. Folyamatosan meg kell találni a továbbélési megoldásokat, át kell formálni a célokat, a törekvéseket, újraszervezni a képességeket ahhoz, hogy a külső és a belső kettős alkalmazkodás feladatát teljesíteni lehessen.

Gazdasági, társadalmi vagy erkölcsi válságok idején különös mértékben megnövekednek az élet és az egészség kockázatai. Az egészségsszociológiában és a társadalom-örvostanban igazolt tény, hogy az egyéni és a társadalmi megrázkódásokat tömeges egészségromlás követi. Ez hol közvetlenül tapasztalható, hol csak évek múltán, amikor már halmozódva jelentkeznek a válságos társadalmi helyzetből következő testi-lelki károsodások. A válságok erősebben érintik a társadalmi értelemben sérülékeny csoportokat.

Szegénység, tudatlanság, eligazodásképtelenség, önértékvesztés

Az egészségsszociológiai kutatások szerint: akik kevésbé részesülnek a társadalmi javakból (iskolázottság, lakáskörülmények stb.), azok általában kevésbé részesedhetnek az élet biológiai előnyeiből is: egészségi állapotuk rosszabb, ellenállóképességük gyengébb, több közöttük a beteg, betegségeik súlyosabbak, gyógyulásuk lassúbb, hamarabb halnak meg.

A szegénység árt az egészségnek. A szegénység, a szűkösség ártalmi éppúgy halmozódnak, mint a létrejöttükben szerepet játszó okok: nehéz gyerekkor, rossz táplálkozás, gyenge fizikum, egészségtelen környezet, fizikai és idegi túlterheltség, mindezekhez pedig a társadalmi kirekesztettség és/vagy annak érzése. A materiális hiányokhoz tudáshiány is társul, az elesettekkel szemben kialakult társadalmi el-

lenérzéssel megterhelve, s ha ezt elfogadják és önértékeléssé válik, akkor az ember önbecsülésének elvesztése akár a küzdőképtelenségig is elvezethet.

A szegénység nem csupán anyagi hiányt jelent, a materiális nélkülözés személyes és társadalmi lelki teher is: állandósul a hiányérzet. A rossz táplálkozás, az éhezés, a rossz lakásviszonyok leépítik a testet, a hiányérzet felkelti az elementáris félelemérzést, az ősi éhségneurózist. A testi hiány lelki kinná válik. Különösen, ha valaki a családjáért érzett felelősséget nem tudja teljesíteni, és a gyerekeit nem tudja ellátni, iskoláztatni, öltöztetni. Úgy érzi nem tud megfelelni az életnek.

Ahol nincs kiút és megoldás, a menekülés különféle formái közül az alkoholizmus válik gyakorivá, s ez sokszor tragédiákhoz vezet. Az élettárs korai halála, a gyerekek betegsége, elmenekülése otthonról, a deviáns formák sokasodása, az idősek, betegek cserbenhagyása, a társadalmi alulmaradás kikezdi a morált is. E közismert, szinte közhelyszerű tényekről azért kell szólni, mert mintha kiesne a közemlékezetből, amikor az egészségi állapotról van szó, hogy a menekülés, a pusztító életmegoldások tulajdonképpen minnek a következményeként jöttek létre.

A hiány és a szegénység materiális és lelki terhei mellé járul még a társadalmi kirekesztettség érzése is. Nemcsak azért, mert nem részesülhetnek mindabból, amihez mások, másutt, más helyzetben gond nélkül hozzájuthatnak, hanem azért is, mert erősödő társadalmi elítélés veszi körül a lemaradottakat. Már a szocializmus szegényes gyarapodásának idején kezdett kialakulni a szegények hibáztatása saját helyzetükért. A felső osztályok biztonságának és lelkiismeret-megnyugtásának eszközeként jól használható a büntudatkeltés.

Az alacsony kulturális szint, az alacsony iskolázottság, a tudatlanság nemcsak a mindennapi ismeretek hiányát jelenti, hanem azt is, hogy nem ismeri fel a saját testjelzéseit. Így nem működnek a veszéllyel arányos módon az ember természetes ösztönei. Az ösztönös önvédelem érzése elsorvadt. Újonnan kell megtanulni, hogy mire kell figyelni. A természetes ösztön már nem, a kultúra és a tudás még nem működik megfelelően.

Annak, hogy az ember kellőképpen vigyázni tudjon magára, az a feltétele, hogy saját életének legyen értéke, legyen önbecsülése. Ahol elvész az ember értéke, ott nem becsülik meg az életet. Ha minden fontosabb az életnél, ha az ember csak ürügy, csak bizonyíték, csak tárgy, és mint cél is másnak van alávetve, akkor nem jöhet létre az élet tudatos értéken való önvédelme. Illetve akkor a leértékelt élet szintjén féltik az emberek a saját életüket is. Ha a világ és a sors kíméletlenül bánt valakivel, akkor az önkímélet sem alakulhat ki. Az én értéke nem jöhet létre közértéktelenségben, különösen nem jöhet létre alábecsültségben. Alábecsült ember önbecsülése ritkán valódi, *önérték nélkül az ember nem képes az önvédelemre*. Magyarországon az önféltésnek, önkíméletnek még leginkább a magasabb és a középosztályokban található meg típusai, valójában azonban ezeknek alig van értéke és kialakult kultúrája.

Magyarország polgárai szegények, hagyományosan hátrányokkal küzdenek, minden évszázadban változó elnyomások tapasztalataival rendelkeznek. Ez a tapasztalat bennünk él a kedvezőbb történelmű és helyzetű országokkal szemben. S ez igaz a szegény élethelyzet materiális javaira is, igaz a tudatlanságra, amelyet

az elzárkózás is erősített, igaz a hátrányok érzetetésére és átérzésére, igaz a kiszorultság érzetére és a behozás kényszerének érzésére is. És igaz az önbecsülés hiányára, ami mindenfajta kompenzációs kísérletekhez – gőg, nacionalizmus, felsőbbrendűség –, valamint különféle menekülési formákhoz (pl. alkoholizmushoz) vezetett.

A szocialista rendszer legfőbb egészségkárosító társadalmi tényezői

A volt szocialista országok jellemzői: a zártság, a korlátozott mozgásszabadság, a fentről meghatározott lépéskényszeretek, és a társadalom ideológiájának hazugsága. Ahelyett, hogy megoldást találtak volna és mozgósítottak volna a szegénység leküzdésére, egyenlőségről, azonos esélyekről, a szegénység eltűnéséről, a depri-váltság, a periférikus helyzetek, a regionális és a kulturális hátrányok megszűnéséről beszéltek.

Az *adaptálódás* nehézségeinek – amelyek a szocialista rendszer erőszakolt társadalmi átrétegződése következtében jöttek létre – és következményként a rossz adaptálódásnak, illetve az adaptálódás-képtelenségnek a hatása több betegségnél és halálknál is felismerhető.

A vizsgált életutak, *életemények* feltárásából kiderül, hogy ez a korszak a szokásosnál több életfordulatot kényszerített az emberekre és társadalmi csoportokra. A társadalmi fordulatok, történelmi események megkívánta megfelelés mellett még sokszor súlyos inzultusokat is el kellett szenvedniük. A fentről diktált – a termelés-től az ideológiáig terjedő – kényszeretek hatására *zárt függőségi viszonyok* alakultak ki, amelyek elfojtották az egyéni és a közösségi kezdeményező erőt. A hatalmon lévők és a hatalmon kívüliek közötti erős megosztottság létrehoz egy „mi és ők” közötti éles megkülönböztetést. Az *embert támogató közösségek hiánya* miatt kényszerközösségekben izolálódott az ember, s a magány különharcokra kényszerítette.

Az *emberi élet értékének* elvesztése, – amely még élesebbé vált az ellenkezőjének hangoztatása miatt – az ember elértéktelenedésével, önértékvesztésével járt, a hirdetett és gyakorlott értékek permanens kettőssége, és az eligazodás zűrzavara anomikus társadalom kialakulásához vezetett.

Morális bizonytalanság, állandóan újrakeletkező elbizonytalanodás volt a jellemző, mivel a társadalmi rendszerek változásával a vezérlő értékek gyökeresen megváltoztak. Ezért a következő rendszer büntette azt, amiért a korábbi rendszer jutalmat adott, és jutalmazta azt, amit az előző büntetett. A rendszerektől való függetlenség adott valamiféle morális jutalmat: a kockázatos kívül- vagy szembenállást.

Ezek a tényezők többé-kevésbé valamennyi kelet-közép-európai szocialista országra nézve igazak voltak. Mi a magyarázata annak, hogy – miközben a magyar rendszer volt a legrugalmasabb, viszonylag a legtöbb kísérletezést megengedő ország – Magyarország halálzási mutatói még ezen országok közül is a legrosszabbak?

Inkább csak hipotézis – amelyet lehet majd igazolni, vagy elvetni, mert nem

egzakt összehasonlításra épül –, hogy éppen a viszonylag jobb helyzet, a nagyobb nyitottság (egy zárt és merev rendszeren belül!) erősebben igénybe veszi az embereket. Több feszültséggel jár, ha úgy néz ki, hogy van mód valamilyen kitérésre vagy kimozdulásra, ugyanakkor mégsem lehetséges kitörni.

Egyik magyarázat az önkizsákmányolás, a kettős leterheltség (állami munkahely és második gazdaság, munka és túlmunka), ami felemészti az egészség tartalékait, lehetetlenné teszi a feltöltődést, mert pihenéshiánnyal és túlzott igénybevétellel jár együtt. Másik jellemző volt a viszonylagosan engedélyezett szabadságjogok bizonytalansága, amelyek – mivel a rendszertől idegen elemeket tartalmaztak – bár mikor visszavonhatók és korlátozhatók voltak. Ezeket a kis kedvezményeket nem garantálta semmi és senki. Ezért a különféle egyedi engedményeknek a permanens fenyegetettség volt az ára. A bizonytalanság növelte a feszültséget, folyamatossá tette a stresszhelyzetet, miközben kockáztatta a nehéz erőfeszítésekkel elért jobb helyzet eredményét, amelyet a ráfordított munkához és feszültséghez képest csekély eredménynek éreztek. *Erőfeszítés, félelem, frusztráció, túlfeszítettség és bizonytalanság* együtt magyarázza a viszonylag jobb helyzet ellenére a rosszabb állapotmutatókat.

És mi történt a rendszerváltás után a népegészségre közvetlenül és közvetve ható társadalmi tényezőkkel?

Az átalakulásban összetorlódott idő és a jelenbe érő folyamatos múlt

Jelenleg egyszerre kell szembesülni azzal, ami a korábbi rendszer betegséggeneráló feltételeiből továbbel, valamint az átalakulás sokkoló hatásával, ami távlati reményekben javíthat, de jelenleg sokszor éppen ott nehezít, ahol a korábbi rendszer ártó hatása a legerősebb volt. Az oly nagyon várt nyitás Nyugat felé még erősebben szembesít elmaradottságunkkal, hátrányainkkal, hiányainkkal, hibáinkkal.

Mi változhat és mi nem tud változni az átmenet idején? A jelenlegi átalakulás sok gyökeres változtatást hozott. Meg lehet változtatni a társadalmi rendszert, a pártokat, a jogrendet; lehet új kormányt, új ideológiát választani, meg lehet újra találni régi vallásokat – vagy lehet új hitet találni –, de nem lehet semmissé tenni az átélt időt. Az új kihívások „szárnyakat” adhatnak a tettekhez, de új szívet, érrendszert, ízületeket nem adnak hozzá. Az ember elhasználódottságában, tudott és tudattalan emlékezetében megmarad a múlt. És a múlt halmozódott terhet nem csak az idősebb generációk hordják, mert ők továbbörökítették az utódaikra, mint ahogyan az „örökségek” megtalálhatók a társadalmi viszonyokban vagy a társadalmi szerkezet számos elemében is.

Különösen sérülékeny és erősen veszélyeztetett társadalmi és demográfiai csoportok

A változások fenntartják vagy/és rontják a már korábban is rossz helyzetben lévő, betegséggel és korai elhalálozással küzdő társadalmi és demográfiai csoportok egészségi állapotát. Romlik a leszakadt régiók helyzete és a régi válságrégiók mellé újak is kerülnek. A kelet-magyarországi szegénység mellé odakerülnek az északi iparvidékek is.

A szegénység nemcsak megmaradt, de kiterjedt és mélyült is (Andorka – Spéder, 1996; Ferge, 1996; Kopp – Skrabski, 1996). A klasszikus szegénység 19. századi jellegzetességei tovább kísérnek bennünket, és hozzáadódnak a 20. század kollektivistikus eszményeinek, modernizációjának káros eredményeihez. A rendszer csődje összeolvad a 21. század fordulóján bekövetkező, újonnan kialakuló piaci gazdálkodás kiépítésének kemény és sokszor kegyetlen módszereivel.

A mezőgazdaságban növekvő társadalmi és területi polarizációval kell számolni. A magyar szocializmus e sikerágazatát, a nagyüzem és a háztáji kisüzem sajátos együttműködése és emellett a magas állami támogatás tartotta életben. A falusi családi gazdaságok kettős jövedelme elveszett. Nagy megrázkódtatást élnek át a mezőgazdasággal foglalkozók Kelet-Magyarországon, az Alföldön, de még a virágzó régióknak tartott Dél-Dunántúlon is.

A vidéki ipari munkások mintegy 40%-a korábban a háztájival egészítette ki a jövedelmét. Ma erre már nincs lehetőségük. Sőt sokuknak meg is szűnt az első gazdaságban betöltött állása, de a hanyatló mezőgazdasági termelés miatt a háztáji nem alternatíva, legfeljebb a családi önellátást segítheti.

Hagyományosan rossz egészségi állapot, és a változás után erősen megrendült gazdasági-társadalmi helyzet, romló életkörülmények jellemzik a falusi lakosokat. A falusi lakosság egészségi állapotában különösen a férfiak halálozási arányai, az alkoholizmus és az öngyilkosság tényei mutatták igen élesen az országos munkamegosztásból, infrastruktúrából, iskolai képzettségből, településből is következő hátrányait (Falussy, 1984; Vargáné Hajdú – Boján, 1996). Még a jól prosperáló területeken is rosszabb a falusi emberek egészségi állapota, mint a közép-, vagy kisvárosok lakóinak. A tanyasi és aprófalvak lakosságának egészsége, halálozási arányai mindig is a legrosszabbak voltak.

A falusiak rosszabb egészségügyi ellátásban részesültek. Több falusi körzetben hiányzik az orvos. Kórházba jutási esélyeik is rosszabbak, mint a városiaké (Antal Z., 1986; Szalai, 1986; Orosz, 1993; Losonczy, 1989). A területi kórházak egyenlőtlenségeit és a vidéki kórházi ellátás különbségeit az egyébként is rosszabb egészségi állapotban lévő falusi, vidéki lakosság szenved meg.

Az északi iparvidék egészség szempontjából hagyományosan veszélyeztetett terület. Lakossága jelenleg másfajta, de hasonlóan súlyos válságot él át, mint a falun élők. A szocialista iparosítás következtében létrejött nehézipar mai, csapásszerűen bekövetkező összeomlásának a következményei elsősorban azoknak a társadalmi csoportoknak az egészségkockázatát jelentik, amelyek már az iparosítást is egészségromlással szenvedték meg. A levegő szennyeződése veszélyrégióvá tette

az északi iparvidéket (Daróczi, 1993; Farkas, 1994), és a hiányzó vagy elégtelen munkavédelmi intézkedések, a hiányzó vagy rosszul működő egészségügyi ellátási formák (Tardos K., 1995) is közrejátszhattak abban, hogy ennek a régióknak korábban is kiemelkedően rosszak voltak az egészségi mutatói (Vargáné – Boján, 1996).

Egyszerre sújtotta ezt a vidéket – akárcsak az egész országot –, a Nyugat-Európában már átélt ipari struktúraváltás, a nehézipari ágazat elévülése, a vasipar és a bányászat leépítése, a szocialista gazdálkodás összeomlása és a modernizációs váltás. Mindez egyszerre különösen drasztikusan érintette az e térségekben amúgy is rossz helyzetben élő embereket. A hirtelen változás tragikus helyzetekbe hozta őket.

A depressziós övezetökké váló, korábban prosperáló vidékeknek az egészségügy szempontjából kettős vetülete van: az egyik, hogy a népesség egzisztenciájának elbizonytalanodása, anyagi életszínvonalának romlása erősen kihat az ott élő családok egészségi állapotára. A másik pedig, hogy ahol romlik a népesség anyagi biztonsága, onnan menekülnek az orvosok, hiányossá válik az egészségügyi ellátás, amely így még kevésbé adekvátan tud csak reagálni az egészség romlására.

Azokon a helyeken, üzemekben, ahol tovább folyik a termelés – ha szűkített, átalakított módon is –, ott a *védetlenség átstrukturálódását* lehet tapasztalni az egészség szempontjából. Az üzemek megmaradásának és nyereségességének érdeke sok szociális és egészségügyi biztonsági intézkedés megszüntetését hozta magával. Ennek következményei felmérések hiányában nem elemezhetők. Bizonyos azonban, hogy gyakran a munkahely kockáztatása nagyobb súllyal esik latba, mint az egészségkockáztatás. Az 1996-os influenzajárvány idején például a háziorvosokhoz került betegek egyharmada nem íratta ki magát.

Kutatások jelzik, hogy a munkavállalók eddig számunkra ismeretlen kiszolgáltatott helyzetbe kerültek, s alig vannak eszközeik a maguk védelmére. Még a formális állami szakszervezeti mozgalom védelme is olykor többet nyújtott, mint amit ma el lehet érni. Ha a legfelsőbb szinteken, és különösen alkuhelyzetben lévő ágazatoknál van is valamilyen tárgyalásos alku a kormányhatalom és a csúcsintézmények között, helyben működő, vállalkozóval, főnökkel, igazgatóval, főosztályvezetővel csatázó, munkást védő szervezet gyakorlatilag alig létezik. A balesetknél, az egészségrontó munkafeltételek esetében nincs kontroll és érvényesülő szabályozás. Nincs a munkavállalóknak kialakított, szerződésben rögzített megfelelő védelme. Még rosszabb a helyzet a feketegazdaságban, amely, miközben felszívja a munkanélküli és marginalizálódott emberek egy részét, kizárja őket minden legális társadalmi, egészségügyi és szociális védelemből.

Megszenvedni a lakosság a múltat és a jelenet – nem is szólva a jövőről – a megfelelő *környezetvédelem hiánya miatt is*.

Kutatások alapján megállapított tény, hogy a *munkanélküliség* és az egészségi állapot romlása összefügg, hogy a munkanélküliek megbetegedése és halálózása magasabb a foglalkoztatottakénál, különösen a férfiak esetében. Az anyagi és társadalmi helyzet megrendülése, az életszínvonal visszaesése, a gyökeres életmódváltás, a társadalmi kapcsolatok elvesztése, az értékcsökkenés és a fölöslegesség

válás megélése azokkal szemben, akik dolgozhatnak, mind olyan lelki terhek, amelyek sérülékenyebbé, betegesebbé teszik a munkanélkülieket.

Kérdés azonban – és erre a nyugati, már hosszabb tapasztalattal rendelkező kutatók sem tudnak mindig választ adni –, hogy mennyiben játszik szerepet az eredeti társadalmi helyzet és mennyiben a munkanélkülivé válás hatása (Moser – Fox – Jones, 1984). Lehet, hogy a munkanélküliek olyan emberek közül kerültek ki, akiknek egészsége eredetileg is esendőbb volt, mint az átlag népességé, vagy azért váltak munkanélkülivé, mert betegek voltak, de ez még jobban megbetegítette őket. (Nálunk például Kelet-Magyarországon a férfiak eleve rossz egészségi állapotban voltak, amikor munkanélkülivé váltak.) De az is lehet, hogy egészséges élethelyzetből a munkanélküliség tette őket betegé.

Idetartozik az is, amit a kisebbségről, ez esetben a *cigány lakosság egészségi állapotáról* tudni kell. Egyes becslések szerint mintegy 15 évvel rövidebb ideig élnek, mint az átlagos magyar lakosság; természetes szaporodásuk és a születésszám sokkal magasabb (14 ezrelék), ugyanakkor itt a legmagasabb a veszélyeztetett terhesség és a csecsemőhalandóság aránya és itt a legtöbb a kis súlyú koraszülött csecsemő (*Népjóléti statisztikai évkönyv*, 1997). Egészségi állapotukat szegénységük és iskolázottsági színvonaluk mellett azoknak a régióknak az ellátási helyzete is rontja, ahol nagyobb arányban élnek. Kicsi az esélyük a munkaerőpiacon, rossz anyagi körülményeik felerősítik az etnikai különbségeket és ezek következményei megmutatkoznak mind az egészség, mind az élettartam tekintetében. Fokozottan sújtja őket mindaz a hátrány, amit a tanulatlanság, az alacsony szakismeretekkel rendelkezés, a munkanélkülivé válás, a társadalmi marginalizálódás, a társadalmi kirekesztettség együttesen jelent. Bár a rendszerváltozás módot adott az önszerveződésre, a válság és a gazdasági csőd, valamint az eredeti felhalmozás kísérőjelenségei sokszorosan sújtották a cigányok lakta vidékeket és falvakat. Jogos a nyugati elemzők aggodalma, hogy ezzel a társadalmi elnyomorodással, ennyi betegségkockázattal, ilyen nagy társadalmi tehertételekkel, hogyan lehet az Európai Unióban részt venni.

A középkorú férfiak szinte háborús időket idéző halálozását gyakran szokták említeni. Annál kevesebb szó esik azonban a gyerekekről–fiatalokról és az öregekről.

A gyerekek elvben a felnőtt társadalom védelmét élvezik, ténylegesen azonban gyakran vannak kiszolgáltatva a felnőtt társadalomnak. A nehéz társadalmi körülmények között élő családokban világra jött gyerekekre nagy próbatétel vár. Ilyenek például a depressziós régiókban született gyerekek és a munkanélküli családok gyerekei (közel egymillió ilyen gyerek van). A társadalom jövője szempontjából ezekre sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani, hiszen e visszafejlődött területeken is a „nemzet jövője” formálódik. De a fejlődő övezetekben és a nagyvárosokban is sűrűn található veszélyeztetett gyerekek. Számuk emelkedő tendenciát mutat. Az általános iskolásoknál különösen az egészségükben veszélyeztetettekre kell odafigyelni, hiszen az elmúlt évek adatai annak ellenére is erős romlást mutatnak, hogy az iskolaorvosi vizsgálatok nem minden esetben tárják fel a kockázatok teljes körét.

Milyen esélye van a gyerekek egészséges felnevelésének ott, ahol a család reménytelen anyagi és egzisztenciális helyzetben van, ahol deprimált környezet veszi körül őket, és ahol a jövő bizonytalansága – amelybe a gyerek belenő – már előre vetíti az eleve elrendelt kilátástalanságot? Ezt az iskola és a munkahely sem tudja ellensúlyozni, mivel ezek az intézmények is a környezetük szerves részét alkotják. Így a gyerekek a reménytelenség és a kiútatlanság társadalmi levegőjét magukba szívva készülnek az életre.

A legmagasabb munkanélküliségi ráta a legfiatalabb, 15–19 éves korosztályt jellemzi (Falussy, 1995). *Munkanélküliségük közel háromszorosa az átlagosnak*, és a 25–29 éves férfiak és a 20–24 éves nők esetében is az átlagosnál magasabb a munkanélküliek aránya.

Az átalakulás következményei: a jövőkép hiánya, a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek feszültségei, a kétes kettős társadalmi morál az elégedetlen, nyugtalan, reményt vesztett fiatalokat az erőfeszítés nélküli sikerek, az öröm és élvezet azonnali megszerzésének mellékútjai felé vezetik. A fiatalkori deviancia, bűnözés, és kábítószerelés leglényegesebb alapja, hogy a társadalom megoldhatatlan feszültségeket generál, s a kilátástalan helyzetben bizonytalan erkölcsi környezetben magára hagyja a fiatalokat, így megerősíti és igazolja a létrejött társadalmi különbségeket.

A gyerekek élethelyzete befolyásolja egészségüket. A gyerekek egészségmegőrzése társadalmi összefogást, központi cselekedetsort igényelne. *A gyermekek és az ifjúság egészségvédelme ma is elhanyagolt, nincs a figyelem középpontjában.*

Korábbi kutatásaink egyértelműen kimutatták, hogy a felnőttkorban kialakult betegségek előzményei sok esetben a gyerekkorba nyúlnak vissza, a rossz testi-lelki fejlődés okaira vezethetők vissza. Különösen igaz ez az ellenállóképesség, a lelki erő, a kudarcűrő- és küzdőképesség kifejlődésére, valamint az egészségmegőrzés korán kialakítható szokásrendszerére.

Ha szó lehet prioritásról, akkor a gyerekek és az iskolás korú fiatalok egészségi állapotának javítását mindenképpen előtérbe kellene helyezni.

A 20. század második felében az *idős polgárok* növekvő aránya miatt hasonló feladatokkal kellett szembenézni a fejlett ipari országoknak. A szociális és egészségügyi intézmények tennivalói és költségei jelentős mértékben növekedtek. Magyarországon a századelőn a lakosság 9%-a tartozott az idős korcsoportba, most ez az arány 18–20%-ra emelkedett. 1960 óta a magyar nyugdíjasok aránya ötszörösére nőtt. A megemelkedett részarány teherként jelentkezik a nyugdíjkötelezettségekben és az egészségügyi szolgáltatások megnövekedett használatában. Így mindazok a vívmányok, amelyek az élet meghosszabbítását eredményezték, létrehozták önnön korlátaikat is.

Az egészségügyi ellátást az időskorral együttjáró betegségek miatt az öregek nagyobb arányban veszik igénybe. A gyógyszereknek is ők a legnagyobb fogyasztói. Életük ugyan meghosszabbodott, de az élet önálló vitelének képessége sokuknak nem adatik meg. A mobilitás következtében szétszakadtak a családok, s a nukleáris családok kialakulásával az elmagányosodott öregekre nincs, aki gondot viseljen. „Medikalizálódnak” a szociális gondok és egészségügyi ellátásra szorulnak azok, akiknek nincs megfelelő ellátásuk otthonukban, saját környezetükben.

Az öregek helyzete különösen megnehezedett a társadalmi átalakulás során: egyszerre kell átélniük szervezetük fizikai romlását, életszínvonaluk jelentős csökkenését, nyugdíjaik elértéktelenedését, elszegényedésüket, a társadalom periferiájára szorulás, az újfajta modernizálódás révén tudásuk elavulását, és mindezek eredményeképpen önértékelésük, önbecsülésük csökkenését. Így jelentős mértékben megnehezedik a „naplementének” derűs vagy legalábbis tiszteletreméltó ideje.

A sikeresek

Érdemes beszélni azok kockázatairól is, akiknek sokat adott a társadalmi változás a szocialista korlátozottságok megszűnése után. Bár az ún. „elitről” sok szó esik a sajtóban, életkörülményeik változásával kapcsolatban kevés vizsgálatról van tudomásunk, ezért saját kutatásainkból, a kis- és középvállalkozók egészségmagatartásáról idéznénk néhány gondolatot a következőkben.

A siker elérése érdekében a „sikeresek” nagy intenzitást és igénybevételt követelő életvitelre kényszerülnek. Ez az élettempó a civilizált korszak egyik legsúlyosabb betegségét okozza, amely nem véletlenül az élet motorját, a szívet és hálózatát, az érrendszert támadja meg. A magatartástudományok sok oldalról elemzik korszakunk kockázatait, ezek: az élettempó, a hajsza, az állandó készenléti állapot, a verseny, a sokféle orientálódás és természetesen a győzni akarás.

A piacgazdaság kínálatát, a kezdeményezés lehetőségét kihasználó, feltörő, törekvő vagy feltörni akaró emberek egészsége akkor is veszélyeztetett, ha józan eszük és érdekük szerint „karbantartják” magukat. Szemben az önértékelésüket elvesztő vesztesekkel, a sikeresek fontosnak és értékesnek tartják magukat önmaguk és mások számára. Ha csupán az élettempó változását figyeljük, láthatjuk, hogy a külföldi cégeknél dolgozó menedzser 14–16 órát dolgozik. A hajdani beosztott munkatárs – önállóvá válva – saját üzletét alapozza meg, és egyedül kell megoldania a piac kockázatait és a befektetés megtérülésének bizonytalanságai okozta problémákat. Egy másfajta konfliktust és frusztrációt létrehozó sikerhelyzet, amikor az átmenet során önállóságához jutott sikeres üzletembert anektálja egy világcég. Ilyenkor feladni kényszerül korábbi önállóságát, mivel ötletei a cég számára gyakran elfogadhatatlanok, s kialakult hierarchiák és szolgálati utak vannak. Gyakran válik kérdésessé, hogy a frusztrációt meddig ellensúlyozza a nagy cég neve és a magas fizetés.

Az idegi terhek szomatizálódhatnak. Míg a szocializmusban a panasz amolyan étellel együtt járó szokás volt, az önmagukért felelős új sikeremberek eltitkolják a bajt. Különösen, ha pszichés problémáról van szó, mert nem mutathatnak gyengeséget; annak még a látszatát is kerülik, hogy nem tudnak megbirkózni a feladatokkal.

A saját felelősség a saját életért és a saját jelzőképesség, amely segítheti a kockázatok kikerülését és a megelőzést, tudatos magatartásváltozásban is meg kellene jelenjen. Ez azonban még nem vált gyakorlattá, reflexszé. A kis- és középvállalkozók között folytatott kutatás azt mutatta, hogy nem fogják fel, illetve ha fel-

fogják, nem fogadják el a testi jelzéseket. Nem fordulnak orvoshoz, ha nincs komoly baj. Romló egészségi állapot mellett, rossz egészségmagatartással élnek. Nincs benne a „kultúrában” sem a figyelem, sem az akció, hogy lépni, vagy tenni kell a baj ellen valamit. Erős a titkolás, és az egzisztenciaféltség miatt még jobban erősödik.

„Nincs idő” a betegségre. Míg a szocializmusban a betegség egyfajta menedék volt, valamilyen kitérés a társadalmi kényszerek és követelmények elől, most a maga kárára, a maga kockázatára lesz beteg az, aki a maga felelősségére építette fel az életét. *Az emberek önkizsákmányolása általánossá válik.* A betegség később, súlyosabb helyzetben fogja megbosszulni a „nemtörődömséget”. A nagyobb bajt csak nehezebben, „drágábban”, vagy egyáltalán nem lehet majd elhárítani.

A menthetetlenül bekövetkező kudarcok vagy eredménytelenségek feldolgozása nagy próbája lesz e réteg küzdőképességének és kudarcelviselésének. Ezek „kezelési technikájában” sohasem jártak élen nemzetünk tagjai. (Lásd például az öngyilkosság-sorozatokat a földigilisztával kapcsolatos csődnél.)

Mindezek alapján joggal lehet a sérülékeny csoportokhoz sorolni az újonnan feltörő vállalkozókat és menedzsereket. Életük sok rizikóval terhes, s bár az önvédelem elemi érdekük és számos lehetőségük és eszközüik van az önerősítésre, továbbá az egészségügyi ellátást is magas szinten biztosíthatják maguknak és a prevenciót is elsajátíthatják, mégis nagy próbatételt jelentenek az átállás nem ismert csapdái, sok buktatója, az adaptációs képességek végsőkgig menő leterhelése.

Összefoglalás: mit hozott a rendszerváltozás?

Van-e mód a régi nehézségek megoldására és hol jelentkeznek új ellensúlyok, régi és újfajta nehézségek?

A legnagyobb nehézségek a következők:

1. A rendszer összeomlása, mint minden összeomlás, gyorsan ment végbe, míg az építkezés lassú folyamat.

2. A gazdaság várt prosperitása még nem indult meg; ha a növekedés megkezdődik, az is csak lassan változtathatja meg a legrosszabb helyzetű emberek és térségek helyzetét.

3. Még ha a változásoknak azonnal mutatkozó pozitív társadalmi hatása is lenne, a test és a lélek meggyógyítása akkor is hosszú időt és az erőfeszítések nagy társadalmi, közösségi és egyéni összpontosítását igényelné. Amit a korábbi időszak rontott az emberi életéken, azt néhány év alatt még egy jól prosperáló gazdaság sem képes kijavítani.

Ezért *a népegészségi állapot közeli javulására nem lehet számítani.* Sőt, erős romlással kell számolni, és csak remélni lehet, hogy nem lesz túl hosszú ennek a nehéz átmenetnek az ideje.

Mik az átmenet jellemzői?

– Megmaradnak a szocialista rendszer szegényei, emellett a szegénység szélesebb körre terjed ki. Nagyobb lesz a szegénység a korábbi helyzethez képest,

és relatíve is romlik, mivel az erősen gazdagodó csoportokhoz képest egyre inkább leszakadnak ezek a rétegek.

– A társadalom korábbi áldozatainak, rétegeinek helyzete szinte „genetikussá vált”, örökségnek tűnik és „felfelé” is terjed. A rendszer összeomlása szó szoros értelemben maga alá temette mindazt, amit a szocializmus a gazdasági célszerűséggel szemben erőszakosan fenntartott (nehézipar, elavult iparágak, nagy bürokráciák). Ezek összeomlása a kereső népesség több mint egyharmadát érintette. Emellett a piaci eszközökkel nem rendelkező, a piacon életképtelen rétegek is bekerülnek a korábbi hátrányos rétegek közé: ez a rendszerváltozás egyik áldozathozatala. Rájuk a létalapesztés és az egzisztenciális bizonytalanság a jellemző.

– Nehezednek az adaptációs feladatok, hiszen minden elemében újfajta világot (új fogalmakat, intézményeket, működési módokat, megélhetési lehetőségeket) kell „megtanulni”. Ez különösen leterhelő nehéz gazdasági és társadalmi helyzetben, de még a sikeresek számára is kemény feladat.

– Összeomlott az is, ami a korábbi rendszer jellegének, nevének és eszméjének fémjelzését jelentette és amit létének igazolása érdekében erején felül támogatott (szociálpolitika, egészségügy, kultúra).

– Az államháztartási reform ugyancsak a leggyengébb ellenállás irányába keresi az egyensúlyhoz szükséges hiányok mérséklését, a pazarlást elsősorban a szociális és egészségügyi szférák túlköltekezésében látja.

– A gazdaság hanyatlása, az intézmények átalakulása és/vagy összeomlása, a szabályozók kidolgozatlansága anarchikus állapotokat hozott létre, amelyek közepette nem egy helyen az erőszak, a hatalomközelség és olykor a maffiaszerű erők összefonódása kerekedett felül.

– Elindultak olyan folyamatok, amelyek a szándékok ellenében hatnak, kormányozhatatlanná váltak, s amelyek a hatalom és pénz közelségében élőknek előnyösek. A piacgazdaságra való áttérés ideje nem a gyengéknek és az elesetteknek kedvez.

– Az anyagi javak újraelosztásában és az új gazdasági erőforrásokat kisajátítók küzdelmeiben az erő pozíciója érvényesül. A központi hatalom megszűnése után létrejött, sokszor anarchikus viszonyok különösen kedveznek az erőszakos, hatalomösszpontosító vezetőknek, akik a kontrollt és az ellentmondást nem viselik el. A folyamat különossége, hogy mindez demokratikus feltételek között történik. A csaknem korlátlan hatalom magyarázata, hogy a korábbi központi ellenőrzés megszűnt, a társadalmi kontroll viszont még csak kiépülőben van; külső rendszabályok sok helyütt még nem kötnek, ugyanakkor a belső erkölcsi szabályok még nem alakultak ki; tanulatlan még a demokrácia, a többség könnyen kezelhető, manipulálható, különféle eszközökkel olykor megvásárolható vagy megfélemlíthető. Az újonnan fellépő diktatórikus hatalmi erők építhetnek a szocializmusban kialakult testületi szellemre, ahol engedelmességhez, parírozáshoz szoktak, és ellentétként megfelelő jutalomhoz juthattak. Mindez az erőszakos hatalomszerzés és hatalomkoncentráció számára ideális helyzetet teremt. Akik lassabban, így későn, vagy egyáltalán nem képesek kiemelkedni, frusztráltakká és csalódottakká válnak. Az ő létük több értelemben is veszélyeztetett.

- Az új tőke - legyen az akár hazai, akár külföldi tőke - természete szerint gyors megtérülésre és gyarapodásra törekszik, és ebbe nem férnek bele sem a munkásvédelem, sem a humán elvek, sem a szociális felelősség. A tőke megszerzéséhez és gyarapításához sokszor tisztátalan utak vezetnek, gyakoriak a kezdeti szakaszban a durva, antiszociális, embernyúzó módszerek.

- Jó irányú változás, hogy sokrétűbbé válnak a megélhetés forrásai, mód van többféle kezdeményezésre. Ugyanakkor a társadalmi-gazdasági válság miatt szűkülnek és romlanak az új kisvállalkozók esélyei. A nagy nehézségekkel küzdő gazdaságpolitika ez idő szerint nem tud szélesebb társadalmi rétegeknek segíteni a kiemelkedésben.

- Sokféle társadalmi, gazdasági és politikai csoport között alakul ki differenciálódás. A korábban ismert különbségeket újfajta különbségek egészítik ki. Nagy törés van az üzleti és a költségvetési szférában dolgozók között. Az utóbbin belül is nőnek a szakadékok. A kapitalizálódás hatalmas anyagi eszközökkel létrehozott mamutintézményeinek (bankok, privatizációs intézmények, úgynevezett közszolgálati média, állami vállalatok stb.) fizetései, és az alacsony szinten tartott tanári, valamint a nem piacképes értelmiségi, orvosi, mérnöki fizetések között.

Az indokolatlan jövedelemarányok roncsolják a társadalom szövetét, hamis önértékelést, csak a pénz dimenziójában kifejezett értékeket hoznak magukkal. A torz önértékelés mindkét oldalon kárt okoz. Az óriási jövedelemhez jutottak között azért, mert elhiszik vélt nagyobb értéküket, a kis fizetésből élő értelmiség körében pedig azért, mert önértékük devalválódik.

4. A jelenlegi változásokban a civilizáció és a kultúra különböző fejlettségi fokai egyszerre vannak jelen és együtt hatnak. Az egészségi problémákat nem lehet társadalmi fejlettségi sémákba sorolni, hiszen sok kockázat a premodern, sőt preindusztriális állapotból ered (a csatornázás hiányából, az egészségtelen ivóvízből, az alacsony higiénias viszonyokból), mások a 19. századi füstös ipar, a szocialista autarkiót megvalósítani akaró létesítmények következményei (az északi iparvidék és Budapest légszennyeződése), míg az újabb bajok a posztindusztriális világ általános veszélyeiből adódnak (Csernobil, sugárveszély, kemikáliák, savas eső, üveg-házhatás) vagy a legfejlettebb technika következményei.

A társadalom átalakulásából következő kiszolgáltatottsági típusok is változatos képet mutatnak: a társadalom okozta lelki bajok között egyaránt szerepet játszik a feudális hierarchikus viszonyokból eredő társadalompszichológiai terhelés, a szocializmus idején kialakult és tovább élő viszonyok elviselése, valamint a poszt-szocialista megrázkódtatás, amelyben a prekapitalista és a posztmodern egyszerre vannak jelen.

Mit tehet ebben a társadalmi helyzetben a népegészség-politika?

Hogyan óvható meg a népegészség?

Jelenleg - úgy tűnik - nincs egyértelmű egészségügyi stratégia. Persze nem is lehet mindenkire egyaránt érvényes egészségügyi stratégiát kialakítani.

Óvakodni kell a külföldi modellek átvételekor is. Az egészségóvó, betegség-megelőzési programok sokszor tipikus középosztálybeli életvitelre, magatartásértekekre és viselkedésmódra építenek. Sikeres amerikai tapasztalatok átvétele Magyarországon sikertelenséghez vezet, mert egyrészt 19. századi munka-, települési, higiéniai és egészségügyi viszonyok között élő társadalmi csoportokra alkalmazták a 20. század végi recepteket; másrészt, mert közép- és felső osztályokra kitalált módszerekkel és normákkal akarnak meggyógyítani olyan rossz egészségi állapotú csoportokat, amelyek megközelítően sem rendelkeznek középosztályi, különösen nem nyugat-európai középosztályi feltételekkel. De más a kultúra és a szokásrendszer is.

Kétségtelenül van tennivaló az egyén szintjén is (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozási szokások stb.). A rossz szokásokkal kapcsolatban azonban legalábbis megosztott a felelősség a társadalommal, az egészségüggyel.

Nem sok eredményt hozhat a felelősség egyénre hárítása olyan társadalmi körülmények között, amikor a feltételek kényszerhelyzetekbe szorítják az embereket, s amikor a beszűkült életviszonyok miatt gyakorlatilag alig van lehetőség változtatásra.

Társadalometikai kérdés és társadalmi érzéketlenségre utal, amikor egy megélhetési gondokkal küszködő családot egészségtelen táplálkozása miatt kritizálnak, s olyan javaslatot tesznek, amelyek megvalósításához se pénze, se lehetősége nincs. Az is siker számukra, ha a család jóllakik.

Mivel nincs konszenzus alapján kidolgozott és alaposan átgondolt stratégia, a betegségmegelőzés és az egészségvédelem kormányzati politikája különböző erők által befolyásoltan változik. Kormányonként, sőt miniszterenként változik – s a miniszterek az elmúlt három évben évenként cserélődtek –, hogy milyen koncepciót fogadnak el és mely javaslatok kapnak forrást és hozzá szervezettel vagy intézményhálózatot. Az elmúlt hét év azt mutatta, hogy sok rögtönzés történt a prevenció területén, évről évre más elképzelések, új változtatások kerültek előtérbe, s kormányközelségen múlt, hogy éppen mire fordították a szükséges szűkös forrásokat.

Eredményes egészségpolitikához és egy megfelelő egészségügyi rendszer megszervezéséhez mindenekelőtt a népegészség állapotának alapos ismerete szükséges. Ebbe beletartoznak: a feltárt és a latens betegségek, a kockázatok és a veszélyforrások, ezek arányai és tendenciái, a települési és regionális különbségek, a demográfiai mutatók stb. A jelen állapot feltárása mellett, olyan monitorozási információs rendszer kiépítése lenne ésszerű, amely követni képes a társadalmi és egészségügyi változások dinamikáját, és elemezni tudja a szükséges változtatások és beavatkozások hatását.

Szélesebb értelemben vett társadalompolitikára, regionális fejlesztésre (kooperatív munkaerőpolitikára, iskolapolitikára) lenne szükség. Társadalmi és természeti környezetet építő politikára, mivel csakis ezeken keresztül alakítható ki egy koncentrált, az egészség javítására is ható egészségpolitika.

A program csak úgy lehet eredményes, ha nem csupán a népegészségügyi szakma, hanem a széles értelemben vett társadalompolitikai intézmények – köztük az

ipar, az önkormányzatok és a civil szervezetek – is részt vállalnak a felelősségben, és széles társadalmi együttgondolkodással és együttműködéssel képesek leszünk megtalálni a közös cselekvés módját, ütemét, és elfogadni, megvalósítani a prioritásoknak megfelelő feladatokat. Eleve kudarcra van ítélve bármilyen nagy horderejű, szükséges és hasznos koncepció, ha a társadalmi együttműködés elmarad és pártpolitikai vagy lobbyérdekek határozzák meg a megoldás célját és módját. A stratégia – minden érdekelt bevonásával együtt – csak közösen dolgozható ki, felülemelkedve a napi politikán.

Nagy a veszélye annak, hogy a társadalmi szakadékok, amelyek a megbetegedésekben oly nyilvánvalóak, az ellátásban is kifejeződnek majd, s így kettős rendszer fog létrejönni. A korábbi kis részben privilegizált ellátást most jelentős gazdasági erők húzzák a magasszintű ellátás irányába, hogy megfeleljen a felső osztályok életnívójának. A rossz állapotban lévő tömegeknek pedig meg kell elégedniük a „szükségleteiknek megfelelő”, tehát az egészségügyi hatalom döntését követő ellátási formával, a „fapados” színvonallal – hiszen szegény az egészségügy, többre telik.



A magyar népesség egészségi állapota és halálozási viszonyai

Józan Péter

Rossz a népesség egészségi állapota – ezt a megállapítást nem vitatja ma senki Magyarországon. A szinte már közhelyszerű megállapítás bizonyítékeként a szakemberek az alacsony születéskor várható átlagos élettartamra szoktak hivatkozni. Ez 1996-ban 66,1 év volt a férfi és 74,7 év a női népesség vonatkozásában. Japánban a 90-es évek derekán az előbbi 76,6, az utóbbi 83,0 év volt. Japán világelső a várható élettartam tekintetében, és nem referenciaország a magyar viszonyok megítélésében. Ausztria sokkal inkább az. Nyugati szomszédunknál a férfiak várható élettartama 73,3, a nőké 79,7 év volt 1994-ben. Hazánkban tehát a férfiak életésélyei 7,2 évvel, a nőké 5,0 évvel rosszabbak, mint Ausztriában.

A népesség egészségi állapotát, pontosabban az erre közvetve utaló várható élettartamot azonban nem lehet az ország fejlettségétől elvonatkoztatva vizsgálni. Általában elfogadott az a nézet, miszerint szoros, közvetett és bonyolult összefüggés van az egy főre jutó hazai össztermék (GDP) és a születéskor várható átlagos élettartam között. 1996-ban az egy főre jutó GDP közel 37 000 USD volt Japánban, 28 000 USD Ausztriában és 4400 USD Magyarországon. Az adatok alapján – mondhatnánk – nincs semmi meglepő abban, hogy a várható élettartam vonatkozásában többéves az elmaradásunk Japántól, illetve Ausztriától, hiszen az egy főre jutó GDP-t tekintve a különbség hazánk és a másik két ország között hasonlóképpen nagy.

Valójában azonban a GDP, még ha kiváltképpen fontos tényező is a várható élettartam meghatározásában, mégis csak egy a sok közül; ezért azt csak „durván” határozza meg. A Perzsa-öböl gazdag olajsejkségei sokat tettek a népesség egészségi állapotának javítása érdekében, mégis az egy főre jutó rendkívül magas GDP és a viszonylag alacsony várható élettartam között bizonyos inkonzisztencia van. Másrészt a Német Szövetségi Köztársaságban az egy főre jutó hazai össztermék sokkal nagyobb volt, mint az azóta megszűnt Német Demokratikus Köztársaságban, a várható élettartam tekintetében azonban a különbség ehhez képest jelentéktelen volt.

A várható élettartam a fejlettségi szinten kívül függ még – többek között – a korábban végbement (szerves) fejlődéstől, az élet minőségétől és nem utolsósorban az éghajlattól.

Hazánkban a születéskor várható élettartam valójában alacsonyabb annál, mint amit az egy főre jutó GDP alapján várni lehetne (figyelembe véve a kelet-közép-európai régió várható élettartam-, illetve GDP értékeit). Még inkább inkonzisztens a várható élettartam, ha azt a vásárlóerő-paritással (PPP – purchasing power parity)

próbáljuk korrelációba hozni. Ezt a mutatót a GDP-nél szívesebben alkalmazzák, többek között az életszínvonal elemzésében is, és megjegyzendő, hogy a PPP alapján Magyarország kedvezőbb helyet foglal el a nemzetek rangsorában, mind a GDP alapján.

A hazai halálozási viszonyoknak van még egy olyan vonatkozása, amelyet igen nehéz értelmezni, nevezetesen, ha a halandóságot függő változónak tekintjük, míg a hazai összterméket vagy a vásárlóerő-paritást független változóként definiáljuk. Magyarországon ugyanis a halálozási viszonyok rosszabbodása akkor következett be, amikor mind a GDP, mind a PPP jelentősen emelkedett.

A halálozási viszonyok, illetve az életesélyek rosszabbodása a 60-as évek közepétől a 90-es évek elejéig az Elbától keletre általános volt. Ez a kedvezőtlen folyamat a posztoszocialista országokban *krónikus epidemiológiai válsággá* súlyosbodott. Nem lehet másként definiálni ezt a folyamatot, amelynek következményeképpen a mortalitás a legmagasabbra emelkedett a második világháború befejezése utáni időszakban és a férfiak születéskor várható élettartama a mélypontra zuhant a legutóbbi három évtized adatait tekintve, az 50-es évek második felének nivójára süllyedve. A közép- és kelet-európai országokban a krónikus epidemiológiai válság *kvalifikált*: főleg, de nem kizárólag a középkorú férfi populációt sújtja. A volt Szovjetunió utódállamaiban a krízis *általános*: lényegében az egész népesség megszenvedi. *A krónikus epidemiológiai válság egy zsákutcás modernizáció terméke.* Bár néhány posztoszocialista országban – Magyarország is ezek közé tartozik – a legutóbbi években a halandóság csökken, az epidemiológiai válság továbbra is jelen van, azután is, hogy az évtizedekig tartó modernizációs kísérlet: a szovjet szocialista gazdasági-társadalmi struktúra összeomlott.

Előljáróban mindezt el kellett mondani ahhoz, hogy hazánk népessége egészségi állapotának alakulását – amelyet a halálozási viszonyok változásainak követésével kísérrelünk meg leírni – gazdasági-társadalmi, történelmi keretben vizsgálhassuk.

A halandóság jelenlegi szintje és alapirányzata a legutóbbi másfél évtizedben

A 90-es években a halálozások száma 143 000 és 150 000, a nyers halálozási arány 14,0 és 14,6 ezrelék között ingadozott (lásd a 84. oldalon lévő felső táblázatot).

A táblázat időszora meggyőzően mutatja, hogy a halandóság az 1960–64-es időszakban még csökkent, az 1965–69 és 1990–94 közötti három évtizedes periódusban nőtt és 1995–96-ban újra csökkenni kezdett. A halálozások évi átlagos száma 43 000-rel volt több az 1995–96 éves, mint az 1960–64 éves időszakban. A halálozások számának 42%-os és a halálozási arány 40%-os növekedése nagyrészt a népesség öregedésének következménye, de szerepet játszik benne az a körülmény is, hogy bizonyos életkorokban, főleg 35 és 65 év között magasabb lett a (korspecifikus) mortalitás.

A 84. oldalon lévő alsó táblázat idősorából jól látható, hogy a halálozások száma több mint 150 000-rel és a halálozási arány 14,6 ezrelékkal 1993-ban tetőzött. Az 1996-os halálozások számának hétezeres, a halandóságnak pedig 0,6 ezrelékes csökkenése 1993-hoz képest kizárólag a kor szerinti halálozási arány javulásának eredménye.

Ha minden egyéb tényezőt azonosnak feltételezünk, akkor a halálozási arányok a kormegoszlásoktól függenek: ha a népesség öregedő, akkor nő a halálozási arány és fordítva. Annak érdekében, hogy a különböző kormegoszlású népességek halandósága torzítás nélkül összehasonlítható legyen, a születéskor várható átlagos élettartamot használják mutatóként, amely egy számban fejezi ki egy népesség halandóságának szintjét. Minél jobbák a halálozási viszonyok, annál magasabbak a várható élettartamok.

Magyarország népességének halálozási viszonyai európai mértékkel mérve mindig rosszak voltak a 20. század folyamán és ez az epidemiológiai fejlődésben megmaradó elmaradottság tükröződött az alacsony várható élettartamokban is. A 60-as évek közepéig azonban a halandóság hasonlóképpen javult hazánkban, mint a többi európai országban. Sőt a közegészségügyi helyzet sajátosságai, illetve a prevenció teljesítményei eredményeképpen nálunk nagyobb ütemben nőttek a várható élettartamok, mint azokban az észak- és nyugat-európai országokban, amelyek a fejlődés korábbi fázisában már jelentős sikereket értek el a fertőző betegségek okozta halandóság csökkentésében és ezért az életésélyek javításának lehetőségei náluk egy időre kimerültek. Ennek következtében lemaradásunk a legkedvezőbb mortalitású országoktól fokozatosan csökkent. Például a század első évtizedében Svédország népességének várható élettartama 15,5 évvel volt magasabb a magyar népesség akkor várható élettartamánál, míg elmaradásunk a 60-as évek közepére 4,2 évre mérséklődött.

A 60-as évek közepétől a 90-es évek elejéig terjedő időszakban a mortalitásnak ez az évtizedek óta érvényesülő javuló trendje megváltozott. A halálozási viszonyoknak főleg a felnőtt férfi népességben tapasztalható rosszabbodása oly nagy mértékű volt, hogy azt a csecsemő- és gyermekhalandóság számottevő javulása nem tudta kiegyenlíteni és így módon a várható élettartam nem hogy növekedett volna, de még valamelyest csökkent is. Elmaradásunk a legkedvezőbb mortalitású országoktól közel három évtizeden keresztül növekedett: Svédország és Magyarország népességének várható élettartama között a különbség a 90-es évek elején 8,7 év volt.

A legutóbbi másfél évtizedben az egész népességre számított várható élettartam – európai mértékkel mérve – alacsony szinten állapotodott meg: 69 és 70 év között ingadozott. Néhány évig tartó jelentéktelen javulások, illetve rosszabbodások váltogatták egymást. A várható élettartamnak az 1994 és 1996 között bekövetkezett 1,3 éves növekedése azonban valószínűleg nem az ingadozáson belüli változás. Részben a növekedés mértéke, részben az a körülmény, hogy évtizedek óta először javultak a középkorú férfiak továbbélési valószínűségei egy kedvező alapisrányzat kezdetére utalnak.

Halandósági különbségek a nemek között

A férfiak halandósága magasabb a nőkénel. Ez a megállapítás minden fejlett egészségügyi kultúrájú ország népességére nézve igaz. A 90-es években Magyarországon 1000 férfira 15,4–16,3 halálozás jutott, de 1000 nőre csak 12,7–13,0. A halálozások gyakoriságában megfigyelhető különbség a két nem között a standardizált halálozási arány alapján ennél jóval nagyobb. Amennyiben a két népességet azonos korösszetételűnek feltételezzük, a mortalitási ráta a férfiak esetében 16,2–17,3, míg a nők esetében mindössze 9,0–9,6 ezrelék között ingadozott a 90-es évek első felében. 1996-ban a férfiak standardizált halálozási aránya 80%-kal volt magasabb a nőkénel.

Noha a férfiak magasabb halandóságában biológiai okok is szerepet játszanak, az nagyobb részt mégsem biológiai okokkal magyarázható. Biológiai okként jelenleg azt tartják a legvalószínűbbnek, hogy a nemet meghatározó 23. kromoszóma a férfiak esetében csökevényes. Ez a leginkább valószínűsíthető életésélyt csökkentő tényező. Úgy vélik, hogy a nemek között ily módon meghatározott különbség két évvel rövidebb várható élettartamot jelent a férfiak számára.

A legtöbb iparosodott országban azonban ennél jóval nagyobbak a különbségek a várható élettartamokban, esetenként a tíz évet is meghaladják; hazánkban 1996-ban 8,6 év volt (lásd a 86. oldalon lévő táblázatot). Ez azt jelenti, hogy közel hat és fél év az a várható élettartamokban kifejezett életésély-különbség, amely nem biológiai okok következménye. A jelenséget azzal magyarázzák, hogy a megbetegedési viszonyok és a halálóki struktúra megváltozása a nőknek jobban kedvezett, mint a férfiaknak. E mellett szól, hogy a két nem várható élettartamai közötti rés a 20. század folyamán számottevően növekedett. A századfordulón a férfiak várható élettartama mindössze 1,6 évvel volt rövidebb a nőkénel. A várható élettartam értékét nagyobb részt a fertőző betegségek okozta halandóság határozta meg (a nők esetében ehhez még hozzájárult a szüléssel kapcsolatos mortalitás). Jelenleg elsősorban a krónikus, nem fertőző betegségekből: a szívbetegségekből, a rákból, az agyérbetegségekből és a balesetekből származó mortalitástól függ a várható élettartam. Ezek a halálokok pedig nagyobb részt az életmód függvényei. A férfiak körében az egészségkárosító szokások: például a dohányzás, (mértékellen) italozás sokkal gyakoribbak, mint a nők körében. A közlekedési és egyéb baleseteknek és az öngyilkosságoknak is nagyobb a gyakorisága a férfi népességben. Mindezek együtt okozzák a férfiak halandóságának a nőkénel sokkal magasabb szintjét.

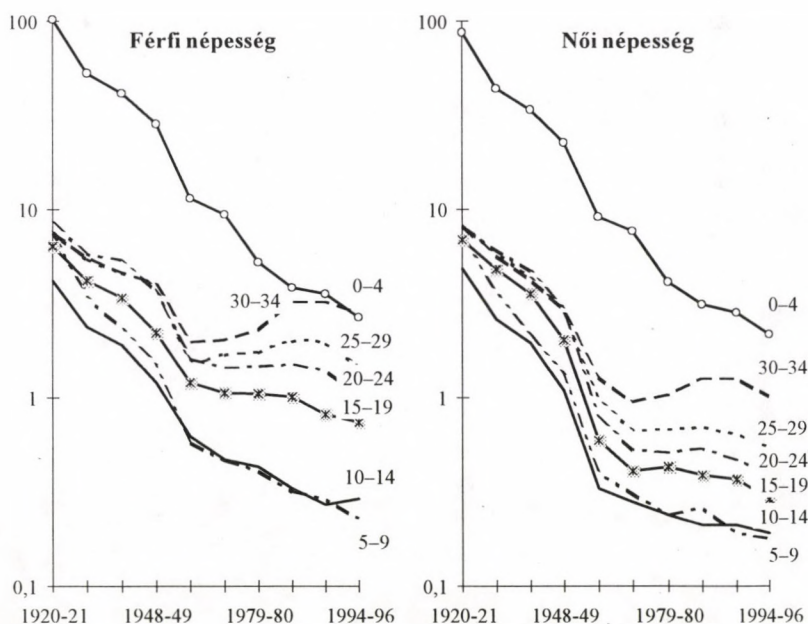
A halandóság korstruktúrája

A 90-es évek első felében hazánk öregedő népességében a halálozások háromnegyede 60 éven felül, 55%-a 70 éven felül következik be. A csecsemő- és gyermekkorban bekövetkezett halálozások az összhálaóság 1,5%-át teszik ki. A középkorú

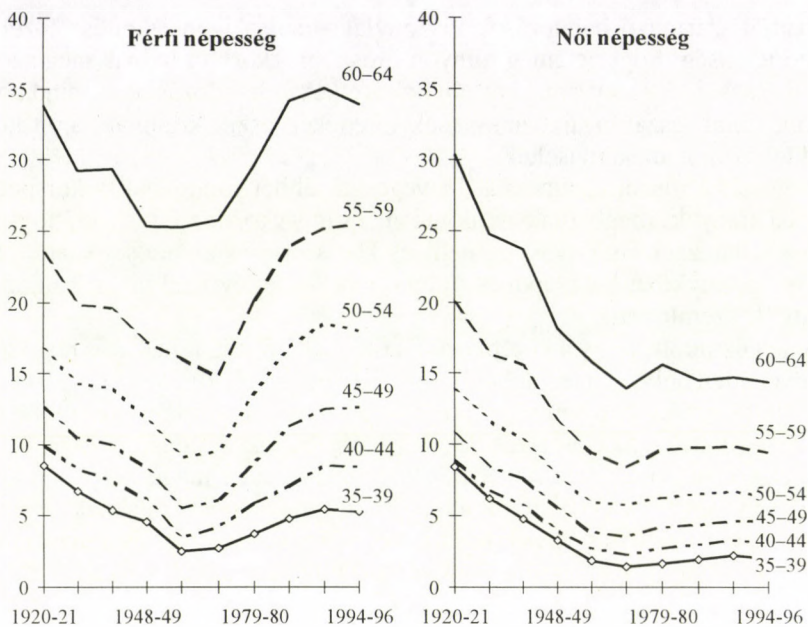
népességből származó halálozások viszonylagos súlya igen jelentős: közel 19%. Kedvező jelenség, hogy jelenleg túlnyomórészt öregkorban halnak meg az emberek, és a csecsemő- és gyermekkorban bekövetkezett halálozások — mind abszolút számban, mind részarányaikban — csak töredékét teszik ki annak, amit közel öt tizeddel korábban képviseltek.

A megoszlási viszonyszámoknál lényegesen többet mondanak a korszpecifikus halálozási arányok: megbízhatóak, pontosak és meggyőzően fejezik ki, hogyan alakulnak a halálozási viszonyok. A nem és kor szerinti halandóság alapirányzatát — öt éves osztályközű korcsoportokra lebontva — hét évtized távlatában az 1., 2. és 3. ábrák szemléltetik.

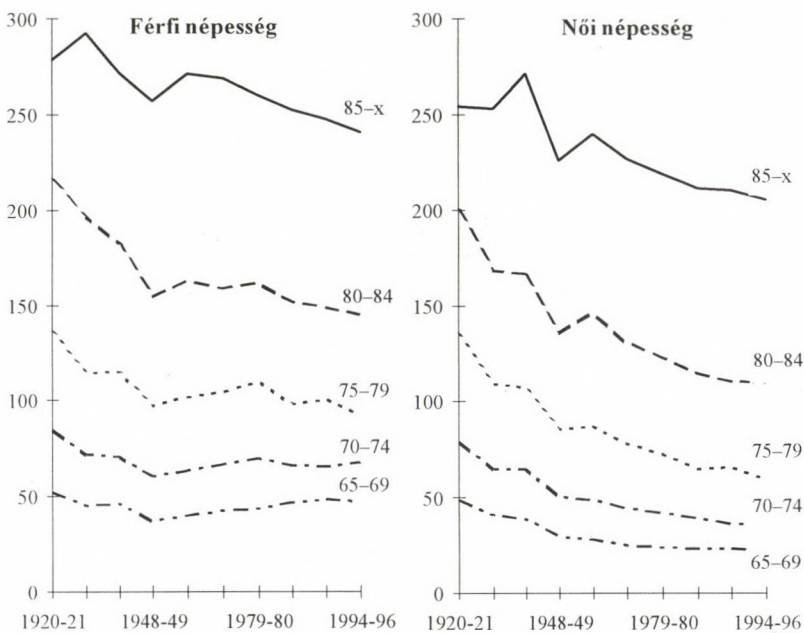
Jó ideje köztudott, hogy a középkorú férfiak halandósága magas és hogy a jelenlegi kedvezőtlen helyzet a legutóbbi három évtizedben alakult ki: 35 és 59 év között (öt éves osztályközű korcsoportokban) a legkedvezőbb évekhez (1959–1960-hoz) képest a mortalitás 1,5–2,5-szeresére nőtt. Négy korcsoportban, 45 és 64 év között a halálozások gyakorisága lényegében olyan magas, vagy magasabb, mint amilyen 1920–21-ben volt. A kritikus korszpecifikus mortalitási rátáknak a húszas-harmincas évek halálozási viszonyait idéző értékei nemzetközi összehasonlításban azt jelentik, hogy – a megszünt Szovjetunió utódállamainak kivételével – 35 és



1. ábra
A korszpecifikus halandóság 0 és 34 év között 1920/21–1996



2. ábra
A korspecifikus halandóság 35 és 64 év között 1920/21–1996



3. ábra
A korspecifikus halandóság 65 és 85-x év között 1920/21–1996

64 év között Magyarországon a legmagasabbak a halálozási arányok a fejlett egészségi kultúrájú, ipari országok körében.

A 24 évnél fiatalabb férfiak halandósága nagymértékben és következetesen javult, és jelenleg töredéke annak, ami a múltban volt. A csecsemőhalandóság évtizedről évtizedre jelentősen csökkent. Ugyanez mondható el az 1-14, illetve a 15-19 évesek halandóságáról is. A 25-29 éves korcsoportban azonban a mortalitás 1959-1960 óta alig változott; igaz, már akkor is alacsony volt.

A 90-es évek közepén a férfi népesség korszpecifikus halandóságának két jellegzetessége is említésre méltó: 30 év alatt és 75 év felett a mortalitás még soha nem volt olyan alacsony, mint jelenleg. A legutóbbi három évben a halálozási gyakoriságok csökkentek a kritikus középkorú korcsoportokban is, igaz, ezáltal még csak a 80-as évek végének, a 90-es évek elejének – egyébként igen magas – szintjéhez tértek vissza.

A középkorú nők esetében is nőttek a halálozási arányok, de ez a növekedés lényegesen kisebb mértékű, mint a férfi népességben. E jelenség a 30 és 64 év közötti korcsoportokban a 60-as évek végén kezdődött és 1992-93-ig tartott. 1992ben a 30 és 59 év közötti ötéves osztályközű korcsoportok halandósága – csekély mértékben ugyan, de – magasabb volt az 1959-1960. évi értékeknél is. A női népességben a 35-39 évesek körében emelkedett leginkább a halandóság. Emellett jelentős a rosszabbodás még a 30-34, illetve a 40-44 és 45-49 éves korcsoportokban; 30 éves életkor alatt a halálozási arányok jelenleg minden korcsoportban csupán töredékei annak, amilyenek a múltban voltak. Jelentős az a csökkenés is, ami a 65 év feletti népesség korszpecifikus halálozási arányaiban bekövetkezett.

1994 és 1996 között a középkorú férfi népességéhez hasonlóan csökkent a középkorú női népesség korszpecifikus halandósága is.

A csecsemőhalandóság alakulása

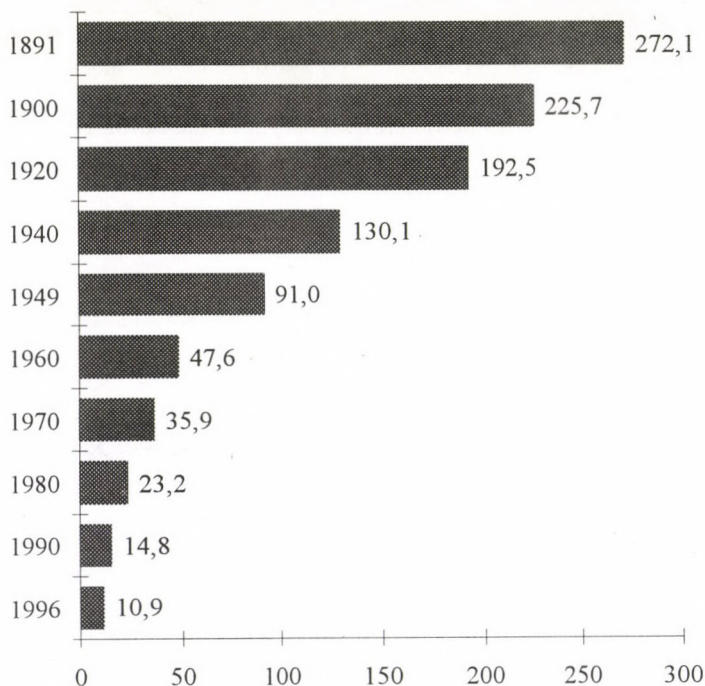
Kiemelt jelentőségénél fogva külön kell szólni a csecsemőhalandóságról. Még a múlt század utolsó évtizedeiben is a csecsemők 25-30%-a meghalt első születésnapja előtt (leggyakrabban fertőző betegségek miatt). A csecsemőhalálások egy része fejlődési rendellenességekkel, a születés körüli időszak bizonyos kóros állapotaival, és a születés közben elszenvedett sérülésekkel kapcsolatos. Másik részük fertőzés következménye. Az újszülött életkilátásai – minden egyebet azonosnak feltételezve – a születési súlytól függenek.

1996-ban az élveszülöttek 8%-a volt 2500 grammnál kisebb súlyú. Ebből a populációból származott a csecsemőhalálások 65%-a. A 2500 grammal és ennél nagyobb súllyal születettek közül került ki a halálások 35%-a. Minél alacsonyabb egy újszülött születési súlya, annál rosszabb az életesélye. Az 1000 grammnál kisebb súllyal születettek közel 70%-a hal meg egyéves korának betöltése előtt. A koraszülöttek mortalitása 84,5 ezrelék, az érett szülötteké azonban csak 6 ezrelék volt 1996-ban.

A koraszülötteket, a fejlődési rendellenességgel születetteket és a születés közben létrejött sérülések áldozatait általában nem sokkal a születés után elveszítjük. Az első 28 nap halálzásait *neonatalis* halálzásnak nevezzük, míg a 28–364. életnapokon bekövetkezetteket *posztneonatalis* halálzásoknak hívjuk. Önálló fogalom a születés körüli – *perinatális* – halálzás; ezek még az anyaméhben a 28. betöltött terhességi hét után, illetve a születés utáni első 168 órában együttréve fordulnak elő. 1996-ban a halálzások 67%-a a neonatalis időszakban következett be. A halálzások gyakorisága ebben az időszakban 7,3 ezrelék volt, a posztneonatalis periódusban pedig csak 3,6 ezrelék. Ezer szülöttre 9,0 perinatális halálzás jutott; mindössze 1,9 ezrelékkal kevesebb, mint a teljes csecsemőhalandóság.

A csecsemők esetében megkülönböztetünk *endogén* (szervezetben belüli eredetű) és *exogén* (szervezetben kívüli) halálokokat. Az első csoportba tartoznak a fejlődési rendellenességek, a perinatális időszakkal összefüggő bizonyos állapotok; az összes többi halálok exogén eredetű. 1996-ban az endogén halálokok okozták a halálzások 83%-át, az exogén halálokok részaránya ennek megfelelően 17% volt. Ezer újszülöttre 9,0 veleszületett és 1,9 szerzett halálokra visszavezethető halálzás jutott.

A csecsemőhalandóság 1996-ban 10,9 ezrelékre süllyedt. Ez 47%-a az 1980. évi értéknek. A süllyedés évente átlagosan 0,77 ezrelék volt.



4. ábra
A csecsemőhalandóság alakulása Magyarországon 1891–1996 (ezrelék)

A 10,9 ezrelékes halálozási gyakoriság a csecsemők körében olyan alacsony érték, amely néhány évtizeddel ezelőtt elképzelhetetlennek tűnt. Különösképpen így van ez, ha meggondoljuk, hogy a halálozások 65%-a a koraszülöttséggel kapcsolatos. A terhesség, a szülésvezetés, az újszülöttellátás és a csecsemők betegségeinek megelőzése, illetve terápia azonban olyan sokat fejlődött az utóbbi évtizedekben, hogy a csecsemőhalandóság a fejlett egészségi kultúrájú, ipari országok jelentős részében 10 ezrelék alá süllyedt. Magyarország esetében ennek az értéknek az elérése elsősorban a terhesség minőségének javításától függ. Főleg ilyen módon csökkenthető a nagyon magas mortalitású koraszülöttek részaránya. Amennyiben ennek a különösképpen veszélyeztetett sokaságnak a viszonylagos súlya számottevően alacsonyabb lesz, akkor hazánk csecsemőhalandósága is 10 ezrelék alá kerülhet.

Halálok

A fejlett egészségi kultúrájú, ipari országokban a halandóság okstruktúrája lényegében azonos. A legtöbb ember a keringési rendszer betegségeiben hal meg, gyakoriságukat tekintve ezután a daganatok következnek, majd az erőszakos eredetű halálok. A három, leggyakrabban halált okozó főcsoportból származó halálozások teszik ki az összhálozás 75–85%-át. Viszonylagos súlyuk szerint az emésztőrendszer betegségei vannak sorrendben a negyedik, míg a légzőrendszer betegségei az ötödik helyen. (E két utóbbi halálóki főcsoport sorrendi helye felcserélődhet.)

Több ezer betegség, haláló létezik, de az emberek túlnyomó többségének halála legfeljebb 10–15 okra vezethető vissza.

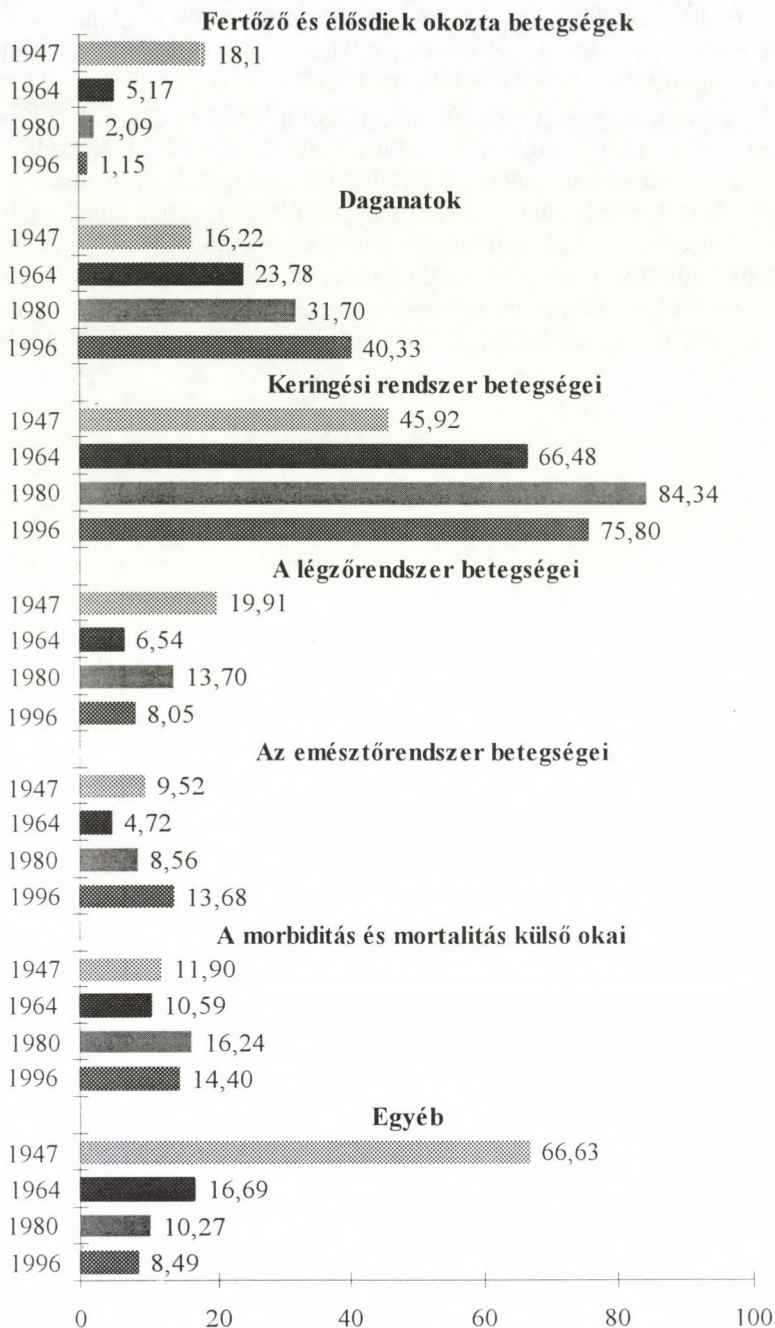
Hazánk és a legalacsonyabb mortalitású országok halálóki struktúrája között nincs lényegi különbség. Van viszont különbség a halálok gyakoriságában és abban, hogy a különböző okok által bekövetkezett változásoknak milyen hányada következik be korán, idő előtt, illetve későn, öreg korban. A halálóki struktúra további jellemzője, hogy viszonylag lassan változik. A 60-as évek közepe óta a halálóki főcsoportok viszonylagos súlya jelentősen nem változott.

A halandóság alapirányzatában a 60-as évek közepe óta bekövetkezett kedvezőtlen fordulat halálóki vonatkozásainak elemzése viszonylag egyszerű. Ennek a három évtizednek az okspecifikus mortalitásáról, illetve trendjeiről a következő fontosabb megállapításokat lehet tenni.

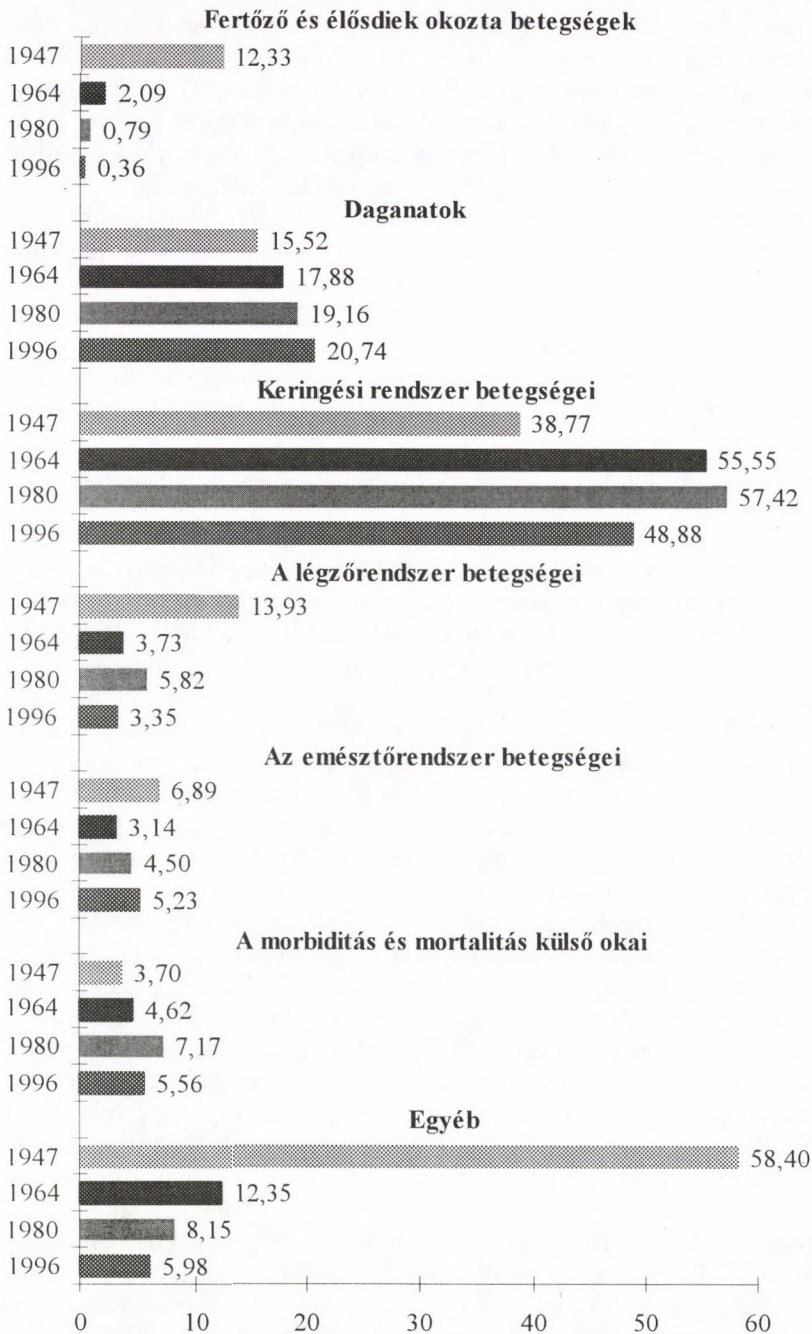
A fertőző betegségekből származó halandóság lényegesen és következetesen csökkent, és a 90-es évek közepére epidemiológiai súlya jelentéktelenné vált. A fertőző betegségek jelenleg az összhálozás 0,6%-át okozzák.

A daganatos halálozások viszonylagos súlya főleg a legutóbbi évtizedben nőtt. Ez a tüdőrák, a szájüreg-, garat- és nyelőcső-, valamint a vastagbél- és végbélrák, illetve a női emlőrák mortalitásának emelkedése miatt következett be. 1996-ban az összhálozás 24%-át daganatos megbetegedések okozták.

A keringési rendszer betegségei okozta halandóság valószínűleg kisebb annál, mint amit az adatok mutatnak. Öreg emberek esetében halálóként nagyjából



5. ábra
A halandóság alakulása főbb haláloki főcsoportok szerint
 (10 000 férfira jutó halálozás) 1947, 1964, 1980, 1996



6. ábra
A halandóság alakulása főbb halál okaik szerint
 (10 000 nőre jutó halálozás) 1947, 1964, 1980, 1996

valamilyen ebbe a főcsoportba tartozó betegséget diagnosztizálnak az orvosok, aránytalanul gyakran választva a túl általános érlelmeszedést. Ezt a körülményt figyelembe kell venni, ha a kardiovaszkuláris (szívérrendszeri) halandóság részarányáról szólnak. Jelenleg minden második halálozás háttérében a keringési rendszer valamely betegsége lelhető fel. Különösképpen nagy viszonylagos súllyal bír a szívkoszorúér-betegség és az agyérbetegség okozta halandóság.

A légzőrendszer betegségeiből származó halandóság alakulásában tartós alapirányzat nem állapítható meg. Ennek a főcsoportnak a jelentőségét lényegében három betegségi kategóriával jellemezhetjük: ezek az influenza, a tüdőgyulladás és az obstruktív tüdőbetegségek (idült hörghurut, tüdőtágulat, asztma, hörgőtágulat). Részarányuk az összhálalozásban 4,5%.

Az emésztőrendszer betegségei okozta halandóság lényegesen nőtt, főleg az alkoholos májcirrózisanak tulajdonítható mortalitás emelkedése következtében. Részesedése az összhálalozásban a 90-es évek első felében 7,3% volt.

Az erőszakos eredetű halálozások az összhálalozás 8,3%-át teszik ki; viszonylagos súlyuk újabban csökken.

A férfi népesség esetében a legszembetűnőbb a daganatos betegségek okozta halálozás gyakoriságának növekedése és a fertőző betegségekből származó halandóság rendkívül nagy mértékű csökkenése. Míg 1947-ben gyakoribb volt a fertőző betegségeknek tulajdonítható halálozás, mint a daganatos eredetűeké, 1996-ra az előbbi halálozási arány 1947. évi értékének alig 6%-ára csökkent és teljesen jelentéktelenné vált, az utóbbi pedig két és félszeresére nőtt. A kardiovaszkuláris mortalitás 1980-ig emelkedett, azóta 10%-kal süllyedt. 1996-ban ez az okspecifikus halandóság az 1947. évit 65, az 1964. évit pedig 14%-kal múlta felül.

A halálloki struktúra részletes elemzése megkívánja a legfontosabb diagnosztikai kategóriákból származó halálozások gyakoriságának vizsgálatát. Évtizedekkel ezelőtt a tuberkulózis (tbc) volt a legrettegettebb idült fertőző betegség. Újabban a tuberkulózis helyébe a tüdőrák lépett: csaknem annyi férfi halálát okozza jelenleg, mint évtizedekkel ezelőtt a gümőkór. A tüdőrák-halandóság emelkedése főleg a dohányzás gyakoriságának növekedésével magyarázható. A 90-es évek első felében a szívkoszorúér-betegség volt a leggyakoribb halálokok. Sorrendben ezután az agyérbetegségek okozta halálozás következik. A legutóbbi évtizedben azonban a magas vérnyomás kezelésében elért eredmények hatására csökkent az e betegségből származó halálozások gyakorisága. Az alkoholizmus népbetegséggé vált, ennek következményeképpen (a tüdőrák-mortalitás mellett) a májzsugorodás okozta halandóság nőtt a legaggasztóbb mértékben: 1947 és 1996 között közel tizenkétszeresére. Korunk járványa a motorosjármű-baleset is. Halálos áldozatainak száma évről évre emelkedik, és 1996-ban már több mint kétszer annyi férfi halálát okozta, mint a tuberkulózis. Az öngyilkosság okozta halandóság évtizedeken át emelkedett. Öröndetes tény, hogy 1985 és 1996 között 26%-kal csökkent.

Az erőszakos eredetű mortalitás 1947-ben a halálloki főcsoportok sorrendjében az ötödik helyen állt, 1964 óta azonban a harmadik leggyakoribb halállokká vált. Az ilyen halálozások gyakorisága 1947 és 1966 között 36%-kal növekedett. A légzőrendszeri betegségek miatti halálozások változásai valószínűleg a visszatérő inf-

luenzajárványok miatt nem értelmezhető, de szerepet játszhatnak ebben egyéb okok is. Az emésztőrendszer betegségeiből származó halandóság 1947 és 1964 között kevesebb mint felére csökkent, majd 1964 és 1996 között közel háromszorosára nőtt.

A női népesség okspecifikus halálozási arányai a férfiakéhoz hasonlóan alakultak, azzal a különbséggel, hogy – a fertőző betegségek halandóságát kivéve – a rátaik növekedése, ritkábban csökkenése, többnyire lényegesen kisebb mértékű volt, mint a férfiak esetében. Ennek következtében 1996-ban minden lényeges halálhelyi főcsoportban markánsabbak voltak a két nem közötti különbségek, mint korábban.

A legutóbbi másfél évtized női halandóságában figyelemre méltó jelenség, hogy a kardiovaszkuláris mortalitás 15%-kal csökkent. 1996-ban a fertőző betegségek halálozási aránya mindössze 46, a légzőrendszer betegségeinek halandósága 58%-a volt az 1980. évi értéknek. A daganatos halandóság viszont 8, míg az emésztőrendszer betegségeinek halálozási gyakorisága 16%-kal nőtt.

A női népességben az emlőrák-mortalitás közel háromszorosára emelkedett 1947 és 1996 között, míg a tüdőrák halálozási aránya több mint öt és félszeresére. A nők körében is a szívkoszorúér-betegség okozza a legtöbb halálozást. Mortalitása a megfigyelési időszakban mindvégig nőtt. Sorrendben második helyen az agyér-betegségből származó halandóság áll, de ennek halálozási aránya 1980 óta csökken. A májzsugorodás mortalitása 1947 és 1996 között majdnem kilencszeresére nőtt; a halálos motorosjármű-balesetek gyakorisága két és fél évtized alatt közel kétszeresére. A női öngyilkosság halálozási aránya 1947 és 1981 között jelentősen emelkedett, 1982 és 1996 között azonban csaknem a felére esett vissza.

Következtetések

Az idült, nem fertőző betegségek epidemiológiai korszakában lényegében az életmód, az egészségügyi ellátás minősége és a környezeti ártalmak határozzák meg a halandóság szintjét. A biológiai okok jelentősége ezek mellett elhanyagolható. Az előbbiekből a legfontosabb az életmód: a táplálkozás, a dohányzás, az alkoholizmus, a mozgásszegény életmód stb. Az egészségügyi ellátás minősége a halálozás szintjét csak korlátozottan befolyásolja. A környezeti ártalmak a megbetegedési viszonyok alakulásában egyre nagyobb szerepet játszanak, a halandóság változásaiban azonban viszonylagos súlyuk jelentéktelen.

Szoros és bonyolult összefüggés van a lakosság egészségi állapota és a társadalmi beilleszkedési zavarok (pl. alkoholizmus, kábítószerfogyasztás, társadalmi eredetű mentális problémák) között. E társadalmi zavarok visszaszorítása egyik igen fontos feltétele a kedvezőbb megbetegedési és halálozási viszonyok kialakulásának.



Az egészségügy a gyakorló orvos szemével

Megyeri Géza

A magyar egészségügy tükröt tart a társadalomnak. Megtalálhatók a távoli és a közelmúlt nehezen megváltoztatható nyomai, a jelen gazdasági és etikai problémái és mindaz a kilátástalanság, amit a ma embere mindenhol érez. Természetesen számos sajátosság is bonyolítja a képet, s ez lehetővé teszi, hogy ki-ki érdeke és ízlése szerint összekeverje az egyedit az általánossal.

Az alábbiakban az egészségügy néhány olyan jellegzetességét fogjuk szubjektív élmények alapján felvázolni, amelyeket a társadalomkutatók nehezen közelíthetnek meg a személyes érdekek és a bürokrácia, az etika és az áletika, valamint a rossz értelemben vett hagyománytisztelet akadálytengerén keresztül.

Merev hierarchia – rugalmas motivációk

Talán a legszembeötlőbb amerikanizálódó társadalmunkban az atavizmusként fellelhető hierarchia, ezen belül is az orvosoké. A demokratikus szabályozottság leple alatt a legdurvább önkényesség és kiszolgáltatottság található olyan emberek relációjában, akiknek képzettsége közel azonos. Ranglétrán elfoglalt helyzetük elsősorban a (szakmai és politikai) kapcsolatoktól és az életkortól függ, s legkevésbé a tudástól. Míg más területeken már gyakran találkozunk fiatal, energikus vezetőkkel, ez az egészségügyben szinte elképzelhetetlen. Ezt táplálja persze a közvéleményben is élő „tapasztalt őszhajú doktor bácsi” ideálja. De lássuk be, hogy egy olyan tudomány területén, ahol a fejlődés gyorsasága miatt néhány évenként újraírják az alapvető műveket, ott aligha veheti fel a versenyt az évtizedek alatt szerzett tapasztalat az új ismeretekkel. A kettő együtt ideális lenne, csak ritka, mint a fehér holló. Sajnos a nyugdíjaztatást minél későbbre tolni próbáló orvosok sokkal inkább egzisztenciális problémáikkal vannak elfoglalva, mint a szakmaiakkal.

Az erős hierarchia kevés területen oly szilárd, mint itt, mivel az éhbér szintű fizetések mellett jelentős jövedelemnek számít a mellékes kereset – már ahol akad. A vezetők, ha ügyesen taktikáznak, valamennyire hagyják élni beosztottaikat, és azok egy ki nem mondott alku keretében kiszolgálják feletteseiket. Mivel túlképzés van orvosokból, könnyű lecserélni azokat, akik nem illeszkednek be ebbe a rendszerbe. Mondani sem kell, hogy akit a családja, lakása helyhez köt, nem szívesen megy el az ország rosszabban ellátott területére. A ranglétra felső fokain lévők válogathatnak a betegek között, és tudományos munkájukhoz (mely adott esetben a továbblépés feltétele) „rabszolgamunkára” használhatják beosztottaikat.

És mindezt sokszor képmutatóan, a tudomány szentségére való hivatkozással. Sok kezdő orvos ezt részben el is hiszi, és titokban reménykedik, hogy egyszer ő is „Tanár úr” lesz.

Jellemző az önkéntes szolgalelkű magatartás, ami pedig nem szükségképpen velejárója egy szolgáltatás jellegű tevékenységnek. Ez a szervilitás feltehetőleg több tényezőben gyökerezik. Ide vehetjük az iskolában eminens tanulók szelekcióját az egyetemre, a vezetői pozícióba problémamentes embereket preferáló hierarchiát és nem utolsó sorban a pozíciófélétsébből beosztottaikat feláldozó vezetők túlélő stratégiáját.

Megosztottság, érdekellentétek

A gépezet mozgatórugójának gyakran tartják a pénzt, de mivel az egészségbiztosításból visszafolyó összegek (amelyek nem azonosak a társadalomtól bevételezzettel) nem elégségesek a működtetéshez, ezért gyakran a hálapénzt nevezik ki mozgatórugónak. Ez aligha van így. Nagyon jelentős szerepe van az egészségügyi dolgozók – mai erkölcsi körülmények között szinte érthetetlen – áldozatvállalásának.

A magyar egészségügy egyik legfontosabb jellegzetessége: az örökös ellentét a szereplők között. A beteg–egészségügyi dolgozó, az orvos–nővér, az orvos–orvos viszonyt nem a partnerség, hanem az ellenségeskedés hatja át. Ezt csak erősíti a hálapénzrendszer. Az ellentétek gyakran éleződnek ki minimális összegek körül, de ez érthető ilyen alacsony jövedelmek esetében. Az is igaz, hogy kevés olyan hely van, ahol az azonos végzettségűek és beosztásúak között ekkora jövedelmkülönbségek lennének (és akkor még a kívülállók számára megítélhetetlen szakmai tudásról és munkamennyiségről nem is tettünk említést).

Az álszentség az orvosok között szinte kötelező, sokan még szűk körben is félnek nyíltan beszélni arról a pénzről, amiért tulajdonképpen keményen megdolgoznak.

Persze él a régi mechanizmus is: a korrupció jellegű hálapénz, amelyért drága, esetleg nem feltétlenül járó szolgáltatásokhoz lehet jutni. Valójában nevetségesen kicsi összegekről van szó. Az igen drága eszközök felett rendelkező szakembereket meg kellene fizetni. Ámde az egészségpolitika más megoldást talált: a rendelkezési kört kell szűkíteni és az adminisztratív nehézségeket fokozni. Ez ahhoz vezetett, hogy sokkal nagyobb adminisztrációval történik ugyanaz. Mivel ez jóval több munkával jár – ugyanannyi mellékesért –, így tulajdonképpen az orvos mellékes órábéré, értéke csökkent.

A megosztottságot fokozza a számos ellentmondó, sok esetben teljesíthetetlen, ámde szankciókat maga után vonó felsőbb szintű utasítás, rendelet, paragrafus. Ez állandó frusztrációt és büntudatot eredményez a pszichésen amúgy is nagyon megterhelő munkát végző egészségügyi dolgozóknál. Feltehetőleg ez is oka az átlagnál magasabb öngyilkossági rátának körükben.

Problémamegoldás adminisztratív eszközökkel

Ha egy rendszer működésében nehézségek merülnek fel, akkor kétféleképpen szoktak közbeavatkozni: vagy az anyagi ráfordításokat növelik, vagy ésszerű átszervezéssel próbálkoznak. A magyar gyakorlat: a pénzügyi megszorításokat szakmailag nem mindig megalapozott döntésekkel kívánják ellensúlyozni. Ugyanakkor tartani kellene a korábbi színvonalat. (A korábbi színvonal természetesen abban a magasságban értendő, ahol a szocialista gépkocsikat is korszerűnek nevezte a tervgazdálkodók terminológiája.) Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozókat csökkenő reáljövedelmek mellett központi intézkedésekkel kényszerítik több munkára, egyre inkább elégtelen feltételek közepette. Mintha az idő kereke ellenkező irányba forogna. Egyre újabb és újabb követelmények jelennek meg (a piaci igények nem változnak ilyen gyorsan), s a magas szintű, teljesíthetetlen utasítások közepette mindenki úgy érezheti, hogy „valahol meg lehet fogni”. Itt „összekacsint” a politika a szolgáltatást igénybe vevő tömegekkel: irreális igényekre ad papíron lehetőséget, és ha annak teljesítése nem sikerül, széles teret ad az egészségügy és az azon belül dolgozók támadására.

Hálás sajtótéma az orvosi műhiba. Jellemző az orvosok jövedelmére, hogy egy egy kártérítési per keresetében szereplő összeg megegyezik egy közalkalmazott orvos életkeresetével. Az üzleti életben ilyen arányú kockázatvállalás elképzelhetetlen.

Az egészségügyi dolgozóknak sem idejük, sem energiájuk nem marad érdekeik érvényesítésére. A néhány erőtlen demonstráció inkább csak azt a célt szolgálta, hogy bizonyítsa a szakszervezeti képviselők létjogosultságát.

Az erőtlen társadalmi érdekérvényesítő képesség bizonyítéka az országban jól prosperáló számos természetgyógyász is, akik tulajdonképpen ugyanarról a piacról élnek, csak sokkal jobban, mint tanultabb versenytársaik. Az orvosok nem tudtak hathatós lépést tenni ez ellen, a legújabban megjelent szabályozás gyakorlatilag a természetgyógyászattal foglalkozók belső harcát tükrözi a piac újrafelosztásáért.

Kiút-e a vállalkozás?

Külön tanulmányt érdemelne az egészségügy privatizációja, amely megvalósítja két azonos munkát végző ember jelentősen különböző társadalmi honorálását és gyökeresen különböző életszemléletet alakít ki náluk, újabb megosztottságot eredményezve.

A gyógyítás területén nagyon nehéz valódi tulajdonossá válni. Az orvosok többsége munkája révén nem tud tőkét felhalmozni, a bevezetett privatizáció pedig a rendezetlen viszonyok miatt nem biztosítja az esetleges tulajdon megtartását.

A közalkalmazott orvosból meglepő gyorsasággal válik kiskapukat, adótrükköket kereső, alkalmazottját kizsákmányoló vállalkozó orvos – tulajdon és tőke nélkül.

Mivel egy háziiorvosi praxis bevétele közel állandó, jelentősen nem növelhető, a legkézenfekvőbb útja a haszonhúzásnak a nővér – legtöbb esetben az egyetlen alkalmazott – bérének alacsony szinten tartása. A korábbi ellentét így tovább mélyülhet.

Ha egy, a szolgáltatásoknál szokásos kiszállás díját és egy szakmunkás munkadíját összehasonlítjuk egy beteget a lakásán meglátogató, megvizsgáló és kezelő orvos átlagos paraszolvenciájának és hivatalos bérezésének összegével, a kapott eredmény jól mutatja, kit hogyan értékelnek ma Magyarországon. A „doktor úr” adott esetben egy szerelő kiszállásáért 24 órás ügyeleti keresetét fizeti ki. Enyhe vigasz egy minimális pozitív változás: a háziiorvosi szférán belül bevezetett vállalkozói rendszer lehetőséget teremt arra, hogy az orvos legalább a költségeit (gépkocsi, üzemanyag, eszköz stb.) elszámolhassa.

A tárgyi eszközök árában elértük a nyugati országok színvonalát. Az, hogy egy közalkalmazott orvosnak saját fonendoszkópja, reflexkalapácsa stb. van, természetes, de furcsa lenne, ha egy vasmunkásnak kalapácsot kellene vinnie a gyárba. Pedig e kéziműszerek értéke egy félhavi közalkalmazotti fizetést is elér és nem is örök életűek. A szakkönyvek is nehezen megfizethetők, pedig könnyen belátható: ennek hasznát is leginkább a betegek látják. A vállalkozói forma, melyet a háziiorvosi ellátásba próbálnak bevezetni, talán javítana ezen a helyzeten, mert így a vállalkozás költségeként lehetne mindezeket beszerezni, mivel azonban ezeknek a vállalkozásoknak a bevétele teljes mértékben az államtól függ, a bevétel beruházással nem növelhető.

Hamis az az állítás, hogy a közalkalmazotti szférában dolgozó orvosok kevésbé lennének vállalkozó szelleműek. Ezek az emberek egyszerűen tudnak összeadni és kivonni, ezért döntésük egyáltalán nem rajtuk múlik, hanem azon a helyzeten, amelyet körülöttük teremtettek. A körülményekre ők vannak a legkisebb befolyással. Nem egy példa volt rá, hogy alacsony iskolázottságú vidéki polgármesterek egzisztenciákat romboltak le és települések ellátását veszélyeztették döntésükkel, amit még csak indokolniuk sem kell. Meghatározó mértékű a függés a központi intézményektől is, amelyek gazdasági befolyásolás révén adnak vagy vonnak meg lehetőségeket. Tudomásul kellene venni: ha egy munkaerőt, eszközállományt stb. igénybe vevő kötelezettséget vezetnek be, az akkor is gazdasági befolyásnak tekintendő, ha nem fizetnek érte. A jelenlegi helyzetben hol a piac, hol a tervgazdálkodás reflexei működnek.

Fent és lent

Hatalmi harc folyik az ország legnagyobb összegű közpénze feletti befolyásért. Sokakban felvetődik a gyanú, hogy ez tulajdonképpen a kulcspozícióban lévő egészségügyi vezetőköt juttatja nagy üzleti-anyagi lehetőségekhez, miközben ezeket a pénzeket a gyógyító tevékenységtől vonják el, vagy legalábbis hiányuk ott jelentkezik: csökken mind a betegágy melletti reáljövedelme, mind az ellátás színvonala. Mindez a „pazarlás és ésszerűtlen gazdálkodás” (ál)szent zászlaja alatt

történik. Filléres költségekkel kell tételesen elszámolni a közvetlen betegellátásban, és a beteggel személyes kapcsolatban lévőknek kínos feladata, hogy nemet mondjanak a betegek nem mindig jogosulatlan kéréseire, miközben gyakran értesülhetünk milliók ellenérték nélküli kifizetéséről az egészségbiztosításnál. A közpénzek elfolyásáról szóló híreket másként élik meg az emberek, mint amikor individuummként kerülnek ennek következtében hátrányos helyzetbe. Ha a médián keresztül a beteg úgy értesült, hogy neki valami jár, amikor azt nem kapja meg, nyilvánvalóan valami személyes okot keres a gyógyító személyzetben. Az *Egészségügyi Közlöny* felmutatása ezekben az esetekben nem sokat segít. Panasz esetén a középvezetők ritkán merik vállalni a panasztevővel szemben a konfrontációt, szívesebben hártják át a felelősséget beosztottaikra, árulásukkal végképp megalázza őket.

A gyógyítás a beteg és a gyógyító ember intim kapcsolata. A társadalom és a technika fejlődése szükségszerűvé tette, hogy erre a bensőséges kapcsolatra (közé?) egy bonyolult apparátus épüljön rá. A társadalombiztosítás jellegénél fogva szétválasztotta a szolgáltatást és ennek finanszírozását. Ez a bizalmi kapcsolat elidegenítésének legbiztosabb útja. A két főszereplő egyike sem nézi jó szemmel egy harmadik közreműködését, akit a szolgáltatás minősége nem érint, szakmailag pedig nem kompetens. *Ez az adminisztratív mellékszereplő ennek ellenére döntési pozícióba került.* Az egészségügy optimális működéséhez elengedhetetlen lenne a három fél harmonikus viszonya.

Ki kellene mondani, hogy a társadalom becsapta azokat az átlagban jó képességű embereket, akik orvosnak tanultak. Gyakran a hippokratészi esküre való hivatkozással követelik meg azt a szolgáltatást, amit nem fizetnek meg rendesen. Pedig erről az ókorban sem volt szó: az orvos megbecsült tagja volt a társadalomnak. Sokszor tapasztalható, hogy akik az esküre hivatkoznak, nincsenek tisztában azal, hogy az mit is tartalmaz.

Úgy tűnik, az elmúlt évek arra ösztönözték az egyéneket, hogy sikerrel vegyék fel a küzdelmet a köztelherviseléssel szemben, ezzel is apasztva az egészségügy pénzügyi forrását.

A társadalom elfogadja, hogy egy orvos havi nettó 30–40 000 forintot keres, de nehezen fogadja el, hogy az orvosa rosszul öltözött és nem rendelkezik a legfrissebb ismeretanyaggal. Be kellene látni, hogy ez a cím nem úgy keletkezik, mint az ügyvezető igazgatóé. Persze amikor egyénként, bajunk miatti aggodalmunktól vezérelve igénybe vesszük az egészségügy szolgáltatását, egy meggyerő megjelenésű, jól szituált, magas szintű tudás birtokában lévő szakemberre szeretnénk bízni magunkat. Ezek a „legönösebb” érdekek pedig csak ott valósulhatnak meg, ahol az erős társadalmi szolidaritás jó egészségügyi rendszert épített ki, mint ahogyan az a legtöbb fejlett országban látható. Sajnos a jelenlegi tendenciák nálunk nem erre mutatnak. Könnyen lehet, hogy a jelenlegi gazdag rétegek sem fognak tudni idős korukra valóban magas szintű ellátáshoz jutni Magyarországon, így csak abban bízhatnak, hogy jelenlegi helyzetükből adódóan egészségüket sikerül megőrizni a romló testi-lelki állapotú tömegekkel szemben. Mindez fokozza a polarizációt, és a gazdagok egyre inkább igyekeznek izolálni magukat azoktól a szegényektől,

akik körében ismét robbanásszerűen szaporodik a tbc és sok más, a szegénységből fakadó betegség.



A magyar társadalomban az egészség és az egészségügy értéktelensége egy globális értékrendzavar része. Az ember leginkább sajátjának a testét tarthatja. Ahol teljes szabadsággal, helyesebben minimális társadalmi visszacsatolással teszi szervezetét tönkre, ott ezektől az egyénektől nem várható el, hogy tekintettel legyenek embertársaikra, vagy környezetükre. A környezet rombolása részben az egyén önrombolásának kivetülése, áttételes formában való megjelenése.

Lehet-e az egészség társadalmi érték az egészségügyi reformfolyamatban?

Ajkay Zoltán

Az egészségügy reformja

A magyar egészségügy megújítási folyamatának több évtizedes története van. Az őstörténetet még a Nyers Rezső vezette társadalomgazdasági kutatócsoportok szerveződése jelentette a 70-es években, de az egészségügy markánsan képviseltette magát szakértői által a halmozottan hátrányos helyzetűek elemzésében és számos megújítási javaslat kidolgozásában is. Nagyobb lendületet (és új „reformretorikát”) az egészségügy a 80-as évek közepétől nyert, amikor a WHO (World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet) befolyására hazánkban is ismertté (később deklarálttá) vált az „Egészséget mindenkinek...” mozgalom. Ez Csehák Judit miniszterelnök-helyettesége alatt önálló titkárságként működő munkacsoportot hozott létre és interdiszciplináris, valamint több tárca területére is befolyást gyakorló tevékenységet fejtett ki.

Az 1990-es rendszerváltás, majd az 1994-es fordulat során gyakran felmerül az egészségügyi reform megújítása, esetleges irányváltása, de az alapvető célok lényegében mindvégig változatlanok (és többnyire sajnálatosan megvalósíthatatlanok) maradtak.

Pragmatikus szempontok alapján a célrendszer két alapvető csoportra osztható. Az egyik, „internacionálisnak” is tekinthető célcsoport lényegében az *egészségügy szakmai fejlődésére adott gazdasági válasz*. A fejlett világ országaiban kivétel nélkül mindenütt zajlik ez a folyamat, és többnyire „reform”-nak hívják. Lényege, hogy a korszerű egészségügyi ellátás technológiája, a diagnosztika „high tech”-je, a terápia gyógyszerei és heroikus beavatkozásai (nagy műtétek, transzplantációk stb.), valamint az infrastruktúra, a kórházi hotelfunkció és informatika *mindenütt dinamikus emelkedő árai olyan költségrobbanást okoztak* már eddig is, amely *súlyosan terheli az államok költségvetésének egyensúlyát*. Míg a fejlett országok többségében két-három évtizeddel ezelőtt még csak 5% körüli volt az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből, addig mára ez az érték már 10% körülire emelkedett. A célcsoportot tehát az egészségügyi költségek visszaszorítása, legalábbis növekedésének megakadályozása jelenti. E fiskális cél humanizálása fogalmazódik meg abban a világszerte széleskörűen elfogadott cselekvési programban, miszerint: „a szakmailag szükséges egészségügyi ellátást összhangba kell hozni a gazdaságilag még megengedhetővel”. Ennek főbb célterületei a következők:

– a nagyobb kiadással járó betegségek megelőzése alacsonyabb költségráfordítású preventív ellátásokkal,

- a költségesebb ellátási formák (elsősorban a kórházi) helyett az olcsóbbak (alap- és járóbeteg-ellátás) igénybevétele,
- az egészségügyi intézmények hatékonyságának és gazdaságosságának javítása,
- az ellátási helyek koncentrációja, a nem feltétlenül szükségesek megszüntetése, az orvosi állások számának csökkentése stb.,
- bizonyos egészségüggyel kapcsolatos költségeknek közvetlenül a lakosokra, betegekre hárítása.

E célok többségét a fejlett országok szinte kivétel nélkül meghirdették. Mindez markánsan jelent meg a közelmúltban Clinton elnök, korábban Thatcher asszony politikájában. A legszigorúbb formájában az egyesítés utáni Németországban Seehoffer egészségügyi miniszter valósította meg. A célok csaknem teljes azonosága mellett az eszközök igen változatosak: többnyire a biztosításpolitika, a privatizáció vagy éppen az újraállamosítás, a korszerű menedzsment technikák és a törvénykezés differenciált alkalmazásán alapulnak.

A fent vázolt érdek- és célrendszer már az 1980-as évek közepének *magyarországi reformkezdeményezéseiben* is megjelent (annak idején az Országos Tervhivatal, majd a Pénzügyminisztérium képviselte). Később az újabb és újabb hazai reformvariációk, módosítások során a költséghatékonyság érthetően egyre nagyobb hangsúlyt kapott és ezt ma már minden mértékadó egészségpolitikus elfogadja. Ez jelenlegi gazdasági helyzetünkben teljes mértékben érthető, hiszen az ún. szocialista egészségügy alapelvei – sőt, sajnos a társadalmi szolidaritás is – megkérdőjeleződött és a volt szocialista országok egészségügye sorra a működőképtelenség szélére jut(ott).

Magyarországon ezt az általam „internacionálisként” jellemzett célrendszert mindig kiegészítette egy, a hazai sajátosságok által kikényszerített „népegészségügyinek” nevezhető célcsoport is. Ilyen jellegű célok természetesen felfedezhetők a fejlett országok egészségügyi reformjaiban is. A WHO folyamatosan továbbfejlesztette humanitárius célprogramjait, a fejlett országokban mindenekelőtt a megelőző programokat, és ezek megjelentek a nemzeti reform-célkitűzésekben is. Magyarország semmilyen téren nem áll olyan távol a fejlett világ országaitól (még az oly sokat emlegetett egy főre jutó egészségügyi kiadásokban sem), mint a *lakosság egészségi állapotának tekintetében*. Halálozási és megbetegedési adataink és azok tendenciái rendkívül kedvezőtlenek, akár gazdasági fejlettségünkhöz, akár térségünk országaihoz, akár saját korábbi, 30–40 évvel ezelőtti helyzetünkhöz viszonyítjuk. A WHO, az Európai Unió, de még a Világbank egészségügyi szakértői is egyre inkább hajlanak arra, hogy sajátos „magyar jelenségnek” tekintsék például a középkorú férfiak halálozási adatait vagy a daganatos betegségek gyakoriságát. Véleményem szerint – mint ahogyan azt már leírtam egy 1986-ban a *Társadalmi Szemlében* megjelent tanulmányomban – e két negatív jelenségben sok más mellett a történelmileg és társadalmilag is determinált *életmódnak* van meghatározó szerepe (Ajtay – Bognár – Kökény, 1986).

Az epidemiológiai helyzet miatt tehát hazánkban – humanitárius megfontolásokból – nem lehet megvalósítani olyan reform jellegű paradigmaváltást, amely egyszerűen *csak gazdasági megszorításokat* kívánna bevezetni az egészségügy

területén. Népegészségügyi gondolkodásunknak, orientációnknak meg kell nyilvánulnia abban is, hogy nem csak a preventív, közegészségügyi szolgálatokat támogatjuk célzottan, hanem fenntartjuk a kialakult jogos szükségletekkel arányos ellátó rendszereket is. A reformnak ez utóbbiak ügyében is vannak kulcsfeladatai: a prioritások meghatározása, a finanszírozási formák szolgáltatási csomagonkénti kialakítása, a hatékonyabb működtetés stb.

Az egészségügyi reform két – az eddigiekben kifejtett – célrendszer csoportja tehát önmagában egymással nem ellentétes, sőt számos vonatkozásban egymást feltételező, akár kiegészítő is lehet. Politikai szándékok azonban egymással szembe is állíthatják őket. A mindenkori ellenzéknek a választók megnyerése érdekében célja lehet dramatizálni a gazdasági megszorítások népegészségügyi célokat veszélyeztető jellegét, míg a hatalmon lévőknek is lehet dilemmájuk például a finanszírozható kapacitások meghatározásával kapcsolatban („kórházbezárások”, egészségbiztosítási költségvetés kialakítása stb.).

Milyen értékek alapján valósuljon meg a struktúra-reform?

Ma már egyértelmű, hogy hazánkban az egészségügyi reform jelenlegi kulcskérdése: hogyan sikerül az ellátó–szolgáltató intézményrendszer struktúráját megújítani.

A jelenlegi kórházcentrikus struktúra – a betegek gyógyítására szerveződött szolgálataival – *képtelen alkalmazkodni* a források szűküléséhez és nem tudja a rendelkezésre álló eszközöket gazdaságosan és hatékonyan felhasználni. A ma működő egészségügyi ellátó rendszert *kettős értékrend alakította*. Az egészségpolitikában a teljes körű, ingyenes, a kor tudományos színvonalának megfelelő szolgáltatás *deklarált állami felelősségvállalása*, míg az orvoslásban a beteg aktuális érdekét mindenek fölé helyező hagyományos medicina *maximalista* és ezáltal *kielégíthetetlen* értékorientációja. A mögöttes érdekek már *bonyolultabbak* voltak. A „maximálisan jóra” való törekvés mögött ott voltak a beteg felett való rendelkezés, az öntevékeny egészségvédelemre nevelés helyett pedig a gyámkodó gondoskodás érdekei és különösen az ellátottak hálája elnyerésének torz céljai, akár felesleges ráfordítások árán is.

A modernizációnak, bármifajta reform megvalósításának alapvető eszköze az *értékek szükségszerű* változtatása, ha kell: újrafogalmazása és ennek nyomán az új irányokba orientáló értékek kialakítása. Tekintsük végig ezeket.

1. Az új értékrendben, elsősorban a külső kényszerek hatására, meg kell hogy jelenjen a *finanszírozhatóság* fogalomköre. Egyesek szerint ez nem igazán érték jellegű, hanem inkább átfogó feltétele a szolgáltatásnak. A közelmúltban azonban dr. Kincses Gyula (1997) meggyőzően fejtette ki, hogy a reform egyik kulcskérdése az, hogy a finanszírozhatóságot az értékhierarchiában magasra helyezzük és mind az ellátók, mind az ellátottak gondolkodásában értékként kezeljessük. Az eladósodott, a működőképtelenség szélére sodródott kórházak és a gyógyszereiket kiváltani nem vagy egyre nehezebben tudó szegény betegek világában minden szereplő jól érzékelheti, hogy valódi értékről van szó.

2. Nő és átalakul napjainkban a *kiegyensúlyozott hozzáférhetőség értéke* is. Érvényesítésének két alapvető akadálya van ma Magyarországon: a jövedelmi viszonyokban és az életszínvonalban kialakult polarizáció és a nagy térségi különbségek.

A *szegények* bővülő, milliós nagyságrendű társadalmi csoportja egészségtelen életmódja és alacsony egészségkultúrája miatt eleve veszélyeztetett, és bizonyított tény, hogy körükben jóval gyakoribbak a megbetegedések. Az egészségügyi szolgáltatások piaci orientációja (melynek során „keresik” a fizetőképes rétegeket) és a hozzájárulások kiterjesztése (pl. gyógyszerár-hozzájárulás, térítéses formák tervezett bevezetése) egyre inkább azt a veszélyt hordozza magában, hogy az egészségügyi szolgáltatások gazdag- és szegényellátásra válnak szét, és az utóbbi lényegében egy csökkentett tartalmú szolgáltatási csomagot jelent csak (pl. közgyógyellátás). Ennek a tendenciának a reform céljaival ellentétes következménye lehet: a magasabb életszínvonalú lakosok körében tovább emelkedik az indokolatlan igénybevételek száma és aránya, ami aránytalanul terheli a közösségi kiadásokat. A hozzáférhetőségnek azonban vannak helyenként *földrajzi, térségi akadályai* is.

A kereseti, kulturális viszonyokkal szinte párhuzamosan nagy különbségek alakultak ki a keleti és a nyugati országrész, a falu és a város, de néhány városon belül a nyomornegyeddé váló vagy akár a lakótelepes kerületek és a villanegyedek ellátottsága között. Az egészségügyi szolgáltatások kiépítettsége, korszerűsége általában alacsonyabb szintű keleti megyéinkben, mint Nyugat-Magyarországon vagy például az egyetemi városokban.

A kiegyensúlyozott hozzáférhetőségnek – amit a szakirodalom egyenlőség címszóval jellemez – kiemelt jelentősége kell legyen a struktúraváltási reformfolyamatban.

3. Egyre hangsúlyosabb értéként jelenik meg az *ellátás minősége* is. Az egészségügy elméleti–kutatási alapja és technológiája továbbra is rohamosan bővül, az elévülés rövidül, fokozódik a specializálódás, a tömegesen bevezetésre kerülő módszerek egyre áttekinthetlenebbek. A hagyományos „iskolai” orvoslásnak komoly kihívást és konkurenciát jelent a paramedicina, jobb esetben a természetgyógyászat. Mindezek kezelésére a fejlett világ országaiban kialakult az egészségügy minőségbiztosítási rendszere, újabban teret hódít a „tényekre alapozó” értékelés.

A reform filozófiájának egyik alapja kell hogy legyen a *garantáltan hatékony*, az egészségi állapotot objektíven vizsgáló és befolyásoló eljárások *terjesztése*, fenntartása és a bizonytalan vagy vitatható értékűek visszaszorítása. Ezért örvendtes a hazai minőségbiztosítás, a tanúsítási és engedélyezési eljárások, az akkreditációs és a „minőségi” módszerek terjedése.

A *minőség* fogalmához az egészségügyben ma már hozzátartozik az *ellátottak elégedettségének* bizonyos szintje. A *betegjogok kiterjesztése és szabályozása* ezért *nem veszélyt*, hanem kommunikációs és együttműködési esélyt jelenthet az orvostársadalomnak és ezáltal *kedvezően befolyásolhatja* az ellátás minőségét is.

4. A struktúraváltás reformfolyamatának várhatóan *legvitatottabb érték kategóriája a szabadság fogalomköre*. Ezzel kapcsolatban foglalkozni kell mind a be-

tegek, mind az ellátók (különösen az orvosok) szabadságával. A várható viták alapkérdése, hogy demokratizálódó társadalmunk jelen viszonyai között célszerű-e megerősíteni vagy *esetleg valamilyen formában korlátozni* bizonyos vélt és valós szabadságjogokat.

A legdemokratikusabban gondolkodók, a szabályozási kérdésekben liberális felfogásúak is tapasztalhatták, hogy a betegek ellátórendszeren belüli kötetlenebb mozgása, a szolgáltatások hely és idő szerinti szabadabb igénybevétele nehezebben szervezhetővé és költségesebbé teszi a rendszert.

A „másik oldalon” az is nyilvánvaló, hogy az ellátók és különösen az orvosok sokat hangoztatott szakmai függetlensége, az „orvosi szabadság”-nak a vizsgálatokra és kezelésekre történő mind teljesebb körű kiterjesztése a kínálat növekedése mellett rendkívüli módon emeli a költségeket, irányíthatatlanná és tervezhetetlenné teszi az ellátás struktúráját.

Míndezek ismeretében az egészségpolitikai reform keretében ki kell dolgozni a *korlátozás eszközrendszerét* és különös figyelmet kell fordítani azok *elfogadhatóságára*, az alapvető értékek és érdekek minél mérsékeltebb sértésére. Ki kell dolgozni például a beteg *útjának szabályait*, az *orvos- illetve intézményválasztás reális korlátait*. A nem sürgős beavatkozások ütemezhetősége céljából jól ellenőrizhető, etikus *várakozólistákat* kell felállítani.

Az orvosok és egészségügyi dolgozók eljárási rendjeit ma már a világ valamennyi korszerű ellátási rendszerében a *kötelező szakmai protokollokban* szabályozzák. Ehhez már nálunk is kidolgozták az egyes szakmák az első szempontrendszereket. Most ezekből kiindulva a finanszírozhatóság alapértékét érvényesítve ki kell dolgozni az ún. *finanszírozási protokollokat*, meghatározva azon belül a szükséges és lehetséges „diagnosztikus és terápiás” eljárási rendeket. A részletes kidolgozással egyenrangú feladat a *teljes körű ellenőrzési rendszer* egyidejű kidolgozása, felhasználva a korszerű informatika lehetőségeit.

5. Ez utóbbi már átvezet az utolsó megvalósítandó érték kategóriájához: az *egészségügy nyilvánosságához, nyitottságához, áttekinthetőségéhez*. Ezt lényegében *új értéként* kell bevezetni a rendszerbe és ott érvényesíteni. Ezt mind ez ideig ellehetetlenítette a titokvédelemre, a gyógyítás folyamatában a betegek személyiségi és az intézmények önállósági jogaira való sok felesleges hivatkozás. Itt ugyanis nem ezek sérelméről van szó. Természetesen nem az egyes betegek betegségéről, kezeléséről kell számot adni a nyilvánosság előtt.

Fel kell viszont tárni az egészségügy valós működésének teljes vertikumát, a beavatkozások várható hatékonyságát és kockázatát, a hiányokat és a felesleges többleteket, a szolgáltatások lehetséges és most szükségszerűen csökkentett szakmai tartalmát. Meg kell mondani az ellátóknak és az ellátottaknak, hogy mi az, ami finanszírozható. Az *egészségügyi intézmények gazdálkodását* is nyilvánossá kell tenni, bevételeik és kiadásuk egy gyanakvással teli restriktív időszakban csak úgy fogadtathatók el, ha az ellátás valamennyi szereplője betekintést nyerhet. Ez fontos lépés lenne a demokratizálódás útján.

Az egészség értéke társadalmunkban

Elsősorban a nagypolitika feladata annak az alapkérdésnek a megválaszolása – a társadalomtudományokra és a makroökonómiára támaszkodva –, hogy *mennyit ér egy társadalomnak saját tagjai egészsége*. A ma uralkodó nézet képviselői szerint először gazdaságunkat kell rendezni és majd annak „talaján” lehet a humán szolgáltatásokat: az oktatást, az egészségügyet, a környezetvédelmet dinamikusabban fejleszteni. A másik, cinikusabb vélekedés, hogy ösztársadalmi szinten annyit érhet az egészség, mint amennyit az egyes személyek, állampolgárok szintjén – és ez ma Magyarországon elég kevés. Ez utóbbival vitatkozva nem kell etatistának lenni ahhoz, hogy valaki azt vallja: az állam és a politika felelős azért, hogy milyen értékrendet sugall, mennyire teszi lehetővé az egészségtudat, az egészséges magatartás kialakulását a lakosság körében.

Ha el is fogadjuk a gazdaság elsődlegességét, akkor is fenntartások fogalmazhatók meg azzal a sorrenddel kapcsolatban, ami a gazdasági fellendülés utánra helyezi az egészségügy további fejlesztését. Egy társadalom munkavégző képességét *alapjaiban határozza meg az emberek egészsége* mind biológiai, mind mentális értelemben. Ez természetesen nem csak és elsősorban nem is az egészségügytől függ. A magasabb nemzeti összterméket előállító társadalmak lényegesen jobb egészségi mutatókkal rendelkeznek, mint a szegényebb országok, de ok-okozati összefüggés az ő esetükben sincs kellő mélységben elemezve. A gazdasági felemelkedés egy idő után többnyire maga után vonja az egészségi állapot javulását, de vannak példák fejletlen gazdasággal rendelkező országok kedvező egészségi állapotmutatóira is.

Az viszont kétségtelen, hogy ezeket a mutatókat a fejlett országok az egészségügy mellett *a teljes humán szféra: az oktatás, a környezetvédelem, a szociális ügyek egyidejű összehangolt fejlesztése révén érték el*. A nagy kérdés az, hogy ezek milyen ráfordításokat igényelnek a nemzeti jövedelemből.

Adatokkal *cáfolható* az a feltételezés, hogy a piacgazdaság pótolja és fokozatosan *csökkenthetővé teszi* az állami hozzájárulást ezekhez a rendszerekhez. De még csak nem is csökkenti az egészségügyi költségeket. A legkeményebb tőkés piacgazdaságokban a legmagasabbak az egészségügyi költségek (USA, újabban Japán), és ugyanezekben az országokban igen fejlett az oktatás és a környezetvédelem is. Ezek az országok nyilván felismerték, hogy jól prosperáló gazdasághoz az állampolgárok egészsége, az egészséggel kapcsolatos ismeretei és a környezet megfelelő állapota is szükségesek.

Az a *feltételezés is vitatható*, hogy a piacgazdaság előnye, hogy megteremti az egészségével gazdálkodni tudó réteget, hiszen a másik oldalon a törvényszerűen kialakuló *szegény néprétegben növekszik a betegségek* gyakorisága. Ez a szükségszerű társadalmi érintkezés miatt közvetlenül veszélyezteti a gazdagokat is (pl. fertőző betegségek által). Ezt felismerve térnek vissza a kockázatközösségen alapuló kötelező népbiztosítási rendszerekre egyes fejlett országokban. Kár lenne ezt a vargabetűt nekünk is megtenni és szétszedni a bismarcki biztosítási rendszert.

Ha az államháztartás reformfolyamata az egészségügyben elsősorban *restrikciót* és *nem* egy olyan struktúraváltást jelent, amely némely területen *beruházást* is megkíván, akkor egy további veszéllyel is számolni kell. A jelenlegi rendszer egyik komoly problémája, hogy továbbra is *hiányosak a megelőzés struktúrái*, mert a *szükséggazdálkodás mindig a közvetlenül veszélyeztető állapotok ellátási feltételeit* kénytelen szinten tartani. E rövid távú gondolkodás eredményeképpen – a megelőzés hiányosságai miatt – a betegségek a következő években, évtizedekben *nagyobb számban* alakulnak ki és csak *késői*, előrehaladt vagy elhanyagolt *állapotban* kerülnek felismerésre. Így a prognózisok szerint nem csökkenni, hanem *növekedni fog* közép- és hosszú távon *az egészségügy igénybevétele*, ami további költségnövekedéssel is járhat. Ez csak a jelen időszakban, *célzottan a megelőzést támogató* beruházásokkal védhető ki. Ez már nem hajtható végre az egészségügyi kiadások belső átcsoportosításával, mindenképpen *többletkiadásokat kíván* a nemzeti jövedelemből.

Az egészségügy állami támogatottságának kérdése mindig is foglalkoztatta a közvéleményt. Érzékenyen reagál erre a média, és az egészségügy érdekképviselői jelentős befolyással rendelkeznek a közvélemény alakításában. (Úgy tűnik, hogy a politikában kevésbé.) Lehet, hogy az állampolgároknak általában nincs kellően fejlett egészségtudatuk, nem értékelik mindig megfelelően az egészség jelentőségét és többnyire keveset is tesznek érte, viszont betegeskedéseik során általában igen *fejlett betegtudatuk* van: érzékenyek az ellátás működési zavaraira, hiányaira. Tudják, hogy ők járulékfizetők, de nem ismerik az állami hozzájárulás mértékét. (Ezt egyébként számos politikus sem ismeri az állandó változások, kereszt- és egyéb finanszírozási bonyodalmak miatt.)

A társadalom békéje, kiegyensúlyozottsága jobban megteremthető, ha az egészségi állapot széles lakossági körökben megfelelő. Ahol a megbetegedési és egyéb mutatók kedvezőtlenek, ott a humanitárius szempontokon túlmenően a józan politikának makroökonomiai eszközökkel is segítenie kell.



Az egészséggel kapcsolatos viselkedés, vélekedések és az észlelt kontroll

Felmérés budapesti középiskolások körében

Csabai Márta – Erős Ferenc – László János

Magyarország közismerten rossz egészségmutatóival kapcsolatban számos tényfeltáró, helyzetleíró munka született az utóbbi időben. Egyre több tanulmány mutat rá a morbiditási–mortalitási mutatók háttérben meghúzódó viselkedési tényezőkre, az úgynevezett rizikófaktorok szerepére (pl. Kopp – Skrabski, 1995). A nemzetközi szakirodalom alapján mintegy két évtizede ismert az is, hogy az egészségkárosító viselkedésformák csökkentése, illetve kiküszöbölése révén jelentősen javulhatnak mind a túlélési mutatók, mind az általános egészségi állapot (Engel, 1977). Magyarországon azonban csak az utóbbi években kezdődött meg az egészségi állapot háttérben álló pszichológiai folyamatok leírása, elemzése.

A vizsgálat kiindulópontja, hipotézisek

Jelen vizsgálatunknak – amelyet az MTA Pszichológiai Intézetében a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet (NEVI) és a Népjóléti Minisztérium megbízásából végeztünk – az volt a célja, hogy feltárja az egészséggel kapcsolatos mindennapos elképzeléseket – az ún. „szociális reprezentációkat” – a budapesti középiskolások körében (Csabai – Erős – Fábián, 1997). Arra kerestük a választ, hogy

- mit jelent az egészség fogalma az érintett középiskolások számára,
- miképpen vélekednek az egészség megőrzését, fenntartását szolgáló viselkedésformákról és azok interperszonális megnyilvánulásairól,
- milyen általános attitűdökkel rendelkeznek az egészséget illetően,
- milyennek látják saját és környezetük egészségi állapotát, s végül
- mindez milyen kapcsolatot mutat az „észlelt kontroll” személyiségdimenziójával (vagyis az egyén miképpen ítéli meg az egészségét alapvetően befolyásoló külső és belső tényezők egymáshoz viszonyított jelentőségét), illetve a tényleges viselkedéssel.

Mivel Magyarországon korábban nem volt hasonló vizsgálat, legfontosabb célunk az volt, hogy pontos képet kapjunk az egészséggel kapcsolatos viselkedés háttéréről, annak finomabb szerkezetéről is. Vizsgálatunkban kiemelt szerepet kapott az észlelt kontroll egyéb tényezőkhöz való viszonya, így jelen tanulmányunkban is a felmérés ezen vonatkozásait mutatjuk be (részletesebben lásd Csabai – Erős – László, 1997). Feltételezésünk szerint ugyanis az egészségi állapottal kapcsolatos felelősség és kontroll érzését nagymértékben meghatározza az, hogy az egyén az egészségnak milyen jelentéseket tulajdonít. Manapság egyre több tudo-

mányos publikáció és médiatermék sugallja azt, hogy az egészség megőrzése kizárólag az egyén feladata és felelőssége. Mindez nagymértékben módosíthatja az egészséggel kapcsolatban észlelt kontroll és felelősség érzését. Az egészségvédő viselkedés kialakítása és megszilárdítása azonban csak szociális térben történhet, ahol a személyes környezet egyaránt akadályozhatja és előmozdíthatja ilyenfajta viselkedés hatékonyságát.

Az egészséggel kapcsolatos viselkedésformák és összefüggéseik más tényezőkkel

Vizsgálatunk megerősítette, hogy az egészségkárosító (ún. rizikó) viselkedés és az egészségvédő (ún. preventív) viselkedés – bár elkülönült cselekvési struktúrákat jelentenek – a konkrét viselkedés szintjén mégis szoros összefüggést mutatnak. Bebizonyosodott ugyanis, hogy az egészségvédő viselkedés hiánya egyúttal aktív egészségkárosító viselkedést is jelent (lásd a 87. oldalon lévő felső táblázatot). A mintánkban szereplő középiskolások közül azoknál, akiknél magasabb az egészségvédő viselkedésformák aránya, kevesebb egészségkárosító viselkedésforma tapasztalható, és viszont: az egészségvédő viselkedésformák hiánya nem csupán ezek elhanyagolását – az egészség „passzív” károsítását – jelenti, hanem egyszersmind *aktív* egészségkárosítást is: az egészségkárosító viselkedések magasabb szintjét. Ez az eredmény két szempontból is figyelemre méltó. Egyrészt a vizsgált korosztály életkora miatt (14–18 évesek), ugyanis ez azt jelzi, hogy az egészségmegőrzés szempontjából veszélyes viselkedés már igen korai életkorban megszilárdulhat. Másrészt e viselkedésmód háttérében nyilvánvalóan valamiféle általános viszonyulásmód húzódhat meg. Ez megjelenik az *egészségi állapot szubjektív értékelésében* is: az egészségkárosító viselkedést produkáló, illetve az egészségvédő viselkedés alacsonyabb szintjével jellemezhető személyek *rosszabbnak tartják egészségi állapotukat* annak ellenére, hogy ez fizikai tünetekben ebben az életkorban csak kis valószínűséggel jelenhet meg. E jelenséget az is magyarázhatja, hogy *az egészségkárosító viselkedést produkáló vizsgált személyek transzcendens kontrollal jellemezhetők*, azaz egészségi állapotuk változásait személyektől független tényezőknek – a sorsnak, a véletlennek, felsőbb hatalmaknak – tulajdonítják. Ide kapcsolódik még vizsgálatunk másik eredménye is: az erőteljesebb egészségkárosító tendenciákkal jellemezhető középiskolások az egészséget veszélyeztető viselkedések megváltoztatásában az *akaraterőt* elsődlegesnek tartják, tehát – implicit módon – azt jelzik, hogy ők maguk nem elég erősek a viselkedésváltozáshoz. A vizsgált mintának csupán 3,7%-a (tehát igen elenyésző része!) *nem fogadta el* azt az állítást, hogy „A káros szokásokról lemondani akaraterő kérdése”. Tehát a vizsgált korosztály gondolkodásában az egészséges életmód gyakorlása szorosan összefügg az erő dimenziójával. Következésképp felmerül az *énkép*, az *önértékelés* mint közvetítő változó szerepe, hiszen feltételezhető, hogy a „transzcendens kontrollal” rendelkező, egészségkárosító viselkedést mutató és akaraterőt hangsúlyozó vizsgált személyek saját magukat gyengének, a viselkedésváltoztatás szempontjából tehetetlennek ítélik meg.

A háttérben álló attitűdök szempontjából érdemes megjegyezni, hogy az egészségkárosító viselkedésformák szoros együttjárást mutatnak az egészséggel kapcsolatos *individualista beállítódással*. Az egészségkárosító viselkedést produkáló vizsgált személyek többsége egyetértett a „Mindenkinek magánügye, hogy hogyan károsítja az egészségét” állítással. Az örökletes tényezőknek mint az egészségi állapot háttérben meghúzódó okoknak a feltételezése – amely a „Kevésbé kell törődnie az egészségével annak, akinek a családjában hosszabb ideig élnek az emberek” állítás elfogadásában tükröződik – ismét a kontroll hiányára utal az egészségkárosító viselkedést produkáló fiataloknál és egyfajta *determinista* viszonyulást fejez ki.

Fontos megjegyezni, hogy az egészségkárosító viselkedés elsősorban a *gyengébb tanulmányi eredményt elérő tanulóknál* fordul elő. Ez a tény megint csak a személyes hatékonyság érzésének fontosságát jelzi, és feltételezhetően a *szorongásnak* mint a tanulmányi eredményt is befolyásoló közbülső változónak a szerepére utalhat.

Egészségtudatos viselkedésformák és azok megítélése a kortárs csoportban

Vizsgálatunk egy másik részeredménye arról tanúskodik, hogy a vizsgált korosztályban az egészségtudatos viselkedés (pl. szobabicikli használata, fitness klubba járás, koleszterinszint ellenőrzése, az egészséges életmód tematizálása) *nem modellértékű*. Sőt, ezekhez a viselkedésformákhoz olyan képzetek tapadnak, amelyek azt valószínűsítik, hogy az ilyen viselkedéssel kapcsolatban a korosztály kommunikációjában *negatív vélekedések sűrűsödnek*. Ez annak ellenére van így, hogy a viselkedésforma összefüggése az egészséggel a vizsgált személyek számára is nyilvánvaló. A nyíltan egészségtudatos, egészségmegőrzésre irányuló viselkedésről alkotott köznapi vélekedések tehát azt jelzik, hogy az ilyen viselkedés a kortárs csoportban valószínűleg csupán *csekély támogatásra* talál, s ez elterjedését jelentős mértékben gátolja.

Az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll

Az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll a teljes mintán a saját (belső) kontroll elsődlegességét mutatja (átlag: 17.0). Ezt követi a másoknak tulajdonított (szociális külső) kontroll (átlag: 14.0), majd a transzcendens kontroll (átlag: 12.8). Az eredmény összhangban van korábbi, magyarországi hasonló mintán végzett vizsgálat eredményeivel (Csabai – Molnár J. – Molnár P., 1993). A fenti kontrollsorrend életkori jellegzetességnek (is) tekinthető, ugyanis a korábbi vizsgálatban a 19–25 éves – tehát a középiskolásnál idősebb – korosztályban a saját kontroll emelkedő, míg a mások kontrollja és a transzcendens kontroll csökkenő tendenciát mutatott.

Vizsgálatunk eredményei megerősítik azt a hipotézist, hogy az *egészségvédő vi-*

selkedéshez egyaránt szükséges a saját és mások kontrolljának észlelése (Wallston, K. A. – Wallston, B. S., 1982; Stainton-Rogers, 1991). Eredményeink alátámasztják azt is, hogy a kontroll hiánya (vagyis a transzcendens kontroll), továbbá a csak saját kontrollban való hit (a belső kontroll), vagy a kontrollnak teljesen kívülre helyezése (a szociális külső kontroll) *nem pozitívak* az egészség fenntartása szempontjából. Ezt a feltételezést igazolja a kontrollmechanizmusok finomabb elemzését lehetővé tevő 8-faktoros tipológia használata. Az erre alapozott adatok igen komoly problémákra mutatnak rá: a felmérésünkben szereplő *budapesti középiskolás populáció nagyobb része az egészség szempontjából kevésbé hatékony kontrolltípusokba tartozik* (lásd a 87. oldalon lévő alsó táblázatot). A 8 típus rangsorában az első helyeken a kontrollt *tisztán* csak maguknak tulajdonító, vagy teljesen kívülre helyező, esetleg azt transzcendens erőknél tulajdonító személyek állnak. Ők teszik ki a vizsgált minta 56,7%-át.

Az egészségnevelés, egészségpolitika szempontjából talán még sürgetőbb feladatra hívja fel a figyelmet vizsgálatunk azon eredménye, hogy a mintának csupán egy tizede (10,2%-a) tartozik a leghatékonyabbank tűnő, ún. „kontrollészlelő” típusba, ahol az illető egyaránt feltételezi saját és mások befolyását, hatását az egészségét érintő helyzetekben. A hatékony egészségmegőrzésnek – a személyes felelősség érzése mellett – nélkülözhetetlen feltétele, hogy az egészségét érintő kérdésekben az egyén elismerje mások, a szociális környezet szerepét is. A szélsőségesen *csak belső* vagy *tisztán külső kontroll* feltételezése (ami mintánk jelentős részét jellemzi!) semmiképp *nem segíti az alkalmazkodást*. Eredményeink alapján az is bizonyítottnak látszik, hogy az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll semmiképpen sem statikus, hanem sokkal inkább egy dinamikus, a szociális reprezentációk hálójába szervesen illeszkedő, azokkal szoros kölcsönhatásban lévő tényező.

Összefoglalás

A budapesti középiskolások körében végzett, az egészséggel kapcsolatos mindennapos elképzelések és viselkedésformák, valamint az észlelt kontroll összefüggéseit vizsgáló felmérésünk alapján megállapítható, hogy az elképzelések szoros kölcsönhatásban vannak a viselkedéssel. Ezt a kétirányú kapcsolatot jelentősen befolyásolja az egészséggel kapcsolatban észlelt kontroll.

Eredményeink számos ponton megerősítik azt a – nemzetközi vizsgálatokkal is alátámasztott – feltételezést, hogy az egészséggel kapcsolatos mindennapos elképzelések jelentősen befolyásolják a viselkedést, a viselkedés pedig visszahat ezekre az elképzelésekre. Az egészségkárosító viselkedésformák háttérben különböző pszichológiai tényezők találhatók. Ilyenek például a szorongás, a csökkent önértékelés, a negativisztikus beállítódás, a kortárs normák, az „egészség” mint érték elutasítása, a betegségek kialakulásával kapcsolatos laikus nézetek, a saját felelősség túlhangsúlyozása vagy éppen egyfajta fatalista beállítódás. Ezek a pszichológiai tényezők a saját (egészségkárosító) viselkedés észlelésekor újraértékelődnek, és a környezetből érkező – a viselkedést jutalmazó, vagy éppen veszélyeit hangsúlyo-

zó – üzenetek módosítják a nézetrendszert, amely a különböző viselkedésformák alapját képezi. E nézetrendszerek figyelembevétele tehát mindenképp szükségesnek látszik az egészségmegőrző programok kidolgozásakor.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy az általunk vizsgált személyek középiskolások, s ha nem fognak segítséget kapni viselkedésük szabályozásával kapcsolatban, nem sok esélyük van a javulásra. Azok ugyanis, akik *egészségkárosító viselkedésük alapján* önmagukat rosszabb egészségi állapotúnak, kevesebb akaraterővel és kontrollal rendelkezőnek tartják, nem valószínű, hogy külső támogatás nélkül egészségesebb életvitelre fognak áttérni. A *korai életkorban kialakult* és különböző *visszacsatolások révén rögzült* viselkedésformák, szokások megváltoztatása igen nehéz feladat, és csak egyre komolyabb pszichés, szociális és anyagi ráfordítások árán lehetséges.

Az egészségvédő programok tervezésekor ki kellene dolgozni olyan módszereket, amelyek az *egyéni felelősség* hangsúlyozása mellett hangsúlyozzák a *személyek közötti tényezők* jelentőségét is az egészségmegőrzésben. Ily módon ugyanis elkerülhetők a nem megfelelő egészségviselkedéssel kapcsolatban kialakuló önértékelési zavarok, szorongás kialakulása, amely újabb hibás viselkedésformák kialakulásához vezet. A viselkedés kontrollálásával kapcsolatos szélsőségesen individualista vagy fatalista álláspontok rögzülésének megakadályozása elsődleges feladat a serdülő korosztályban.

Függelék

A budapesti középiskolások mintájának társadalmi–demográfiai jellemzői és az alkalmazott módszerek

A kérdőíves vizsgálatot 16–17 éves budapesti középiskolás diákok körében végeztük. A mintába bekerült iskolák 2. évfolyamos osztályaiban 380 kérdőívet töltöttünk ki a diákokkal. Ezek 20%-át szakmunkástanulók, 46%-át szakközépiskolások, 34%-át pedig gimnazisták töltötték ki. A mintában valamivel többen voltak a lányok, mint a fiúk. Ez abból adódik, hogy a mintába került gimnáziumi tanulók között kevesebb a fiú. A szakközépiskolások és a szakmunkástanulók nemek szerinti megoszlása kiegyensúlyozottabb.

A kérdőív segítségével az egészség szociális reprezentációjának (azaz az egészséggel kapcsolatos mindennapos vélekedéseknek) a különböző aspektusait próbáltuk feltárni:

1. Az első kérdésblokk a szociodemográfiai háttérre és a válaszadók egészségi állapotával kapcsolatos szubjektív megítélésre vonatkozó kérdéseket tartalmazott, továbbá arra is kérdezett, hogy milyennek ítélik szűkebb és tágabb környezetük egészségvédő viselkedését.

2. Az egészséggel kapcsolatos viselkedés vizsgálatára a Kristiansen (1985) munkája alapján kidolgozott és hasonló hazai mintán már alkalmazott (Csabai – Molnár

J. – Molnár P., 1993) kérdéssort használtuk. A kérdésblokkot jelen kutatásunkban két részre bontottuk: az első rész az egészségkárosító viselkedésformák, a második az egészségvédő viselkedés vizsgálatára szolgált.

3. Az egészséget érintő általános attitűdöket egy öt állításból álló kérdéssor segítségével mértük. Az állításokat a vizsgált személyeknek négyfokozatú skálán kellett értékelni. Az állítások egészséggel kapcsolatos tételekből álltak:

- hedonista („Nem sokáig kell élni, hanem jól”),
- gazdasági („Az egészséges életmód elsősorban pénzkérdés”),
- individualista („Mindenkinek magánügye, hogy hogyan károsítja az egészségét”),
- az öröklött tényezőket hangsúlyozó („Kevésbé kell vigyáznia az egészségére annak, akinek a családjában hosszabb ideig élnek az emberek”), valamint
- az akaraterőt a középpontba állító („Az, hogy káros szokásokról le tudjunk mondani, elsősorban akaraterő kérdése”).

4. Az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontrollt a Multidimenzionális Egészségi Kontroll Skálával (Wallston, K. A. – Wallston, B. S. – DeVellis, 1978) mértük. A kérdőív három alskálát tartalmaz. Az első az ún. „belső kontrollra” vonatkozik, tehát azt méri, hogy az egyén mennyire érzi úgy, hogy egészségi állapotát *ő maga* tudja befolyásolni. A második skála a „szociális külső kontrollra” vonatkozik. Akik itt magas értéket kapnak úgy érzik, hogy egészségi állapotuk elsősorban *más személyektől* függ. A harmadik – az ún. „transzcendens kontroll” mérő – skála arra vonatkozik, hogy mennyire érzi úgy az egyén, hogy egészségi állapota konkrét személyek által nem befolyásolható, azaz egészségét véletlen események vagy irracionális tényezők, például a sors, a szerencse, vagy éppen felsőbb hatalmak határozzák meg. E három skálán kapott értékek kombinációjából 8 „kontrolltípust” különíthetünk el (Wallston, K. A. – Wallston, B. S., 1982). (Ezek jellegzetességeit lásd a 87. oldalon lévő alsó táblázatban.)

5. A kérdőívben szerepelt továbbá egy olyan kérdésblokk is, amelynek segítségével az egészségmegőrzéssel kapcsolatos viselkedésformákat vizsgáltuk (például a fizikai erőnlét tudatos karbantartása, az egészséges életmódra való odafigyelés), valamint azokat az elképzeléseket, amelyek az ilyenfajta emberek sajátjai. A kérdőívben négy jellegzetesen „egészségtudatos” viselkedés főszereplőjéhez minden esetben kilenc tulajdonságot (például egészséges, anyagias, érdekes stb.) sorakoztattunk fel, melyek közül a vizsgált személyeknek az adott szereplőre leginkább jellemző tulajdonságokat kellett megjelölniük.

Az egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései

Orosz Éva

Az egészségügyi rendszer átalakulása

Napjainkban az az uralkodó politikai és kormányzati vélemény, hogy az egészségügy „igazi” reformja még nem történt meg, el sem kezdődött. Véleményem szerint a politikában és a médiában domináló álláspontok *túlértékelik*

- az eddigi reformok negatív mellékhatásait,
- a kormányzati beavatkozás lehetőségét,
- a látványos lakossági reakciókat (pl. kórházbezárás elleni tüntetést), miközben *alulértékelik* vagy nem veszik figyelembe
- az egészségügyi rendszer makrostruktúrájában eddig bekövetkezett változások jelentőségét,
- az átalakulás időigényét,
- a spontán folyamatokat, valamint
- a népességnek az állammal szembeni domináns elvárásait (amelyek a közvéleménykutatásokban elég egyértelműen megmutatkoznak).

Valójában a 80-as évek óta alapvető változások következtek be az egészségügyi rendszerben: a rendszer átalakulása botladozva, ellentmondásokkal, részben a tudatos reformlépések, részben a spontán folyamatok eredőjeként zajlik: *mind a makrostruktúrában, mind az egyes szereplők mentalitásában alapvető változások mentek végbe.* (Lásd a 66. oldalon lévő táblázatot, amely összehasonlítja a 80-as évek közepének egészségügyi rendszerét a jelenlegivel.) Ezzel nem azt akarom mondani, hogy nincs szükség további lényeges, strukturális változásokra (ezekre a tanulmány végén javaslatokat is teszek).

Az egészségügyi rendszer jelenlegi keretei – a kiadásoknak kb. 70–80%-át kitevő közfinanszírozás, a lakosság csaknem egészére kiterjedő kötelező biztosítás, az ezt kiegészítő önkéntes biztosítás (jogi lehetősége), a vegyes tulajdoni viszonyok, a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása és a szerződéses kapcsolat kialakítása, az intézmények új finanszírozási módszerei – *összhangban állnak a nyugat-európai rendszerek általános jellemzőivel.* (Ugyanakkor hangsúlyozzuk, hogy a nyugat-európai rendszerek országonként igen eltérő konkrét jellemzőkkel bírnak.) Az orvosi tudás általános színvonala is kiállja az összehasonlítást, az orvostechnika fejlődésének követése viszonylag gyors. Mégis mindenki elégedetlen és „a” reform szükségességét hangoztatja.

Ennek legfőbb oka, hogy a *makrostruktúrában bekövetkezett változások nem hoztak látványos, gyors megoldást* az egészségbiztosítás egyensúlyi problémáira, to-

Az egészségügyi rendszer főbb jellemzői a rendszerváltás előtt és után

Az egészségügyi rendszer főbb jellemzői	a 80-as évek közepén	a 90-es évek közepén
Uralkodó értékek	államszocialista egalitarianizmus	<i>finanszírozhatóság, hatékonyság, esélyegyenlőség</i>
A hatalom elosztása az egészségügyi rendszeren belül	az állam szerepének kizárólagossága, a többi szereplő autonómiájának hiánya	harc a fő szereplők között (NM, PM, Eü. Önkorm., MOK stb.)
A kapcsolat jellege az egészségügyi fő szereplői között	szabályozatlan alku az egyedi előnyökért	<i>elkezdődött</i> a hatáskörök törvényi szabályozása, nyílt konfliktusok
Tulajdonviszonyok	az állami tulajdon kizárólagossága	vegyes tulajdoni viszonyok. A magánvállalkozások növekedése elsősorban spontán folyamat eredménye
Az irányítás szervezeti rendszere, döntéshozatal	felülről lefelé építkező irányítási rendszer, központi utasítások leosztása	települési önkormányzatok autonómiaja, megszűnt a megyék irányító/forráselosztó szerepe, <i>koordináció hiánya</i>
A rendszer eredményességét kifejező „siker-mutatók”	kórházi ágyak, orvosok száma	költségvetési egyensúly
Az intézményi menedzsment helyzete	az intézményi vezetés mozgásteret a helyi politikai és személyi viszonyok függvénye	önállósága, gazdasági funkciói növekedtek (a helyi politikának jelentős befolyása maradt)
Finanszírozás - forrásteremtés	központi költségvetés	járlulokok, költségvetés, közvetlen térítési díjak növekvő szerepe
Finanszírozás - erőforrások elosztása	éves költségvetés, a növekedést meghatározó tényezők: mechanikus dologi és személyi „automatizmusok”+informális alkuk	jelentős elmozdulás a normatív finanszírozási módszerek felé
Finanszírozás - erőforrások elosztása	erőforrások elosztása és a tevékenység között nincs kapcsolat	elmozdulás a pénz „követi a beteget” elv felé
Finanszírozás - fejlesztések	informális alkuk	informális alkuk
Finanszírozó és szolgáltató kapcsolata	nem válik el a két szerep (tanácsok és a minisztérium)	szerződéses viszony
A szolgáltatások struktúrája	kórházcentrikus, az alapellátás háttérbe szorított	(lassan) átalakuló struktúra (háziorvosi rendszer, otthoni ápolás stb.)
A szolgáltatások minősége	a rendszerben a mennyiségi szemlélet uralkodik, a minőség „nem téma”	minimumfeltételek jogszabályi előírása QA kezdeményezések
A kormányzati bürokrácia szemlélete	saját magát tekinti az ún. közös érdek és a szakértelem egyedüli képviselőjének	kormányzati felelősség a hatáskörök centralizálását igényli
Az orvosok helyzete	közalkalmazott, havi fizetést kap	vállalkozó háziorvosok, teljes magánpraxis lehetősége
A páciens helyzete	információ aszimmetriája, szabad orvosválasztás hiánya	információ aszimmetriája, szabad orvosválasztás
Laikus kontroll	teljesen hiányzik	sajtónyilvánosság kórházi bezárás elleni tüntetések

vábbá az ellátás költséghatékonyságával és minőségével, az orvos–beteg kapcsolattal, a fogyasztói igények kielégítésével kapcsolatos problémákra. Nem is hozhattak. Akkor sem hozhattak volna, ha e változásokkal párhuzamosan nem a kiadások reálértékének csökkenése, hanem növekedése következett volna be.

Az elmúlt éveket az jellemzi, hogy *a finanszírozási rendszer a lakosság egyre kisebb részétől „beszedett”, reálértékben csökkenő forrásokat osztott el nem kellően kidolgozott módszerekkel – egy ellenőrizetlen, „magára hagyott” ellátó rendszerben.* Olyan társadalmi környezetben, ahol a törvények és szabályok kijátszása általánosan elfogadott magatartási minta, továbbá ahol a rohamos társadalmi polarizációban a költségvetési szféra jövedelmei (beleértve az egészségügyet) korábban soha nem tapasztalt mértékben szakadtak el a gazdasági versenyszférától. A hálapénz egyre kevésbé tölti be korábbi „funkcióját”: az orvosok számára a megfelelő jövedelem, a politika számára pedig az egészségügyön belüli „nyugalom” biztosítását.

A hatékonysági és minőségi problémák sokrétűek. Az intézmények, az orvosok magatartását ténylegesen befolyásoló ösztönzők jelentős része (beleértve a hálapénzt is!) ellentétes a hatékonyság és a minőség szempontjaival. A betegek jelentős része az ellátó rendszerben nem az állapotuk által igényelt – hanem általában annál „magasabb”, költségesebb – szinten kap ellátást: sok a felesleges szolgáltatás. Ugyanakkor nem tudjuk, mekkora problémát jelent, hogy egyesek a szükséges ellátáshoz sem jutnak hozzá. Az egészségügyi rendszer minden szintjén hiányoznak a megfelelő ösztönzők: *az egészségpolitika szakmai céljaival (a szolgáltatási struktúra átalakításával) ellentétes a kórházak anyagi érdekeltsége, sem az orvosok, sem a betegek nem érdekeltek a költséghatékony ellátásban.* A beteg nem bízik abban, hogy hálapénz nélkül is megfelelő ellátást kaphat, nem áll rendelkezésre a gazdagok igényeit kielégítő infrastruktúra stb. Ezek a problémák azonban egyik napról a másikra az egészségügyi rendszer semmilyen nagyszabású átalakításával nem oldhatók meg.

Az egészségbiztosítás egyensúlyi helyzete alapvetően a gazdasági növekedés függvénye. A lakosság és az orvosok többsége által érezhető *általános minőségi javulás pedig aligha képzelhető el az egészségügyi kiadások reálértékének jelentősebb növelése nélkül.*

Ennek nem mond ellent az, hogy további lényeges strukturális változások is szükségesek. Például *az amortizáció beépítése a szolgáltatási díjakba, vagy a költségvetési korlát regionális szintre helyezése* (regionális pénztárak kialakítása az Egészségbiztosítási Alapon belül). *E javasolt lépések a 80-as évek végén elindult reformfolyamat részeként, annak kiteljesítéseként értelmezendők.*

Összefoglalva, a kormányzatnak, az egészségpolitikának mindenekelőtt a következőket kellene tenni: az eddigi átalakulás reális értékelése (beleértve az uralkodó „reformszemlélet” átértékelését), a további szükséges változtatások meghatározása, a jelenlegi rendszer néhány alapvető strukturális jellemzőjének – *mindenekelőtt a folyamatos, fokozatos reformlépéseknek* – a politikai megerősítése, és *(személyi, szervezeti és anyagi) feltételeinek a megteremtése.* Huszáros roham helyett átgondolt, következetes „kis lépésekre”: a hatékonyság és a minőség javításához megfe-

lelő intézményi keretek, szabályozás és ösztönzők kialakítására és folyamatos „karbantartására”, korrigálására van szükség. *Le kellene már számolni a látványos, radikális, gyors „reform” szükségességének és lehetőségének illúziójával!*

A finanszírozási rendszer átalakulása

Többéves viták és kormányzati hezitálás, valamint meglehetősen rövid és hiányos előkészítés után 1993-ban sor került az új finanszírozási rendszer bevezetésére (pontosabban a háziorvosi ellátásban már 1992-ben megjelent mint kiegészítő elem a „kártyapénz”). A mai magyar finanszírozási rendszer meglehetősen kaotikus, átmeneti állapotban van. *A bázis finanszírozástól már elszakadt, de még csak törekszik egy olyan rendszer felé, amelyben a beteget követi a pénz, és az a szolgáltató kap több pénzt, aki több beteget és bonyolultabb eseteket lát el, jó szakmai színvonalon.* A finanszírozási rendszerrel kapcsolatban elsősorban azt szokták hangsúlyozni, hogy elmozdulás történt *a teljesítményen alapuló finanszírozás felé.* Hasonlóan fontos eredménynek kell tekinteni azt is, hogy fennmaradt az egészségügyi kiadások plafonja, országos szinten az egészségbiztosítás éves, „zárt” költségvetése.

A finanszírozási rendszer fő jellemzői a következők:

- a források képződésének módja,
- melyik szinte(ke)n érvényesül a költségvetési korlát,
- a szolgáltatók javadalmazásának módszere,
- a kontrollmechanizmus típusa.

Az elmúlt nyolc évben mind a négy összetevőben alapvető változás következett be. Ezek:

- a kötelező biztosításra való áttérés,
- megszűnt az intézményi szintű költségvetési korlát, de megmaradt a rendszer egészét tekintve (kivéve a lakossági gyógyszer támogatást),
- beindult a teljesítményfinanszírozás (az intézmények által nyújtott szolgáltatás és a bevételük közötti kapcsolat) megteremtése,
- a Pénzügyminisztérium és az Országos Tervhivatal domináns szerepét felváltotta az Egészségbiztosítási Önkormányzat, a Népjóléti Minisztérium és a Pénzügyminisztérium közötti alku.

A finanszírozási rendszer nemcsak az egészségügyre fordított pénzek „begyűjtésének” és „szétosztásának” a módja, hanem mindenekelőtt ösztönzőket létesít, működtet (vagy szüntet meg). A finanszírozási rendszer nem önmagában, nem „légüres térben” hat. Ugyanolyan finanszírozási módszer alapvetően különböző hatásokat tud kiváltani két különböző országban, ahol mások a társadalmi, kulturális viszonyok, tradíciók és az egészségügy korábbi működési mechanizmusai. Ezt is figyelembe kell venni a finanszírozási rendszer kialakításakor.

A hatékonyság növelése olyan szolgáltatási struktúra, intézményi, finanszírozási és információs rendszer kialakítását jelenti, amely biztosítja, hogy az egészségügyre fordított pénzek a lakosság egészségi állapotának lehető legnagyobb mértékű

javulását eredményezzék (a betegségek megelőzése és eredményes gyógyítása, illetve a már kialakult krónikus betegségek minél enyhébb stádiumban tartása stb. révén). Röviden: a fő cél az egészségügyre fordított közpénzekért kapott „eredmény” növelése. E cél eléréséhez nem létezik egyetlen „csodaszer”: összehangolt szervezeti, szabályozási és finanszírozási eszközök sorozatára van szükség, amelyek hatására megfelelő (hatékonyságra ösztönző) környezet alakul ki az egészségügyi szolgáltatók (intézményi menedzsment, orvosok), a betegek és nem utolsósorban az egészségügyi adminisztráció számára.

Manapság olyan rendszertől „kérjük számon” a hatékonyságot, amelyben a szereplők egy része vagy nem kellően érdekelt az eredmény mérlegelésében (finanszírozó, kormányzat stb.) vagy nincs megfelelően ösztönözve a ráfordítások mérlegelésére (páciensek, orvosok).

A finanszírozási rendszer általános problémái

– A kórházak bevétele egyrészt a járóbeteg-, másrészt a fekvőbeteg-szolgáltatásaik után járó pénzből ered. Mivel lényegesen jobban járnak, ha fekvőbetegként (és nem járóbetegként) látnak el egy beteget, a *finanszírozási rendszer az egészségpolitikai célokkal éppen ellentétes magatartásra ösztönzi a kórházakat.*

– *Az egészségbiztosítás által fizetett díjak, a működési költségek nem tartalmazzák az amortizáció fedezetét.*

– *A teljesítményen alapuló finanszírozás megállt az intézmények kapujánál, a közalkalmazotti törvény pedig a teljesítményfinanszírozással kifejezetten ellenkező szemléletű szabályozást hozott létre.*

– *Számottevő eltérés mutatkozik az erőforrások területi elosztása és a lakosság szükséglete között.*

– *A finanszírozási rendszer átalakításában két ellentétes szempont ütközött össze.* Egyrészt a *hatékonysági megközelítés:* az intézmények tevékenysége és bevétele közötti összhang megteremtése (azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás). A másik szempont a *politikai biztonság szempontja,* azaz minél kisebb konfliktussal megúszeni az elkerülhetetlen változásokat. Ez utóbbi megközelítés legfőbb érve az egészségügy működőképességének a fenntartása volt. Az egészségügyi adminisztráció (mind a Népjóléti Minisztérium, mind az egészségbiztosítás, vagyis az Egészségbiztosítási Önkormányzat és az Egészségbiztosítási Pénztár) mindig is megosztott volt a teljesítményfinanszírozással, a piaci típusú ösztönzők alkalmazásával kapcsolatban. Az újonnan felálló Egészségbiztosítási Önkormányzat és Országos Egészségbiztosítási Pénztár megörökölte az – akkor induló – új finanszírozási rendszert és nem volt felkészülve várható problémáira. Így kezdettől fogva megosztott, ambivalens volt a hozzáállása. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1993-ban létrejött új vezetésének kevés ideje maradt az előkészítésre.

A Népjóléti Minisztérium és az egészségbiztosítás közötti konfliktus a felelősség át- és elhárításának a lehetőségét teremtette meg. Nem tudatos szándékról van szó,

hanem a helyzetből adódó spontán sodródás által létrehozott csapdáról, aminek a szereplők a foglyaivá váltak. A konfliktus lehetőséget adott arra, hogy az eredménytelenségért, a problémákért a másik felet lehessen okolni és ezek orvoslását a másik félre mutogatva el lehessen halasztani.

A gyógyító–megelőző tevékenységekre fordított kiadások reálértékének 1995–96-ban bekövetkezett drasztikus csökkentése ellenreakciókat váltott ki: a szakszervezetek nyomását a bérnövelésre, a kórházak nyomását a konszolidációra. Ezek eredményeképpen *pótlólagos pénzek jutottak az ellátórendszerbe, amelyek azonban nem a tényleges teljesítményhez kötődően kerültek elosztásra. A kiadások korlátozása így végeredményben ellene hatott a hatékonyság növelésének, a tényleges reformoknak.*

Az egészségügyi intézmények sajátos helyzetben vannak. A szélesebb értelemben vett egészségügyi szférában több, egymástól markánsan eltérő piac kapcsolódik össze: a tőkejavak piaca, a munkaerőpiac, az orvostechnikai álló- és fogyóeszközök és anyagok stb. piaca, továbbá az egészségügyi szolgáltatások piaca. *A tőkejavak, eszközök, gyógyszerek piacán az egészségügyi intézmények mint vásárlók jelennek meg.* Ezek a piacok nagymértékben meghatározzák a szolgáltatások költségeit. E piacokon a szabad árak, a szabályozatlan viszonyok és az agresszív piaci magatartás uralkodnak – az intézmények kevéssé képesek befolyásolni az árakat, amelyek jelentősen emelkedtek. (Továbbá, ebben a szférában esetenként a korrupció jelentősen befolyásolja a folyamatokat.) Az egészségpolitikát mind ez ideig a struccpolitika jellemzi: csak a szolgáltatások piacának befolyásolására koncentrálnak.

A másik oldal *a szolgáltatások piaca, ahol a kórház (intézmény) a szolgáltatások eladója, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár pedig (elvileg) a szolgáltatások vásárlója. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár monopolvásárló, aki diktálhatja a feltételeket.*

Az intézmények mint vásárlók így az árak növekedésével, miközben szolgáltatásaik eladójaként az árak csökkentésével szembesültek. Ez a „kettős szorítás” különböző intézményi magatartásokat váltott ki, melyek egyike az intézményi eladósodás és a Népjóléti Minisztériumra és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra gyakorolt nyomás a pótlólagos forrásokért (lásd konszolidáció).

Mennyit és mire költünk az egészségügyben?

Hogy mennyit költünk az egészségügyre, arra fölöttébb nehéz a válasz: hiányoznak az egészségügyi szektor makrogazdasági összefüggéseire vonatkozó elemzések, sokszor kérdéses az alapvető adatok megbízhatósága, vagy alig hozzáférhetők az adatok. Nincs megbízható statisztika például arra vonatkozóan, hogy összesen mennyit költöttünk az elmúlt 8–10 évben egészségügyre (az egészségbiztosítás, a központi költségvetés, a települési önkormányzatok és a lakosság közvetlenül együttesen). Nemcsak az adatokkal van baj: egyoldalú az egészségügy makrogazdasági szerepének a megítélése is. Az egészségügyre (mint minden más termékre,

szolgáltatásra) fordított kiadásokkal kapcsolatban a kérdés nemcsak úgy tehető fel, hogy a GDP mekkora hányadát költjük egészségügyi szolgáltatásra, hanem úgy is, hogy a *bruttó nemzeti terméknek mekkora része realizálódik az egészségügyi szektorban*. Az egészségügyi szolgáltatások az újratermelési folyamat szempontjából „végterméket” jelentenek: az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézmények a nemzetgazdaság más ágazatainak (élelmiszeripar, textilipar, energiaipar, orvosi eszközöket gyártó ipar, gyógyszeripar stb.) termékei iránt keresletet támasztanak. Az egészségügyi szolgáltatás mint végtermék hozzájárul a bruttó nemzeti termékhez (ebből a szempontból nem viselkedik másképp, mint a többi jószág). *A bruttó nemzeti termékhez való hozzájárulás szempontjából az alapvető különbség a közkiadások két típusa, nevezetesen a szolgáltatásvásárlás (természetbeni juttatások) és a pénzbeli juttatások között áll fenn*. A pénzbeli juttatások ugyanis csak a jövedelem újraelosztását jelentik – nem növelik a bruttó nemzeti terméket. Az oktatás vagy az egészségügy, hasonlóan a többi állami (vagy lakossági) szolgáltatásvásárláshoz, hozzájárul a bruttó nemzeti termékhez. Téves tehát az a megközelítés, amely összemosza az egészségügyet a pénzbeli transferekkel és – azt nagy elosztó rendszereknek nevezve – azt sugallja, mintha az államnak (tb-nek) az egészségügyre fordított kiadásai csupán a jövedelmek újraelosztását jelentenék. Az egészség az egyének jólétének, életminőségének alapvető eleme, továbbá a munkaerő minőségének is alapvető összetevője – tehát a gazdasági növekedés szempontjából is alapvető fontosságú a lakosság egészségi állapotának javítása. Ez persze nem jelenti azt, hogy az a jó, ha minél többet költünk az egészségügyi szolgáltatásokra.

Az egészségügy-gazdaságtani irodalom alapvető tétele, hogy a fogyasztó nem az egészségügyi szolgáltatást magát, hanem *az egészséget igényli*. Az alapvető kérdés úgy is megfogalmazható: *mekkora lenne a gazdasági fejlettségünkkel összhangban álló egészségügyi kiadás?* A kérdés mögött az az empirikus tapasztalat áll, hogy az egy főre jutó kiadások nagyságát alapvetően meghatározza az adott ország egy főre jutó GDP-je. Ugyanakkor ez nem jelent meghatározó kapcsolatot: azonos egy főre jutó GDP-vel rendelkező országok egy főre jutó egészségügyi kiadásai meglehetősen széles sávban helyezkednek el. Például az egy főre jutó GDP szempontjából közel azonos Dánia és Franciaország az egy főre jutó egészségügyi kiadás szempontjából a 13. illetve a 6. helyet foglalják el az OECD-országok rangsorában.

Az elmúlt években a gazdasági recesszió következtében a szociális kiadásoknak és ezen belül az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-n belüli – gazdasági fejlettségünkhöz képest magasnak tekintett – aránya a figyelem középpontjában állt. A reális helyzetelemzéshez azonban a GDP-arány nem elégséges. *Az egy főre jutó kiadások reálértékének a vizsgálata is szükséges*, ugyanis ez jobban fejezi ki az egészségügyi rendszer tényleges helyzetét. Továbbá a statikus szemléletű – egy adott évre, vagy egy rövid időszakra vonatkozó – nemzetközi összehasonlításoknál többet mond a hosszabb távú trendek figyelembe vétele.

A nyugat-európai országokban a 60-as évek eleje és a 70-es évek közepe között az egészségügy igen jelentős expanziója ment végbe: a gazdasági növekedés időszaka-

kában az egészségügyi kiadások a GDP növekedési ütemét 40–60%-kal meghaladó ütemben bővültek, lehetőséget teremtve ezzel az egészségügy modernizálására. Ezzel szemben Magyarországon soha nem volt hasonló expanziós periódus; a 60–70-es évtizedben a bruttó nemzeti termék állami egészségügyre fordított részaránya mindvégig igen alacsony volt és nagyon lassan növekedett (az 1971. évi 3,2%-ról 4,9%-ra 1989-ben). *A magyar egészségügy egyik fő problémája éppen az, hogy a 60–70-es évtizedben kimaradt ez az expanziós, modernizációs fejlődési szakasz.* (Ennek nem mond ellent az a tény, hogy az orvosok és a kórházi ágyak számát tekintve nagymértékű mennyiségi növekedés következett be – jórészt a megfelelő béreknek, az infrastruktúra karbantartásának és az orvostechnikai fejlesztéseknek a rovására.)

1996-ban az egészségügyre fordított közkiadások a GDP 6,2%-át tették ki (lásd a 88. oldalon lévő felső táblázatot), az egy főre jutó közkiadás kb. 220 USD (devizaárfolyamon számítva). A nyugat-európai országok többségében 1500–2000 USD az egy főre jutó egészségügyi kiadás. (Ez azonban vásárlóerő-paritáson lett számítva, így a tényleges különbség valamivel kisebb, mint amit ezek a számok mutatnak.) A magyar egészségügyi közkiadások alakulása sajátos trendet mutat (lásd a 88. oldalon lévő felső táblázatot).

Az egészségbiztosításnak az egészségügyi intézmények finanszírozására fordított kiadásait tekintve *a reálérték drámai módon csökkent.* A gyógyító–megelőző ellátásra fordított kiadások reálértéke 1990 és 1996 között 25%-kal csökkent az általános infláció alapján számolva. Köztudomású, hogy az egészségügyi infláció magasabb volt az átlagosnál, így valójában még ennél is nagyobb mértékben csökkent a kiadások reálértéke: *az egészségügyi infláció figyelembevételével kb. 43%-kal* (lásd a 88. oldalon lévő középső táblázatot).

A GDP csökkenése következtében, *az egészségügyi kiadások GDP-részarányának alakulását elsősorban a „nevező”, azaz a GDP alakulása határozta meg* (és csak másodsorban a kiadások alakulása).

A kiadások terén az egyik meghatározó tendencia *a gyógyító–megelőző ellátás és a gyógyszerkiadások között végbement jelentős eltolódás* volt (lásd a 88. oldalon lévő alsó táblázatot). 1990-ben az egészségbiztosítás természetbeni kiadásainak 22,2%-át fordították gyógyszerkiadásokra, 1996-ban pedig már 29,6%-át. A lakossági kiadásokkal együtt a gyógyszerkiadások az összes folyó egészségügyi kiadás 31%-át tették ki. Ez nemzetközi összehasonlításban igen magas: 1990-ben az OECD-országok átlagát tekintve az egészségügyi kiadások 13,8%-át tették ki a gyógyszerkiadások. Összesen két olyan ország volt, ahol e kiadások meghaladták a 20%-ot: Németország (21%) és Görögország (24,4%). A 24 OECD-ország közül 1980 és 1990 között a gyógyszerkiadások részaránya 16 országban csökkent vagy azonos szinten maradt. Az okok és megoldások szempontjából a figyelem elsősorban az egészségbiztosítás támogatási rendszerére irányul – kevés szó esik arról, hogy az átgondolatlan privatizáció és a piacvédelem teljes hiánya milyen mértékben járult hozzá a gyógyszerkiadások növekedéséhez.

A gyógyító–megelőző kiadások reálértékének csökkenése önmagában is problémát jelentett volna az intézmények számára. Az intézményekre nehezedő nyomást

azonban fokozta, hogy az 1993-ban bevezetett finanszírozási módszerek az intézményeket teljesítményük növelésére ösztönözték. A csökkenő források és növekvő teljesítmények következtében a kórházakban az egy teljesítményegységre (egy HBCS-súlyszámra) jutó kiadás még inkább csökkent: 1 súlyszám reálértéke – az átlagos infláció alapján számolva – 1992 és 1996 között 35%-kal csökkent (lásd a 89. oldalon lévő felső táblázatot).

Milyen tényleges folyamatok mehettek végbe e számok mögött? Többféle értelmezés lehetséges:

– növekedett a hatékonyság, ugyanis kisebb ráfordítással valósult meg egy súlyszám előállítása, és/vagy

– romlott a minőség (a kiadáscsökkenés miatt a beteg nem kapott meg minden szükséges beavatkozást és/vagy romlottak a körülmények (hotelkörülmények, étkezés stb.).

Hosszú évek óta kiemelt szakmai célkitűzés, hogy a betegek az állapotuk által igényelt szinten kapjanak ellátást, azaz a betegellátás az aktív kórházi ellátástól az alapellátás és a járóbeteg-ellátás irányába tolódjon el, továbbá hogy a kórházi ellátáson belül növekedjék az ápolás szerepe. *Az adatok azt mutatják, hogy az erőforrások elosztásában bekövetkezett változások nem tükrözték ezeket a prioritásokat.*

Az adatok (lásd a 89. oldalon lévő középső táblázatot) azt mutatják, hogy az alapellátás részesedése – az átmeneti növekedés után – csökkent. Ha a járóbeteg- és az alapellátást együtt tekintjük, részesedésük változatlan maradt. Jelentősen növekedett ugyanakkor a fekvőbeteg-ellátás és a speciális ellátások részesedése.

Az egészségügy egyik „örökölt” szerkezeti problémája: Budapest túlsúlya, mind az intézményhálózatot, mind – ezzel jórészt összefüggésben – az ellátás igénybevételét tekintve. Az előzetes számításaink azt jelzik, hogy ebből a szempontból az elmúlt években a helyzet tovább romlott. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadásaiából a budapesti és Pest megyei intézmények együttes részesedése 1993-ban 35%, 1995-ben 38,8% volt. Mivel a budapesti intézményekben más megyék lakosait is ellátják, ez az adat nem megfelelő az igénybevétel területi különbségeinek jellemzésére. A budapesti és Pest megyei lakosok kórházi igénybevételi adatait tekintve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kórházi kiadásainak 1993-ban 32,4%-át, 1995-ben pedig 37,4%-át fordították a budapesti és a Pest megyei lakosok ellátására. (Budapest és Pest megye részesedése az ország lakosságából: 28,5%.)

Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlyi problémái

Az elmúlt években a sorozatos megszorító intézkedések mellett sem sikerült az Egészségbiztosítási Alap egyensúlyát létrehozni. *Az egyensúlyi problémák elsősorban közvetlenül vagy közvetve a külső gazdasági tényezőkre vezethetők vissza.*

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeit csökkentő tényezők:

– a járulékalap (a járulékköteles jövedelemtömeg) radikális szűkülése. Fő okai:

(1) a nagyarányú munkanélküliség kialakulása és állandósulása,

(2) a gazdasági szervezetek tömeges átalakulása, ami a magánszektorban az eltérő adózási és járulékfizetési szabályok következtében lényegesen nagyobb teret adott a járulékfizetés legális kikerülésének, mint a költségvetési szektorban,

(3) a „szürke” gazdaság (a járulékfizetés kikerülésének) növekedése;

– a társadalombiztosítás a regisztrált járulékköteles jövedelmek után is csak csökkenő mértékben tudta realizálni a bevételeket (kintlévőségek növekedése);

– a Pénzügyminisztérium a tb egyensúlyi problémáinak ellenére ragaszkodott a járulékszint csökkentéséhez.

Az egészségbiztosítási járulék az elmúlt években folyamatosan csökkent: a munkáltatói járulék az 1995. évi 19,5%-ról 1996-ban 18%-ra, 1997-ben pedig 15% járulékot + 1800 Ft/fő/hó egészségbiztosítási hozzájárulást fizetnek a munkáltatók (a munkáltatók által fizetett teljes tb járulék 44%-ról 39%-ra csökkent).

Összefoglalva: a járulérendszer nem tudta követni a gazdaságban végbemenő folyamatokat. Nem alakult ki egy hosszú távra szóló járulékkoncepció, és nem sikerült kialakítani a megfelelő technikákat a járulékok eredményesebb beszedésére sem (habár ebben határozott javulás történt az utóbbi években).

A kiadási oldalon különböző problémák jelentkeztek mind a gyógyító–megelőző ellátás, mind az egészségbiztosítás terén.

– A gyógyító–megelőző ellátások esetében a finanszírozási módszerek biztosítják, hogy az egészségbiztosítás kiadásai ne haladják meg a tervezettet. A költségek növekedése (egészségügyi technika, gyógyszer stb.) és a kiadások korlátozottsága miatti feszültség az intézményeknél jelentkezik (pl. kórházak eladósodása).

– Ezzel szemben a lakossági gyógyszerátogatás, a táppénz és a rokkantsági nyugdíj finanszírozása „nyitott végű” – azaz nem állnak rendelkezésre hatásos eszközök a költségvetési előirányzatok betartására. Az Egészségbiztosítási Alap hiánya nagyrészt a gyógyszer-, a táppénz- (1996-ban már nem!) és a rokkantnyugdíj-kiadásoknak a tervezettet rendre meghaladó mértéke miatt keletkezett.

Az egészségügyi rendszer működtetéséhez szükséges pénzek „összegyűjtésének” módja torz, a terhek igazságtalanul oszlanak meg a társadalom egyes csoportjai között. 1995-ben a lakosságon belül 31,1%-ot kitevő alkalmazottak (és munkáltatóik) fizették a járulékbévételek 68%-át. A szociálisan rászorultak, a munkanélküliek és a nyugdíjasok után fizetett járulékok is messze elmaradnak az egészségügyi ellátás átlagos kiadásaitól. 1995-ben a költségvetés 10,4 milliárd forintot fizetett a szociálisan rászorultak után. Ha normatív módon fizetett volna járulékot (az egy főre jutó természetbeni kiadást megközelítő összeget), ez kb. 30 milliárd Ft lett volna.

A forrásteremtés problémái csak úgy orvosolhatók, ha bővül a járulékalap (mindenekelőtt a feketegazdaság visszaszorításával), átalakításra kerül a járulékfizetési rendszer és ezek által megalapozottan csökken a járulékszint.

Az egyensúlyi problémákhoz az is hozzájárult, hogy a kormányzat nem lépett fel határozottan annak érdekében, hogy az állami vállalatok teljesítsék járulékfizetési kötelezettségüket (pl. MÁV) és 1996-ig nem adott megfelelő jogi eszközöket

a tb kezébe a hatékonyabb behajtás érdekében. Ezáltal a tb gyakorlatilag a gazdaság hitelezőjévé vált.

Nem lebecsülve az egyensúlyi problémákat, a számítások (lásd a 89. oldalon lévő alsó táblázatot) azt mutatják, hogy az elmúlt két évben a hiány nagyságára vonatkozó „drámai” pénzügyminisztériumi értékelések túlzottak voltak. *Reálértékben a hiány 1992 és 1995 között jelentősen csökkent.*

1994 óta a kiadások és a bevételek a GDP-hez viszonyítva is folyamatosan csökkentek. A hiány GDP-hez viszonyított szintje 1995-ben – amikor a Pénzügyminisztérium drámai mértékűnek állította be a hiány növekedését – valójában jelentősen kisebb volt (a GDP 0,4%-a), mint 1992–1993-ban (amikor 0,8% volt). A hiány 1996-ban jelentősen növekedett, de nem haladta meg az 1992–1993-as szintet. Ha 1996-ban nem csökkentették volna a járulékot, akkor a hiány 12,2 milliárd Ft lett volna (43,8 milliárd Ft helyett), ami a GDP 0,3%-át tette volna ki. *1996-ban nem a kiadások „elszaladása”, hanem a megalapozatlan járulékcsökkentés miatti bevételkiesés okozta a hiány növekedését* (lásd a 89. oldalon lévő alsó táblázatot).

A közfinanszírozás és a magánfinanszírozás viszonya

Az egészségügy finanszírozási rendszerének egyik alapvető kérdése a közületi és a magánszektor viszonyának meghatározása. A 80-as évek közepe óta két irányzat van jelen Magyarországon. Az egyik – elsősorban a Népjóléti Minisztérium és az egészségbiztosítás által képviselt – irányzat szerint a kívánatos modell: egy alapjában *közfinanszírozáson* (kötelező biztosításon és költségvetési finanszírozáson), a szolgáltatások terén pedig vegyes tulajdoni viszonyokon alapuló egészségügyi rendszer, amelyben a magánbiztosítás kiegészítő szerepet játszik. Ebben a rendszerben az alapvető szolgáltatások az igénybevételnél ingyenesek (vagy kvázi-ingyenesek). E felfogás szerint a reform fő kérdése: *a gazdaság jövedelemtermelő képességével összhangban az egészségügyi rendszer finanszírozhatóságának a biztosítása és a közfinanszírozású egészségügyi rendszer hatékonyságának a növelése.* Ez az irányzat is fontosnak tartja a kiegészítő biztosítások szerepét, továbbá megfelelően körülhatárolt körben javasolja a térítési díjak bevezetését is, de nem ezeket tartja a reform fő kérdéseinek.

A másik (az üzleti biztosítók, pénzügyi közgazdászok és időnként a Pénzügyminisztérium által is képviselt) irányzat szerint a reform fő célja a közkiadások csökkentése. Ezen irányzat szerint radikálisan növekednie kellene a magánfinanszírozás (a magánbiztosítás, a közvetlen térítési díjak) szerepének, míg a közfinanszírozásnak egy minimális szolgáltatási körre és a szegények ellátására kellene korlátozódnia.

Ez utóbbi alternatívával kapcsolatban két kérdés mérlegelendő: (1) a térítési díjak jelentős növelésének lehetséges hatásai és (2) a magánbiztosítás jelentős térnyerése esetén bekövetkező strukturális hatások. A magánbiztosítás jelentős térnyerése mindenekelőtt azt jelentené, hogy megszűnne a kötelező biztosítás meghatározó pozíciója az egészségügyi munkaerőpiacon és a szolgáltatások piacán *nem állna*

rendelkezésre hatékony eszköz a kiadások növekedésének korlátozására. Ennek következtében a szolgáltatók (az orvosok, intézmények) folyamatosan emelni tudnák a szolgáltatások árait. A biztosítók a növekvő árakat a biztosítási díj emelésével át tudnák hárítani a biztosítást vásárlókra, azaz elsősorban a munkáltatókra (az amerikai magánbiztosítás jellemzői alapján feltételezzük, hogy a munkáltató által nyújtott csoportos biztosítás lenne a domináns forma). Ebben az esetben nem a tb-járulék, hanem a magánbiztosítás költségei jelentenének nagy terhet a munkáltatóknak. További következményként a magyar egészségügyi rendszer súlyos egyenlőtlenségeket hordozó, több részre szakadt rendszerré válna mind az ellátáshoz való hozzáférhetőség, mind az ellátás minősége szempontjából. Sokan, éppen az egészségügyi ellátásra legjobban rászorultak, könnyen ellátatlanok maradhatnak.

A térítési díj szélesebb körű bevezetésétől sokak által remélt – de ugyanakkor mások által megkérdőjelezett – pozitív hatások a következők lehetnek: a források bővülése, a szolgáltatások túlzott igénybevételének csökkentése, a hálapénz szerepének mérséklődése. A térítési díj szélesebb körű (alap- és járóbeteg-ellátásra egyaránt kiterjedő) bevezetésének valószínűsíthető negatív hatásai: azokat akadályozza meg a szolgáltatás korai (megfelelő időben történő) igénybevételében, akik egészségi állapotuk miatt leginkább rászorulnak az egészségügyi ellátásra. Az orvoshoz fordulás késői stádiumra tolódása, a megelőzés, sőt a kezelésbe vétel elhalasztása végső soron megnöveli az ellátás költségeit. Ha a fenti negatív hatások csökkentése érdekében, méltányossági szempontok miatt sok kivételt alkalmaznak, akkor bizonyulttá, és visszaélésekre alkalmassá válik a rendszer – nem is szólva a jelentős adminisztrációs költségekről.

A kötelező biztosítás és a magánbiztosítás szerepét egy ország egészségügyében alapvetően az állami szabályozás (törvény) határozza meg. Tehát kiemelkedő a kormányzat felelőssége abban, hogy a magánbiztosítás kérdésében megalapozott, átgondolt politikát és szabályozást alakítson ki. Ehhez a nemzetközi tapasztalatok számos tanulsággal szolgálnak. Miért ragaszkodott például a Thatcher-kormányzat az állami egészségügy fenntartásához? Miért az USA az egyetlen fejlett nyugati ország, ahol az 1980-as évtizedben – sorozatos kormányzati erőfeszítések ellenére – nem sikerült az egészségügyi kiadásokat a GDP növekedési üteméhez igazítani? Nem szabad azonban elfeledkezni arról, hogy az USA az egyetlen olyan fejlett nyugati ország, ahol a magánbiztosítás szerepe domináns az egészségügy finanszírozásában. Mivel ez a két példa jobban megvilágítja a makrogazdasági hatékonyság sajátos problémáját, mint az elméletek, ezért részletesebben is bemutatjuk őket.

Az 1980-as évek elejétől a Thatcher-kormány egészségügyre vonatkozó retorikáját is uralta a privatizáció, a piac jelszava. A kormányhoz politikailag közel álló körökben ismételten felmerült az az elképzelés, hogy a költségvetésből finanszírozott állami egészségügy helyett át kellene térni egy olyan rendszerre, amelyben a kötelező biztosítás a szolgáltatásoknak csak egy minimálisan szükséges körét nyújtotta volna, a szolgáltatások nagy része pedig a magánbiztosítás keretében lett volna elérhető. Amikor azonban a tényleges döntésre került sor, 1989-ben a Thatcher-kormány úgy határozott, hogy *nem változtat a finanszírozás addigi rendszerén, fenntartja az állampolgári jogon járó, a szolgáltatások széles körét nyújtó,*

központi költségvetésből finanszírozott állami egészségügyet. A szakemberek véleménye ugyanis egybehangzó volt: az egészségügyi kiadások korlátozására, fékentartására az egészségügy költségvetésből való finanszírozása a legalkalmasabb.

A 80-as évek egyik alapvető tanulsága, hogy a közfinanszírozáson alapuló nyugat-európai egészségügyi rendszerek alkalmasnak bizonyulnak a kiadások növekedési ütemének lefékezésére, a nemzeti terméken belüli arányának stabilizálására. Ezzel szemben az USA magánbiztosításon alapuló egészségügyi rendszere nem volt képes erre – annak ellenére, hogy az amerikai egészségpolitikának a 70-es évek közepe óta első számú célja volt a kiadások csökkentése. Az USA-ban ennek ellenére a GDP 10%-áról (beleértve a magán- és a közkiadásokat is) több mint 13%-ára emelkedtek az egészségügyi kiadások. A nyugat-európai egészségügyi reformerek gondolkodását jelentősen befolyásolták az előbb említett amerikai tapasztalatok: így egyetlen európai országban sem vált a reformok részévé a magánbiztosítás szerepének radikális növelése. Az egészségügyi költségek növekedése ugyanis rontja a versenyképességet. Makrogazdasági nézőpontból tehát a brit állami egészségügy – amelyben több mint egy évtizede a GDP kb. 6%-át költik egészségügyre – hatékonyabbnak látszik, mint a magánbiztosításon alapuló, „piaci” amerikai egészségügy, ahol az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya jelenleg ennek több mint kétszerese.

Magyarországon a magánbiztosítás szerepének radikális növelése olyan strukturális változásokat indítana el, amelyek ellenőrizhetlenné, korlátozhatatlanná tennék a kiadásokat. A magánbiztosítás szerepének radikális növelésére irányuló javaslatok megfogalmazásakor – ismét – a rövid távú érdekek dominálnak. A hosszú távú strukturális hatásokat – mint általában, most is – figyelmen kívül hagyják a javaslatok megfogalmazói. A jóléti rendszerek változtatására vonatkozó döntések következményei könnyen visszafordíthatatlanná válhatnak, maradandó gazdasági és társadalmi károkat okozhatnak, amelyeknek igen nagy lehet a politikai ára is.

A fentiek nem mondanak ellent annak, hogy *őszönözni kell a kiegészítő biztosítások, az önkéntes pénztárak terjedését.* Differenciált – és egyre jobban differenciálódó – társadalmunkban kiemelt fontosságú, hogy a gazdagabbak hozzájussanak olyan körülményekhez és szolgáltatásokhoz, amelyeket a kötelező biztosítás nem képes nyújtani. A nyugat-európai országok tapasztalatai azt mutatják, hogy ezt a funkciót a széles körű ellátást nyújtó, gyakorlatilag mindenkire kiterjedő kötelező biztosítás mellett működő kiegészítő biztosítások be tudják tölteni. Az állami szabályozás feladata, hogy ezt a teret jelölje ki a magánbiztosítás számára.

A közfinanszírozás dominanciája nem zárja ki, hogy a kínálati oldalon a magánintézmények legyenek túlsúlyban, vagy hogy egyforma szerepet játsszanak az önkormányzati és a magánintézmények. De csak a közfinanszírozás meghatározó szerepe képes biztosítani az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét mindazok számára, akik piaci viszonyok között nem képesek azokat megvásárolni, továbbá korlátozni a kiadások globális (nemzetgazdasági) szintjét. Ezeknek a funkcióknak akkor is meg tud felelni a közfinanszírozás, ha a szolgáltatás szférájában a magánintézmények, mindenekelőtt a magánorvosok, és a non-profit kórházak vannak túlsúlyban.

Következtetések és javaslatok

1. Az egészségügyi rendszernek az elmúlt években kialakult makrostruktúrája, a kötelező biztosítás és a vegyes tulajdoni viszonyok, hosszú távon is megfelelőnek tekinthetők. *A közfinanszírozás dominanciájának fenntartása* mind makroszintű hatékonysági, mind társadalompolitikai szempontból alapvető fontosságú, továbbá összhangban áll az uralkodó európai gyakorlattal is. Ugyanakkor a kormánzatnak olyan koncepciót és szabályozást kellene kialakítania, amelyek elősegítik a közületi és a magánszektor hatékony együttműködését (beleértve az önkéntes biztosítást és a magánszolgáltatásokat is.)

2. Az egészségbiztosítás egyensúlyi problémái elsősorban külső gazdasági tényezőkre vezethetők vissza, de az egyensúlyromláshoz 1996-ban hozzájárult a megalapozatlan járulékcsoökkentés is.

3. *A források 1995–96-ban történt radikális kivonása* (a gyógyító ellátásokra kifizetett összegek reálértékének csökkenése) *valójában a reform ellenében hatott.* A központi bérmegállapodás és a kórházkonszolidáció révén visszajuttatott pénzek ugyanis nem a teljesítményekhez igazodóan jutottak el az intézményekhez.

4. *A finanszírozási rendszerben bekövetkezett változások mérlege ellentmondásos.* Ahhoz, hogy a finanszírozási módszerek pozitív hatásai jobban érvényesülhessenek, további lényeges változások szükségesek: *mindenekelőtt az amortizáció beépítése a teljesítménydíjakba, az Egészségbiztosítási Alapon belül területi pénztárak kialakítása, az intézmények belső érdekeltégi rendszerének megteremtése.*

5. Az átalakulás kulcskérdése: *a hatékonyság és a minőség javítása* a mikroszférában (az intézmények szintjén, az egyedi orvosi döntésekben). Ennek érdekében az egészségpolitikának *megfelelő ösztönzőket és információs rendszert kell kialakítania és fenntartania.*

6. *Az egészségügyi rendszer finanszírozhatósága* (a kiadások növekedésének ésszerű korlátozása) szempontjából a kulcskérdést – továbbra is – az alábbiak jelentik:

- a gyógyszerkiadások racionális korlátozása,
- az új beruházások szabályozása,
- a csúcstechnológia telepítésének és a szolgáltatások igénybevételének hatékonysági követelményeken alapuló szabályozása/korlátozása,
- az egészségügyi szolgáltatások esetében alkalmazott „zárt” finanszírozási módszerek fenntartása.

7. Az egészségügyi rendszer *hatékonyságának növelése* olyan környezet kialakítását igényli, amely a biztosítót, a szolgáltatót és a fogyasztót egyaránt arra ösztönzi, hogy költséghatékony módon cselekedjék. A hatékonyság növelése érdekében összehangolt intézkedéssorozat szükséges, amelynek során az egyes elemek egymást erősítik. A legfontosabb elemek ezek közül a következők:

- az egészségbiztosítás vásárló szerepének erősítése és a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése, ezen belül (1) az egészségbiztosítás decentralizálása (a források fejkvótaszerű elosztása a regionális vásárlók között) és (2) a szerződéses módszerek

javítása (a vásárló által a minőség, a mennyiség és a költségek figyelemmel kísérése és ellenőrzése);

- a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatási kör és az igénybevétel feltételeinek megfelelő szabályozása;
- az amortizáció térítésének beépítése a szolgáltatások díjaiba;
- a finanszírozási módszerek normatívvá, teljesítményarányossá tétele;
- a tulajdonviszonyok átalakítása a szolgáltatási szférában;
- a koordináció erősítése a szolgáltatási struktúra egyes elemei között, az alapelátás szakmai színvonalának növelése;
- a minőségellenőrzési rendszer bevezetése;
- a beruházások költséghatékonyság-szemponitú ellenőrzése;
- az egészségügyi technológiák értékelési módszereinek és intézményeinek kifejlesztése;
- az egészségbiztosítás és az egészségügyi intézmények információs rendszerének modernizálása;
- a kórházi menedzsment autonómiájának növelése;
- a szolgáltatók monopol-pozíciójának megakadályozása;
- az intézményi struktúra átalakítása: az aktív kórházi kapacitások csökkentése, részben ápolást nyújtó intézményekké való átalakítása, a kapacitások korlátozása;
- az egészségügyi munkaerő-struktúra átalakítása (az orvoslétszám csökkentése, a szakdolgozók létszámának növelése);
- a fogyasztói érdekvédelmi szervezetek kialakulásának ösztönzése.

8. Az egészségügyi rendszer átalakításának alapvető, az egészségügy működésének csaknem valamennyi összetevőjét befolyásoló kérdése az *állam szerepének átalakítása*. A többszereplős egészségügyi rendszer megfelelő működéséhez minimálisan az alábbiak szükségesek:

- a kormányzaton belül tisztázni kell a Pénzügyminisztérium és a Népjóléti Minisztérium (és a többi tárca) feladatait az egészségügyben;
- erősíteni szükséges a Népjóléti Minisztérium *szabályozó és ellenőrző* szerepét (mind szakmai, mind pénzügyi vonatkozásban); tovább kell folytatni az elmúlt években elindult átalakulást egy olyan rendszer irányába, amelyben a kormányzat, a Népjóléti Minisztérium elsősorban *szabályozó* szerepet tölt be, nem vesz részt közvetlenül az intézmények működtetésében és finanszírozásában; ezt igen erős népegészségügyi (hatósági) és minőségellenőrzési (szakfelügyeleti) rendszernek kell támogatni, összhangban az EU követelményekkel;
- annak egyértelmű meghatározása, hogy miképpen oszlik meg az *ellátási felelősség* a kormány, az egészségbiztosítás és a települési önkormányzatok között;
- az egészségügy fő szereplői közötti konszenzus létrehozását elősegítő intézményi struktúrák kialakítása;
- az állam funkciói közül lényegesen nagyobb hangsúlyt kell kapnia az információszolgáltatásnak (beleértve az egészséges életmódra és termékekre, a betegjogokra és az intézményekre vonatkozó információkat egyaránt).



Statisztikai táblázatok

Az itt közölt táblázatok folyóiratunk e számának témáira vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazzák

Nyugat-Európa demográfiai mutatói

	Ezer főre jutó								Ezer főre jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	éveszületések száma				halálozások száma							
	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995
Ausztria	12,1	11,6	11,5	11,0	12,2	10,7	10,0	10,1	-0,1	0,9	1,5	0,9
Belgium	12,5	12,6	11,5	11,4	11,5	10,5	10,4	10,5	1,0	2,1	1,1	0,9
Dánia	11,2	12,4	13,4	13,4	10,9	11,9	11,7	12,1	0,3	0,5	1,7	1,3
Egyesült Királyság	13,5	13,9	12,9	12,5	11,7	11,1	10,7	11,0	1,8	2,8	2,2	1,5
Finnország	13,2	13,1	12,8	12,4	9,3	10,1	9,4	9,7	3,9	3,0	3,4	2,7
Franciaország	14,9	13,5	12,3	12,5	10,2	9,3	9,0	9,1	4,7	4,2	3,3	3,4
Görögország	15,4	10,2	10,0	9,9	9,1	9,3	9,4	9,4	6,3	0,9	0,6	0,5
Hollandia	12,8	13,3	12,7	12,3	8,1	8,6	8,7	8,8	4,7	4,7	4,0	3,5
Írország	21,8	15,1	13,4	13,5	9,8	9,0	8,6	8,8	12,0	6,1	4,8	4,7
Luxemburg	11,3	13,0	13,5	13,2	11,3	9,9	9,4	9,3	0,0	3,1	4,1	3,9
Norvégia	12,5	14,4	13,9	13,8	10,1	10,9	10,2	10,3	2,4	3,5	3,7	3,5
Olaszország	11,3	10,0	9,2	9,1	9,8	9,6	9,6	9,5	1,5	0,4	-0,4	-0,4
Portugália	16,2	11,8	11,0	10,8	9,7	10,4	10,0	10,4	6,5	1,4	1,0	0,4
Spanyolország	15,2	10,3	9,3	9,1	7,7	8,5	8,5	8,8	7,5	1,8	0,8	0,3
Svájc	11,6	12,5	11,9	11,7	9,4	9,5	8,9	9,0	2,2	3,0	3,0	2,7
Svédország	11,7	14,5	12,8	11,7	11,0	11,1	10,5	11,0	0,7	3,4	2,3	0,7
Átlag	13,6	12,6	12,0	11,8	10,1	10,0	9,7	9,9	3,5	2,6	2,3	1,9

Forrás: KSH - *Népjeléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczy Ágnes számításai.

Közép- és Kelet-Európa demográfiai mutatói

	Ezer főre jutó								Ezer főre jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	éveszületések száma				halálozások száma							
	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995	1980	1990	1994	1995
Bulgária	14,5	11,7	10,0	8,6	11,1	12,1	13,2	13,6	3,4	-0,4	-3,2	-5,0
Cseh Köztársaság	14,9	12,6	10,3	9,3	13,1	12,5	11,4	11,4	1,8	0,1	-1,1	-2,1
Észtország	15,0	14,2	9,5	9,1	12,3	12,4	14,8	14,1	2,7	1,8	-5,3	-5,0
Lengyelország	19,5	14,3	12,5	11,5	9,8	10,2	10,0	10,0	9,7	4,1	2,5	1,5
Lettország	14,1	14,2	9,5	8,6	12,8	13,0	16,4	15,5	1,3	1,2	-6,9	-6,9
Litvánia	15,2	15,3	11,5	11,1	10,5	10,6	12,5	12,2	4,7	4,7	-1,0	-1,1
Magyarország	13,9	12,1	11,3	11,0	13,6	14,1	14,3	14,2	0,3	-1,9	-3,0	-3,3
Moldova	19,8	17,7	14,3	13,0	10,1	9,7	11,8	12,2	9,7	8,0	2,5	0,8
Oroszország	15,9	13,4	9,5	9,3	11,0	11,2	15,5	14,7	4,9	2,2	-6,0	-5,4
Románia	18,0	13,6	10,9	10,4	10,4	10,7	11,7	12,0	7,6	2,9	-0,8	-1,6
Szlovákia	19,1	15,1	12,4	11,5	10,1	10,3	9,6	9,8	9,0	4,8	2,8	1,7
Szlovénia	15,7	11,2	9,8	9,5	9,9	9,3	9,7	9,5	5,8	1,9	0,1	0,0
Átlag	16,3	13,8	11,0	10,2	11,2	11,3	12,6	12,4	5,1	2,5	-1,6	-2,2

Forrás: KSH - *Népjeléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczy Ágnes számításai.

Ezer főre jutó természetes szaporodás

Átlag	Ezer főre jutó természetes szaporodás, fogyás (-)			
	1980	1990	1994	1995
Közép- és Kelet-Európa	5,1	2,5	-1,6	-2,2
Nyugat-Európa	3,5	2,6	2,3	1,9

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczi Ágnes számításai.

Ezer főre jutó elveszületések száma

	1980	1990	1994	1995
Közép- és Kelet-Európa	16,3	13,8	11,0	10,2
Nyugat-Európa	13,6	12,6	12,0	11,8

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczi Ágnes számításai.

Ezer főre jutó halálozások száma

	1980	1990	1994	1995
Közép- és Kelet-Európa	11,2	11,3	12,6	12,4
Nyugat-Európa	10,1	10,0	9,7	9,9

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczi Ágnes számításai.

**A foglalkozás-egészségügy összes forgalma
Magyarországon**

	Foglalkozás-egészségügyi szolgálat összes forgalma	
	fő	százalék
1970	10 080 009	100,0
1980	9 085 427	90,1
1985	9 610 798	95,3
1990	9 391 666	93,2
1994	4 662 158	46,3
1995	2 148 149	21,3

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczi Ágnes számításai.

Foglalkozási betegségek aránya Magyarországon

	A foglalkozási betegségek aránya 100 000 aktív keresőre	1970 = 100%
1970	59,9	100,0
1980	53,5	89,3
1990	20,5	34,2
1992	15,9	26,5
1993	16,6	27,7
1994	14,4	24,0

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995) adatai alapján Losonczy Ágnes számításai.

Egészségügyi okokból veszélyeztetett iskolások Magyarországon

	Egészségügyi okok miatt veszélyeztetettek				
	1989/90	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95
Szaktanácsadók	8 220	7 898	8 083	7 451	8 148
Óvodások	9 822	10 092	9 382	10 193	10 769
Gimnáziumi és szakközépiskolai tanulók	14 128	16 660	18 101	18 296	21 941
Általános iskolai tanulók	31 052	31 872	35 678	31 048	37 184

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995).

Egyéb okokból veszélyeztetett iskolások Magyarországon

	Egyéb okok miatt veszélyeztetettek				
	1989/90	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95
Gimnáziumi és szakközépiskolai tanulók	2 972	3 935	4 870	5 280	6 360
Szaktanácsadók	4 360	5 160	6 650	5 632	7 736
Óvodások	17 666	17 146	17 991	18 092	20 721
Általános iskolai tanulók	42 475	42 600	52 352	44 630	57 247

Forrás: KSH – *Népjóléti statisztikai évkönyv* (1995).

**A halálozások évi átlagos számának és arányának alakulása
Magyarországon* (1946–1996)**

	Halálozások száma (ötéves időszakok évenkénti átlaga)	1000 lakosra jutó halálozások száma
1946–1949	116 130	12,7
1946–1954	108 610	11,4
1955–1959	101 495	10,3
1960–1964	101 382	10,1
1965–1969	110 321	10,8
1970–1974	122 276	11,8
1975–1979	134 465	12,7
1980–1984	145 956	13,7
1985–1989	144 408	13,8
1990–1994	147 277	14,3
1995–1996	144 281	14,1

*1946–1949-ben az átlagok négy, 1995–1996-ban két évre vonatkoznak.

Megjegyzés: A halandóság javulása valójában 1967-ig tartott és 1994-ben kezdődött újra.

Forrás: KSH adatok.

**A halálozások számának és arányának alakulása Magyarországon
(1948–1996)**

	Halálozások száma	1000 lakosra jutó halálozások száma
1948	105 780	11,6
1960	101 575	10,2
1970	120 197	11,7
1980	145 355	13,6
1981	144 757	13,5
1982	144 318	13,5
1983	148 643	13,9
1984	146 709	13,8
1985	147 614	14,0
1986	147 089	14,0
1987	142 601	13,6
1988	140 042	13,4
1989	144 695	13,9
1990	145 660	14,1
1991	144 813	14,0
1992	148 782	14,4
1993	150 244	14,6
1994	146 889	14,3
1995	145 431	14,2
1996	143 130	14,0

Forrás: KSH adatok.

**Születéskor várható élettartam Magyarországon
(1900/1901–1996)**

	Születéskor várható élettartam (év)
1900–1901	37,33
1920–1921	42,05
1930–1931	50,21
1941	56,64
1949	61,36
1960	68,03
1966	69,93
1970	69,20
1980	69,02
1981	69,11
1982	69,34
1983	68,95
1984	69,01
1985	69,00
1986	69,19
1987	69,64
1988	70,05
1989	69,53
1990	69,33
1991	69,31
1992	69,00
1993	69,02
1994	69,39
1995	69,75
1996	70,27

Forrás: KSH adatok.

**A magyar férfiak és nők születéskor várható élettartamai
és a közöttük lévő különbségek (1900/1901–1996)**

Év, illetve évek átlaga	Férfiak	Nők	A férfi és női népesség születéskor várható élettartamai közötti különbségek
	születéskor várható élettartama		
	években		
1900–1901	36,56	38,15	1,59
1920–1921	41,04	43,12	2,08
1941	54,95	58,24	3,29
1949	59,28	63,40	4,12
1960	65,89	70,10	4,21
1966	67,53	72,23	4,70
1970	66,31	72,08	5,77
1980	65,45	72,70	7,25
1981	65,46	72,86	7,40
1982	65,63	73,18	7,55
1983	65,08	72,99	7,91
1984	65,05	73,16	8,11
1985	65,09	73,07	7,98
1986	65,30	73,21	7,91
1987	65,67	73,74	8,07
1988	66,16	74,03	7,87
1989	65,44	73,79	8,35
1990	65,13	73,71	8,58
1991	65,02	73,83	8,81
1992	64,55	73,73	9,18
1993	64,53	73,81	9,28
1994	64,84	74,23	9,39
1995	65,25	74,50	9,25
1996	66,06	74,70	8,64

Forrás: KSH adatok.

A középiskolások körében végzett felmérés változóinak (viselkedés, vélekedés és észlelt kontroll) korrelációi (N = 380)

	Belső kontroll	Szociális külső kontroll	Transzcendens kontroll	Általános egészségvédő viselkedés	Aktív egészségmegőrzés	Egészségkárosító viselkedés	Egészségi állapot értékelése
Belső kontroll	1						
Szociális külső kontroll	0,171*	1					
Transzcendens kontroll	0,153*	0,255**	1				
Általános egészségvédő viselkedés	0,178*	0,324**	-0,012	1			
Aktív egészségmegőrzés	0,116	0,056	-0,151*	0,254**	1		
Egészségkárosító viselkedés	-0,149*	-0,133	0,214**	-0,253**	-0,261**	1	
Egészségi állapot értékelése	-0,105	0,009	0,15*	-0,245**	-0,131	0,273**	1
Tanulmányi eredmény	-0,023	-0,028	-0,086	0,023	0,247**	-0,383**	-0,136*

*p < 0,01

**p < 0,001

A középiskolások körében végzett felmérés során talált nyolc kontrolltípus és azok megoszlása a mintában

Típus	Kontrollmintázat	N	Százalék
1. „Tisztán” belső kontroll	B+Sz- T-	41	11,3
2. „Tisztán” szociális külső kontroll	B- Sz+T-	37	10,2
3. „Tisztán” transzcendens kontroll	B- Sz- T+	49	13,5
4. Kettős külső kontroll	B- Sz+T+	79	21,8
5. „Kontrollészlelő”	B+Sz+T-	37	10,2
6. „Nem létező”	B+Sz- T+	23	6,4
7. „Igent mondó”	B+Sz+T+	43	11,9
8. „Nemet mondó”	B- Sz- T-	53	14,6

B: belső kontroll; Sz: szociális külső kontroll; T: transzcendens kontroll.

+: a minta átlagánál magasabb értékek.

- : a minta átlagánál alacsonyabb értékek.

Az egészségügyi közkiadások alakulása a GDP százalékában

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Egészségbiztosítás	3,9	4,6	5,3	5,4	5,4	5,8	5,2	5,3
Gyógyító-megelőző ellátás	2,8	3,6	3,9	3,9	3,8	3,9	3,5	3,5
Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz	1,1	1	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5
Költségvetés (folyó kiadások)	0,4	0,3	0,5	0,7	0,7	0,8	0,9	0,6
Beruházások	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,3
Összes közkiadás	4,9	5,4	6,4	6,7	6,7	7,2	6,5	6,2
Lakossági gyógyszerkiadás	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7	0,7

Forrás: OEP, NM, PM adatai alapján Orosz Éva számításai. (Az 1992 előtti kiadások nem tartalmazzák az adminisztrációs költségeket.)

Az egészségbiztosítási (természetbeni) kiadások reálértékének alakulása (1990=100)*

	Az általános infláció alapján			Az egészségügyi infláció alapján		
	Természetbeni összes 1990=100	Gyógyító-megelőző	Gyógyszer	Természetbeni összes 1990=100	Gyógyító-megelőző	Gyógyszer
1989	97	91	116	93	87	111
1990	100	100	100	100	100	100
1991	100	94	118	93	88	110
1992	97	91	120	73	68	90
1993	95	86	124	70	64	92
1994	103	94	132	76	69	97
1995	92	83	123	66	59	88
1996	84	75	112	63	56	84

*1989-es változatlan árakon számítva.

Forrás: OEP adatai alapján Orosz Éva számításai.

Az egészségbiztosítási (természetbeni) kiadások alakulása a GDP százalékában

	Természetbeni összes	Gyógyító-megelőző	Gyógyszer
1989	4,21	3,09	1,12
1990	4,64	3,61	1,03
1991	5,26	3,88	1,38
1992	5,32	3,86	1,46
1993	5,28	3,75	1,53
1994	5,53	3,94	1,58
1995	4,95	3,45	1,46
1996	5,06	3,53	1,50

Forrás: OEP adatai alapján Orosz Éva számításai.

Az aktív fekvőbeteg-ellátás teljesítménye és az egységni teljesítményre jutó OEP kifizetés reálértéke*

	Aktív pénztár reálértéke 1992=100	HBCS súlyszám 1992=100	Alapdíj reálértéke 1992=100
1992	100	100	100
1993	83,5	109,9	81,6
1994	100,1	122,8	81,9
1995	90,6	128,1	67,9
1996	92,3	134,4	64,6

*Az átlagos infláció alapján számolva.

Forrás: Orosz Éva számításai a GYÓGYINFOK adatai alapján.

Az egészségbiztosítás gyógyító-megelőző kiadásainak megoszlása

	Alapellátás	Járóbeteg- ellátás	Fekvőbeteg- ellátás	Speciális	Egyéb	Gyógyító- megelőző összesen
1993	17,2	13,6	50,5	5,0	13,7	100
1994	18,2	15,0	54,8	4,6	7,4	100
1995	16,4	15,3	56,3	5,9	6,1	100
1996	15,5	15,2	56,3	6,3	6,7	100
1997	15,9	15,9	56,5	7,5	4,2	100

Forrás: OEP adatai alapján Orosz Éva számításai.

Az egészségbiztosítási alap egyensúlyi helyzete

	Bevétel		Kiadás		Hiány		Bevétel	Kiadás	Hiány
	reálértékben, 1992=100		reálértékben, 1992=100		a GDP százalékában				
	tervezett	tény	tervezett	tény	tervezett	tény			
1992	100	100	100	100		100	8	8,8	-0,7
1993	92,6	97,1	98,2	97		96,6	7,9	8,6	-0,7
1994	96,9	110,7	96,9	106,2		57,3	8,7	9,1	-0,4
1995	97,9	96,1	97,9	92,6		54,8	7,6	8	-0,4
1996	89,1	85,3	89,3	85,4		87,4	7,1	7,8	-0,7
1997	80,3		80,9				6,6	6,7	-0,05

Forrás: OEP adatai alapján Orosz Éva számításai.

A táblázat adatai az Egészségbiztosítási Alap egészére vonatkoznak, azaz a természetbeni egészségügyi ellátásokon kívül tartalmazzák a pénzügyi ellátásokat: táppénz, rokkantási nyugdíj stb. adatait is.



Válogatott bibliográfia

Az alábbiakban válogatást adunk olyan publikációkból, amelyek folyóiratunk e számának témáihoz kapcsolódnak

- Ajánlások az egészségügy szerkezetének átalakítására megyénként és a fővárosban. Megyei tanulmányok és javaslatok. Népjóléti Minisztérium, 1995.
- Ajkay Z. (1987): *Öt tanulmány az egészség reformjáért*. Budapest, Medicina.
- Ajkay Z. (1994): *Öt tanulmány az egészségbiztosítási reformról*. Budapest, TB Műhely.
- Ajkay Z. – Bognár I. – Kökény M. (1986): Hogyan gazdálkodjunk az egészségünkkel. *Társadalmi Szemle*, 1986/2.
- Ajkay Z. – Kullmann L. (szerk.) (1995): *A magyar kórháziügy*. Budapest, Magyar Kórházszövetség.
- Andorka R. – Kolosi T. – Vukovich Gy. (szerk.) (1990): *Társadalmi riport 1990*. Budapest, TÁRKI.
- Andorka R. – Spéder Zs. (1996): A szegénység Magyarországon 1992–1995. *Esély*, 1996/4.
- Andorka R. és munkatársai (1988): A társadalmi környezet, az életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára. Az MTA számára készített sokszorosított beszámoló.
- Antal Z. L. (1986): Beteg utak. *Medvetánc*, 1986/4.
- Antal Z. L. (1995a): A lakosság érdekeinek háttérbe szorítása az egészségügyi ellátásban. *Társadalomkutatás*, 1995/1–4.
- Antal Z. L. (1995b): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága. *Szociológia*, 1995/2.
- Arben, S. (1987): Social Class, Non-employment, and Chronic Illness. *British Medical Journal*, 294.
- Aron, R. (1994): *Tanulmány a szabadságjogokról*. Pécs, Raymond Aron Társaság – Tanulmány Kiadó.
- Bíztató. „Őrizd meg jól az életed”*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1988.
- Bobak, M. – Marmor, M. (1966): East-West Mortality Divide and its Potential Explanations: Proposed Research Agenda, *British Medical Journal*, 312.
- Boján F. – Belicza É. (1994): A hazai kórházak minőségfejlesztési tevékenysége. Áttekintő értékelés kérdőíves elemzés alapján, Debrecen, DOTE.
- Boján F. – Belicza É. (1995): A hazai fekvőbeteg gyógyintézetek teljesítmény mutatói az 1994. július 1. – 1995. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján. Debrecen, DOTE.
- Boján F. – Vargáné Hajdú P. – Belicza É. (1991): Az elkerülhető halálozás tendenciái Magyarországon és szerepe a lakosság idő előtti halálozásában. In: *A nép-egészségügy időszerű kérdései '91*.

- Bondár É. (1993): Egészségügyi kiadásaink és nemzetközi tendenciák. *Lege Artis Medicinae*, 1993/3.
- Buda B. (1992): Az alkoholológia új távlatai. Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez. Budapest, Alkoholizmus Elleni Bizottság.
- Buda B. (1994): Egészségügy, prevenció, lelki egészségvédelem. In: Buda B.: *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei*. Budapest, Animula.
- Cockerham, W. C. (1978): *Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc.
- Creed, F. (1985): Life Events and Physical Illness: A Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 1985/29.
- Csabai M. – Erős F. – Fábíán Z. (szerk.) (1997): Az egészség szociális reprezentációja budapesti középiskolások körében. Kutatási zárótanulmány „Az egészségügyi kampányok hatásának pszichológiai alapjai” témáról a Népjóléti Minisztérium számára. Budapest, MTA Pszichológiai Intézete. Kézirat.
- Csabai M. – Erős F. – László J. (1997): Az észlelt kontroll szerepe az egészség szociális reprezentációinak szerveződésében. *Pszichológia* (megjelenés alatt).
- Csabai, M. – Molnár, J. – Molnár, P. (1993): Value-changes, Locus of Control, Behavioural Adjustment: A Health Paradigm-shift in the Making. 7th Conference of the European Health Psychology Society, Bruxelles.
- Csáki Gy. – Orosz É. (1995): Az államháztartás reformja: csak elosztás? *Esély*, 1995/3.
- Csató É. – Szentgyörgyi Zs. (szerk.) (1989): *Sorskérdéseink*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Daróczi E. (1988): A halandóság területi eltérései Magyarországon, disszertáció. MKKE.
- Daróczi E. (1993): Urban/Rural Disparities in Male Surmortality in Hungary. *Ann. Univ. Sci. Rolando Eötvös Nom., Sect. Geogr.*, 22–23.
- Demográfiai évkönyv 1994*, Budapest, KSH (1995).
- Depe H. U. (1997): Verseny a kórházban – üzemgazdasági és népgazdasági racionalitás. *Arzt und Krankenhaus*, 1997/7.
- Dohrenwend, B. S. – Dohrenwend B. P. (1981): *Stressful Life. Events and Their Context*. New York, Product.
- Dubos, R. (1980): *Man Adapting*. New Haven, Yale University Press.
- Egészségbiztosítási évkönyv 1994*, Budapest, OEP (1995).
- Az egészségügyi ellátás modernizációja. Tervezet. Népjóléti Minisztérium, 1995.
- Egészségügyi helyzet és reformok a fejlett piacgazdaságokban és Magyarországon*. Budapest, KSH, 1996.
- Előterjesztés a Kormány részére az egészségügyi reform koncepciójáról és az 1992. évben bevezetésre kerülő változásokról. Népjóléti Minisztérium, 1991.
- Engel, G. L. (1977): The Need of a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196.

1991. évi XI. tv. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról. *Magyar Közlöny*, 37.
1992. évi LXXII. tv. A magzati élet védelméről. *Magyar Közlöny*, 132.
- Fabian, E. E. (1994): *A szétdarabolt páciens és az öt egészséges emberré tevő orvoslás modellje*. Budapest.
- Falussy B. (szerk.) (1995): *Az ifjúság életkörülményei*. Budapest, KSH.
- Farkas I. (1994): A daganatos halálozás helyzete Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 1994/5.
- Feachem R. (1994): A lakosság egészségügyi állapotának hanyatlása Kelet-Európában. *Nature*, 36 (közli: *Népegészségügy* 1995/4).
- Fehér M. (1992): *Az egészségügyi szolgáltatások és intézmények finanszírozása. (Változások a társadalombiztosításban és az egészségügy finanszírozásában.)* Budapest, Perfekt Kiadó.
- Ferge Zs. (1996): Magyar szociálpolitika, 1995. In: Kurtán S. – Sándor P. – Vass L. (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 1995*. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány.
- Fodor I. (1992): Mennyit ér az ember egészsége? A környezeti eredetű betegségek gazdasági kára és a fenntartható gazdasági fejlődés. *Környezet és Fejlődés*, 1992/4–5.
- Foglalkoztatottság és kereseti arányok 1993–1995*. Munkaügyi adattár. Budapest, KSH, 1996.
- Frenkl R. (1996): Tűz alatt az egészségbiztosító? A lakosság egészségi állapota, az egészségbiztosító reformja, a kockázatkezelő pályázati rendszer. *Magyar Nemzet*, 1996. július 17.
- Fuchs, V. R. (1974): *Who Shall Live? Health Economic and Social Choice*. New York, Basic Books.
- Galgóczy Zs. (1996): A humán erőforrás a legjobb beruházás – nincs egyedül üdvözítő út. (Kerekasztal-beszélgetés az egészségügy finanszírozásának intézményei témájáról. Budapest, 1995. nov. 16.) *Gazdaság és Társadalom*, 1996/1–2.
- Gárdos É. (1995): Az ifjúság életkörülményei. In: *A fiatalok egészségi állapota és szociális helyzete*. Budapest, KSH.
- Gergely M. (1996): A hazai egészségügy halaszthatatlan reformjának néhány kérdése. *Valóság*, 1996/11.
- Gulácsi L. – Balitzky A. (1993): Mi lesz velünk 2000-ig? *Lege Artis Medicinae*, 1993/1.
- Gyógyszertámogatás, gyógyszerfogyasztás. In: *Egészségbiztosítási évkönyv 1994*.
- Gyurkovics I. (1996): Kardiovaszkuláris betegségek és kockázati tényezők miatt 10 éven át folytatott háziorvosi gondozás eredményei és tapasztalatai. *Népegészségügy*, 1996/2.
- Hargitai S. (1991): Gondolatok az ember, a társadalom és az egészségügy kapcsolatairól. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1991/4.
- 6/1992. (III. 21.) NM. R. A házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról. *Magyar Közlöny*, 33.

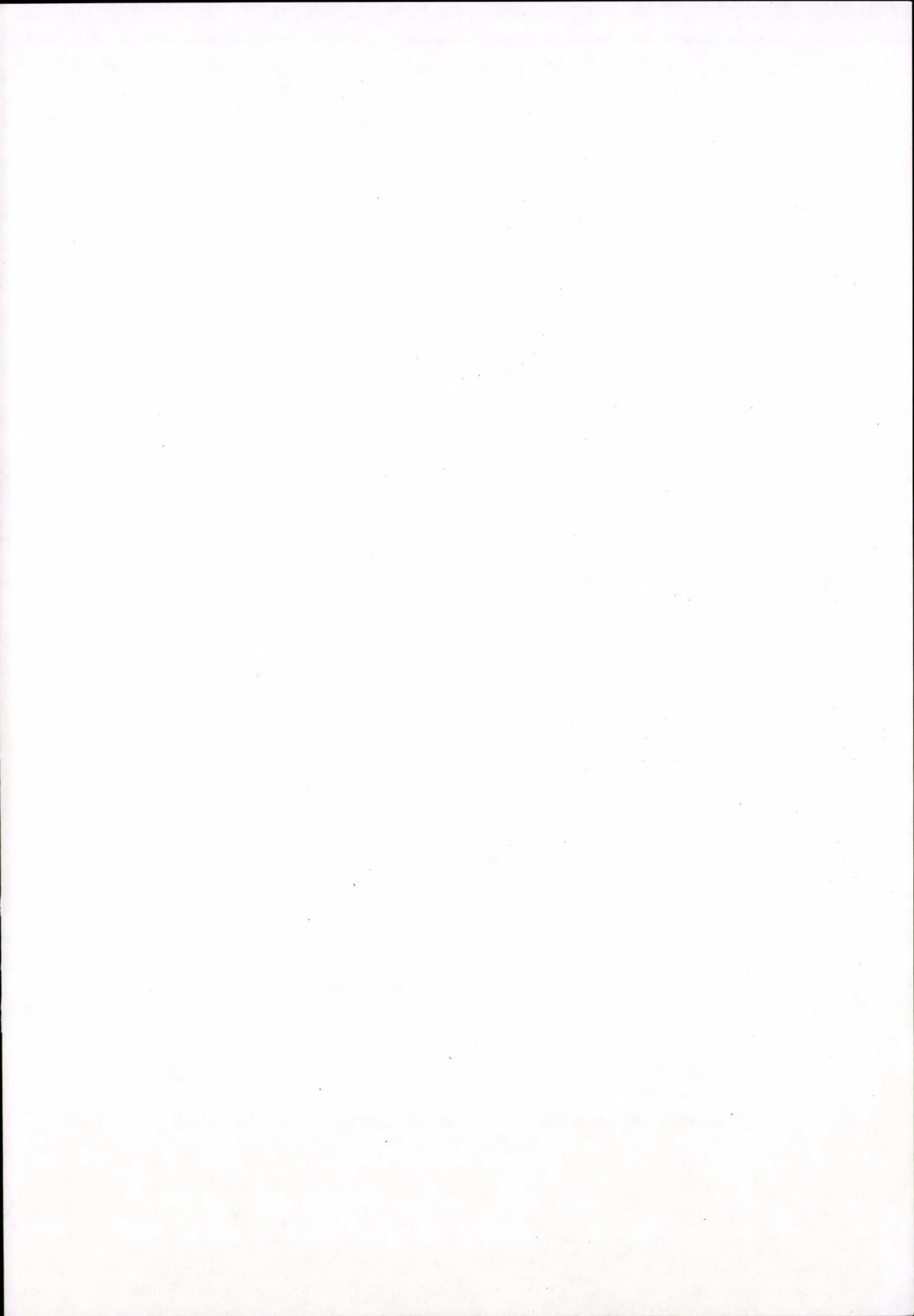
- Ho T. J. – Orosz É. (1995): Az egészségügy reformja Magyarországon: számvetés. *Lege Artis Medicinae*, 1995/6.
- Hoffer G. – Boján F. (1996): A magyar lakosság romló halandóságáról közzétett elemzések a hazai szakmai és közéleti irodalomban, valamint a politikai, egészségpolitikai és kormányzati dokumentumokban Magyarországon. *Népegészségügy*, 1996/3.
- Iffjúságstatisztikai adattár 1993*. Budapest, KSH, 1995.
- Ivány V. (1996): Az egészségügyi rendszerek működésének egyes közgazdasági kérdései. *Társadalom és Gazdaság*, 1996/1.
- Jakabfi P. – Simon A. (1996): A csecsemőkori hirtelen halál szindróma (sids) rizikófaktorainak klinikai epidemiológiai vizsgálata. *Népegészségügy*, 1996/4.
- Jelentés a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1993. évi zárszámadásához kapcsolódó ellenőrzések tapasztalatairól. Állami Számvevőszék, 1995.
- Józán P. (1986): A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980–83-ban. *Demográfia*, 1986/2–3.
- Józán P. (1991): A halálozási viszonyok főbb jellemzői Magyarországon és azok nemzetközi vonatkozásai az 1980-as években. In: *A népegészségügy időszerű kérdései '91*.
- Józán P. (1994a): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években. *Statisztikai Szemle*, 1994/1–2.
- Józán P. (1994b): A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon. 1980–1992. (Halandósági vizsgálatok.) Budapest, KSH.
- Józán P. (1994c): A halandóság romlásának okai Magyarországon. In: Münnich I. – Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Budapest, Közélet Kiadó.
- Józán P. (1995): Több évtizede tart a demográfiai apály. *Magyar Hírlap*, 160.
- Józán P. (1996): Halálozások, halandóság. In: Kovacsicsné Nagy K. (szerk.): *Demográfia*. KSH.
- Kameniczky I. (szerk.) (1995): *Egészségbiztosítás alulnézetben ötezer család megkérdezése alapján*. Budapest, OEP.
- Kemenade, Y. W. van (1993): Health Care in Europe: The Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries.
- Kertai P. (1993): A népegészségügy prioritásai Magyarországon az ezredfordulóig. *Lege Artis Medicinae*, 1993/8–9.
- Ki őrzi egészségét?* Budapest, NEVI, 1993.
- Kincses Gy. (1993a): Az egészségügyi szolgáltatás jövője – a magyar modell. *Nép-jóléti Szemle*, 1993/24.
- Kincses Gy. (1993b): Reformok az egészségügyben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1993/2.
- Kincses Gy. (1994a): *Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései – a magyar modell*. Budapest, Praxis Server Kft.
- Kincses Gy. (1994b): A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1994/6.

- Kincses Gy. (1997): Az egészségügyi ellátás értékhierarchiájáról. NM munkanyag. 1997. III. 18.
- Klinger A. (1987): A halandóság társadalmi különbségei. *Demográfia*, 30.
- Kopátsy S. (1995): *Van kiút!* Budapest, Belvárosi Könyvkiadó.
- Kopp M. (1997): A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében. Budapest. *Kórház*, 1997/3.
- Kopp M. – Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken Kiadó.
- Kopp M. – Skrabski Á. (1996): A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban. *Századvég (ősz)*.
- Kopp M. – Skrabski Á. (1997a): Az országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei. *Kapu*, 1997/2.
- Kopp M. – Skrabski Á. (1997b): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Leg Artis Medicinae*, 1997/7.
- Kornai J. (1996): *Vergődés és remény. Gondolatok a gazdasági stabilizációról és a jóléti állam reformjáról*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Kovács I. – Nagy T. (1997): A kiskorúak sértetté válásának tapasztalatai Jász-Nagykun-Szolnok megyében 1990–1995 között. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 1997/2.
- Kovács J. (1993): Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában. *Leg Artis Medicinae*, 1993/6–7.
- Kövesi E. (1994): A kórház európai összefüggésben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1994/5.
- Kövesi E. (1995): A kórház nagyüzem jellegével kapcsolatos megfontolások. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1995/6.
- Kövesi E. (1996): Orvosi etika és gazdaságosság – összefüggés-e vagy ellentmondás? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1996/5.
- Kristiansen, C. M. (1985): Value Correlates of Preventive Health Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49.
- Laczó F. (1997): Kifelé vagy befelé? *HVG*, 1997/34.
- Laki L. (1992): A fiatal munkanélküliek helyzetének néhány jellemzője. *Esély*, 1992/6.
- Laki L. (1993): Munkanélküliség és ifjúság. *INFO-Társadalomtudomány*, 1993. október, 26. szám.
- Lamm Gy. – Kishegyi J. (1996): A magyar falusi lakosság kardiovaszkuláris egészségi állapota – változások három évtized alatt. *Népegészségügy*, 1996/1.
- Léder L. (1997): A munkanélküliség interdiszciplináris megközelítése. *Végeken*, 1997/8.
- Little D. A. (1993): Health Care Reform: Stakes at the Turn of the Century. Europe: Quo Vadis? Brussels, The Adam Smith Conference on International Health Care Reform.
- Losonczi Á. (1986): *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, Magvető.
- Losonczi Á. (1989): *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

- A magyar társadalom életmódjának változásai az 1976–77., 1986–87. és az 1993. évi életmód-időmérleg felvételek alapján. I. A társadalmi idő felhasználása. Budapest, KSH, 1994.
- Makara P. (1994): Váltás a modern egészségügyi gondolkodásban. Egészségmegőrzés, egészségvédelem: van-e esély? In: *Szociális munka és egészségügy. Tanulmányok*. Budapest, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete.
- Márk L. – Szimondán Gy. – Kondacs A. – Deli L. (1996): Mortalitás, ischaemias szívbetegség rizikófaktorok és a munkanélküliség vizsgálata Békés megyei községekben. *Népegészségügy*, 1996/2.
- Mázsár P. (1994): Piaci lehetőségek és korlátok az egészségügy finanszírozásában. *Gazdaság és Társadalom*, 1994/5–6.
- Mikola, I. (1993): A reformok megvalósíthatósága. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1993/2.
- Miltényi K. (1992): Népesedéspolitika és a legújabb változások Magyarországon. *Demográfia*, 1992/1.
- Molnár L. (1992): Az egészséges élettartam Kelet-Közép-Európában. *Lege Artis Medicinae*, 1992/9.
- Moser, K. A. – Fox, A. J. – Jones, D. R. (1984): Unemployment and Mortality in England. The Opsec Longitudinal Study. *Lancet*, 1324–1328.
- Munkaképesség-csökkenés, a neurózis és depresszió tüneti képe, alkoholfogyasztás, fokozott gyógyszerfogyasztás, dohányzás, magatartászavarok, öngyilkossági magatartás. Budapest, Px Informatikai és Humán Kockázatokat Kezelő Kft. – SOTE Pszichiátriai Klinika, 1990.
- Nagy A. (1997): A jóléti rendszer Franciaországban. Kézirat.
- National Economic Research Associates (1993): *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*. Vol. 1. London, NERA.
- Népjóléti statisztikai évkönyv 1995, KSH, 1997.
- OECD (1994): OECD Health Systems. *Health Policy Studies*, 1993/3, Paris.
- Orosz É. (1992): *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány.
- Orosz É. (1993): A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. In: Enyedi Gy. (szerk.): *Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Orosz É. (1995): Átalakulás az egészségügyben: az önkormányzati kórházak helyzete, alkalmazkodási törekvései és privatizációs lépései. (Az esettanulmányokat Szende Ágota, Kaló Zoltán, Dózsa Csaba készítette.) Aktív Társadalom Alapítvány.
- Orosz É. (1996a): Javaslatok az egészségügyi rendszer reformjára. (Az Államháztartási Reformbizottság Jóléti Albizottsága.) *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1996/3.
- Orosz É. (1996b): Merre tart az egészségügy reformja? Rendszerváltás, privatizáció, költségvetés. *Magyar Tudomány*, 1996/4.
- Orosz É. (1996c): Az államháztartási reform alapvető kérdései az egészségügyben. *INFO-Társadalomtudomány*, 1996. augusztus, 37. szám.

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Statisztikai tájékoztató. 1995. I. félév, OEP (1995).
- Öllős G. (1989a): Szennyvíz és környezet. In: Csató É. – Szentgyörgyi Zs. (szerk.): *Sorskérdéseink*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Öllős G. (1989b): Mindennapi ivóvizünk. In: Csató É. – Szentgyörgyi Zs. (szerk.): *Sorskérdéseink*. Budapest Akadémiai Kiadó.
- Pete P. (1997): Az egészségügyi ellátás rendszerének alapvonásai és reformjai Ausztráliában és Új-Zélandban. *Közgazdasági Szemle*, 1997/5.
- Pikó B. – Barabás K. (1996): A pszichikai közérzet felmérése epidemiológiai vizsgálatokban. *Népegészségügy*, 1996/1.
- Preker, A. – Feachem, G. (1995): Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe. World Bank Technical Paper, Washington.
- Rácz J. (1993): A fiatalok életmódja, egészségi állapota és devianciája közötti összefüggések. *INFO-Társadalomtudomány*, 1993. október, 26. szám.
- Sagan, L. A. (1987): *The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well-being*. New York, Basic Books, Inc. Publishers.
- Sajó A. – Sándor J. (1996): A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében. *Magyar Tudomány*, 1996/7.
- Sándor J. (1995): Felnőttek vagy gyermekek jogai. *Lege Artis Medicinae*, 1995/8.
- Simonyi Á. (1995): Munka nélkül: családi alkalmazkodási stratégiák és hiányuk. In: *Az államtalanítás dilemmái: szociálpolitikai kényszerek és választások*. Aktív Társadalom Alapítvány.
- Spielmann J. (1984): *Betegség, orvoslás, társadalom. Az orvosi pszichológia vázlatja*. Bukarest, Kriterion.
- Stainton-Rogers, W. (1991): *Explaining Health and Illness*. Milton Keynes, Open University Press.
- Statisztikai adatok Magyarország 1994. évi egészségügyi és szociális helyzetéről. II. Epidemiológiai adatok. *Népegészségügy*, 1995/6.
- Statisztikai évkönyv 1992*. Budapest, OTF, 1993.
- Statisztikai évkönyv 1993*. Budapest, ONYF – OEP, 1994.
- Statisztikai évkönyv 1994*. Budapest, OEP, 1995.
- Szabó A. F. (1990): *Társadalom, népesedés, politika*. Budapest, Magvető.
- Szalai J. (1986): *Az egészségügy betegségei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Szalai J. (1992): A társadalombiztosítás érdekviszonyairól. *Szociológiai Szemle*, 1992/2.
- Szelényi I. (1992): *A poszt-kommunista átmenet társadalmi konfliktusai*. Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete.
- Tahin T. – Jeges S. – Csanaky A. (1993): Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia*, 1993/4.
- Tardos K. (1995): Tartós betegek kivonulása a munkaerőpiacról. *Esély*, 1995/2.
- Tardos M. (1995): Mi okozta Magyarország jövedelemtermelő képességének zuhanását és mi a teendő? *Kritika*, 1995/7.
- Társadalmi helyzetkép*. Budapest, KSH, 1996.

- Társadalombiztosítási körkép.* Budapest, OTF, 1991.
- Területi halandósági táblák. 1988–1994.* KSH, 1996.
- Tóth I. (1992): A magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapota és a kedvező irányú társadalmi-gazdasági átalakulás esélyei (doktori értekezés). Budapest, BKE.
- 11/1994. (XI. 23.) Korm. Határozat a Kormány egészségügyi cselekvési programjáról. *Népjóléti Közlöny*, decemberi különszám.
- Towsend, P. D. (1988): *Inequalities in Health.* London, Penguin.
- Valkovics E. (1994): Néhány gondolat a halálokok szerinti és az egyes halálokok feltételezett kiküszöbölésén alapuló halandósági táblákról. Budapest, KSH.
- Vargáné Hajdú P. – Belicza É. – Boján F. (1991): Az idő előtti halálozás megismerésének újabb lehetőségei. In: *A népegészségügy időszerű kérdései '91.*
- Vargáné Hajdú P. – Boján F. (1996): Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében. *Népegészségügy*, 1996/3.
- Veress P. (1993): Az egészségügyi finanszírozás reformja. *Pénzügyi Szemle*, 1993/4.
- Vincze P. (1995): Az önállósuló egészségbiztosítás dilemmái: a gyógyszerfinanszírozási rendszer funkciózavarai. In: *Az államtalanítás dilemmái: szociálpolitikai kényszerek és választások.* Budapest, Aktív Társadalom Alapítvány.
- Wallston, K. A. – Wallston, B. S – DeVellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6.
- Wallston, K. A. – Wallston, B. S. (1982): Who Is Responsible for Your Health? The Construct of Health Locus of Control. In: Sanders, G. S. – Suls, J. (eds.): *Social Psychology of Health and Illness.* Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- WHO (1986–1990): *World Health Statistics Annual.* Geneva, WHO.
- WHO (1993): *Issues. Eight Reports on the World Health Situation.* WHO Press Release.
- WHO (1996a): *European Health Care Reforms. Citizens' Choice and Patients' Rights.* World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1996b): *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary.* World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Wolinsky, F. (1980): *The Sociology of Health.* Boston, Little, Brown and Co.



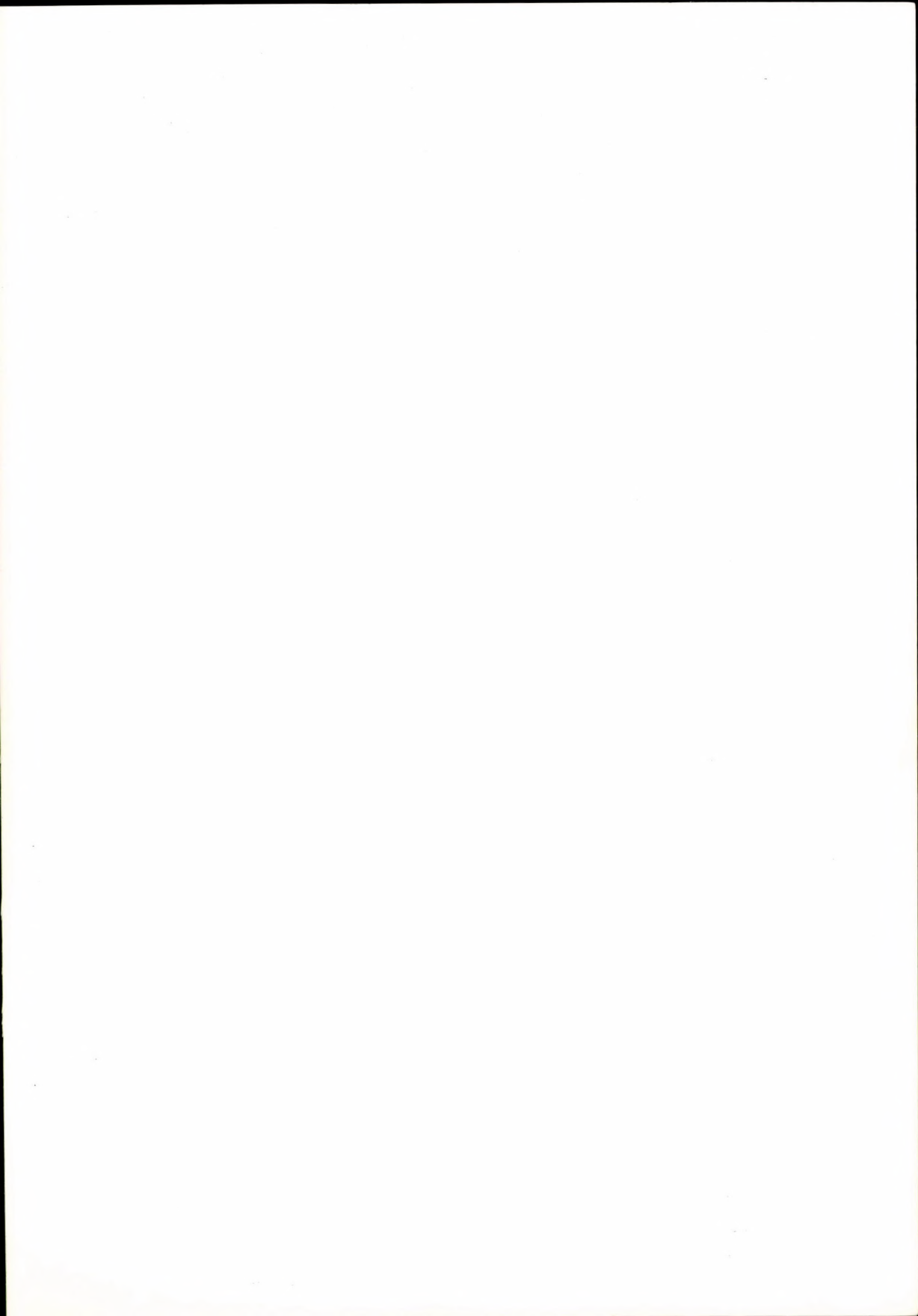
Kiadja:
az Országgyűlési Könyvtár
az MTA Társadalmi Konfliktusok Kutatóközpontja
és az MTA VITA Alapítvány
közreműködésével

A kiadásért felel:
az Országgyűlési Könyvtár főigazgatója

A szerkesztésért felel: Tamási Péter

A nyomdába adás ideje: 1997. október

HU ISSN 0864-8174



Ára: 168,- Ft áfával

INFO-Társadalomtudomány

1. szám: Válaszúton a magyar társadalom
2. szám: Népbetegségeink? – A társadalmi beilleszkedési zavarok anatómiájához
3. szám: Technikai fejlődésünk útvessztői
4. szám: Egy mítosz és következményei – Az ún. „nem termelő” szféráról
5. szám: Társadalmi rétegződésünk, társadalmi struktúránk
6. szám: Reformgazdaság?
7. szám: A szocializmus sorsfordulói
8. szám: Az új alkotmány elé
9. szám: Meg lehet-e állítani Magyarország népességfogyását?
10. szám: Kisebbségben – A nemzeti-ségi kérdés margójára
11. szám: Magyarország és a szociálpolitika
12. szám: A hatalomról
13. szám: Településeink, válságos régióink és az önkormányzatok
14. szám: Az átmenet időszaka Közép-és Kelet-Európában
15. szám: Külgazdaság: a magyar gazdaság megváltója?
16. szám: Bűnözés és társadalom
17. szám: Vallás – egyházak – társadalom
18. szám: Oktatás – változás
19. szám: A magyar falu a változások sodrában
20. szám: Magyarország a világgazdaság rendszerében
21. szám: Környezeti problémák – társadalmi változások
22. szám: Választások
23. szám: A munkanélküliség Magyarországon
24. szám: Biztonságpolitika és a hadsereg Magyarországon
25. szám: Idegengyűlölet, másság, tolerancia
26. szám: Az ifjúság helyzetéről
27. szám: Az európai integráció és Magyarország
28. szám: Változások a magyar társadalomban a rendszerátalakulás után
29. szám: Az átmenet mérlege a „visegrádi országokban”
30. szám: A változó család
31. szám: A „rendszerelváltó” közigazgatás
32. szám: Nőtudomány
33. szám: A feketegazdaság: a piacgazdaság kísérőjelensége
34. szám: Az államháztartás reformjáról
35. szám: Kommunikáció – média – közvélemény
36. szám: Az átalakuló magyar mezőgazdaság
37. szám: A szociális ellátórendszer reformjáról
38. szám: Az információs társadalomról
39. szám: Értékváltozások

Az Országgyűlési Könyvtár állományából törölve

