

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A JÖVEDELMI VISZONYOK KÖLCSÖNKAPCSOLATA AZ EU ORSZÁGAIBAN

Gidai Erzsébet

a közgazdaságtudomány doktora, egyetemi tanár, Nyugat-magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar, Budapest – nymektkbp@sapientia.hu

A népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők megjelenésében és tartalmában a születéskor várható átlagos élettartam és a jövedelmi viszonyok, a gazdasági fejlettség mutatói és az egészségügyi kiadások között szoros kölcsönhatások mutathatók ki. Ezek vonatkozásában markáns különbségek tárhatók fel az EU15 és az EU10 országok között. Az EU tagállamaiban jelentős reformfolyamatok zajlanak az egészségügyi ellátó rendszerek átalakítását illetően. Nagy gond, hogy ezek a reformtörekvések egyáltalán nem, vagy csak kismértékben épülnek a lakosság egészségi állapotát vizsgáló hatástanulmányokra, és még kevésbé a reformok következményeit bemutató elemzésekre.

Az egészségi állapot és a népesség

A csatlakozott országok lakosságának lélekszáma az országok felében (Lettország, Észtország, Magyarország, Csehország, Litvánia) csökkenő tendenciájú, Lengyelországban, Szlovákiában stagnál, Szlovéniában lassan növekszik (0,4 %/év). Máltán az évi növekedés 0,8 %, Cipruson 1,4 %. A trendeket befolyásolják a változó reprodukciós szokások, a magas mortalitás és a vándorlás. A termékenységi ráta az EU15-ben 1,48, a csatlakozott

országokban – Ciprus és Málta kivételével – mindenütt alacsonyabb.

A demográfiai mutatókra a migráció is hatással van. Az 1990-es évek etnikai eredetű erőteljesebb migrációja után (a balti államokból az orosz lakosság elvándorlása, a cseh és a szlovák lakosság vándorlása a két ország között) a folyamat lelassult.

A demográfiai helyzet a társadalmak öregedésével együtt jelentős hatást gyakorol az országok társadalombiztosítási rendszereire, a nyugdíjrendszerekre és az egészségügyi ellátásra. A születéskor várható élettartam számos országban növekedett. A legmagasabb Szlovéniában, Csehországban, Máltán és Cipruson, legalacsonyabb a balti államokban és Magyarországon. A születéskor várható átlagos élettartamhoz képest még nagyobb különbség figyelhető meg az EU15 és a csatlakozott országok között az egészségben eltöltött várható életek mutatójában. A halálozási rátában ez utóbbiakban szembeűnő a középkorú férfiak magas halálozása, ami két és félszerese az EU15 átlagának. A férfiak magasabb mortalitásában jelentős szerepet játszik a dohányzás és az alkoholfogyasztás.

A vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, a belőlük fakadó halálozás

az EU15-ben a halálesetek negyedéért felelős, a csatlakozott országok többségében jóval magasabb (duplája) ez az arány. Tradicionális rizikófaktorok a zsírban gazdag, zöldségben, gyümölcsben szegény táplálkozás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás (utóbbi riasztó jelenségként a balti országok fiataljai körében terjed). A rosszindulatú daganatok a tizenötök-nél és a csatlakozott országokban a halálozások ötödét okozzák. Utóbbiaknál a tüdőrák-halálozás a dohányzás következményeként korábban soha nem látott méreteket öltött.

Magas a külső okok, sérülések és öngyilkosságok okozta halálozás (balti országok, Magyarország, Szlovénia), és kiugró méretű a gyermekkori sérülések okozta halálozás. A korábbi szovjet modell a védőoltásokkal megelőzhető betegségek, a közegészségügy és járványügy tekintetében sikeresnek bizonyult. Ma viszont újra terjed a TBC, és emelkedik a szexuális úton terjedő betegségek aránya.

Az időben történő és hatékony egészségügyi beavatkozások a nyugati országok halálozási mutatóiban jelentős eredményeket hoztak. Kutatások szerint *a két országcsoport közötti halálozási különbségek 25 %-át az egészségügyi ellátás nem megfelelő volta magyarázza.*

A fejlettebb EU15 tagállamaiban készített előrejelzések azt mutatják, hogy 2020-ra növekszik a 85 éves és annál idősebb korosztály (a IV. generáció) aránya, közel 50 %-uk egyedül élő lesz, és 80 %-uk nő. Valószínűsíthető, hogy egyre több idős embernek lesz szüksége intézményes gondozásra, annak ellenére, hogy az időskori rokkantság aránya csökken.

Egészségügyi kiadások

Az EU10-ek országaiban az egészségügyi kiadások meghatározó jellemzője, hogy a források alacsonyabbak, mint az EU15 tagállamaiban, s az 1990-es években jelentősen csökken-

tek. A csökkenő kiadások okai elsősorban a makroökonómiai összefüggésekben keresendők: az 1990-es évek első felében csökkenő GDP, csökkenő reálbérek, növekvő szegénység, munkaerőpiaci gondok (magas munkanélküliség, minimálbérré való bejelentés, jelentős árnyékgazdaság) voltak a jellemzők.

Az EU15 országok átlagban a GDP 9,05 %-át költik egészségügyre; az újonnan csatlakozott országok egészségügyi kiadásai a GDP arányában átlagosan 6,4 %-ot tesznek ki. Szlovénia 8, Málta 8,8 %-kal kiemelkedő helyet foglal el a rangsorban, míg Lettország 4,9 %-ot, Észtország 5,1 %-ot fordított egészségügyre. Az állami kiadások a kelet-közép-európai országokban az összes kiadás kb. 78 %-át fedezik (Csehországban az arány 90 % fölötti, legalacsonyabb Lettországban: 68 %; és Magyarországon: 70 %). Vásárlóerő-paritáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadások az EU15-ben átlagosan 2364 USD-t, az újonnan csatlakozott országok átlagában 780 USD-t tettek ki. A 2007-ben csatlakozott két ország ennél kevesebbet költ egészségügyre.

Jövedelmi viszonyok és életkörülmények

Az árak konvergenciájához hasonlóan kiemelten fontos a bérszínvonal felzárkózása. A bérek konvergenciájának sebessége és szerkezete befolyásolja az inflációt, a munkatermelékenység alakulását, miközben a berrés mérséklődése hat a migráció, a munkanélküliség és munkaerő-kínálat alakulására.

A felzárkózásban a bérek terén mutattak legerőteljesebb előrehaladást az EU10-ek. A bérek jelentős és általában a munkatermelékenység változását meghaladó mértékű növekedése volt megfigyelhető. A bruttó bérek a közép-európai gazdaságokban hazai valutában 2001–2002-ben 16,6 % (Csehország) és 39,3 % (Magyarország) között emelkedtek.

2003-tól azonban mérséklődött a jövedelmi kiáramlás és a reálbérek növekedési üteme, amiben a nominális béri kiáramlás lassulása és egyes gazdaságokban a nemzeti valuták leértékelődése is szerepet játszott. 2003-ban és 2004-ben az euróban számított havi munkabérek csökkentek Lengyelországban és Lettországon, illetve stagnáltak Csehországban és Litvániában. Ezzel szemben változatlanul erőteljes volt a bérkonvergencia Magyarország, Észtország, Szlovénia és Szlovákia esetében. Bár ez nem jelent ugrásszerű előrelépést, a felzárkózás mögött az első három gazdaságban a leértékelődő, illetve stabil árfolyam mellett egyértelműen a nominális bérek gyors növekedése, Szlovákia esetében pedig a korona erősödő árfolyama játszott fontos szerepet. A bekövetkezett bérnövekedés ellenére a bérkonvergenciát tekintve az EU10-ek lemaradása meghaladja a GDP/fő vagy az árak felzárkózásában fennálló különbséget: miközben az árszínvonal a német árszínvonal 40–65 %-a között, az egy főre jutó GDP aktuális árfolyamon 30–50 % között áll, addig a béreknél (Szlovéniát leszámítva) 25–45 % között alakul.

A legtöbb újonnan csatlakozott ország csökkentette hátrányát az Európai Unió tagállamainak jövedelméhez képest, a különbség azonban még mindig jelentős. Az EU10 országokban a jövedelemeloszlás egyenlőtlenebbé vált. Az elmúlt évtizedben ezekben az országokban mind a szegénység, mind az egyenlőtlenség jelentős mértékben nőtt, majd stabilizálódott a helyzet.

A szegénység minden újonnan csatlakozott országban – eltérő intenzitással – napirenden van, de a többszörös hátrányt tükröző társadalmi kirekesztés kevesebb figyelmet kap.

A társadalmi kirekesztést előidéző legfőbb tényezők közé tartoznak a munkanélküliség, a családi problémák, a szociális védelem és a

korlátozott foglalkoztatás, aminek következtében a megélhetéshez szükséges jövedelmi források nem állnak rendelkezésre.

Az európai emberek egészségét fizikai, ökológiai környezetük is veszélyezteti, ami jórészt az életmód, és az erőforrásoknak az életmódot kiszolgáló felhasználási módjának következménye. Az ember egészsége függ a rendelkezésre álló ételmiszer minőségétől, a levegőtől és a lakóhelytől. Hatással van rá a zaj, a közlekedés túltelítettsége, a balesetek és az elégtelen csatornarendszerek. A piac liberalizálásának növekedésével nagy mennyiségű, nem megfelelően kezelt, lejárt szavatosságú ételmiszer került egyes országok, így Magyarország belső piacára is. Következésképpen emelkedtek az emésztőrendszer megbetegedései, elsősorban a daganatos megbetegedések.

Az egészség és a társadalmi-gazdasági állapot között egyértelmű az összefüggés. Ezt általában olyan, egymástól függő mutatók határozzák meg, mint a foglalkozási státusz, a nem, az iskolai végzettség szintje, a jövedelem és a vagyoni helyzet. Az egyén szintjén az iskolai végzettség javítja a szociális képességet, javítja a készségeket és a képességeket, és elősegíti az egészségesebb életvitelt azáltal, hogy tudatosabban teszi a kockázatokot. Felmérések igazolják, hogy a középiskolai végzettségnél alacsonyabb szintű végzettséggel rendelkezőknek csupán 50 %-a ítélte *jó*-nak vagy *nagyon jó*-nak az egészségét, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében az arány közel 75 % volt.

Az egészségi állapot szempontjából mind a foglalkoztatottság, mind a munkanélküliség fontos tényező. A magas foglalkoztatási arány vagy a kismértékű munkanélküliség a jóléttel kiegészülve bizonyos idő elteltével csökkenti a halandósági arányt.

A foglalkoztatottság általában pozitív hatással van az élet hosszúságára és az egészségre,

feltéve, hogy minőségi munkáról van szó. A rossz minőségű munkáról bebizonyították, hogy sajátos munkavégzési problémákat okoz (baleset, sérülés, foglalkozási megbetegedés). A legfőbb, munkavégzéssel kapcsolatos egészségügyi problémák: az izom- és a csontmegbetegedések, ezeket követi a stressz, a tüdőbetegségek, a szív- és érrendszeri zavarok.

Az alacsony szintű munka költségei jelentősek. A megelőzés és a gyógykezelés költségeit a munkahelyi balesetek és a betegségek miatt kiesett munkanapok számának és az ebből származó termelési és bevételi veszteség függvényében kell figyelembe venni. Balesetekkel és munkavégzéssel kapcsolatos egészségügyi problémák miatt több százmillió munkanap veszett el az EU-ban.

Az EU10 országaiban a munkavállalók nagyobb hányada érzi egészségét és biztonságát veszélyben a munkavégzés, illetve a munkahelyiük elvesztése miatt. A jövedelem és az egészségi állapot között közvetlen összefüggés is megfigyelhető.

Különösen a szegény országokban a jövedelemszint és a halálzási arány között egyértelműnek tűnik az összefüggés. A nagyobb jövedelem gyakran jobb egészséggel jár együtt. Ez az összefüggés kevésbé nyilvánvaló a gazdagabb országokban, amelyekben a halálzási mutatók látszólag a jövedelmek egyenlőtlenségének mértékével állnak kapcsolatban. Ennek elsősorban az az oka, hogy a kis jövedelem és

a szegénység a rossz élet- és munkakörülményekhez és a rossz minőségű életmódhoz kötődik. A legtöbb tagországban a szegények sokkal nagyobb valószínűséggel ítélik rossznak vagy nagyon rossznak az egészségüket, és nagyobb fokú szociális elszigetelődésről, kisebb potenciális támogatásról számolnak be, s úgy látják, hogy kevésbé elérhető számukra a nem intézményes gondozás.

A kis jövedelem és a szegénység következtében kevésbé válhat elérhetővé a megfelelő minőségű megelőző vagy gyógyászati (például: gyógyszeres kezelés vagy kórházi ápolás) egészségügyi ellátás. A nagyobb jövedelemmel rendelkezők nagyobb valószínűséggel fordulnak szakorvoshoz, míg a kisebb jövedelműek inkább az általános orvosi kezelést választják.

A jövedelemkülönbségek csökkentése, a szegénység elleni küzdelem és az egészségügyi ellátó rendszerek elérhetővé tétele fontos egészségügyi kérdéssé válik, amit a végrehajtandó reformintézkedéseknél nem szabad figyelmen kívül hagyni. Nagy kihívást jelent az egészségügyet és az egészségi állapot szocio-ökonómiai környezetét alakító politikák olyan összehangolása, hogy valamennyi országban egészséges életkörülményeket és mindenki számára hozzáférhető, jó minőségű egészségügyi ellátást lehessen biztosítani.

Kulcsszavak: egészségi állapot, népesség, egészségügyi kiadások, jövedelem, jólét

IRODALOM

- Czibalmos Ágnes (2001): Az Európai Unióhoz csatlakozás hatása az ellátó rendszerre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39, 10, 403–419.
- Dézsy József (2006): *Egészség-gazdaságtan egy kissé másképpen*. Springmed Kiadó, Budapest
- European Health Care Reform (1997): *Analysis of Current Strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, No. 72.

- Gidai Erzsébet (1998): *A piac szerepe az egészségügyben. Egészségügy és piacgazdaság*. MTA Jövőkutatási Bizottság, Budapest
- Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts – und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften*. Brüssel, 2006. október
- OECD – Egészségügyi adatok 2002., 2003.