

Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban

Orosz Éva – Kollányi Zsófia

1. Az egészség-egyenlőtlenségek jelentősége

Az egészségi állapot alakulása egy ország társadalmi-gazdasági és politikai folyamatainak komplex „eredmény indikátoraként” is értelmezhető (Sen 1995), hiszen az egészségben leélt hosszú élet önmagában vett érték az egyének számára, társadalmi és egyéni szinten is a jólétnek egyik alapvető összetevője, amit a társadalmi-gazdasági tényezők és a kormányzati politikák alapvetően befolyásolnak. Továbbá az egészséghez való jog az emberi méltóság, az emberi jogok és a demokratikus normák érvényesülésének egyik alapvető dimenziója (Havasi 2011). Jelenleg az egészség-egyenlőtlenségek növekedése súlyosan veszélyezteti az ország gazdasági teljesítményét, hosszú távú társadalmi fejlődését. Ezeknek az egyenlőtlenségeknek a csökkentése alapvető fontosságú a magyar társadalom számára (Orosz–Kollányi 2014).

A nemzetközi szinten a 2000-es évek elejétől – hosszú „elfelejtettség” után – ismét fokozott figyelmet kaptak az egészség-egyenlőtlenségek (Marmot–Wilkinson eds. 2000). Az egészség-egyenlőtlenségek iránti növekvő figyelem része egy általánosabb szemléletváltozásnak: egyrészt a gazdasági növekedés és a társadalmi fejlődés kapcsolatára, másrészt az egészség, egészségügy és gazdaság kapcsolatrendszerére vonatkozóan. E mögött számos tényező együttes hatása húzódik meg. Az elemzések és a társadalmi és politikai feszültségek is láthatóvá tették, hogy az 1980-as és 1990-es években végbement gazdasági növekedés egyáltalán nem vezetett a jólét általános növekedéséhez, hanem azt a társadalmi egyenlőtlenségek jelentős növekedése kísérte. A társadalmi polarizáció, dezintegráció, politikai szélsőségek erősödése nemcsak az egyének jólétét, biztonságát, közérzetét veszélyeztetik, hanem a hosszú távú gazdasági fejlődést is (OECD 2011). A demográfiai változások, a gazdaságilag aktív népesség arányának csökkenése is ráirányította a figyelmet a gazdasági növekedés emberi tényezőire. A gazdaság és egészség közötti viszony leegyszerűsített, egyirányú szemlélete helyett elismerést nyert az az álláspont, hogy az egészségi állapot az egyének munkateljesítményére és a gazdasági növekedésre egyaránt hatást gyakorló tényező.

A 2000-es évek elejétől ennek az irányzatnak megfelelő szemléletváltás bontakozott ki az Európai Bizottság egészségpolitikájában is. Ettől fogva

az Európai Unió által finanszírozott kutatások, tanulmányok és egyéb intézkedések sorának célja lett az, hogy a tagállamok egészségpolitikájában is megtörténjen ez a szemléletváltás: hogy a kormányok a jó egészséget és egészségügyi rendszert a munkaerő-kínálat minőségi és mennyiségi növelésében és a hosszú távú gazdasági növekedésben kiemelkedő szerepet játszó tényezőnek tekintsek (European Commission 2007). A 2008-ban kibontakozó gazdasági válság azonban megállítani látszik ezt a folyamatot, még mielőtt az jelentősebb hatást gyakorolhatott volna a tényleges kormányzati politikákra. A pénzügyi rendszer megmentését célzó kormányzati beavatkozások drasztikus költségvetési megszorításokat generáltak, ennek jelentős elemeként számos országban (köztük Magyarországon is) reálértékben is csökkentek az egészségügyi közkiadások a 2010-es évek elején (Quaglio *et al.* 2013). A válság többszörösen is kedvezőtlenül hatott az egészség(ügy)re: súlyosbította az egészség egyenlőtlenségeit meghatározó társadalmi kockázatokat, másrészt tovább szűkítette az egyenlőtlenségek csökkentésére elérhető forrásokat (WHO 2013).

A magyar társadalomtudományi kutatásokban az egészségi állapot és az egészségügy egyenlőtlenségeinek különböző aspektusai az 1980-as évek eleje óta jelen vannak – így számottevő kutatási eredmény halmozódott fel az elmúlt évtizedekben. (A teljesség igénye nélkül lásd Hablicsek 2007; Józán 1986; 1994; Kovács 2007; 2012; Kopp–Szedmák 1989; Losonczy 1989; Orosz 1990 stb.). Az egészség-egyenlőtlenségek témaköre a politikai elit köreiben és a közvéleményben azonban jelentőségéhez képest mindmáig csekély figyelmet kapott.

1.1. A tanulmány megközelítése, fő kérdései

A tanulmány az egészségi állapot és az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából egyrészt az Európai szinten helyez el Magyarországot, másrészt a Magyarországon belüli, különböző társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségeket vizsgálja. Az elemzések fő kérdései: Milyen a jelenlegi helyzetünk a népesség egészségi állapotát és az egészség-egyenlőtlenségeket tekintve nemzetközi összehasonlításban? Csökkent-e Magyarország távolsága a legjobb helyzetű országokhoz képest e tekintetben az elmúlt évtizedekben, a rendszerváltás óta? A gazdasági fejlettségünk alapján várhatóhoz képest jobb-e vagy rosszabb-e a magyar népesség egészségi állapota? Hogyan alakultak az országon belüli egyenlőtlenségek? A tanulmány utolsó részében kitérünk az egészségi állapot egyenlőtlenségeit magyarázó tényezőkre is. Elemzésünkben elsősorban az Eurostat és az OECD különböző adatbázisaira támaszkodunk.

1.2. Az egészség-egyenlőtlenségek elemzéséhez használt indikátorok

Az egészségi állapot térbeni és időbeli összehasonlító vizsgálataihoz a *születéskor, a 40 és 65 éves korban várható élettartamok*, a részletesebb elemzésekhez pedig az *egyes halálokok szerinti halálozási ráták* jelentik a leggyakrabban használt átfogó mutatókat. A várható élettartam azonban nem mutatja meg, hogy az élettartam növekedése azt jelenti-e, hogy hosszabb ideig élünk jó egészségi állapotban vagy elsősorban a korlátozott egészségben leélt élettartam növekedett. Ezért egyre nagyobb hangsúlyt kap a *várható egészséges élettartam* (*healthy life years*) mutatója (Eurostat 2016). A korai életkorban bekövetkező halálozások mértékének a jellemzésére használt mutató *az idő előtti (korai) halálozás*, ami a 100 ezer főre jutó (az OECD-statisztikákban) 70 éves kor előtt bekövetkezett halálozások miatt elvesztett életévek számát mutatja (*potential years of life lost*). Mind a várható élettartam, mind a várható egészséges élettartam alakulására ható tényezők három nagy csoportba sorolhatók:

- strukturális tényezők (gazdasági, társadalmi, szociálpszichológiai, társadalompolitikai tényezők, továbbá a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás szerinti rétegződése);
- az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezők (környezeti ártalmak, stressz, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.);
- és az egészségügyi rendszer működése (pl. a megelőző programok épp a legveszélyeztetettebb csoportokat nem érik el, az ellátáshoz való hozzáférésben és minőségben meglévő óriási egyenlőtlenségek stb.).

A fenti számos tényező egymással ellentétes irányban is hathat – eredőjük a várható élettartam alakulásában tükröződik. Az egészségügy hatását átfogó módon mutatja az *elkerülhető halálozás* (Nolte–McKee 2004), amelynek kiszámításakor olyan halálokokat vesznek csak figyelembe, amelyek esetében – hatékonyan működő prevenció és jó minőségű gyógyító ellátás esetén – a halálozás *egy adott életkor előtt* elkerülhető lenne: azaz megelőzhető vagy meggyógyítható az adott betegség. Az elkerülhető halálozás (*avoidable*) két fő csoportja a *megelőzhető (preventable)* és a *kezelhető (amenable) halálozás*. (Eurostat (2016) Az életminőséget jelentősen befolyásolja a *szubjektív egészségi állapot* alakulása. Egy adott országon belüli egészség-egyenlőtlenségek az előzőekben vázolt indikátoroknak az *iskolai végzettség, a jövedelmi és foglalkozási helyzet, továbbá a lakóhely szerinti* különbségeivel írhatók le. Az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségei is többdimenziós jelenséget alkotnak. Témánk szempontjából a *hozzáférésben és az ellátás minőségében* megnyilvánuló egyenlőtlenségek érdemelnek kiemelt figyelmet.

2. Az egészségi állapot hosszú távú trendjei

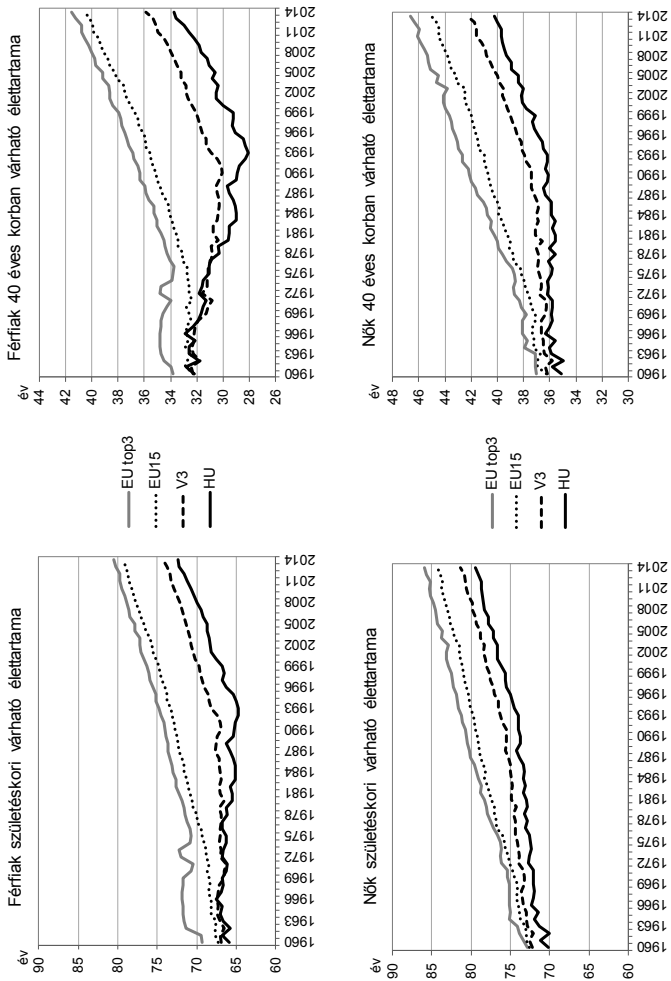
A magyar lakosság egészségi állapotának (halálozási viszonyainak) az 1960-as évek második felétől a fejlett országokétól elkanyarodó, csak a szocialista országokra jellemző – abszolút értelemben véve is romló – trendjére az 1980-as évek közepétől számos szerző mutatott rá (Józan 1994; Orosz 1990). 1960-ban a férfiak várható élettartamát tekintve lényegében még nem volt különbség (a nők esetében pedig csekély különbség volt csak) Magyarországon, az EU15 átlaga és a többi visegrádi ország (V3) átlaga között (1. ábra). A várható élettartam – különösen a 40 éves korban várható élettartam – az 1960-as évek közepén indult csökkenésnek, ami drámai mértékben erősödött fel az 1990-es évek elején, egészen 1993-ig.

Ez a trend 1994-ben fordult meg, azóta növekszik a népesség várható élettartama, ami elsősorban a szív- és érrendszeri halálozások csökkenésének köszönhető (KSH 2015a; Bálint–Kovács 2015). Ennek a pozitív trendnek a mértéke azonban nem volt elégséges ahhoz, hogy – nemzetközi perspektívából nézve – Magyarország relatív helyzetén javítson (1. ábra). Továbbra is a magyar népesség egészségi állapota az egyik legrosszabb az EU-országok között. A helyzet súlyosságát mutatja, hogy az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – a férfiak esetében mind a születéskor, mind a 40 éves korban várható élettartam esetében – nemcsak a három legjobb helyzetű országhoz és az EU15 átlagához képest nagyobb még mindig a lemaradásuk, mint amekkora az 1980-as évek végén volt, hanem a többi visegrádi országhoz képest is. Továbbá a férfiak 40 éves korban várható élettartamában az 1990-es évek közepén elindult felzárkózás 2000 óta megtorpant. 2014-ben a 40 éves magyar férfiak életkilátása 6,8 évvel volt rövidebb, mint az EU15-országokban élő férfiaké és 2,2 évvel rövidebb, mint a V3-országokban élő férfiaké. (Az ide vonatkozó adatok 1989-ben 6 és 1 év voltak, ugyanebben a sorrendben).

A nők esetében is nagyobb a különbség, mint amekkora az 1980-as évek végén volt: 2014-ben az EU15-országok átlaga és Magyarország között a nők 40 éves korban várható élettartamában 4,8 év volt a különbség, míg 1988-ban 3,9 év. A nők esetében lényegében az 1993-as „mélypontra” kialakult különbség rögzült. Jól látható, hogy mind az 1980-as évek második felében, mind az 1990-es évek elején a V3-országok leszakadása az EU15-országoktól kevésbé volt drámai, mint Magyarországtól¹.

¹ Az 1990-es évek elején végbement drámai romlásban összefonódik az államszocialista időszak trendjeinek a folytatódása a rendszerváltáskor bekövetkező sokkok (pl. munkahely elvesztése stb.) hatásaival. A két tényező mértékére nem érhetőek el tudományos elemzések.

1. ábra. A 40 éves korban várható élettartam alakulása Magyarországon európai összehasonlításban, 1960–2014 (életévek)

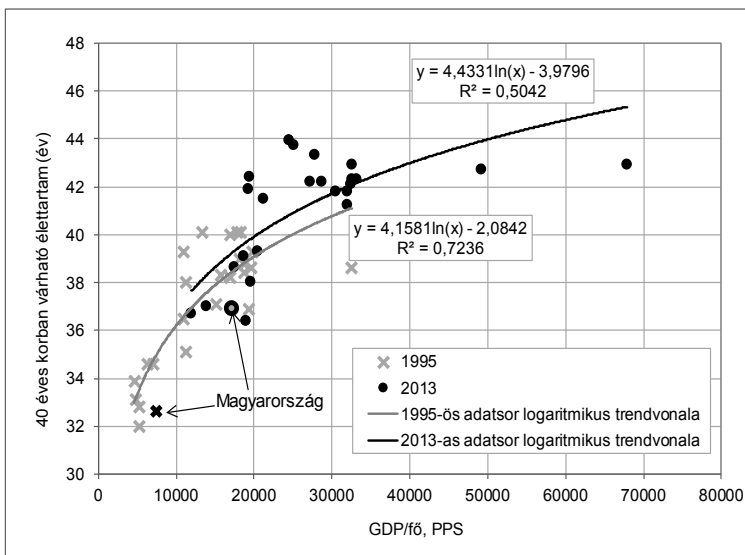


Forrás: Várható élettartam – Világbank Life expectancy at birth, total (years) (kód: SP.DYN.LE00.IN), Eurostat [demo_mlexpec], stats.oecd.org; Health status – Life expectancy, Népeségszám – Eurostat [demo_pjan]. (Lezöltés ideje: 2016. június)
 Megjegyzés: EU top3: a három legjobb mutatókkal rendelkező EU-tagállam átlaga.

Az az adat, hogy a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama csupán 1,4 évvel volt hosszabb, mint 1960-ban, úgy is interpretálható, hogy a magyar férfilakosság egészségét tekintve, az elmúlt több mint 50 évben végment gazdasági-társadalmi változásoknak az életkilátások javulásában mért eredménye csekély – a magyar férfiak 40 éves korukban csupán 1,4 évvel hosszabb élettartamra számíthatnak, mint 50 évvel ezelőtt².

Az egészségi állapotnak az egyik fontos befolyásoló tényezője az ország gazdasági fejlettsége, amit jobb mutató hiányában jelen esetben az egy főre jutó GDP-vel mérünk.

2. ábra. A 40 éves korban várható élettartam és a GDP közötti összefüggés az EU országaiban, 1995-ben és 2013-ban (logaritmikus regresszió)



Forrás: Eurostat online adatbázis, [demo_mlexpec] és [nama_gdp_c] adatszoportok. (Letöltés dátuma: 2016. június)

A 2. ábra regressziós görbéi – bizonyos leegyszerűsítéssel – azt mutatják meg, hogy egy adott gazdasági szinten milyen egészségi állapot (40 éves korban várható élettartam) lenne „elvárható”. Azon országok esetében, ahol a várható élettartam a görbe alatt helyezkedik el, az egy főre jutó GDP-n kívüli többi tényező (pl. a gazdasági hatékonyság, társadalmi jellemzők, egészség-

² A 40 éves korban várható élettartam azért relevánsabb mutató ebben a kontextusban, mert a születéskor várható élettartamot jelentősen befolyásolja a csecsemőhalandóság alakulása.

ügyi rendszer stb.) hatásának következtében rosszabb az egészségi állapot, mint amit a gazdasági fejlettség lehetővé tene. Azon országok esetében pedig, amelyek a görbe fölött helyezkednek el, épp fordított a helyzet.

A vizsgált időszakban a 40 éves korban várható élettartam 4,3 évvel növekedett, ami önmagában véve jó eredménynek tekinthető – ezzel az értékkel a vizsgált országok első harmadába tartozunk. Ugyanakkor Magyarország esetében mind a két időszakban lényegesen rosszabb volt a népesség egészségi állapota (40 éves korban várható élettartama), mint ami a gazdaság fejlettsége alapján elvárható lett volna. Igaz, hogy az elmúlt években növekedett a magyar népesség várható élettartama, de ez a növekedés szerényebb mértékű volt, mint a többi posztoszocialista országé, és a gazdasági fejlettségünkhöz viszonyított helyzetünk nem javult.

2013-ban egyedül Litvánia volt rosszabb helyzetben, mint Magyarország: nálunk valamivel magasabb gazdasági fejlettségi szint mellett a 40 éves korban várható élettartam alacsonyabb volt a magyarországinál is. Az összes többi posztoszocialista ország vagy hasonló egészségi állapotot ért el, de lényegesen alacsonyabb gazdasági fejlettségi szint mellett, vagy a hozzánk hasonló gazdasági fejlettségi szint mellett lényegesen magasabb várható élettartamot tudott elérni.

Magyarországon a 40 éves korban várható élettartamnak az „elvárhatótól” való elmaradása 1995-ben és 2013-ban is körülbelül 2,4 évre becsülhető. A számos magyarázó tényező közül az egyik a társadalmi csoportok közötti egészség-egyenlőtlenségeknek és az ezeket magyarázó társadalmi tényezőkben megmutatkozó egyenlőtlenségeknek a kritikus mértéke.

Érdemes kitérni arra a jelenségre is, hogy ugyanazon a gazdasági fejlettségi szinten 2013-ban (a vizsgált országok egészére) magasabb volt az „elvárható” élettartam, mint 1995-ben – hosszabb életkilátást valószínűsített egy adott gazdasági fejlettség. A számos ok közül az egészségügyi technológia fejlődését emeljük ki. Számos tanulmány mutatott rá, hogy a várható élettartam növekedésében az elmúlt évtizedekben jelentős szerepet játszott az egészségügyi technológia fejlődése, különösen a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében (pl. magas vérnyomás gyógyszeres kezelésében) és terápiájában végment fejlődés (Nolte *et al.* 2012). Az is látható azonban, hogy nem egyszerűen „feljebb tolódott” a görbe, hanem növekedett a különbség az alacsonyabb és a magasabb gazdasági fejlettség esetén várható életkilátásokban.

3. Az idő előtti és az elkerülhető halálozás

A magyar népesség *idő előtti (korai) halálózása*³ jelentősen csökkent a 2003 és 2013 közötti időszakban: a férfiak esetében 33%-kal, a nők esetében pedig 27%-kal. A relatív helyzetünk ezen a téren azonban még mindig rosszabb, mint a halálozás egészét tekintve (1. táblázat). Az idő előtti halálozás és az elkerülhető halálozás között az a különbség, hogy míg az előbbi minden halálkötet magában foglal, addig az elkerülhető halálozás kizárólag azokat a halálköteteket veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással és eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne bizonyos életkor előtt a halálozás. Az *elkerülhető halálozás* koncepciója az 1990-es évektől jelen van a nemzetközi szakirodalomban (Mackenbach–Bouvier-Colle–Jougla 1990) – az egyik megközelítésként egy olyan mérési módszer kialakításának a céljával, amivel átfogó módon jellemezhető lenne az egészségügyi rendszerek működésének az eredményessége. Az Eurostat álláspontja szerint az *elkerülhető (kezelhető és megelőzhető) halálozás*, ha „nem is tekinthető a tagállamok egészségügyi ellátása minőségének definitív mérőszámának, bizonyos mértékben jellemzi az egészségügyi rendszer teljesítményét és minőségét, valamint széles értelemben vett népegészségügyi politikáját” (Eurostat 2016).⁴

1. táblázat. Magyarország relatív helyzete a többi visegrádi országhoz az idő előtti és az elkerülhető halálozást, valamint az egészségügyi közkiadásokat tekintve, 2013

	Magyarország	Csehország	Lengyelország	Szlovákia
	(EU14* átlag = 1)			
Halálozás: összes halálkötet	1,52	1,29	1,32	1,45
Idő előtti halálozás	1,88	1,31	1,87	1,93
Megelőzhető halálozás	2,10	1,51	1,48	1,86
Kezelhető halálozás	2,52	1,81	1,72	2,44
Egy főre jutó egészségügyi közkiadás**	0,37	0,58	0,36	0,50

Forrás: Eurostat, a számításához használt alapadatok: 100 ezer lakosra jutó kor-standardizált halálozási ráták. **: OECD Health Data 2015

Megjegyzés: *EU15, Luxemburg kivételével. Az elkerülhető halálozás a megelőzhető és a kezelhető halálozás összege, de a kettő közül a kezelhető jellemzi hibebben az egészségügyi rendszer teljesítményét.

³ A 70 éves kor előtt bekövetkezett halálozások miatt elvesztett életévek 100 ezer főre jutó száma.

⁴ Nyilvánvalóan nem reális az a feltételezés, hogy elérhető egy olyan állapot, hogy adott életkor előtt egyáltalán ne fordulna elő ezen okokból halálozás, de az elkerülhető halálozás nagyságrendjének időbeli vagy térbeli összehasonlítása jól jellemzi az egészségügyi rendszerek működésének az egészségi állapotra gyakorolt hatását.

Magyarország relatív helyzete különösen rossz az elkerülhető halálozás mutató esetében: míg 2013-ban az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,5-szerese volt az EU14-országok⁵ halálozási rátájának, addig a kezelhető halálozási ráta 2,5-szerese, a megelőzhető halálozás rátája pedig 2,1-szerese (*I. táblázat*). Azaz kiugróan magasabb a halálozás azokban a halálokokban, amelyekre jelentős hatást gyakorol az egészségügyi rendszer működése. Az elkerülhető halálozás területén lényegesen rosszabb a relatív helyzetünk Csehországhoz és Lengyelországhoz viszonyítva is, mint a halandóság egészét tekintve.

Az egészségügyi rendszer működését jelentősen befolyásolja az egészségügyre fordított kiadások, mindenképp a közkiadások szintje. Az egy főre jutó közkiadásokban – ami a lakosság által igénybevetett szolgáltatások volumenét (mennyiségét és minőségét) jellemző mutató – a rendszerváltás óta a különbség tovább növekedett Magyarország és az EU15 átlaga között, de Csehországhoz képest is. 1992-ben az egy főre jutó magyar egészségügyi közkiadás az EU15-átlag 52%-a volt, és közel megegyezett a cseh értékkel; 2013-ban az EU15-országok átlagának csupán 37%-át, a csehországi egy főre jutó kiadásnak pedig csak 65%-át érte el. Az egészségügyből történt „forráskivonás” túlzás nélkül drámainak nevezhető mértékét jól jellemzi, hogy 2013-ban a GDP-nek csupán 4,9%-át fordítottuk egészségügyi közkiadásokra, míg 1992-ben 6%-át (2015-ben pedig már csak 4,7%-át). Az elkerülhető halálozásban mutatkozó relatív helyzetünk úgy is interpretálható, hogy a magyar egészségügyből történt „forráskivonásnak” a következménye életekben mérhető⁶. Az egészségügyi közkiadások csökkenő GDP-részaránya szinte egyedülálló trend az EU-ban: Lettország kivételével az összes többi tagállamban magasabb volt a GDP-ből az egészségügyre fordított közkiadás a 2010-es évek elején, mint az 1990-es évek elején. Az egészségügyből történt forráskivonás számos más téren – különösen az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben – is éreztette a hatását. Erre a kérdéskörre a tanulmány további részében még visszatérünk.

4. Teljes és egészségben várható élettartam 65 éves korban

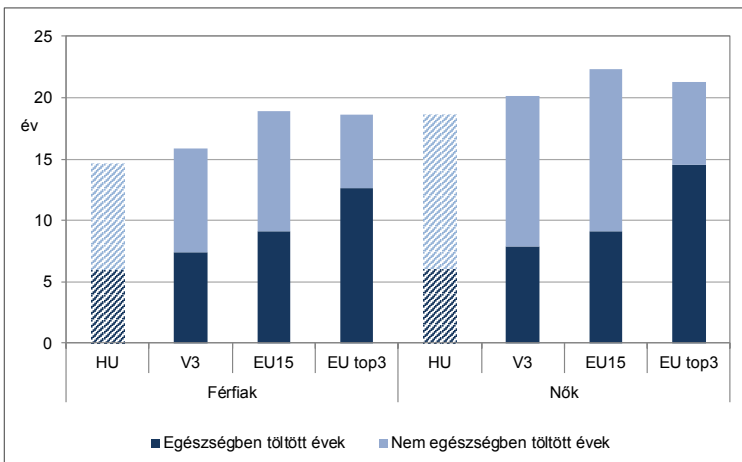
Az egyik alapvető demográfiai és társadalmi kihívás: hogyan alakul az idősök egészségi állapota, életminősége. Nem csak az idősekre fordított egészségügyi kiadásról van szó: az idősebb korban elérhető egészségi állapot számos okból bír nagy, gazdaság- és társadalompolitikai jelentőséggel. Egyrészt, a jobb átlagos egészségi állapot várhatóan növelné az idősebb – akár már a

⁵ EU14: Az EU15-országok, de Luxemburg kivételével.

⁶ Természetesen nemcsak a kiadások nagysága számít, hanem az is, hogy a rendelkezésre álló forrásokat milyen hatékonysággal használja fel egy egészségügyi rendszer.

nyugdíjkorhatárt betöltött – munkavállalók munkaerő-kínálatát. Az egészséges – akár aktív, akár nyugdíjas – időszerűak jelentős fogyasztói keresletet is jelenthetnek a nemzetgazdaság bizonyos területein. A rossz egészségi állapotból fakadó ápolási szükségletük ezzel szemben elvonhatja munkaképes korú családtagjaikat a munkaerőpiacról – jöllehet, a megfelelő szakpolitikai reakciók esetén jelentős munkaerő-piaci keresletet is támaszthat a személyes szolgáltatások szektorában. Ennek a kihívásnak a felismerése vezetett ahhoz, hogy az egészséges idősödés az EU-ban és számos tagországában kiemelt társadalmpolitikai céllá vált. A helyzetkép jellemzésére használt egyik lehetséges megközelítés a 65 éves korban várható élettartamnak és a 65 éves korban várható egészséges élettartamnak az összehasonlítása (3. ábra).

3. ábra. Teljes és egészségben várható élettartam 65 éves korban, 2014

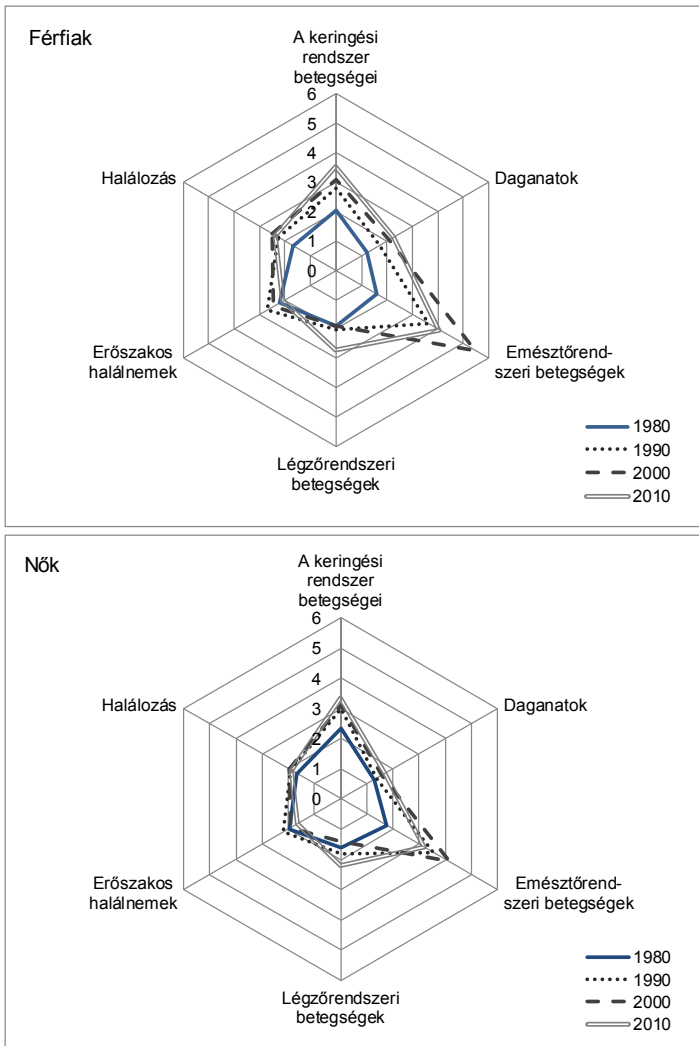


Forrás: Eurostat [hlth_hlye] és [demo_pjan].

Megjegyzés: lakosságszámmal súlyozott átlagok. EU top3: a három legjobb mutatókkal rendelkező EU-tagállam adatainak átlaga.

A két élettartam különbsége nemcsak Magyarország és a fejlett országok között, hanem a fejlett ország csoportján belül is kiugróan nagy. A három legjobb helyzetben lévő EU-országban a férfiak a 65 éves korukban várható további 18,6 évnek a 68%-át (12,7 évet) jó egészségben fogják leélni, míg az EU15 átlagában 65 éves korban várható további élettartam nem rövidebb (18,9 év), de ennek csak a 48%-át (9,1 évet) fogják jó egészségben tölteni.

4. ábra. A legjelentősebb betegségecsoportok okozta relatív magyarországi halálozás a 0–64 éves népességen belül az EU15-országok átlagához viszonyítva, 1980, 1990, 2000, 2010



Forrás: Sándor (megjelenés alatt)

Megjegyzés: standardizált halálozási adatok.

A magyar férfiak 65 éves korukban az EU15-országok átlagánál 3,1 évvel rövidebb egészséges élettartamra számíthatnak, míg az egészségi problémák által alapvető funkciókban korlátozottan leélt életszakasz csak 1,2 évvel rövidebb. A V3-országokban a férfiak 1,4 évvel, a nők pedig 1,8 évvel hosszabb egészséges élettartamra számíthatnak, mint magyar társaik, míg a korlátozott egészségben leélt további élettartamban a többi visegrádi országban élő és a magyar férfiak között nincs különbség, és sem a férfiak, sem a nők között nincs jelentős különbség a rosszabb egészségi állapotban leélt életevekben.

5. Az okspecifikus halálozás trendjei

A várható élettartam rövideége annak a következménye, hogy bizonyos életkorokban lényegesen magasabb a halálozás Magyarországon, mint az összehasonlítás alapját képező más országokban. A 4. ábrán az okspecifikus halálozás relatív, EU15-országokhoz viszonyított értékének trendjei olvashatók le.

A leggyakoribb halálokot jelentő szív- és érrendszeri betegségekben 2010-ben a férfiak között majdnem négyszer, a nők között 3,5-szer annyian haltak meg arányosan, mint az EU15-országokban átlagosan. A daganatos megbetegedések esetében a férfiak körében valamivel több, mint kétszeres, a nők körében másfélszeresnél kicsivel magasabb volt a halálozás – mind a férfiak, mind a nők körében nőtt a halálozás 1980 óta. Ez feltehetően egyaránt visszavezethető a megbetegedések gyakoribbá válására és az egészségügyi rendszer szolgáltatási minőségének korábban már említett problémáira.

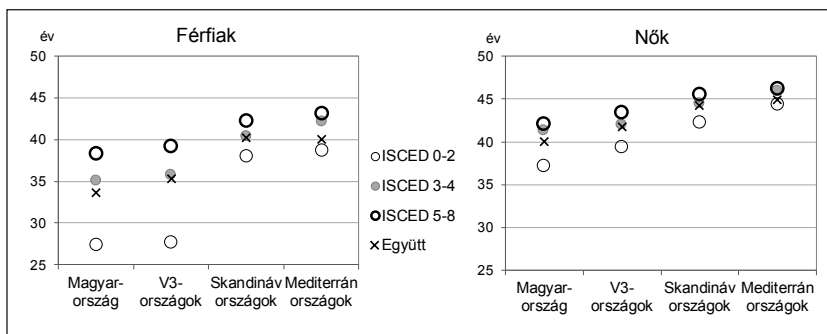
6. Iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek

A társadalmi rétegződés különféle elemei mind kapcsolatban vannak az egészségi állapottal egyrészt az egymással alkotott bonyolult összefüggésrendszerükön keresztül, másrészt „saját jogukon”. Bár ezek az összefüggések elsősre triviálisnak tűnhetnek, a mélyükre nézve kiderül, hogy korántsem értjük még annyira az egészségi állapotot formáló erők hatását, mint sokan gondolnák. Magától értetődőnek tűnik például, hogy a magasabban iskolázottak egészségi állapota jobb, hiszen egyrészt magasabb jövedelemre és nagyobb társadalmi elismertségre tehetnek szert, másrészt pusztán a képzettség és tájékozottság az egészséggel és az egészségügyi rendszerben való eligazodással kapcsolatos alaposabb tudást tesz elérhetővé. Ugyanakkor az empirikus elemzés fényében kiderülhet, hogy az iskolázottság bizonyos körülmények között kizárólag mint az anyagi körülmények meghatározója játszik szerepet, vagyis „saját jogán” alig mérhetően hat csak az egészségi állapotra (Kovács–Bálint

2014). Számos kutatás szerint a munkaerő-piaci aktivitás vagy a depriváció egészségi állapotra való hatása közel sem olyan egyértelmű, mint az várható volna: az aktivitás bizonyos népességcsoportok esetében akár negatívan is hathat az egészségi állapotra (lásd pl. Cai–Kalb 2006), a deprivációnak pedig csak bizonyos, nagyon alapvető elemei mutatnak azzal összefüggést (Kovács–Bálint 2014).

A különböző életkorokban várható élettartam iskolai végzettség szerinti, Magyarországon és a V3-országokban tapasztalható egyenlőtlenségeket illetően nemzetközi összehasonlításban feltűnő a volt szocialista országok képzetlen férfi populációjának egészségi állapotbeli lemaradása a mediterrán, illetve skandináv országok hasonló helyzetű társadalmi csoportjaihoz képest (5. ábra).

5. ábra. A 40 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint az Európai Unió egyes országcsoportjaiban, 2013 (életév)



Forrás: Eurostat [demo_mlexpecedu] és [demo_pjan]

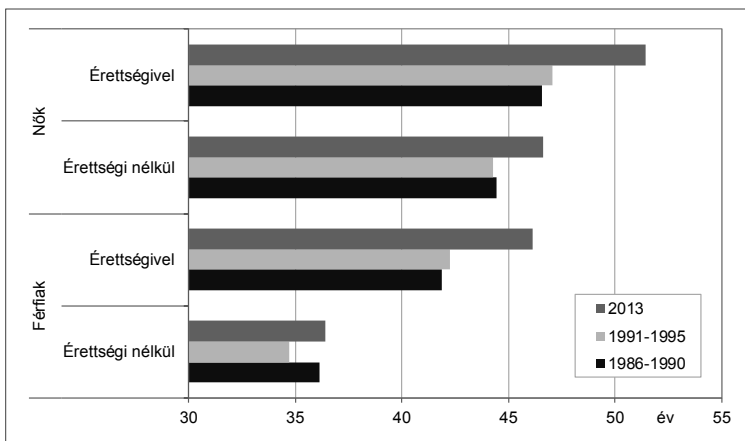
Megjegyzés: lakosságszámmal súlyozott átlagok. ISCED 0-2: legfeljebb alsó-középfokú (érettségi nélküli) végzettség; ISCED 3-4: felső-középfokú végzettség (érettség); ISCED 5-8: felsőfokú végzettség.

A három viseigrádi országban sokkal nagyobb az alacsonyán iskolázott férfiak hátránya, mint a másik két országcsoportban, ennek következtében ők 40 éves korukban 10-11 évvel rövidebb életre számíthatnak, mint a mediterrán és skandináv országokban élők, miközben a magasan képzettek esetében ez a hátrány csak 3-4 év. Vagyis az, hogy Magyarországon – és a többi viseigrádi országban – a teljes népességre vonatkoztatott várható élettartam sokkal alacsonyabb, mint Nyugat-Európában, jelentős mértékben az egészségi állapot iskolázottság szerinti nagyon egyenlőtlen eloszlásának tudható be, pon-

tosabban pedig az alacsonyán képzett férfiak súlyos hátrányának a társadalom többi csoportjához képest.

Az alacsony végzettségű férfiak nemcsak sokkal rövidebb életre számíthatnak, de esetükben az 1990-es évek első felében is folytatódott a korábban már vázolt – a fejlett országokétól alapvetően eltérő – trend: jelentősen csökkent a várható élettartamuk, míg ugyanebben az időszakban a magasabb iskolázottságúak 30 éves korban várható élettartama növekedett (6. ábra).

6. ábra. 30 éves korban várható élettartam alakulása nem és iskolázottság szerint, 1986–2013 (életév)



Forrás: Habcicsek (2006: 19.); Eurostat [demo_mlexpededu]; KSH Népszámlálás 2011, Iskolázottsági adatok http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag

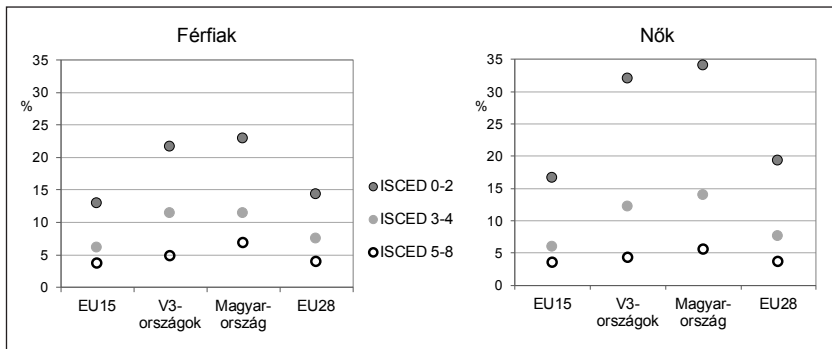
Megjegyzés: A különböző iskolázottsági csoportokra vonatkozó idősorok „közös nevezőre” hozása a népesség iskolázottság szerinti megoszlásának durva, a népszámlálási adatok alapján készült becslésével történt.

A várható élettartamnak a tanulmány elején bemutatott 1. ábrán látható hosszas, stagnálás közeli vagy éppen romló tendenciái után az 1990-es évek első felében valamennyi társadalmi csoportban megindult a várható élettartam növekedése – az alacsony képzettségű férfiakat kivéve. Az ő életkilatásaik egészen 1995-ig romlottak, és csak a 2000-es évek elején érték el ismét az 1980-as évek végére jellemző szintet. A legrosszabb helyzetben közülük is a legalacsonyabban képzettek, vagyis az alapfokú végzettséggel sem rendelkezők voltak: az ő várható élettartamuk a rendelkezésre álló adatok alapján detektálható módon egészen 2004-ig évről évre, 1990 és 1995 között pedig közel három évvel rövidült (Habcicsek 2006). Ennek megfelelően, amikor a

jobb státuszúak várható élettartama növekedni kezdett, egyúttal a magasan és az alacsonyan képzettek közötti élettartam olló is nyíltni kezdett. Míg az 1980-as évek végén az érettségivel rendelkező férfiak 30 éves korban várható élettartama 5,7 évvel, a nőké 2,1 évvel haladta meg az érettségivel nem rendelkezőkét, addig a 2000-es évek közepére az érettségizett férfiak előnye 8,7, a nőké 5,6 évre nőtt. Az alapfokú végzettséggel sem rendelkező férfiak hátránya a felsőfokú végzettségűekhez képest ugyanezen időszakban 8,9 évről 16,5 évre, a nőké 4-ről 10,2 évre emelkedett (Hablicsek 2006). A 2000-es évek végén az érettségizett férfiak több mint 11, a nők 5 évvel számíthattak hosszabb hátralevő életre 30 évesen, mint a nem érettségizettek – ekkor kezdett csak csökkenni a két társadalmi csoport közötti különbség.

A különböző képzettségűeknek nemcsak az objektív életkilátásaik különböznek egymástól, hanem az is, ahogy saját egészségi állapotukat megítélik. A magasan képzetteknek valamennyi vizsgált országcsoportban körülbelül 5%-a tartja az egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak, az alacsonyan képzett népesség szubjektív egészsége viszont lényegesen rosszabbnak tűnik Magyarországon és a többi visegrádi országban (7. ábra).

7. ábra. Az egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak tartók aránya iskolázottság szerint Európában, 2014 (%)



Forrás: Eurostat [hlth_silc_02] és [demo_pjan]

Megjegyzés: lakosságszámmal súlyozott átlagok. ISCED 0-2: legfeljebb alsó-középfokú (érettségi nélküli) végzettség; ISCED 3-4: felső-középfokú végzettség (érettségi); ISCED 5-8: felsőfokú végzettség.

Ugyanakkor megjegyezzük, hogy a szubjektív egészségi állapot jó mutatója az egészségi állapotnak, de erősen kultúrafüggő, vagyis az országok egymással való összevetésére ez a mutató csak óvatosan használható.

7. Területi egyenlőtlenségek

Az egészségi állapot egyenlőtlenségei Magyarországon nemcsak a társadalmi rétegződés mentén, hanem az ország különböző területei között is nagyok, és a rendszerváltás óta az általános egészségi állapot 2000-es években végbement általános javulása mellett is számos vonatkozásban jelentősen növekedtek (Hablicsek 2007; Juhász–Nagy–Páldy 2010). Az egészségi állapot területi egyenlőtlenségeiben jelentős mértékben a különböző térségek társadalomszerkezetében mutatkozó eltérések érhetőek tetten. Ugyanakkor az adott térség kockázati tényezői – pl. környezetszennyeződés, lakásviszonyok, egészséges ivóvíz, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés különbségei stb. – is szerepet játszanak. A férfiak 2000-ben a legrosszabb helyzetű megyében a több kockázati tényező miatt 31%-kal több életévet vesztek, mint a legjobb helyzetű megyében az idő előtti (a 70 évesnél fiatalabb életkorban bekövetkező) halálozás következtében – ez a különbség 2012-ben már 59% volt (KSH 2014). A férfiak születéskor várható élettartamában a legjobb és legrosszabb helyzetű kistérségek közötti eltérés mintegy 13 és fél év volt 2014-ben (KSH adatközlés).

8. Az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés két fő általános aspektusa a kielégítetlen szükséglet és az igénybevétel során jelentkező egyenlőtlenségek. Az első tényezőt azzal a felmérésekből származó mutatóval jellemezhetjük, hogy a népesség különböző csoportjaiban mekkora azoknak az aránya, akik valamilyen ok miatt nem jutnak ellátáshoz, pedig igénybe szeretnék azt venni (3. táblázat). A másik aspektust az jelenti, hogy akik hozzájutnak az ellátáshoz, azok körében mekkora egyenlőtlenségek mutatkoznak az igénybevétel során különböző szempontok szerint: az anyagi terhekben, a várakozásban, továbbá az ellátás minőségében (azaz, hogy az állapotuk által indokolt adekvát ellátáshoz jutnak-e hozzá vagy sem) (Kelley–Hurst 2006; OECD 2015). Utóbbi tekintetben kiemelt jelentőséggel bír egyrészt, hogy mekkora közvetlen, „szébből” fizetendő anyagi terhet jelent az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés⁷. Az EU országai közül a magyar lakosságnál csak a görög háztartások végső fogyasztásában nagyobb a közvetlen egészségügyi kiadások aránya. 2013-ban a magyar lakosság végső fogyasztásának 4%-át tették ki a közvetlen egészségügyi kiadások, míg az OECD átlaga 2,8% volt⁸. Ráadásul

⁷ Ez nem foglalja magában sem az egyének által fizetett társadalombiztosítási járulékot, sem az önkéntes biztosítás díját, illetve visszatérített összegeket.

⁸ Az OECD „Health expenditure and financing” adatbázisából származó adat (Letöltés dátuma: 2016. június).

a magánkiadások összes egészségügyi kiadáson belüli aránya is Magyarországon volt a második legmagasabb 2013-ban⁹, összesen 33%-nyi (OECD 2015). Az igénybevett ellátás másik fontos jellemzője annak minősége. A minőséget jellemző, átfogó mutató például, hogy mekkora a kórházi betegfelvételek aránya olyan krónikus betegségek esetében, amelyekkel megfelelő színvonalú alapellátás esetén nem szabadna kórházba kerülni. Az asztma és a COPD¹⁰ esetében például Magyarországnál csak Írországból rosszabb az alapellátás és a járóbeteg-ellátás minősége: 2013-ban a legjobb helyzetű európai országokhoz képest (100 ezer lakosra vetítve) kb. 4-5-ször annyian kerültek kórházi felvételre Magyarországon (OECD 2015). Ebben számos tényező szerepet játszhat: az alapellátásban dolgozó orvosok felkészültségének és/vagy motivációjának hiányosságaitól a háziiorvosi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségéig. A tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek száma Magyarországon 2016 júniusában 258 volt (Országos Alapellátási Intézet 2016) 2,5-ször annyi, mint 2001-ben (Lakatos–Tokaji 2009), és a gazdaságilag elmaradottabb megyékben volt abszolút értékben és lakosságszámra vetítve is a legmagasabb a számuk.

A kielégítetlen szükségletet mutató 3. táblázat adatai az egyének megítélésén alapulnak – így mind az országok közötti, mind az országokon belüli különbségeket befolyásolják kulturális tényezők –, amit figyelembe kell venni az adatok interpretálásakor. 2010 és 2014 között az EU15-országokban egyik társadalmi csoportban sem csökkent, összességében pedig inkább nőtt azoknak az aránya, akiknek kielégítetlen szükségletei jelentkeztek, miközben a V3-országokban és Magyarországon javult a teljes népességre vonatkoztatott mutató¹¹.

⁹ Az egészségügyi magánkiadások három fő összetevője: a háztartások közvetlen kiadásai (*out-of-pocket payment*), az önkéntes biztosítások és a vállalatok közvetlen kiadásai (pl. Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi kiadások). A háztartások közvetlen kiadásai általában az egyes országok statisztikai hivatalainak a GDP-számításhoz használt becslésén alapulnak, ami magában foglalja az illegális gazdaságra, így a hálapénzre vonatkozó becslést is.

¹⁰ Krónikus obstruktív tüdőbetegség, elsősorban a dohányzással összefüggő, a légzésfunkció becsüléssel, súlyos és előrehaladott esetben halállal járó, gyakori kórkép.

¹¹ Ellentmondásnak tűnik, hogy számos adat a magyar egészségügy általános állapotának romlását (pl. várólisták növekedését) mutatja, miközben ugyanezen adatok alapján a társadalom jobb anyagi helyzetben lévő rétegeinek javult az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférése. Ennek magyarázatául csak feltételezéseket fogalmazhatunk meg: ezek közül az egyik, hogy a járóbeteg-ellátásban jelentősen növekszik a magánzférában igénybe vett ellátások aránya.

3. táblázat. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó hiányosságok a háztartások jövedelmi helyzetére Európában, 2010 és 2014 (%)

Jövedelmi ötödök	2010					2014				
	EU top 4*	EU15	EU28	V3	Magyarország	EU top 4*	EU15	EU28	V3	Magyarország
Legalsó ötöd	2,0	6,8	8,6	14,2	10,7	3,0	8,0	9,1	13,1	13,8
2. ötöd	1,2	4,8	6,3	11,5	7,8	1,9	5,9	6,9	10,3	7,3
3. ötöd	1,0	4,1	5,4	9,6	7,4	2,2	4,6	5,5	9,6	4,9
4. ötöd	1,2	3,5	4,7	9,4	5,8	1,9	3,5	4,3	8,6	4,7
Legfelső ötöd	1,0	2,8	3,9	9,2	4,4	2,0	2,8	3,5	7,8	2,7
Teljes népesség	1,2	4,3	5,9	10,8	7,4	2,2	4,9	5,9	9,8	6,6

Forrás: Eurostat [hlth_silc_08] és [demo_pjan] adatkörök. (Letöltés: 2016. június)

Megjegyzés: Lakosságszámmal súlyozott átlagok. Azok aránya, akik arról számoltak be, hogy nem jutottak hozzá valamilyen egészségügyi vizsgálathoz az adott évben, az alábbi okok valamelyike miatt: túl drága lett volna az ellátás; túl messzire kellett volna utazni az igénybevételhez; túl hosszú volt a várólista; nem volt ideje igénybe venni az ellátást; nem ismert jó orvost vagy specialistát; félt az orvostól, a kórháztól, a vizsgálatától vagy a kezeléstől; inkább kívárta, hátha magától is javul az állapota.

*EUtop4: A 2014-ben a teljes népességre vetített kielégítetlen szükséglet alapján: Belgium, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság.

Miközben azonban a többi visegrádi országban a közepes jövedelműeket kivéve valamennyi jövedelmi ötödben javult a hozzáférés, Magyarországon a népesség magasabb jövedelmű 60%-ának ugyan javult, az alsó 40%-nak azonban romlott, a legszegényebb 20%-nak pedig jelentősen, közel 30%-kal romlott a hozzáférése, vagyis a teljes népességre vetített javulás a hozzáférés egyenlőtlenségeinek elmélyülése mellett történt meg.

9. Az egészség-egyenlőtlenségekre közvetlenül ható kockázati tényezők

Hosszú időn keresztül, és a nem szakmai közbeszédben gyakran még ma is, kizárólag az életmódbeli tényezőkre, illetve a közvetlen, fizikai környezet jellemzőire szűkítették az egészségi állapotot meghatározó tényezők körének vizsgálatát. Közvetlenül valóban nagy szerepük van ezeknek a faktoroknak – a dohányzásnak, alkoholfogyasztásnak, táplálkozásnak, testsúlynak, a lakókörnyezet jellemzőinek – a leggyakoribb, nem fertőző betegségek kialakulásában. Csakhogy, egyrészt a legtöbb kockázati tényező kialakulása,

együttállása erősen függ a társadalmi státusztól: az alacsonyabb státuszúak különböző, a társadalomban elfoglalt helyükkel összefüggő okok miatt nagyobb eséllyel válnak például dohányossá, túlsúlyossá vagy elhízottá, illetve élnek az egészségre káros környezetben. Vagyis az életmód és a fizikai környezet csupán mintegy „közvetítő” a társadalmi státusz hatását az egészségre¹². Másrészt a szakirodalom egyik jelentős irányzata alapvető szerepet tulajdonít a pszichoszociális tényezőknek, elsősorban a megélt stressz mértékének (Wilkinson–Pickett 2009; Kopp–Szedmák 1998). A stressz mértéke szorosan összefügg egyrészt szintén az egyén társadalmi státuszával, másrészt a társadalom kulturális jellegzetességeivel, elsősorban a társadalmi kohézió szintjével.

Magyarország az alkohol-, valamint a zöldség- és a gyümölcsfogyasztást kivéve (melyeket illetően a középmezőnyben van) mindegyik rizikófaktort tekintve az EU országainak alsó harmadában szerepel. Tehát az eddigiekben bemutatott, nemzetközi összehasonlításban rossz egészségi állapot nem „előzmény nélküli”, azt a rizikófaktorok magas koncentrációja alapozza meg¹³. A dohányosok aránya a harmadik, az elhízottaké a második legmagasabb Magyarországon a vizsgált országok közül, és hazánkban a harmadik legmagasabb a rossz minőségű lakásban élők aránya is. Majdnem valamennyi országban és valamennyi mutató tekintetében rosszabb az alacsony végzettségűek vagy alacsony jövedelműek helyzete, így Magyarország esetében is. Sőt, több mutatót illetően lényegesen rosszabb Magyarország relatív pozíciója az alacsony státuszúak, mint a teljes népesség esetében.

10. Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi tényezői

Az egészség-egyenlőtlenségek nem csupán a legszegényebbek, a legkevésbé iskolázottak problémáját jelenti, azaz nemcsak a szakirodalomban „*health gap*”-nek, egészségszakadéknak nevezett jelenséget foglalja magában. Ellenkezőleg: a társadalmi létra mentén lefelé haladva fokozatosan rosszabbak az életkilátásai az alacsonyabb státuszú csoportoknak –, amit a szakirodalom „*health-gradient*”-nek, egészséglejtőnek nevez (Marmot–Wilkinson eds. 2000). Ugyanakkor Magyarországon kétségtelenül nagyon hangsúlyos szerepe van az egészség-egyenlőtlenségek alakulásában annak is, hogy hosszú idő óta nagyon magas a képzetlen, jellemzően tartósan munkanélküli, súlyos anyagi deprivációban élő népesség aránya. 2012-ben a társadalmi státusz alapján képzett öt osztály (elit, értelmiségi, szellemi, szakmunkás, szakképzetlen) közül Magyarország lakosságának közel a 37%-a a legalsó osztályba

¹² Erre utal e faktoroknak a WHO által bevezetett elnevezése: *intermediary*, közvetítő.

¹³ Adatok forrása: StatsOECD.org, Non-medical determinants of health database és az Eurostat különböző adatgyűjteményei.

tartozott, ami 16 százalékponttal magasabb az EU15-országok és több mint 11 százalékponttal magasabb Lengyelország, Csehország és Szlovákia átlagánál (Kolosi–Pósch 2014).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) átfogó kutatási programja (WHO 2008; Solar–Irwin 2010; Blas–Kurup 2010) törekedett átfogó magyarázatot adni az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi összefüggéseire. A WHO koncepciója szerint a kormányzás és a közpolitikák (gazdaság-, foglalkoztatás-, szociálpolitika és egészségpolitika stb.), valamint az adott társadalomra jellemző kulturális minták, normák és értékek jelentik az egészség-egyenlőtlenségek strukturális meghatározóinak egyik összetevőjét. A másik – ezzel összefüggő – strukturális összetevő: az egyének társadalmi-gazdasági pozíciója, vagyis a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás, nem, és más tényezők szerinti rétegződése. A társadalmi hierarchiában elfoglalt helyzet pedig alapvető befolyással van az egyének anyagi körülményeire (munka és lakás-körülményeire), pszichoszociális helyzetére, egészségmagatartására, azaz az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezőkre. Az egészségügyi rendszer működése mérsékelheti vagy fokozhatja a többi társadalmi tényező egészség-egyenlőtlenségekre gyakorolt hatását. A betegség ugyanakkor visszahathat egy adott egyén társadalmi pozíciójára, például azáltal, hogy rontja a munkaerő-piaci esélyeit és ezáltal csökkenti jövedelmét is.

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit alakító tényezőkkel e kötet más tanulmányai részletesen foglalkoznak, ezért itt csak néhány kulcselemet emelünk ki. Magyarországon az átlagos iskolázottság szintje a rendszerváltás óta folyamatosan nőtt, ami az átlagos egészségi állapot szempontjából mindenképpen pozitív. Ugyanakkor gyakorlatilag nem változott azoknak az aránya, akik az általános iskolát elvégzik ugyan, de érettségüket már nem szerezték meg (Eurostat¹⁴) amit tetéz, hogy az iskolarendszer képtelen ezeknek a tanulóknak átadni a mai munkaerőpiacon szükséges kompetenciákat (Hárs 2012). A foglalkoztatottság terén az átlagot illetően sem tapasztalható előrehaladás: a tartós munkanélküliségre valódi választ nem kínál a közmunka (Köllő–Scharle 2011; Bakó *et al.* 2014), illetve a külföldön munkát vállalókat nem véve figyelembe, változatlanul a magyarországi foglalkoztatás szintje az egyik legalacsonyabb az Európai Unióban (MNB 2013; Eurostat¹⁵). Mindezek egyenes következménye a jövedelmi szegénység és a depriváció növekedése. Az egészségi állapot szempontjából ezek közül a depriváció bizonyul a leginkább fontosnak: végső soron ez, a materiális életszínvonal, illetve annak hiánya a leginkább meghatározó faktora az életkilátásoknak (Kovács–Bálint 2014). Magyarországon az anyagi deprivációban élők aránya 2008 és 2013 között csaknem 50%-kal növekedett és csak 2014-ben mutatkozott először

¹⁴ Eurostat online adatbázis [ilc_lvps04] (letöltés ideje: 2016. június).

¹⁵ Eurostat online adatbázis [lfsi_act_a] (letöltés ideje: 2016. június).

csökkenés. Az EU 28 országában ennél csak Bulgáriában, és – minimálisan – Romániában volt magasabb a deprivációban élők aránya.

Az azonban, hogy mindezen materiális tényezők végül az egészségi állapotra hogyan hatnak, nagyban függ egyrészt az adott társadalom társadalmpolitikai intézményrendszerétől, másrészt attól, hogy szubjektíve milyen abban a társadalomban szegénynek lenni, vagyis milyen szintű a szolidaritás, a társadalom különböző csoportjait összefűző kohézió. Magyarországon kifejezetten nem jó szegénynek lenni: a pszichoszociális közeget a gyenge szolidaritás, az alacsony bizalmi és magas stressz-szint jellemzi a társadalom „alul levői” („vesztesei”) számára, amiben a strukturális és materiális („kemény”) tényezők az egészségi állapotot nagymértékben károsító rizikófaktorokká válhatnak.

Az összes korábban említett tényező – így a bizalom alacsony foka is – összefügg azzal, hogy a rendszerváltozás utáni évtizedekben a kormányok döntéseit a „közpolitikai opportunizmus¹⁶” jellemzi. A társadalmpolitikákat a költségvetési kényszerek és a rövid távú előnyszerzés motiválták (Scharle 2011): egyrészt az oktatásra és egészségügyre fordított közkiadások GDP-részarányának radikális csökkentése, másrészt választás előtti időszakokban a „medián szavazó” közvetlen, rövid távú anyagi jólétét, jövedelmét növelő intézkedések. Olyan – hosszú távú, választási ciklusokon átívelő nemzeti stratégiát igénylő – területek, mint a környezet állapota, az oktatás vagy az egészségügy súlytalan kérdésekké váltak. Lévnem az egészségi állapot javítása, és az egészség-egyenlőtlenségek háttérében álló társadalmi egyenlőtlenségek fenntartható csökkentése sok szakterület összehangolt, átgondolt, politikai ciklusoktól védett és azoktól függetlenül, magas szinten elkötelezett döntéshozók munkájaként valósulhat csak meg, a közpolitikai opportunizmus ezt a területet éppen ezért különösen hátrányosan érinti.

II. Összefoglalás

Tanulmányunkban a magyar lakosság egészségi állapotának alakulását, valamint az erre ható tényezők jellemzőit és trendjeit mutattuk be. A várható élettartamnak a rendszerváltást követően is folytatódó csökkenése után az 1990-es évek közepétől javulnak a társadalom életkilátásai, ez a javulás azonban egyrészt átlagosan elmarad az EU15 országaitól és a többi visegrádi országtól, másrészt az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeinek növekedése mellett történik.

A javuló trendek ellenére is rosszabb az egészségi állapot Magyarországon, mint az az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható lenne. Az

¹⁶ Az opportunizmus itt az egyéni, illetve lobbierő érdekek közérdek fölé helyezését jelenti, valamint az ország hosszú távú érdekeinek alárendelését a rövid távú politikai szempontoknak

egyenlőtlenségek a társadalmi csoportok és az ország különböző részeiben élők között mélyek: a legrosszabb helyzetű kistérség férfilakosságának születéskor várható élettartama például 13 évvel alacsonyabb, mint a legjobb helyzetű kistérségben élőké.

Mindezek háttérben az egészségügyön kívüli strukturális jellemzőknek – az egészségügyre fordított közkiadások reálértékének csökkenésével szorosan összekapcsolódó – válsága húzódik meg. Az egészségügyi rendszer teljesítményét jelző kezelhető halálozás mértéke ma magasabb Magyarországon, mint a többi visegrádi ország bármelyikében. Miközben az elmúlt években valamennyi régióbeli országban, valamennyi társadalmi csoportban javult az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés, Magyarországon ez csak a magasabb státuszúak körében javult, a többi társadalmi csoport hozzáférése romlott.

IRODALOM

- Bakó T. – Cseres-Gergely Zs. – Kálmán J. – Molnár Gy. – Szabó T. 2014: A munkaerőpiac peremén lévők és a költségvetés. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, Közgazdaságtudományi Intézet.
- Bálint, L. – Kovács, K. 2015: Halandóság. In: Monostori J. – Őri P. – Spéder Zs. szerk.: Demográfiai portré 2015. Budapest: KSH Népszégtudományi Kutatóintézet, 75–94. p.
- Blas, E. – A. S. Kurup 2010: Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO.
- Buzeti, T. – J. K. Djomba – M. G. Blenkuš – M. Ivanuša – H. Jeriček Klanšček – N. Kelšin – T. Kofol Bric – H. Koprivnikar – A. Korošec – K. Kovše – J. Maučec Zakotnik – B. Mihevc Ponikvar – P. Nadrag – S. Paulin – J. Pečar – S. Pečar Čad – M. Rok Simon – S. Tomšič – P. Truden Dobrin – V. Zadnik – E. Zver 2011: Health inequalities in Slovenia. Copenhagen: WHO Europe, EuroHealthNet <http://eurohealthnet.eu/>
- Cai, L. – G. Kalb 2006: Health status and labour force participation: Evidence from Australia. Health Economics. vol. 5, no. 3, 241–261. p.
- European Commission 2007: Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013. COM(2007) 630 final. Brussels: European Commission.
- European Portal for Action on Health Inequalities. <http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUALITY/EN/home/>
- Eurostat 2016: Amenable and preventable deaths statistics. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics
- Fábián Z. 2012: Pártrendszer és a társadalmi kohézió jelzőszámai Magyarországon. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. szerk.: Társadalmi riport 2012. Budapest: TÁRKI. 293–313. p.
- Hablicsek L. 2007: Halandósági egyenlőtlenségek: a várható élettartam és az elhalálozási valószínűségek alakulása. In: Hablicsek L. – Kovács K. szerk.: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Budapest: KSH Népszégtudományi Kutatóintézet, 13–47. p.
- Hárs Á. 2012: Munkapiaci válságok, változások, válaszok. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. szerk.: Társadalmi riport 2012. Budapest: TÁRKI, 159–189. p.
- Havasi É. 2011: A megtört egészség. A hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségei, különös tekintettel a szegényekre. Népegészségügy 89. évf., 2. sz.

- Józan P. 1994: Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I–II. Statisztikai Szemle, 1994/1. sz., 5–20 p.; és 1994/2. sz., 101–113. p.
- Józan P. 2008: Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ.
- Juhász A. – Nagy Cs. – Páldy A. 2010: Az egészségügyi ellátáshoz köthető halálozás alakulása Magyarországon és a központi régióban, 1996–2006. *Lege Artis Medicinae*, 20 évf., 11. sz. 747–755. p.
- Kelley, E. – J. Hurst 2006: Health care quality indicators project conceptual framework. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: OECD.
- Kolosi T. – Pósch K. 2014: Osztályok és társadalomkép. In: T. Kolosi T. – Tóth I. Gy. szerk.: *Társadalmi Riport 2014*. Budapest: TÁRKI, 139–156. p.
- Kopp M. – Szedmák S. 1998: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi mortalitás és morbiditás alakulásában. In: Vízny E. Sz. szerk.: *Népesség, orvos társadalom. Magyarország az ezredfordulón*. Budapest: MTA.
- Kovács K. 2007: Halandósági különbségek a 30–64 éves népesség körében (halálokok szerinti elemzés). In: Hablicsek L. – Kovács K. szerk.: *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint 1986–2005*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 49–106. p.
- Kovács K. 2012: Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In: Óri P. – Spéder Zs. szerk.: *Demográfiai portré 2012*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 73–88. p.
- Kovács, K. – L. Bálint 2014: Education, income, material deprivation and mortality in Hungary between 2001 and 2008. In: *Demográfia*, vol. 57, no. 5, English Edition, 73–89. p.
- Kovács K. – Tóth G. 2015: Egészségi állapot. In: *Demográfiai Portré 2015*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 95–114. p.
- Köllő J. – Scharle Á. 2011: A közcélú foglalkoztatás kibővülésének hatása a tartós munkanélküliségre. In: Fazekas K. – Kézdi G. szerk.: *Munkaerőpiaci Tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.
- KSH 2011: Csecsemőhalandóság Magyarországon. Statisztikai Tükör. V. évf., 70. sz. Budapest: KSH.
- KSH 2014: A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012. Budapest: KSH.
- KSH 2015a: A középkorú népesség halandósága az epidemiológiai krízist követő két évtizedben. *Statisztikai Tükör 2015/100*.
- KSH 2015b: Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai Tükör 2015/29*. Budapest: KSH.
- Lakatos J. – Tokaji K. 2009: *Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek*. Budapest: KSH.
- Losonczy Á. 1989: *Ártó-védő társadalom*. Budapest: KJK.
- Mackenbach, J. P. – M. H. Bouvier-Colle – E. Jouglu 1990: Avoidable mortality and health services: review of aggregate data studies, *J Epidemiol Community Health*, vol. 44, no. 2, 106–111. p.
- Mackenbach, J. P. – M. Karanikolos – M. McKee 2013: The unequal health of Europeans: Successes and failures of policies. *Lancet*, vol. 381, no. 9872, 1125–1134. p.
- MNB 2013: *Jelentés az infláció alakulásáról – szeptember*. Budapest: Magyar Nemzeti Bank. http://epa.oszk.hu/00300/00372/00059/pdf/EPA00372_jelentes_inflacio_alakulasarol_2013_09.pdf
- Marmot, M – R. Wilkinson eds. 2000: *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Nolte, E. – M. McKee 2004: Does health care save lives? *Avoidable Mortality Revisited*. London: The Nuffield Trust.
- Nolte, E. – M. McKee – D. Evans – M. Karanikolos 2012: Saving lives? The contribution of health care to population health. In: Figueras, J. – M. McKee eds. 2012: *Health systems, health, wealth and societal well-being*. London: Open University Press. 101–124. p.
- OECD 2011: *Divided we stand: Why inequality keeps rising*. Paris: OECD Publishing.
- OECD 2015: *Health at a glance. OECD Indicators 2015*. Paris: OECD Publishing.

- Országos Alapellátási Intézet 2016: Tájékoztató A tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekről. http://www.oali.hu/praxiskezezo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoeltetlen-haziorvosi-koerzetekrol#lista_ho. (Utolsó megtekintés: 2016. 07. 09.)
- Orosz, É 1990: Inequalities in health and health care in Hungary. *Social Science and Medicine*, vol. 31, no. 8, 847–857. p.
- Orosz, É. – Kollányi, Zs. 2014: Opportunism of public policies as an underlying determinant of health inequalities in Hungary. Athens: Athens Institute for Education and Research. <http://www.atiner.gr/papers/HEA2014-1009.pdf>
- Orosz É. – Kollányi Zs. szerk. 2016: Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon. Budapest: WHO Magyarországi Iroda. Megjelenés alatt.
- Quaglio, G. – T. Karapiperisa – L. van Woensela – E. Arnolda – D. McDaib 2013: Austerity and health in Europe. *Health Policy*, vol. 113, 13–19. p.
- Sándor J. 2016: A magyar népesség egészségi állapota európai összehasonlításban. Háttér tanulmány Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon. c. jelentéshez. In: Orosz É. – Kollányi Zs. szerk.: 2016. Budapest: WHO Magyarországi Iroda. Megjelenés alatt.
- Sen, A. 1995: Mortality as an indicator of economic success and failure. The Development Economics Research Programme, DEP, No. 66, London: LSE, STICERD.
- Scharle Á. 2011: A tartós szegénység csökkentésének lehetséges eszközei Magyarországon. In: Felemelkedés közös erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Melléklet a zárójelentéshez. Háttér tanulmányok. Budapest: Budapest Intézet – TÁRKI.
- Solar, O. – A. Irwin 2010: A Conceptual framework for action on the Social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice*, Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. – K. Pickett 2009: *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. New York: Bloomsbury Press
- WHO 2008: *Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2011: *Rio political declaration on social determinants of health, Rio de Janeiro (Brazil), 21 October 2011*.
- WHO 2013: *European Observatory on health systems and policies 2013: Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications*. Copenhagen: World Health Organization.