

Forgács Anna

Egészségügyi rendszerek mai
hatékonyságának történeti gyökerei



2004

Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK
Történettudományi Doktori Iskola
Gazdaságtörténeti Műhely

Forgács Anna

Egészségügyi rendszerek mai
hatékonyságának történeti gyökerei

Doktori (PhD) értekezés

Doktori Iskola vezetője: Dr. Fröhlich Ida
Műhelyvezető: Prof. Dr. Botos Katalin
Témavezető: Dr. Hüttl Antónia, tudományos tanácsadó, a
történelemtudományok PhD doktora

BUDAPEST, 2004

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Dolgozatom elkészültéhez sok segítséget kaptam orvosoktól, közgazdászoktól, történészekről és statisztikusoktól. Nincs hely arra, hogy mindenkinek név szerint megköszönjem, de néhány nevet mindenképpen meg kell említenem. Elsőként Dr. Botos Katalin professzor asszonynak mondok köszönetet, aki segített mind a témaválasztásban, mind a közgazdasági kérdések tömör és élményszerű megvilágításával hozzájárult gazdasági világképem tisztulásához. Sokat segített Dr. Szakács Sándor, egyetemi tanár, aki elérte, hogy a résztvevők között valódi vita alakuljon ki egyes történeti kérdések tárgyalásakor a gazdaságtörténeti szemináriumokon. A dolgozat előzetes szakmai vitáján részt vett és felszólalt Dr. Botos József PhD, aki sok fontos szempontra felhívta figyelmem, javaslatait megfogadtam, tőlem telhetően teljesítettem. Külön köszönet témavezetőmnek, Dr. Hüttl Antónia közgazdász-statisztikusnak, a történettudományok PhD doktorának, aki biztos kézzel adott útmutatást mind a kutatás általános menetét, mind az anyag végső formába öntését illetően. Rendkívül hálás vagyok Dr. Mód Anna, orvos kandidátus, hematológusnak, aki többször átolvasva az első részt, kiszűrte az orvosi jellegű tévedéseket, és számos észrevételével segített kutatásaimban. Hasonlóképpen köszönetet kell mondanom Dr. Péter Ilona és Dr. Szilágyi István orvos kandidátusoknak (Országos Onkológiai Intézet) akik elsősorban a daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos oldalakat voltak szívesek áttekinteni, hogy a zömében az elmúlt évtized szakirodalmából átvett megállapítások ezen a gyorsan fejlődő tudományterületen a jelenleg elfogadott álláspontot tükrözhessék. Végül köszönetemet fejezem ki több közös cikkünk társszerzőjének, Vallyon Andreának, aki a német és a cseh egészségügy területén jó ismeretekkel rendelkezik, és akivel az értekezés számos aspektusáról közösen gondolkodtunk.

Tartalomjegyzék

Előszó	4
1. Egészségügyi rendszerek hatékonysága – célok és determinánsok.....	7
1.1. A jóléti államok túlnövései.....	7
1.2. Az egészségügyi rendszerek sajátosságai.....	9
1.3. Az egészségügyi rendszerek típusai.....	13
1.4. Egészségügyi rendszerek összehasonlítása	15
1.5. Mivel mérhető az egészségi állapot?.....	18
1.5.1. Születéskor várható élettartam.....	20
1.5.2. Várható egészséges élettartam /Healthy Life Expectancy (HALE)/	24
1.5.3. Leggyakoribb halálokok	26
1.6. Milyen tényezők hatnak az egészségi állapotra?.....	41
1.6.1. Természeti tényezők.....	42
1.6.2. Társadalmi tényezők.....	50
1.6.3. Politikai-gazdasági tényezők	82
1.6.4. Demográfiai tényező	90
1.7. Cél- és determinánsváltozók egybevetése, hatékonysági sorrend.....	92
2. Az egyes országok egészségügyi rendszereinek története.....	94
2.1. Izrael.....	95
2.2. Hollandia	110
2.3. Egyesült Királyság	119
2.4. Egyesült Államok.....	127
2.5. Csehország.....	139
2.6. Németország.....	147
3. A magyar egészségügyi rendszer múltja, jelene és jövője.....	157
3.1. Magyar egészségügytörténet – röviden.....	158
3.2. A kormány (két) reformtervezete.....	166
3.3. Alternatív javaslat	167
Hivatkozások és felhasznált irodalom.....	171
Táblázatok jegyzéke	187
Mellékletek	189
Publikációk jegyzéke	190
Historical Roots of Health Care Systems' Present Efficiency (SUMMARY).....	191
ÖSSZEFOGLALÓ	193

Előszó

A világ fejlett régióiban, az utolsó évtized gazdasági–társadalmi változásainak egyik fontos jellemzője, hogy egyértelművé vált, a megszokott és természetesnek tekintett jóléti juttatások nem finanszírozhatóak tovább. Ennek kettős oka van, egyrészt demográfiai (idősödő lakosság), másrészt gazdasági (kisebb lendületű növekedés). Az egyik – szociálisan nagyon érzékeny, gazdaságilag, pedig igencsak megterhelő – alrendszer, az egészségügy, amely most a legkomolyabb változtatásokat kell, hogy elszenvedje. Nemcsak arról van szó, hogy az idősödő társadalomban kevesebb aktívnak kell mind több inaktívat eltartani, hanem az idősebbek egészségügyi ellátása, többre is kerül, ráadásul a gyógyászati technika és a biotechnológia fejlődése drámaian (az inflációnál nagyobb mértékben) megemelte a gyógyítás költségeit. Figyelmünk, tehát azért fordult az egészségügyi rendszerek irányába, mert minden állampolgár találkozik élete során az egészségüggyel, morális dimenziója van, nagyon speciális gazdasági szabályok érvényesülnek benne, vitathatatlan, hogy átalakításra szorul és végül bizonyos, hogy ez a jóléti alrendszer fog először felborulni.

Az értekezés célja, hogy az elején felvetett hipotéziseket igazolja, összemérje hét eltérő egészségügyi rendszer hatékonyságát, és történetük bemutatásával bizonyítsa, hogy a történeti gyökereknek meghatározó jelentőségük van a mai teljesítmény tekintetében.

Dolgozatom logikája egyszerű: ha egy ország egészségi állapotát jól kiválasztott paraméterek pontozásával meg tudjuk ragadni, és ugyanilyen szerencsésen az egészségi állapotot befolyásoló nem egészségügyi mutatókat is pontozni tudjuk, akkor a két sorrend eltérését (vagyis az outcome és a determináns pontok hányadát) az egészségügyi rendszer hatékonyságának tudhatjuk be. Ha feltárjuk, hogy az egyes országok egészségügyi rendszere milyen általános logikára épül, akkor a rendszerlogika és a hatékonysági sorrend összeköthető, vagyis megmondható, hogy melyik szervezési elv hatékony, és melyik nem. Ez lehetővé tette, hogy javaslatot körvonalazzak a magyar egészségügyi reform alapelveire.

Kutatóm eredményét egy mondatban úgy összegezhetném, hogy csak az az

egészségügyi rendszer lehet hatékony, amely kerüli a szélsőségeket, és megfelelőképp ötvözi a társadalmi szolidaritás és a piaci hatékonyság elemeit

Az értekezés elején felvázolom az általános megközelítést, vagyis azt, hogy milyen cél és determinánsváltozókat célszerű a magas externális hatással bíró, kvázi közjószágnak tekinthető egészségügy esetén figyelembe venni. Másfelől megvizsgálom, hogy milyen szálakon, milyen elemi lépések mentén alakultak ki az egyes országokban az intézményi elrendeződések az egészségügyben. Egyik célom, hogy a végén kifejtthessem álláspontomat a magyar egészségügyi reform kívánatos irányára vonatkozólag.

1) Az egészséges ember azt kívánja, hogy száz évig egészségesen éljen. Ha az egészségi állapotot minden évben 0-1 közötti intervallumban értékeljük (ahol 1 a teljesen egészséges, míg 0,1 az ágyban fekvő, esetleg magatehetetlen beteg), akkor ha valaki 75 éves korában hal meg hosszú betegeskedés után, abban az esetben csak 50 évminőséget ért el, tehát az egészségjóságból való részesedése éppen fele a száz évet egészségben leélt embertársának. A dolgozat megkísérli négy mutató alkalmazásával valamiképp elérni, hogy az egészségi állapot mérhetőségét a rendelkezésre álló statisztikai adatokból előállítsa.

2) Az egészségi állapotot négy tényező (természeti, társadalmi, politikai-gazdasági és demográfiai) határozza meg. Az első kettő a szervezet káros anyag tartalmával van összefüggésben, a harmadik annak megtisztításával, a negyedik, pedig költségfelhajtó és forrásszűkítő hatása miatt bír jelentőséggel. A dolgozatban az egészségügyi rendszer outputja, azaz az egészségügyi ellátási szolgáltatások minősége és mennyisége egyaránt a vizsgálat körén kívül maradt abból a – természetesen könnyen vitatható – meggyőződésből, hogy a jelen elemzési módszerben irreleváns, azaz nincs hatással az outcome-ra, az egészségi állapotra. Tudjuk például, hogy a gyógyászati technológia, a gyógyszerek ára az egész világon egyforma, az egészségügyi szolgáltatások fajlagos költsége, legfeljebb a bérkülönbségek miatt térhet el. A béarányok hozzávetőlegesen megegyeznek az egyes országok gazdasági fejlettségének arányaival, ami viszont meglehetősen relevánsan determinálja az egészségügyre fordított forrásokat. Végül az ún. protokoll a fejlett országokban legalábbis nagyon hasonló. Így azután a vizsgált determináns tényezők az alábbiak:

- természeti tényező: káros anyag bejutása a szervezetbe több csatornán át. Genetikai örökség révén, illetve természetföldrajzi feltételek folytán (szén- és kéndioxid, nitrát valamint egyéb káros vegyületek a levegőből, és a vízből)
- társadalmi tényező: káros anyag felhalmozás egyéni cselekvéssel (szeszes ital és dohány fogyasztása, egészségtelen táplálkozás, testmozgás hiánya)
- politikai-gazdasági tényező: a politikai közösség dönthet úgy, hogy minden tagra kiterjed a biztosítás, és magas állami támogatást kap az egészségügy, vagy lehetnek sokan biztosítás nélkül, és a GDP kicsiny hányadát költi az állam az egészségügy támogatására. A biztosító lehet monopolista szervezet, vagy lehet versenyzői oligopolstruktúra, lehet közel 100 résztvevős fundholding rendszer, vagy lehet teljesen magánbiztosítás a gazdagoknak és versenyzői oligopolstruktúra a szegényeknek.
- demográfiai tényező: a lakosság elöregedése, illetve az aktív/inaktív szakasz arányainak megváltozása, az utóbbi javára (csökkenő születésszám, magasabb átlagéletkor, korábbi nyugdíjazás, hosszú tanulási időszak).

3) A vizsgált hét ország, huntingtoni értelemben a nyugati civilizáció tagjának számít, mivel mindegyik esetén az individuum és nem a kollektívum az alapelem, a jogilag kikényszeríthető szabályok a szekularizált állam szabályai és a vallás ettől függetleníthető, a gazdasághoz való viszonyuk a termeléssel és szorgalommal való jövedelem- és vagyongyarapítás (és nem a föld, olaj és más természeti források egyszerű felélése.)

Hipotézisek: A nyugati civilizáció körében annál magasabb relatív egészségi évminőséget várhatunk,

- minél inkább hegyes fennsík és tengerparti síkságon élnek (szemben a medence-országgal),
- minél kevesebb telítetlen zsírsavat esznek (vagyis halat, zöldséget és gyümölcsöt) és a konfliktuscsoökkentést nem káros szenvedélyekkel, hanem családi szeretettel és vallási érzelmekkel, valamint testmozgással oldják,
- minél magasabb lesz az egy főre jutó állami egészségügyi kiadás,
- minél nagyobb a releváns verseny kialakulásának esélye az egészségpénztárak között,
- minél inkább egymás kölcsönös megsegítésén alapul a rendszer (legalábbis történeti gyökereit tekintve), de piaci (versengő) elemekkel bővítve.

Vizsgálat:

- A) Mind a négy determináns tényező (változó) tekintetében leosztályoztam az országokat egy 1-10 pontos értékskálán és átlagot számítottam. Leosztályoztam az outputot (célváltozó) is, azaz 1-10 közötti érdemjegyet adtam a férfiak és a nők várható élettartamára, a halálozási arányokra, stb. Eredményül azt kaptam, hogy a determinánsváltozók összessége nem igazán markánsan befolyásolja a célváltozók szummázott értékét.
- B) Mivel nehéz dolog a szárazföldi medencét tengerparti fennsíkká alakítani, nehéz minden háztartásban gyorsan átállítani az ételkészítést egészségesebb étrendre, továbbá nehéz gondozni a lelkiélet zavarait és ugyancsak igen költséges lenne megduplázni az egészségügy állami támogatását, így egyetlen kitörési pont maradt, az úgynevezett gazdasági tényezőnek egészségügyi reformmal való átalakítása, azaz miként lehet ugyanannyi pénzből jobb szolgáltatást kihozni. Egy ilyen reform akkor lehet hatékony, ha pontosan ismeri azt az utat, ahogy a jelenlegi rendszer kialakult. Vagyis az egyes egészségügyi rendszerek történetét kell elég pontosan leírni, hogy láthassuk, miként kötődik az a szélesebb társadalmi környezethez. Ezért a dolgozat második fő kérdése az összehasonlító intézménytörténeti elemzés.
- C) Milyen utat járt be Magyarország és milyen következtetések fakadnak a magyar egészségügyi reformra nézve a fenti tényezők alapján?

1. Egészségügyi rendszerek hatékonysága – célok és determinánsok

Az egészségügy, mint kvázi-közjóság és a jóléti állam

1.1. A jóléti államok túlnövései

Nem új megállapítás, hogy több mint egy évtizede válságban vannak a jóléti államok. A kilencvenes évek elejére jól láthatóvá vált, hogy a második világháború után intézményesült jóléti rendszerek finanszírozása egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítja a fejlett országokat. A válság oka abban kereshető, hogy megváltoztak azok a társadalmi-gazdasági körülmények, amelyek a jóléti államok kiépülésének idejét jellemezték. Elsősorban a

gazdasági növekedés lassult le jelentősen, sőt helyenként stagnál, vagy akár csökken. Miközben 1986 és 1990 között a világ GDP évi átlagos növekedési üteme folyó áron 10,8% volt, az 1991 – 1995 közötti időszakban 5,6%-ra mérséklődött, 1996-tól 2000-ig már mindössze 1,3%-ra zsugorodott, majd 2001-ben már csökkent is 0,5%-kal [1]. Különösen drámaian csökkent a bruttó hazai termék növekedése a fejlett országokban. Az OECD legújabb adatai szerint az eurózónában, például az éves növekedési ütem (változatlan áron) 2003 negyedik negyedévében mindössze 0,6% volt, a G7 országokban, pedig 0 és 4,3% között mozgott, a legmagasabb növekedési ütemet az USA tudta felmutatni (4,3%), a legalacsonyabbat, pedig Németország, ahol stagnált a gazdaság, azaz 0% volt a növekedési ütem. [2]. Esping-Andersen három alapvető okra vezeti vissza a válságot: a népesség elöregedésére, a munkanélküliség növekedésére (elsősorban azért, mert a hagyományos iparágak lassanként leépülnek), valamint a családmódel átalakulására (azaz az egykeresős családmódel mind nagyobb elterjedésére, aminek oka, hogy a nyugat-európai államokban egyre magasabb azon háztartások aránya, amelyben az anya egyedül neveli gyermekét, nemcsak a válásból kifolyólag, hanem sok anya így is tervezi). [3] A válságot okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb, a **lakosság elöregedése** (a csökkenő születésszám és az életkor jelentős meghosszabbodása miatt) amely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével (korai nyugdíjazás, hosszú tanulás) is. Az idősödő népesség szempontjából különösen érintettek Olaszország, Németország, Japán, Ausztria valamint Hollandia. [4] A szövetségi statisztikai hivatal számításai szerint Németországban például 2030-ban a lakosság egyharmada, 2050-ben, pedig közel 40%-a hatvan évesnél idősebb lesz. [5] A jóléti állam által nyújtott szolgáltatások és az adott szervezetek arra a meggyőződésre alapozva épültek ki mintegy három évtizede, hogy a gazdaság folyamatosan nőni fog, a világkereskedelem hasonló gyorsasággal bővül tovább, a kétpólusú világpolitikai rendszer stabilan megmarad. A történelem azonban mást hozott. Először is, a gazdaság ciklikussága továbbra is fennáll, így emelkedő szakaszt lassulás/süllyedés vált fel, másodszor a szocialista rendszer bukásával jelentősen átstrukturálódott a világpolitika, megváltoztak az erőterek és a fenyegetettségek irányai. Fontos még, hogy a globalizáció ugyan gyorsuló tendenciát mutat, ám annak korábbi motorja a működőtőke-áramlás jelentősen lelassult a megelőző két esztendőben, sőt visszaesett. 2001-ben már csak 651 milliárd dollárt tett ki, mintegy 41%-kal kevesebbet, mint az előző évben és 2002-ben további 21%-kal alacsonyabb működőtőke-áramlást regisztráltak, miközben a korábbi időszakokban egyre erőteljesebb volt az emelkedés, például 1996 és 2000 között, éves átlagban, több mint 40%-os. [1]

A legnagyobb jóléti alrendszer, az egészségügy működtetése, jelenleg a GDP mintegy 10%-át emészt fel, és ennek átlagosan 65 – 70%-a közpénz. Az egészségügyi kiadások az USA-ban a világon a legmagasabbak, 2001-ben 13,9%-ot tettek ki. Ugyanabban az évben, ez az arány Németországban 10,7, Hollandiában 8,9, de még a közismerten alacsony költségszinten dolgozó Nagy-Britanniában is 7,6% volt. [6] Más metodikával számolt a holland központi statisztikai iroda, a CBS, amely szerint a bruttó hazai termék nem 8,9, hanem 11%-át költötték el egészségügyi célokra a hollandok 2001-ben, 2002-ben, pedig 11,8%-át. [7] A lakosság előregedésén kívül egy másik olyan tényező is van, amely az utóbbi két évtizedben drámai költségnövekedést idézett elő, nevezetesen az orvostudomány, a gyógyászati technika, valamint a biotechnológia fejlődése. A drágább diagnosztikai, illetve terápiás módszerek megjelenése, jelentős mértékben megemelte a szükséges ráfordítások mértékét, ráadásul a bérék is számottevően nőttek ebben a munka-intenzív ágazatban. Olyan egyéb költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkeznünk, mint a potyautas szindróma, epidemiológiai változások, információs technika fejlődése, vagy a moral hazard (erkölcsi kockázat), melyekről később írunk. [8] [9] A kedvezőtlen demográfiai és egyéb változások, tehát egyrészt finanszírozási, másrészt költségoldalról is érintik az egészségügyi rendszert, mivel az **új eljárások elterjedése** – habár magasabb ellátási szintet – **radikális költségnövekedést** eredményez és **kevesebb aktív befizető tart el több inaktívat**.

1.2. Az egészségügyi rendszerek sajátosságai

Az egészségügy/egészségpolitika, egy igen sajátos alrendszere a jóléti állam intézményrendszerének. Különös jellemzőit már jó néhány szerző összefoglalta korábban, most megkíséreltem a legfontosabbakat kiemelni

- sajátos célokkal bír: Stiglitz szerint olyan egészségügyi rendszer kialakítása a cél, amely egészségi állapot orientált; esélyegyenlőségre törekszik; a rendelkezésre álló erőforrásokkal a lehető legnagyobb egészségi állapot javulást kívánja elérni; az egyének számára választási lehetőséget biztosít; a finanszírozhatóság fenntartását és a közpénzek felhasználásának átláthatóságát fontosnak tekinti [10];
- piaci kudarcok elmélete: az egészségügy is egy olyan terület, ahol a verseny korlátozott, (nincsenek meg a szabad piaci verseny feltételei), mert **nincs sok eladó** (keves számú kórház van, az orvosi csúcstechnológiát tekintve kevés eladó van), **nem homogén a termék** (a betegek többnyire orvost és nem szolgáltatást választanak), a vevők **nem kellően jól informáltak** (az egészségügyi „termékekről” nem áll

rendelkezésre minőségükről, áruk alakulásáról, sajátosságaikról megfelelő információ a betegek számára), **externáliákkal** kell számolni (az egészségügyben a költségeket nagyjából nem az viseli, aki a szolgáltatást igénybe veszi), **puhák a kilépési és hozzáférési korlátok** (tetemes tőke- és időbefektetést igényel az orvosok képzése, valamint kórházak létesítése, ezért az egészségügyi piacra nehéz belépni, illetve onnan kilépni), **az egészségügyi szolgáltatók többsége nem profitorientált**, az orvosoknak **tartani kell a műhiba perekétől** (ebből kifolyólag a szükségesnél több vizsgálatot végeztetnek el, több gyógyszert írnak fel), piaci elosztás esetén a **szegények és a biztosítással nem rendelkezők nem részesülnek ellátásban**, a társadalmi konszenzus alapján, **minden embernek joga van minimális szintű egészségügyi ellátásra**, valamint a **specifikus egalitarizmus** eszméje szerint, minden embernek jövedelmi szintjétől függetlenül joga van az életre;

- Köck szerint az egészségügy sajátos a tekintetben, hogy a finanszírozó elválik a fogyasztótól [9];
- Kornai szerint a fentiekén kívül még néhány további specifikus jellemzővel bír az egészségügy, nevezetesen: nincs piaci értéke az emberi életnek, az **egészség pénzben nem mérhető**, az egészségbiztosítók működését nem lehet kizárólag piaci alapokra helyezni, mert az üzleti biztosítók magasabb díjat szabnának ki a betegesebb, idősebb korú ügyfeleikre, a **betegek kiszolgáltatottak** az orvosoknak, (ez azonban enyhülhet szabad orvos választás esetén), az egészségügyi piac szereplőinek egy része **monopol helyzetben van**, (például magánbiztosítók kartellba tömörülhetnek, az orvosok pedig igyekeznek elzárkózni a piaci versenytől), **moral hazard**, (amennyiben a biztosító megtéríti minden ellátás költségét, a beteg nincs ösztönözve a megelőzésre), és végül a **költségek emelkedése** meghatározó jelenség az egészségügyben, mert az idősödő társadalom, az erkölcsi kockázat, az orvosi technológia gyors fejlődése mind a szolgáltatások megnövekedett igénybevételéhez, valamint áremelkedéshez vezetnek.

[11]

A legfontosabb kérdés számos szakember és véleményem szerint is kétségtelenül a költségek alakulása. Egy rendkívül dinamikus költségnövekedés következett be a második világháborút követő rekonstrukciós szakasz után. Jól mutatja ezt, az 1. és 2. táblából, valamint az 1. és 2. grafikonról leolvasható trend is, miszerint a fejlett országokban az 1960-as évek jellemző átlagosan 4,5 % körüli GDP arányos egészségügyi kiadások, az ezredfordulóra közel duplájára nőttek. Továbbá az egy főre jutó – vásárlóerő paritáson számított – egészségügyi kiadások négy évtizeddel ezelőtt még 100\$ körül mozogtak, mára azonban ez az érték

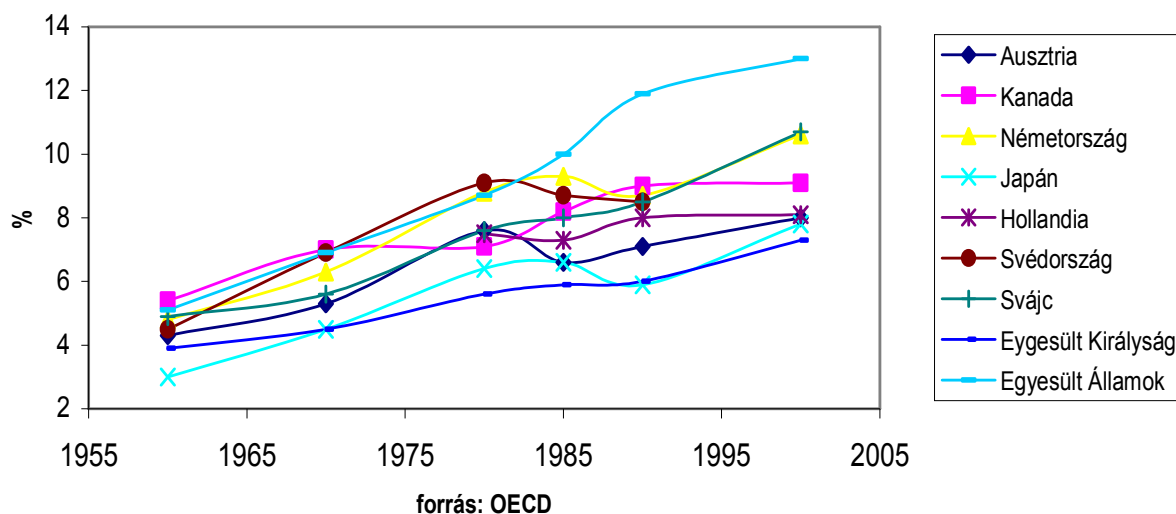
hosszvetőlegesen 25 – 30 szorosára duzzadt. Miért nőttek ilyen rendkívüli mértékben az egészségügyi költségek? Elsősorban olyan kockázati tényezők játszottak ebben szerepet, mint, a környezet, az életmód, valamint olyan egyéb elemek változása, mint az egy főre jutó jövedelem gyors növekedése és az orvosi technológia rendkívüli fejlődése.

1. Táblázat Összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában

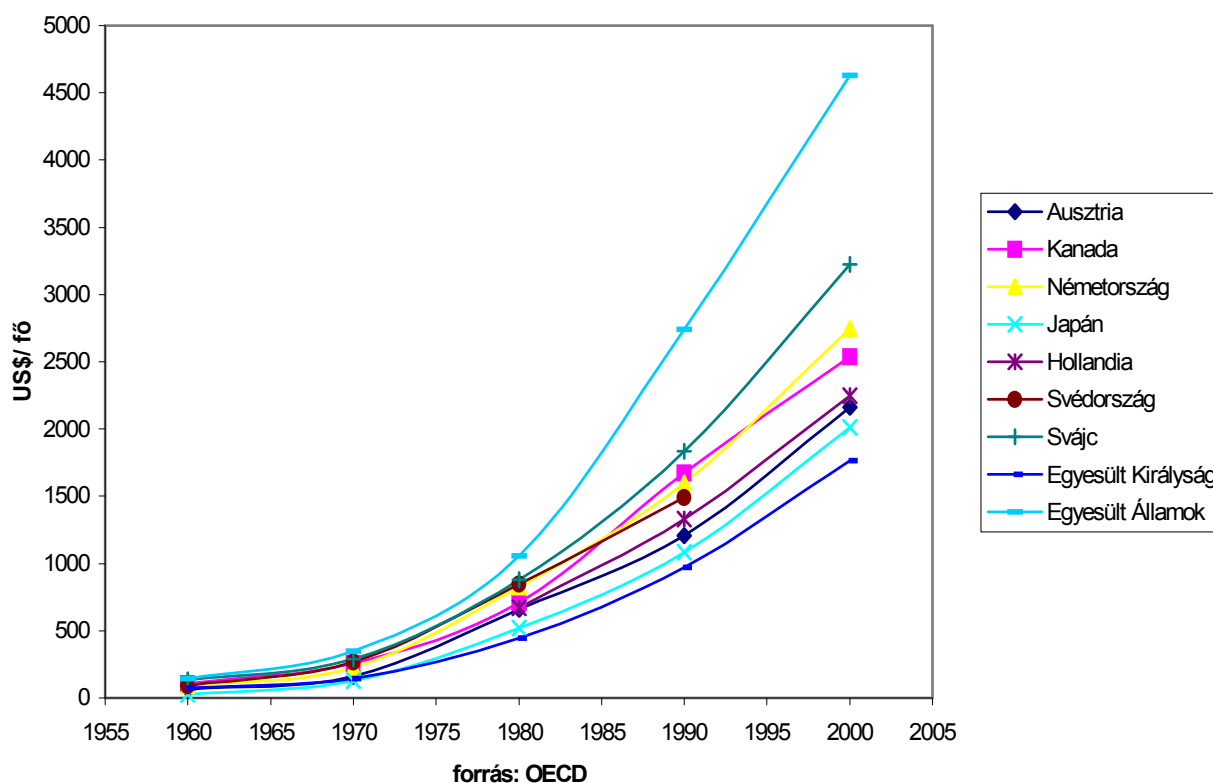
	1960	1970	1980	1985	1990	2000
Ausztria	4,3	5,3	7,6	6,6	7,1	8
Kanada	5,4	7	7,1	8,2	9	9,1
Németország	4,8	6,3	8,8	9,3	8,7	10,6
Japán	3	4,5	6,4	6,6	5,9	7,8
Hollandia			7,5	7,3	8	8,1
Svédország	4,5	6,9	9,1	8,7	8,5	
Svájc	4,9	5,6	7,6	8	8,5	10,7
Egyesült Királyság	3,9	4,5	5,6	5,9	6	7,3
Egyesült Államok	5,1	6,9	8,7	10	11,9	13

Forrás: OECD

1. ábra Összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában



2. ábra Egészségügyi kiadások US\$ PPP/fő



2. Táblázat Egészségügyi kiadás US\$ PPP / fő

	1960	1970	1980	1990	2000
Ausztria	64	159	662	1206	2162
Kanada	109	260	710	1676	2535
Németország	90	223	824	1600	2748
Japán	26	130	522	1083	2012
Hollandia			668	1333	2246
Svédország	89	270	850	1492	
Svájc	136	288	881	1836	3222
Egyesült Királyság	74	144	444	972	1763
Egyesült Államok	144	349	1058	2739	4631

Forrás: OECD

A második világháború utáni időszak a fejlett országok egészségügyi rendszerének fejlődése szempontjából két alapvető részre osztható. Az első, a '70-es évek közepéig az expanzió időszaka volt, amikor is az egészségügyi szolgáltatásokhoz való minél teljesebb hozzáférés biztosítása volt a cél és ez a kiadások számottevő növekedésével járt. A második szakasz a '70-es évek közepe utáni korlátozások időszaka volt, amikor – az olajválság nyomán – az egészségügyi kiadások csökkentése vált fő céllá. [12] A fenti adatokból kitűnik azonban, hogy ezt a célt nem sikerült elérni.

1.3. Az egészségügyi rendszerek típusai

A fejlett országokban az elmúlt évszázad során, jelentős különbségek alakultak ki az egészségügyi rendszerek között. A rendszerek tipizálása nem tartozik jelen kutatásunk tárgyai közé, azonban meg kell említenünk néhány variánst, mivel mi is valamilyen módon összehasonlítjuk az általunk kiválasztott hat országot.

Orosz Éva a közegészségügyi és a piaci modellt különbözteti meg, Köck a tervgazdaság – tervezett piacok- szabályozott piacok – piacok skálán helyezi el az országokat, a döntés centralizáltságának foka alapján. [13] A University of Glasgow kutatói egyik tanulmányukban négy típust különböztetnek meg, úgy, mint adó-alapú, centralizált (Nagy-Britannia), adó-alapú, decentralizált (Svédország, Olaszország, Dánia), társadalombiztosításon alapuló, centralizált (Hollandia, Ausztria, Franciaország) és végül társadalombiztosításon alapuló, decentralizált (Németország). [14]

Egy WHO tanulmány szerint az egészségbiztosítási rendszerek rendkívül sokszínűek Európában: lehet magán- vagy társadalombiztosítás, kötelező vagy önkéntes, bürokratikus vagy decentralizált, illetve számos egyéb tényező mentén csoportosíthatóak.[15]

Véleményünk szerint, az egyes rendszerek kialakulásában elsősorban az adott ország szocio-kulturális hagyományai, politikai és gazdasági berendezkedése játszottak meghatározó szerepet. Értekezésünk következő részében – időbeli, történeti visszatekintéssel - bemutatjuk hat, általunk kiválasztott ország egészségügyi rendszerét, úgy gondoljuk, hogy mind a hat egy-egy meghatározott típust reprezentál. A kiválasztott országok: Csehország, Hollandia, Izrael, Nagy-Britannia, Németország és az Egyesült Államok.

Választásunk azért esett erre a hat országra, mert

- mindegyik fejlett ország (a Huntington által nyugatinak nevezett civilizáció része, talán némiképp Izrael kilóg a sorból, mert nem keresztény ország, azonban más paramétereit tekintve, leginkább az euro-amerikai, vagy észak-atlanti civilizáció értékeihez áll közel) [16];
- három földrészt is képviselnek, Európát, Ázsiát és Észak- Amerikát;
- különböző történelmi gyökerekkel bírnak (a 85 éves, volt szocialista Csehország, a kicsi, liberális, de a tőkés fejlődésben úttörő szerepet játszó Hollandia, a nagybirodalmi, nagy gazdasági hatalom Németország, a mindössze 55 éves közel-keleti, erősen vallási indíttatású, egyedi történelmi fejlődéssel bíró Izrael, a nagy hagyományú, egykori

világhatalom Nagy-Britannia és a mai világhatalom, a demokrácia jelképévé lett Egyesült Államok);

- hat országból, három esetében az egymáson való segítség eszméje adta az indítást az egészségügyi biztosítási rendszer kiépítéséhez (Hollandiában és Németországban a céhtagokat támogató pénztárak jelentették az első lépést, majd az ipari forradalmat követően a szakmai csoportok belső szolidaritása vált az egyes biztosítási alapok létesítésének, illetve működésének fő mozgatójává, Izraelben, pedig a kiszolgáltatott bevándorló telepések kölcsönös egymásra utaltsága, mindenfajta infrastruktúra hiánya és az újonnan érkezettek integrálásának vágya volt az ösztönző erő);
- a másik három ország esetében kevésbé volt fontos a szolidaritás elvének érvényesítése az egészségügyi rendszerek kiépítésének kezdetén (az angolszász országokban nem ez volt az elfogadott társadalmi viselkedési minta, jóval erőteljesebben jelent meg az üzleti alapú szerződéses kapcsolat, Csehországban pedig egy központi döntés alapján egyik napról a másikra került sor 1925-ben az egészségbiztosítási rendszer bevezetésére)

Az egészségügyi rendszerek az utóbbi időben a legtöbb fejlett országban számos vita középpontjában álltak. Christian Köck szerint a viták az alábbi főbb kérdésekről folytak és folynak még ma is:

- miképpen lehetséges az ellátás-finanszírozás biztosítása a jövőben,
- hogyan lehetne az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést biztosítani (illetve biztosítását fenntartani) mindenki számára, valamint
- milyen most és milyen legyen a szolgáltatások minősége és a korszerű orvosi technológia alkalmazása? [9]

A kilencvenes évek elejétől-közepétől fogatosított egészségügyi reformok a fejlett országokban –mint Németországban a pénztárak közötti verseny, Izraelben a több biztosító modell, vagy Svédországban az állami és magánszektor közötti verseny bevezetése - **erős konvergenciát** mutatnak.

A hasonlóság területei az alábbiakban foglalhatók össze:

- a méltányosság, egyenlőség kiterjesztése,
- a választási lehetőségek növelése (magánszektor szolgáltatásaihoz való hozzáférés megkönnyítésével),
- a költségek egy részének a privát szektor felé való terelésével a költségvetés terheinek csökkentése,

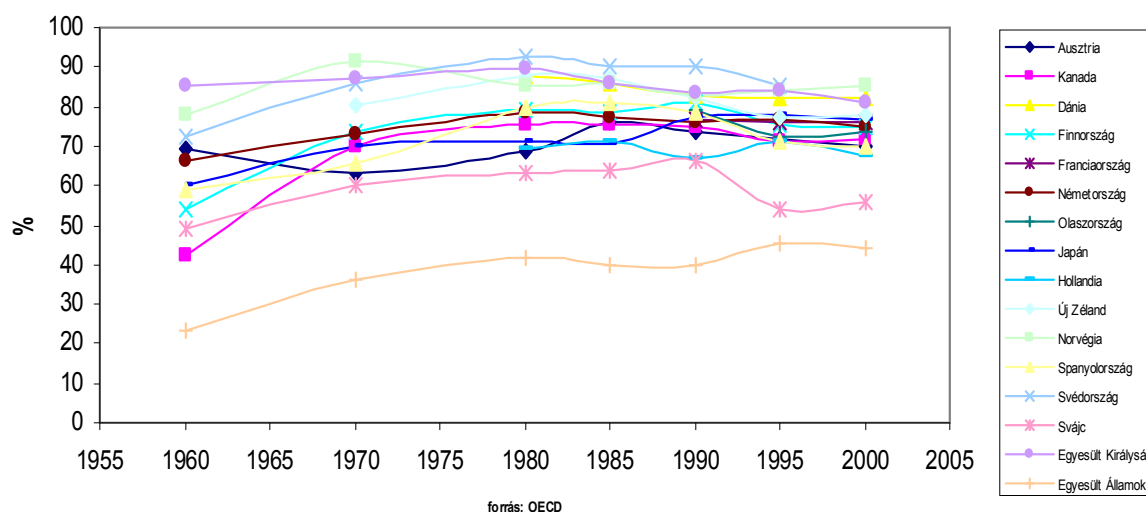
- a hatékonyságnövelés lehetőségének keresése,
- jobb regionális tervezés,
- kórházi ápolás helyettesítése kevésbé költséges gyógyítási móddal (például otthonápolás),
- erősebb verseny bevezetése. [17]

A hangsúly azonban elsősorban azon van, hogy milyen mechanizmuson keresztül **fizetnek a szolgáltatóknak** (például fejkvóta rendszerben, mint Luxemburgban, vagy a teljesítményhez kapcsolt pontrendszer alapján, mint Németországban).

1.4. Egészségügyi rendszerek összehasonlítása

Az egészségügyi kiadások (GDP arányában és egy főre jutóan is) drámai növekedése folyamatosan polémia, elemzések tárgya politikusok, szakemberek, tudósok körében egyaránt. Ez a rendkívüli és minden ország által tanúsított érdeklődés – ami az egészségügyi szektort kíséri – elsősorban abból adódik, hogy szinte mindenhol a legfontosabbnak a költségek visszafogását, illetve az egészségügyre fordított kiadások hatékonyságát tekintik. Ráadásul, mint a 3. táblában és ábrában látni lehet, a fejlett országok szinte mindegyikében állami forrásból fedezik az egészségügyi kiadások nagyobb hányadát (70% alatti részarány alig van) és ez a kereslet indokolatlanul magas szintjéhez vezet (árrugalmatlan kereslet, moral hazard, potyautas magatartás, bürokraták viselkedése stb). Ezt fejti ki többek között Leu is, ám ezzel ellentétes nézeteket is sokan fogalmaztak meg, köztük Buchanan. [18, 19] A táblából az is kitűnik, hogy a közkiadások aránya a hatvanas évektől a kilencvenes évek elejéig nőttek, majd némileg csökkenni kezdtek.

3. ábra Közkiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában



3. Táblázat Közkiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában (1960-2000)

	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000
Ausztria	69,4	63	68,8	76,1	73,5	71,8	69,7
Kanada	42,6	69,9	75,6	75,6	74,6	71,4	72
Dánia			87,8	85,6	82,7	82,5	82,1
Finnország	54,1	73,8	79	78,6	80,9	75,5	75,1
Franciaország					76,6	76,1	76
Németország	66,1	72,8	78,7	77,4	76,2	76,7	75,1
Olaszország					79,3	72,2	73,7
Japán	60,4	69,8	71,3	70,7	77,6	78,2	76,7
Hollandia			69,4	71	67,1	71	67,5
Új Zéland		80,3	88	87	82,4	77,2	78
Norvégia	77,8	91,6	85,1	85,8	82,8	84,2	85,2
Spanyolország	58,7	65,4	79,9	81,1	78,7	70,9	69,9
Svédország	72,6	86	92,5	90,4	89,9	85,2	
Svájc	49,2	59,9	63,1	64,1	66,4	53,8	55,6
Egyesült Királyság	85,2	87	89,4	85,8	83,6	83,9	81
Egyesült Államok	23,3	36,4	41,5	39,9	39,6	45,3	44,3

Forrás: OECD

Ugyanakkor mások szerint az egy főre jutó GDP az egyedüli releváns magyarázata az egészségügyi kiadások alakulásának. Boncz Imre, cikkében arra a következtetésre jut, hogy közeledés figyelhető meg a köz- és magánkiadások arányában. [20] Akárhogy is, ez a téma azért van régóta előtérben, mert a - mostanában masszívan államháztartási deficitel küzdő - iparosodott országok költségvetésében jelentős tételt tesznek ki az egészségügyre fordított források. A nemzetközi összehasonlítások, Gerdtham és Jönsson véleménye szerint azért hasznosak, mert olyan fontos kérdésekre adhatnak választ, mint:

- Az egészségügyi rendszer szervezeti felépítése hatással van-e a kiadások szintjére?

- A házi orvosok „kapuőr”-ként való fellépése esetén alacsonyabbak-e az egészségügyi kiadások?
- Vajon növeli-e a kiadásokat az orvosok számának növekedése?
- Mennyivel magasabb kiadási szintet eredményez a nagyobb lefedettség?
- Mennyiben befolyásolja a kiadások nagyságát a költséges kezelések, diagnosztikai eljárások nagyobb igénybevétele?
- Érdemben magasabbak-e azon országok egészségügyre fordított kiadásai, amelyekben a kórházi kezelések nagyobb arányt képviselnek? [21]

Kornai és McHale tanulmányukban, arra keresik a választ – a nemzetközi összehasonlítás módszerét alkalmazva –, hogy vajon mi határozza meg egy ország egészségügyi kiadásának szintjét. Regressziók számolásával a következő potenciális befolyásoló tényezőket vizsgálták meg: népesség demográfiai összetétele, kétkeresős családok aránya, női részvétel a munkaerőpiacon, állami kiadások aránya, új technológiai lehetőségek. [22]

Az EU nem szabályozza az egészségügy működését, tehát csupán az EU tagság miatt nem fognak közelíteni egymáshoz a tagországok egészségügyi rendszerei. Mindazonáltal – közvetetten – mégis hatással van a tagországok egészségügyére. A 2004 nyarán életbe lépő EU munkaidőrendelet, például a heti munkaidőt 58 órára korlátozza és ez a kórházi orvosok esetében (akik sokszor heti 70 órát is ledolgoznak), azt jelenti, hogy új orvosokat kell majd felvenni a kieső munkaidő pótlására. [23]

A dolgozatban elsősorban nem a fenti kritériumok mentén hasonlítjuk össze a hét országot, hanem az egészségi állapot mutatók és az - mai tudásunk szerint - arra befolyással bíró tényezők mentén, hiszen arra a kérdésre szeretnénk választ találni, hogy milyen mértékben játszik szerepet az egészségügyi rendszer egy ország lakosságának egészségi állapotában. A szakemberek egybehangzó véleménye szerint, az ellátó rendszer minősége, felépítése, kiterjedtsége, finanszírozása stb., csak mintegy 10-15%-ban játszik szerepet a lakosság egészségi állapotában. Ez a dolgozat, egy gondolat kísérlet, hiszen nehéz megmagyarázni azt, miből adódik az egészségi állapot és az azt determináló tényezők minőségi különbsége egyes országokban, ha azt nem az egészségügyi rendszerből fakadónak tekintjük. Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy az egyes mutatók kiválasztása vita tárgya lehet, valamint, hogy nem teljes körű. Ugyanakkor törekedtünk arra, hogy a jelenlegi szakirodalom által felvetett legfontosabb összefüggéseket figyelembe vegyük. Figyelembe véve, hogy

lehetőségeink igen korlátozottak a diszciplínát érintő összes irodalom átfogó feldolgozása és az adatokhoz való hozzáférés tekintetében is, a téma kidolgozottsága nem egyenszilárdságú.

Rendszer-hatékonyság és egészségi állapot

1.5. Mivel mérhető az egészségi állapot?

Megszámlolhatatlanul sok tanulmány készült, amely az egészségügyi kiadások nemzetközi elemzésével foglalkozik, de az egészségi állapotnál elért eredmények szempontjából kevesen vizsgálták a hatékonyságot. Azok a kutatások azonban, amelyek a lakosság egészségi állapotának mérését és elemzését tűzték ki célul, egymástól gyakran erőteljesen eltérő álláspontot fogalmaztak meg. Abban megegyeztek, hogy rendkívül nehéz homogén és releváns méréseket végezni. A nézetek sokszor eltértek a tekintetben, hogy mivel lehetne mérni egy-egy ország, vagy terület népességének egészségi állapotát. Bizonyos azonban, hogy multidiszciplináris megközelítésre van szükség, amely figyelembe veszi az egészségügyi, gazdasági, szociális és intézményi tényezőket egyaránt. Nehéz összehasonlítható, jól mérhető adatokat találni, de azért történtek kísérletek az elmúlt tizenöt – húsz évben, ezek azonban gyakran egymásnak ellentmondó következtetésekre jutottak. Nehéz az összemérés azért is, mert a nemzetközi piacon nem kereskednek egészségügyi szolgáltatásokkal, így az egyes országok ebből a szempontból izoláltak.

Konszenzus van viszont abban, hogy az egészségi állapot mérésére, jelenleg nem képezhető egyetlen olyan kompozit adat, amelyet minden kétséget kizáróan, objektív és releváns mérőszámnak lehetne tekinteni. A leggyakrabban használt mutatók a születéskor várható élettartam, a standardizált halálozási ráta, a csecsemőhalandóság, a várható egészségben eltöltött évek száma, vagy a korai halálozás.

Ezúttal négy olyan mutatót választottunk ki, amelyek véleményünk szerint jól megközelítően mérik a lakosság egészségi állapotát, ezek a következők:

- Születéskor várható élettartam
- Várható egészséges élettartam (HALE)
- Daganatos megbetegedések miatti halálozási arány
- Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozási arány.

Az első kettő kiválasztása nem tér el a szokásos eljárástól, az utóbbi kettőt viszont azért választottuk az egészségi állapot mutatójának, mert rátekintve a hét országra vonatkozó, főbb halálokokat tartalmazó 4. táblára, és grafikonra, jól kivehető, hogy ez a két vezető halálok együttesen, az összes haláleset mintegy 60-80%-át magyarázza.

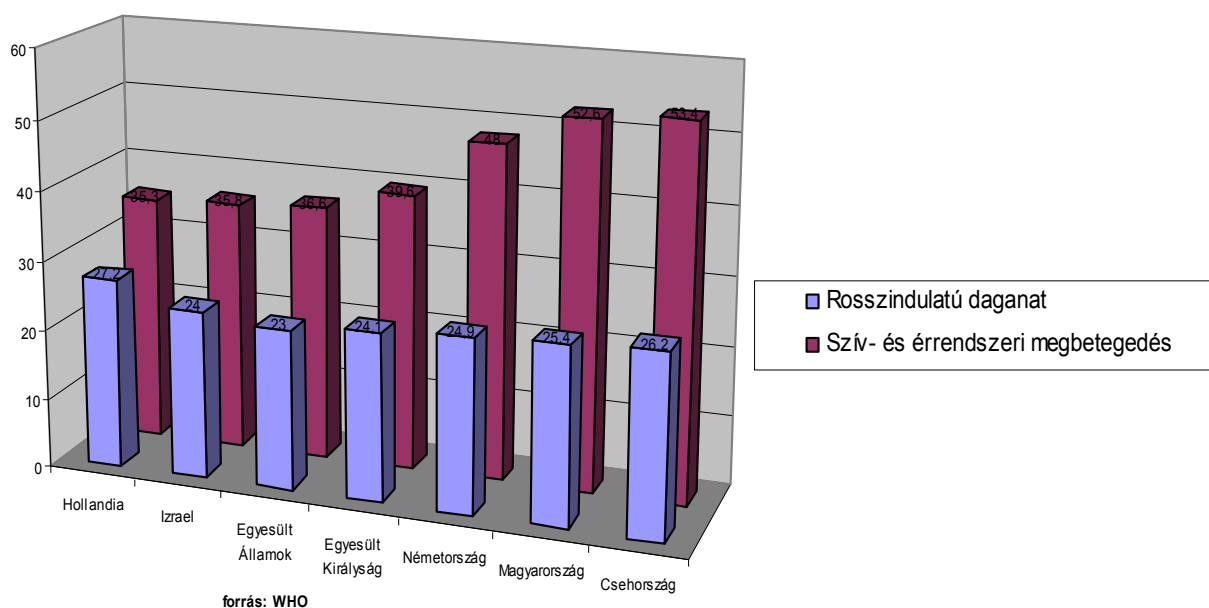
4. Táblázat A két vezető halálok részaránya az összes halálozásban, % (2000)

	Rosszindulatú daganat	Szív- és érrendszeri megbetegedés
Egyesült Államok *	23	36,6
Izrael	24	35,8
Egyesült Királyság	24,1	39,6
Németország	24,9	48
Magyarország	25,4	52,6
Csehország	26,2	53,4
Hollandia	27,2	35,3

Forrás: WHO és National Center for Health Statistics, USA

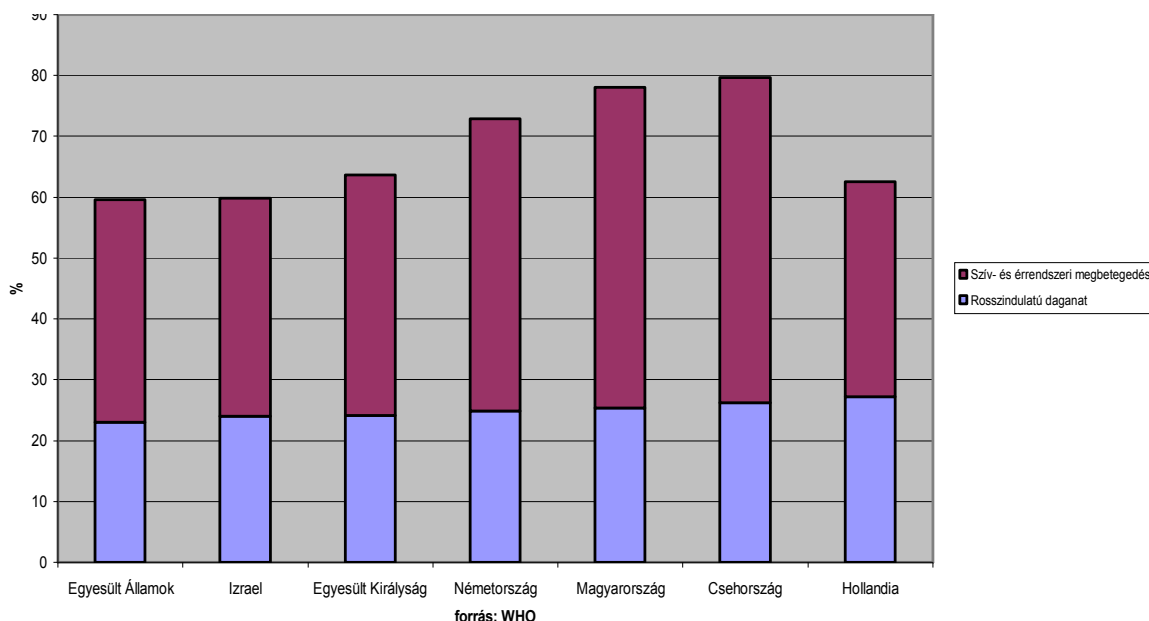
* 1998

4. ábra Halálozás a két leggyakoribb halálok szerint, %-ban (1999, 2000)



A következő oszlop diagrammon a két vezető halálokot összeadva tüntettük fel, mert így jobban látszik, hogy együttesen a halálozások mintegy 60-80 százalékaért felelősek. Azt mondhatjuk tehát, hogy amennyiben ezt a két mutatót megvizsgáljuk, meglehetősen átfogó képet nyerhetünk az adott országok megbetegedési és halálozási okairól, arról, hogy melyek azok a betegségfajták, melyek híven tükrözik a lakosság egészségi állapotát.

5. ábra Halálozás a két leggyakoribb halál oka szerint, összesen (1999, 2000)



1.5.1. Születéskor várható élettartam

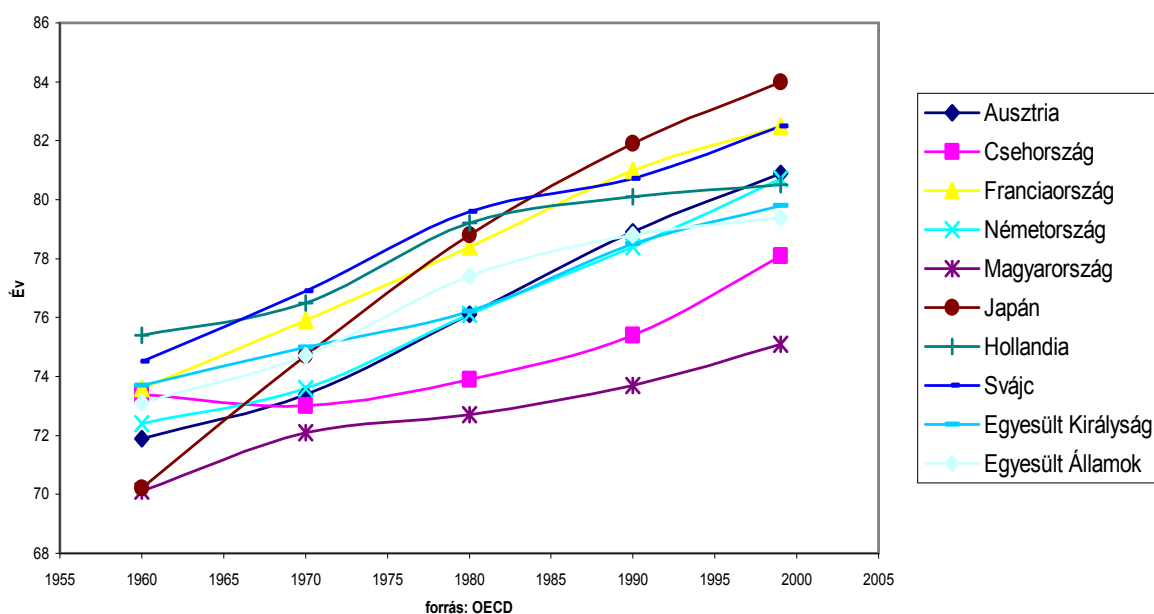
A 20 században, jelentős mértékben javult az egészségi állapot, a nőknél például 55-ről majdnem 80 évre emelkedett a várható élettartam. A csökkenő halálozási ráta, a növekvő várható élettartam, a fertőzőes megbetegedések kicsi előfordulási gyakorisága következtében várhatóan tovább javul majd az OECD országok lakosságának egészsége. [24]

A fejlett országokban a nők születéskor várható élettartama a hatvanas évek közepén átlagosan 73 év körül mozgott, ugyanez a 20. század végére hozzávetőlegesen 5 évvel növekedett, így mára 78 év körüli értéket mutat. Természetesen nagy különbségek vannak az egyes országok között. Amíg egy japán nő 1999-ben 84 év hosszú életre számíthatott, addig az ugyanabban az évben született dán nő 79 évvel kellett, hogy „beérje”. A férfiak adatai hasonló trendet mutatnak, azzal a különbséggel, hogy a nőknél 5-6 évvel rövidebb életet remélhetnek csak. [25]

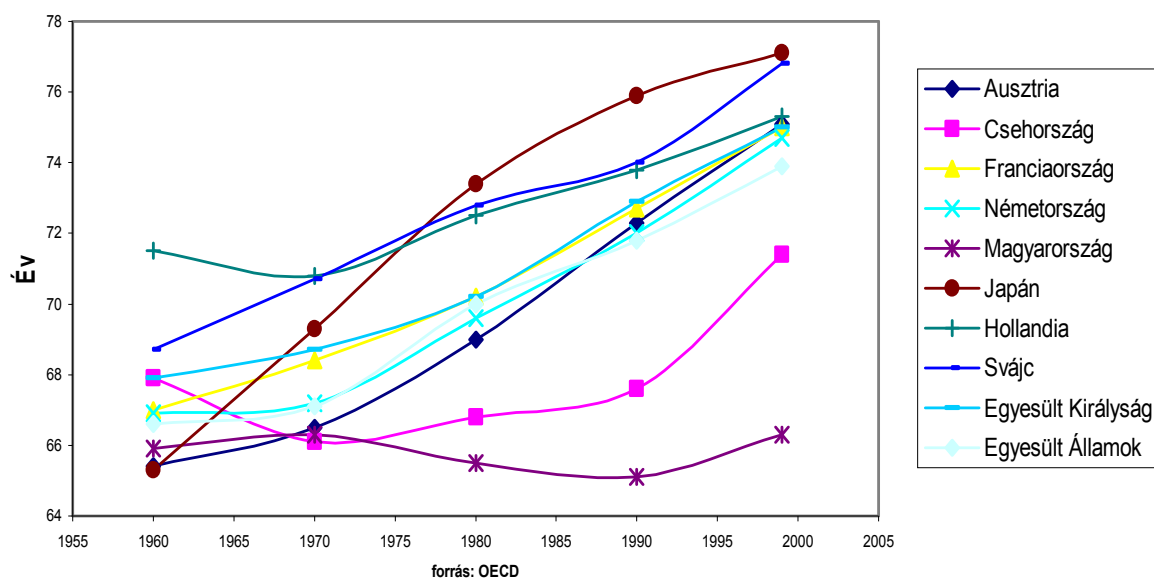
1998-ban a WHO 191 tagországában a várható élettartam 65 év volt a férfiaknál és 69 a nőknél, az OECD 30 országában élők azonban hozzávetőlegesen 10 évvel többre számíthattak. [24]

Az OECD tagországokat tekintve 1999-ben, leghosszabb életre a férfiaknál az izlandiak számíthattak (77,5 év), legrövidebbre pedig a törökök (66,1 év). A magyar férfiak hátulról a másodikak 66,3 év várható élettartammal. A nőknél a japánok álltak az élen (84 év) és megint csak a törökök voltak a sereghajtók 70,7 évvel. A magyar nők – hasonlóan a férfiakhoz – a törököket megelőzve, az utolsó előtti helyen álltak (79 év). [26]

6. ábra Születéskor várható élettartam néhány fejlett országban (nők) 1960-1999



7. ábra Születéskor várható élettartam néhány fejlett országban (férfiak) 1960-1999



A vizsgált hét országban a trendvonal szinte teljesen azonos volt a fejlett országok átlagával.

Az alábbi diagramokon szemléltetjük, a 2000-re kialakult sorrendet, ami:

Izrael, Hollandia, Nagy-Britannia, Németország, USA, Csehország, Magyarország.

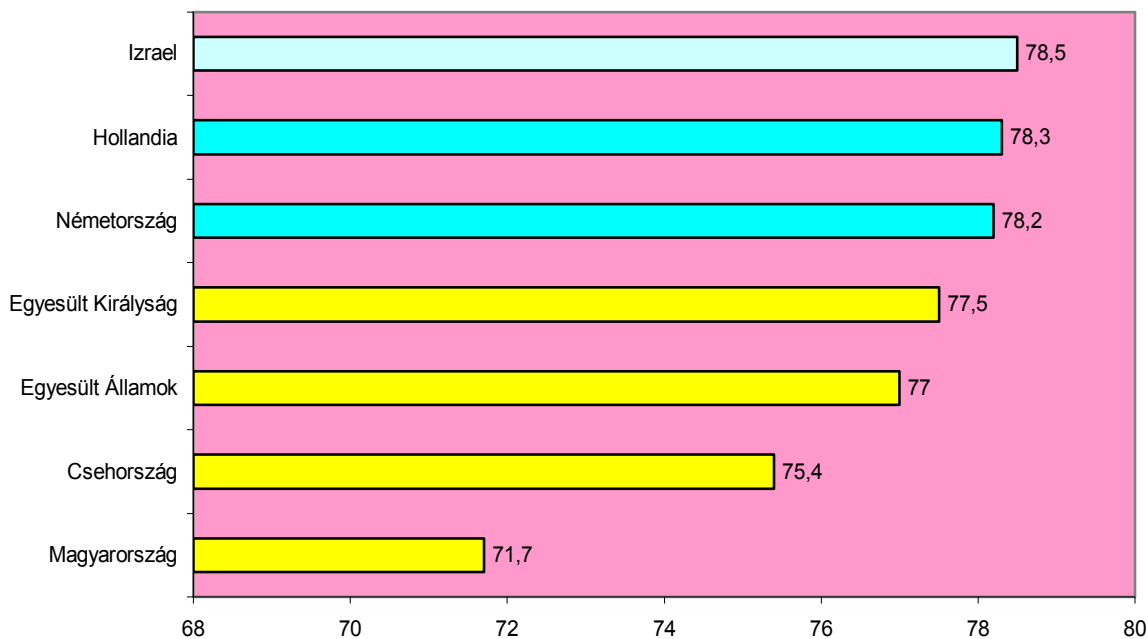
Természetesen megvizsgáltuk külön a férfiakat és a nőket (az alábbi ábrákon majd jól kivehetők lesznek a különbségek), de a pontozásnál egyetlen értéket párosítottunk az országokhoz, mégpedig az összlakosságra vonatkozó adatoknak megfelelőt.

5. Táblázat Születéskor várható élettartam (2001)

	Év	Pontszám
Izrael	78,5	10
Magyarország	71,7	1
Csehország	75,4	3
Hollandia	78,3	9
Németország	78,2	8
Egyesült Királyság	77,5	6
Egyesült Államok	77	5

Forrás: The World Health Report 2002, WHO

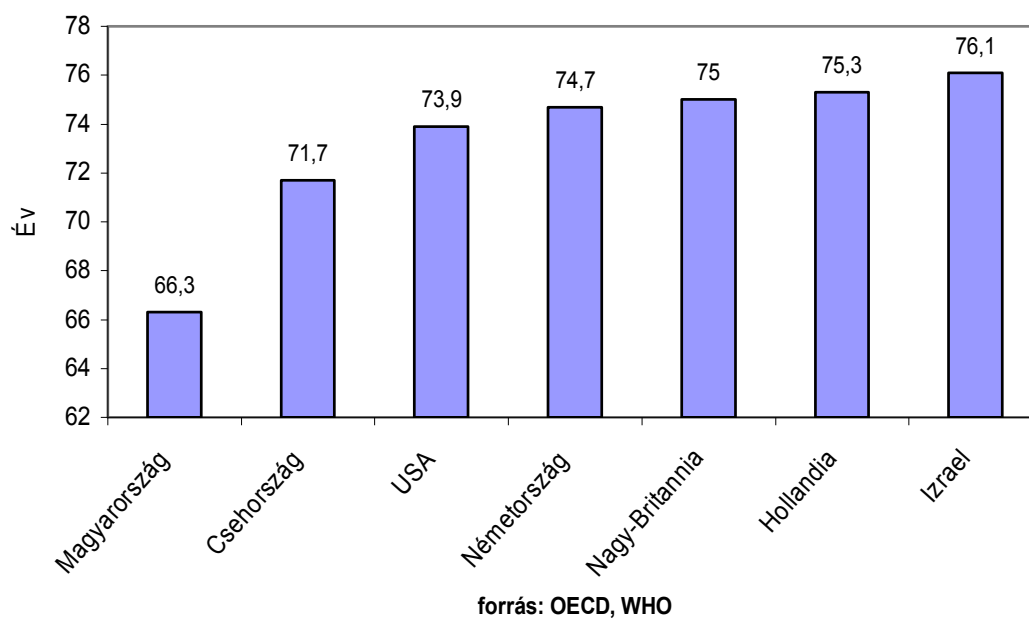
8. ábra Születéskor várható élettartam (év) 2001



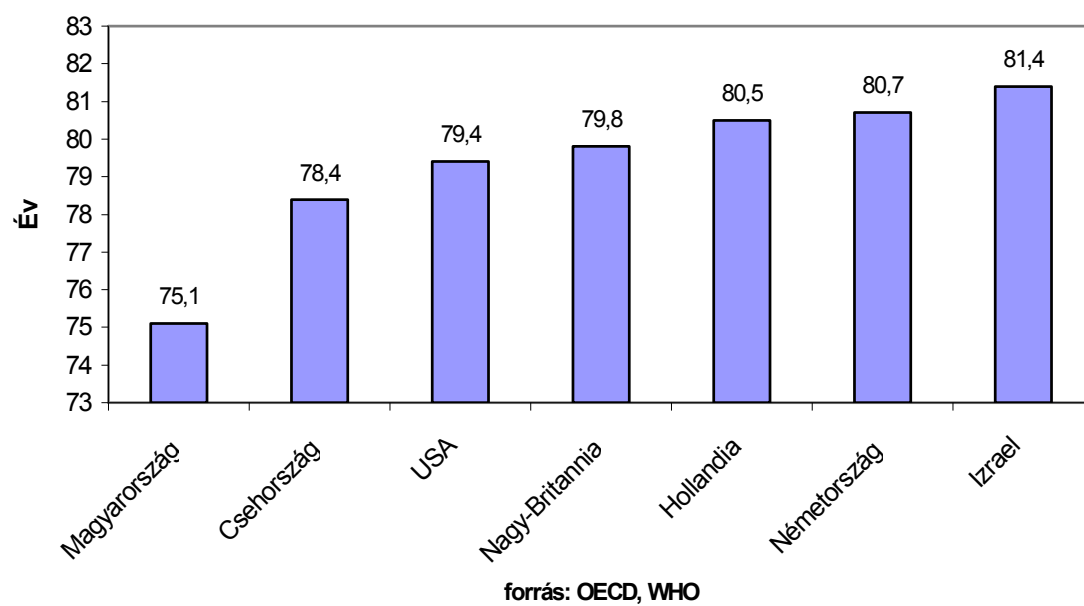
Forrás: The World Health Report 2002, WHO

A nemek szerinti jelentős eltérésekről történt már említés, okainak ismertetése nem része a dolgozatnak, de néhány ábra erejéig mégis bemutatásra kerül a férfiak és nők várható élettartama külön-külön. A nemenkénti sorrend, egyébiránt jelentősen nem tér el az összesítettől.

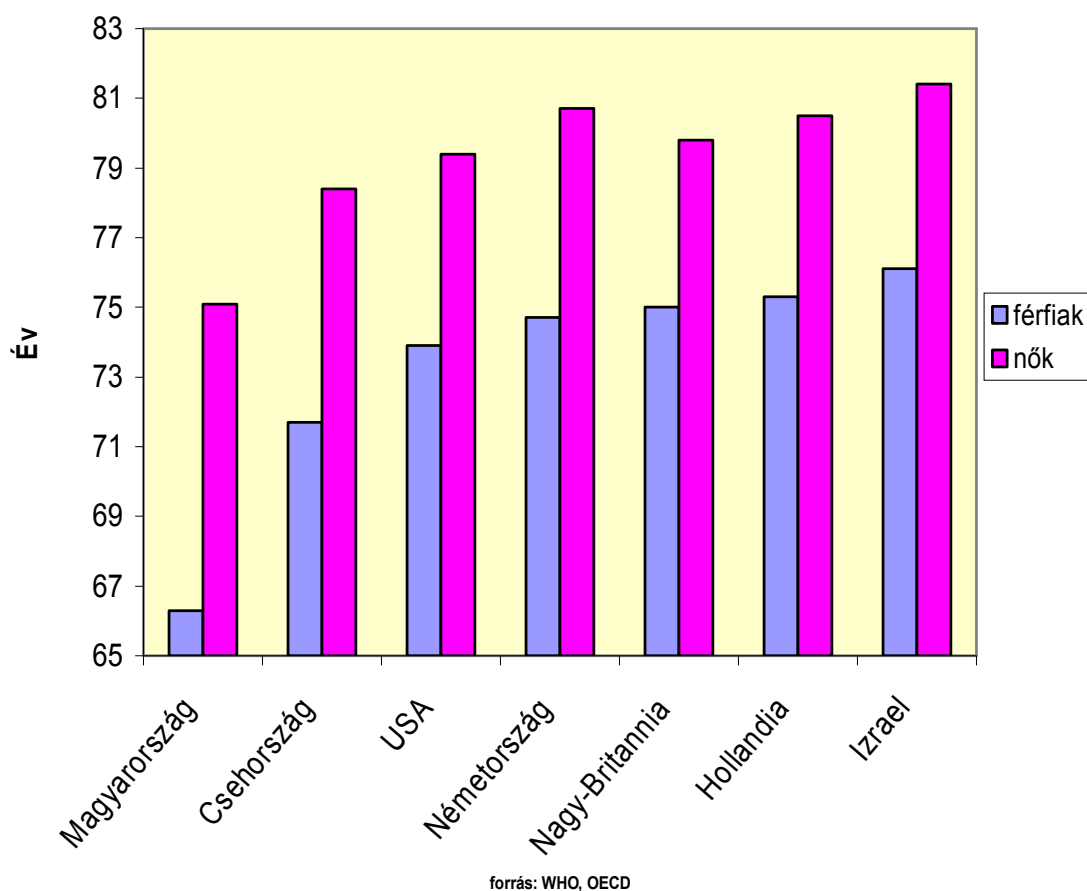
9. ábra Születéskor várható élettartam (férfiak) 2000



10. ábra Születéskor várható élettartam (nők) 2000



11. ábra Várható életkor, 2000



1.5.2. Várható egészséges élettartam /Healthy Life Expectancy (HALE)/

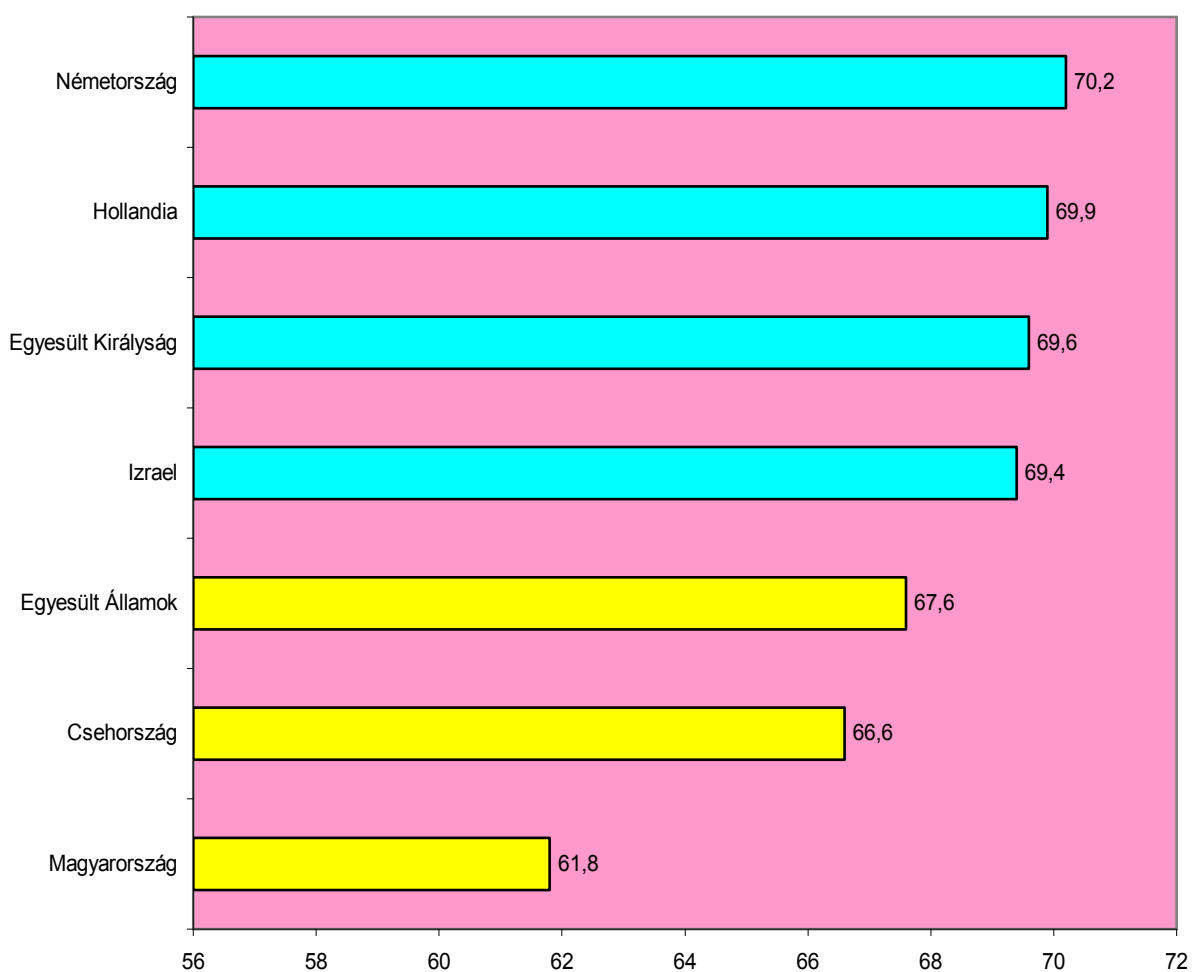
Második egészségi állapot mutatónak a várható egészséges élettartamot választottuk, mert ez pontosabban tükrözi adott ország lakosainak egészségi állapotát, életminőségét, hiszen ez azt fejezi ki, hogy születésünkkor hány egészségben eltöltött életévre számíthatunk. Az adatok azt mutatják, hogy Magyarország ugyanúgy utolsó a sorban, – mégpedig jelentősen lemaradva az előtte álló csehektől - mint a születéskor várható élettartamnál, az első helyeken azonban eltérések látszanak. Míg Izrael az előző mutatót alapul véve az élen volt, a várható egészséges életévek számát tekintve, csak a negyedik helyen áll, igaz azonban, hogy mindössze 0,8 évvel marad el az első helyezett Németországtól. A kapott pontszámokat tekintve, az angolok és a csehek jelentős mértékben (3 ponttal) jobbak az egészséges életévek szempontjából, mint a várható élettartamuk, a németek és az amerikaiak, pedig 2-2 ponttal magasabb kategóriába kerültek a második mutató, elsőhöz való viszonyításában. [25]

6. Táblázat Születéskor várható egészséges élettartam (év) 2001

	Év	Pontszám
Izrael	69,4	9
Magyarország	61,8	1
Csehország	66,6	6
Hollandia	69,9	9
Németország	70,2	10
Egyesült Királyság	69,6	9
Egyesült Államok	67,6	7

Forrás: The World Health Report 2002, WHO

12. ábra Születéskor várható egészséges élettartam (év) 2001



Forrás: The World Health Report 2002, WHO

1.5.3. Leggyakoribb halálokok

1.5.3.1. Daganatos megbetegedések

Fontos a daganatos betegségeknek szentelt kiemelt figyelem, mert ahogy feljebb már említettük, a rosszindulatú daganatos megbetegedés jelenleg a második leggyakoribb halálokok a fejlett országokban. Minden negyedik halálért rákos megbetegedés a felelős. A daganatos betegségek egy gyűjtőfogalom, mely több mint 100 rákfajtát jelöl. A világban jelenleg leggyakoribb daganatos megbetegedések a férfiaknál sorrendben a tüdő-, gyomor-, a prosztata-, a vastag-és végbél-, valamint a májrák. Nőknél első a sorban az emlőrák, majd azt követi a méhnyak-, a vastag-és végbél-, a tüdő- és a gyomorrák.[27] Az elmúlt fél évszázad során, jelentősen megváltozott a sorrend, a gyomorrák előfordulási gyakorisága például 50%-kal csökkent a legtöbb országban, miközben a tüdőrákos esetek száma drámaian növekedett, Észak-Amerikában például tízszeresére a 20. század folyamán. Igaz ugyan, hogy a nyolcvanas évektől kezdve az Egyesült Államokban jelentős csökkenés következett be, de erről majd a későbbiekben lesz szó.

A 21. század elején, egyetlen év során világszerte mintegy 10 millió körüli új rákos megbetegedés diagnosztizálásával lehet számolni és a rákban meghaltak száma, évi 6 millió fő körül alakul, miközben a nyolcvanas években évi 6 millió új megbetegedés és 4 millió halál volt írható a rák számlájára. Ha a jelenlegi megbetegedési és mortalitási irányok folytatódnak, nem kizárt, hogy 2020-ra ezek a számok akár 50%-kal emelkednek. A WHO előrejelzése szerint, amennyiben a jelenlegi trend folytatódik, 2020-ban 15 millió ember betegszik majd meg rákban (ennek kétharmada az újonnan iparosodott, fejlődő országokban) és 10 millióan halnak meg ebben a betegségben. [28] John R. Seffrin, a Nemzetközi Rákellenes Szövetség (International Union Against Cancer) elnöke szerint, a rák, a legjobban megelőzhető és kezelhető az életünket fenyegető betegségek közül. Úgy véli, hogy amennyiben jelenlegi tudásunkat felhasználjuk, valamint szűrőprogramokat indítunk, ez az állítás, bizonyítást nyer majd. Gro Harlem Brundtland, a WHO 2003. márciusában leköszönt vezérigazgatója úgy véli, az évi 10 millió új esetnek legalább egyharmada megelőzhető lenne, és megfelelő rákszűréssel ez valóra is váltható. Azonnali cselekvéssel, a WHO számításai szerint, 2020-ra 2, 2040-re, pedig 6,5 millió életet lehetne megmenteni. [29]

Az 1960-as évektől fokozatosan emelkedett a rákhalálozás világszerte és a fejlett országokban is, azonban a hetvenes évektől a nyugati országokban csökkenés figyelhető meg, míg Magyarországon (de például Csehországban is) ettől eltérően, erősen emelkedő tendencia mutatkozott. Az EU átlagtól való elszakadásunk mértékére jellemző, hogy míg

1980-ban 1,2 szerese volt az EU átlagnak a magyar lakosság daganatos halálozása, addig az azt követő években fokozatosan távolodtunk és 1995-re a magyar férfiak daganatos halálozása kétszeresére, a magyar nőké, pedig az EU átlag másfélszeresére nőtt. [30] A világban mért és anticipált növekedésnek – a WHO tanulmánya szerint – négy fő oka van: a fejlett országokban fokozatosan csökken a szív- és érrendszeri halálozás; az emberek élettartama egyre hosszabb és idősebb korban gyakoribb a daganatos megbetegedés; növekszik a dohányzók száma, és végül, rossz irányba változtak az étkezési szokások, csökkent a fizikai aktivitás és egyre több az elhízott, túlsúlyos ember. [28]

A halálokok között, igen magas az aránya az ún. szűrhető daganatos megbetegedéseknek, mint például nők esetében az emlő- és méhnyakrák (együtt, több mint 31%), a férfiaknál és nőknél közösen, pedig a vastag- és végbélrák, amelynek aránya a daganatos megbetegedések okozta halálozásban mindkét nemnél 9% fölötti. Lényeges megkülönböztetni az incidenciát, illetve prevalenciát és a mortalitást arányát, hiszen például a magyarországi daganatos megbetegedések incidenciája (adott időszakban regisztrált új megbetegedések száma), valamint prevalenciája (adott időszakban nyilvántartott összes betegek száma) nem tér el olyan jelentősen a fejlett országok átlagától, mint a halálozási ráta (mortalitás), amely lényegesen rosszabb képet mutat. A trendet persze jobb az incidenciát alapján elemezni, hiszen a mortalitási ráták a kezelés esetleges kudarcát is magukba foglalják, nemcsak a betegség kialakulását.

Az európai rákincidencia gyakorisági sorrendje is hasonló képet mutat, mint a magyarországi. 1995-ben a férfiaknál tüdőrák (22%), vastag- és végbélrák (12%), prosztatarák (11%) volt a sorrend, míg a nőknél emlőrák (26%), vastag- és végbélrák (14%) és gyomorrák (7%). [31] E számok tükrében is jól látszik, hogy milyen magas arányban fordulnak elő jól szűrhető daganatos megbetegedések. Ez indokolja, hogy legalább néhány gondolat erejéig, a szűrés témakörét és érintsük. Rendkívül fontos az elsődleges és másodlagos megelőzés, a szűrőprogramok bevezetése és az egészségre nevelés, felvilágosítás, a környezeti káros hatások kiszűrése. A primer és szekunder prevenció segítségével remélhetjük a megbetegedések számának csökkenését, valamint a már kialakult betegség korai stádiumban történő felismerését. Az aggasztó hazai statisztikai adatok és a fejlett országokban bevezetett átfogó szűrési programok sikerei felhívták a magyar egészségpolitikusok figyelmét is a téma jelentőségére és a mintegy egy évtizeddel ezelőtt meghirdetett Nemzeti Rákkontroll Program keretében – amit az Országos Onkológiai Intézet dolgozott ki – 1993-tól kezdődően az egyik fő céllá vált megfelelő szűrőprogramok segítségével minél korábbi stádiumban kimutatni a betegséget, hiszen ilyenkor a gyógyulás

esélye jóval nagyobb. A Program fő fejezetei részletezték a daganatos betegek ellátásának legfontosabb stratégiai terveit és e munkában foglalmazódott meg a szűrőprogramok fontossága is. 2001 nyarán hirdették meg az országos emlőszűrő programot, és ezt követik a méhnyakrák és a colorectalis (vastag- és végbélrák) daganatok korai felismerését célzó szűrőprogramok. [32] Ez indokolja a lakossági szűrés bevezetésének, illetve minőségének javítását célzó intézkedések jelentőségét is, valamint nem szabad megfeledkezni az elsődleges megelőzést jelentő egészségfejlesztési programok erősítéséről sem. [33] Mivel azonban a szűrőprogramok költségvonzata igen jelentős, fontos, hogy a meglévő pénzügyi keretek felhasználása a lehető legnagyobb egészségnyereséget eredményezze. A fejlett országokban is a nemzetközi szakmai konszenzus alapján működtetett szűrőprogramok finanszírozása jelentős terhet ró a költségvetésre, így ott is figyelembe veszik a döntések során, hogy milyen nyereséget jelent egy-egy szűrőprogram bevezetése, illetve az éppen alkalmazott szűrési stratégiáról egy másikra történő átállás, mivel ez utóbbi jelentős költségvonzattal jár. Számos tanulmány foglalkozott azzal, hogy valamilyen költség-haszon elemzési módszerrel kimutassa a különböző daganatos megbetegedési típusokra melyik szűrési módszer, milyen korosztálynál, milyen gyakorisággal elvégezve milyen költségvonzattal jár és ez mekkora nyereséget jelent megmentett életévekben számítva, pénzösszegre is lefordítva. A **Magyar Onkológia** című lapban, 2002-ben megjelent tanulmány szerzői, például **végigtekintették a szűrések költséghatékonyságára vonatkozó nemzetközi és hazai irodalmat és az alábbi főbb megállapításokat tették a három leggyakoribb és leginkább szűrhető daganatfajta vonatkozásán.** [30]

- ✓ A méhnyakrák esetén a Papanicolaou teszttel végzett populációs alapú szűrés felel meg a WHO kritériumainak. Ennél a betegségnél, a „spontán” szűrés költséghatékonysága a legkedvezőtlenebb, egy megmentett életév a legkevesebbe került a 30-39 éves korosztály egyszeri szűrése esetén, 65 év felett az 5 évenkénti szűrés a legköltséghatékonnyabb és a szűrés szervezeti rendjét tekintve (mobil, rákszűrő központ, vagy magánorvosi rendelő) a mobil szűrés bizonyult csak költséghatékonynak, 1,2-es költség-haszon rátával. [34]
- ✓ A WHO kritériumoknak a mammographiás vizsgálatra épülő, populációs alapú szűrés felel meg az emlőráknál. A legtöbb tanulmány az 50-70 éves korosztály két évenkénti szűrését tekinti költséghatékonynak, fiatalabb korban a mammographia specifikitása is kisebb, tehát kevésbé megbízhatóan mutatja ki a kóros elváltozást, több megfigyelés szerint, pedig a 40-49 évesek szűrése kevésbé költséghatékonny. [35, 36] A módszerek közül a kizárólag mammographiás szűrés bizonyult a legköltséghatékonnyabbnak,

kimutatták azt is, hogy például Németországban kevésbé költséghatékony a szűrés, mint Hollandiában és egy négy EU tagországot (Hollandia, Franciaország, Spanyolország és Egyesült Királyság) összehasonlító tanulmány szerint Hollandiában és az Egyesült Királyságban költséghatékonyabb a szűrés. [37]

- ✓ A vastag- és végbél rosszindulatú daganatos megbetegedési esetére nincs olyan a WHO kritériumainak egyértelműen megfelelő szűrési módszer, mint a feljebb említett méhnyak- és emlőrák esetén, azonban az okkult vérzésteszt, a FOBT (faecal occult blood test, Magyarországon a neve: Weber teszt) mindig szerepel a módszertani ajánlásokban. A különböző publikációk között összhangot találunk abban a vonatkozásban, hogy a FOBT (két különböző napon vett mintán elvégezve) a legköltséghatékonyabb, (például a sigmoidoscopia használata erőteljesebben növeli a költségeket, mint a szűrések hatékonyságát) és amennyiben a két mintás FOBT pozitívnak bizonyul, akkor célszerű a colonoscopiás vizsgálatot elvégezni. Az egyik vizsgálat szerint a 65-74 évesek kétévenkénti szűrése a legköltséghatékonyabb. [38]

Visszatérve a magyarországi problémához, mi lehet az oka az incidencia és a mortalitás eltérésének? A hazai és külföldi daganatos betegségekkel foglalkozó orvosok és kutatók szerint elsősorban a megelőzés, szűrés hiánya, (ami késői felismeréshez vezet), másodsorban, pedig az alkalmazott terápia, a felhasznált gyógyszerek eltérő korszerűsége, valamint a szervezeti keretek hiánya az oka annak, hogy a mortalitási adatokat tekintve, Magyarország mostanra a legrosszabb helyet vívta ki magának. Rendkívül fontos szerepe van a rák korai felismerésének és megelőzésének. A megelőzésnek két formája ismeretes: az elsődleges (ami például az egészséges táplálkozás) és a másodlagos, ami, pedig a szűrővizsgálat. Az elsődleges prevenció nem minden daganatfajtánál lehetséges, de van, amelyiknél nagyon erősen számít. Ha például valamely országban egyáltalán nem dohányoznának, sokkal kevesebb lenne a tüdőrák. Erre jó példa az Egyesült Államok, ahol már a hatvanas években feltárták a dohányzás és a tüdőrák összefüggéseit és meghozták a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedéseket. Ezekhez a kormányzati, egészségügyi, oktatási erőfeszítésekhez csatlakozott a média is, amely erőteljes propagandával járult hozzá a küzdelemhez. A nyolcvanas évekre elérték a dohányzás radikális csökkenését, amit követetett a tüdőrák és még néhány, a dohányzással összefüggő daganatfajta (fej-, nyak-, gége-, szájüregi-, nyelőcsőrák) előfordulásának visszaszorulása. Az Egyesült Államok felnőtt lakosságának ma csak egynegyede dohányzik, az évtizedekkel ezelőtti 60%-kal szemben. [39] Más országok esete is azt mutatja, hogy megfelelő fellépéssel hasonlóan jó eredményeket lehet elérni. [40]

A világban, az elmúlt ötven évben a férfiaknál különösen a tüdőrák, szájrák és prosztatarák, a nőknél az emlőrák, a nemeket közösen tekintve, pedig a gastrointestinalis daganatos megbetegedések előfordulása nőtt jelentősen. Manapság a legtöbb áldozatot szedő ráktípusok: a légzőszervi, az emésztőszervi-, az emlő- és a szájüregi rák. Jól látszik ez a magyar adatokból is, a hazai incidenciát mutatja a 7. táblázat.

7. Táblázat Felfedezett és bejelentett új daganatok száma Magyarországon (1999-2000)

Rosszindulatú daganatok	1999	2000
Emésztőszervek	7739	9669
Tüdő	6609	9069
Bőr	5678	7860
Emlő	5148	6060
ÖSSZESEN	45591	60021

Forrás: Nemzeti Rákregiszter

Az 1950-től rendelkezésre álló WHO rákregiszter statisztikáit kerültek összefoglalásra az alábbi ábrákban, melyek külön mutatják a férfiak és nők rákhalálzásának alakulását, mégpedig életkorral kiigazítva (ASR), hogy összehasonlíthatóak legyenek a különböző korstruktúrájú népességek. Ez annál is inkább fontos, mert tudjuk, hogy az életkor előrehaladtával, különösen idős korban (65 év felett) rohamosan emelkedik a daganatos megbetegedések előfordulási gyakorisága, elsősorban az immunrendszer kifáradása, gyöngülése miatt.

A fejlett országokban, különösen az EU-ban, jelentősen csökkentek a rákhalálzások, de még Közép-Kelet-Európa átlaga is valamelyest kedvezőbben alakult, mint Magyarországé. Ha a férfiak teljes rákhalálzását tekintjük, akkor Magyarország toronymagasan vezet, utánunk jön Oroszország, majd Csehország, Lettország, Észtország, Ukrajna stb. A negatív lista élén kizárólag volt szocialista országok állnak, a többiek lényegesen jobb helyzetben vannak. A legfejlettebb országok között Németország áll a legrosszabbul, ennek oka elsősorban az, hogy megörökölte a volt NDK hiányosságait. Németországot követi Ausztria, majd az Egyesült Államok. A legkedvezőbb a helyzet Japánban, ahol 1995-ben 149 rákhalálzás jutott 100 ezer lakosra, miközben az Egyesült Államokban 162, Magyarországon, pedig 265. A nők esetében ettől kicsit eltérő a kép, ott hazánk „csak” a második helyet foglalja el.

A vizsgált hét ország fél évszázados adatait tartalmazó táblából és grafikonból is nagyon jól látszik, hogy míg az általános tendencia a hetvenes évek közepéig nagyon enyhén növekvő, majd később csökkenő volt, addig Magyarország (és részben Csehország is) végig erőteljes növekedést mutatott.

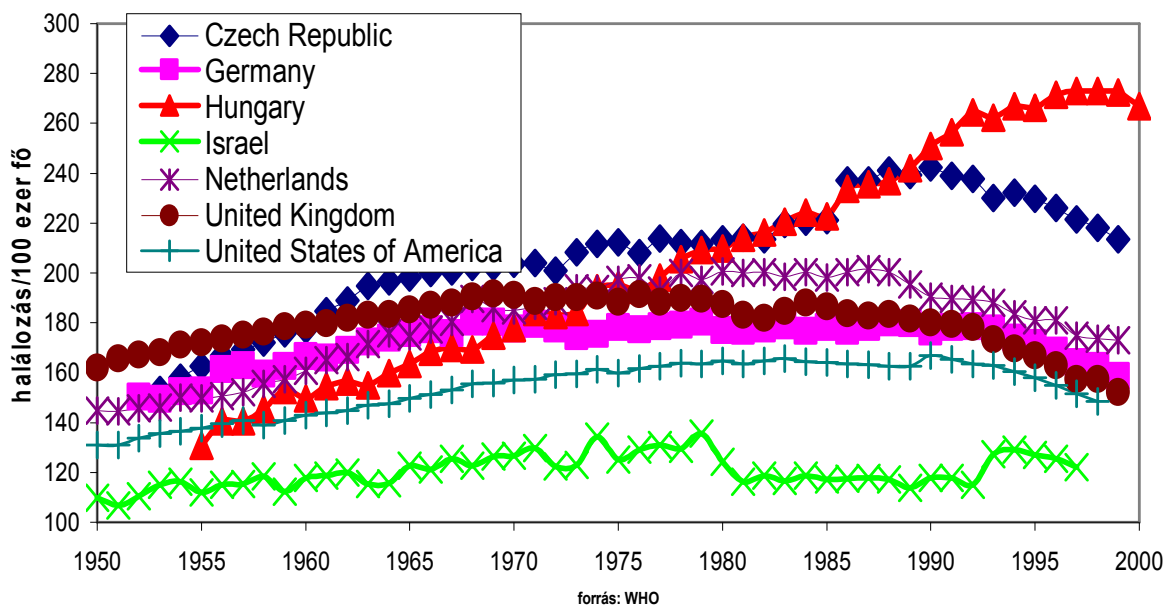
8. Táblázat Rákhálózás 1950-2000 (100 ezer lakosra eső standardizált gyakoriság)

	Cseh- ország	Német- ország	Magyar- ország	Izrael	Hollandia	Egyesült Királyság	Egyesült Államok
1950	-	-	-	109,93	144,68	162	130,89
1951	-	-	-	106,82	144,46	165,69	131,08
1952	-	150,39	-	110,32	145,71	167,17	133,73
1953	152,92	149,47	-	115,14	146,13	168,18	135,53
1954	157,84	152,57	-	116,37	149,86	171,18	136,6
1955	162,5	152,77	130,71	112,02	149,54	171,98	137,66
1956	166,87	161,41	140,49	115,07	150,6	173,61	139,7
1957	169,24	163,01	140,59	115,36	152,08	175,03	140,93
1958	172,12	159,38	145,48	118,28	155,46	176,35	139,02
1959	175,71	162,44	153,04	112,41	157,43	178,41	140,83
1960	177,18	166,43	149,76	117,83	160,84	179,02	143
1961	184,73	165,98	154,52	118,67	165,17	179,74	143,74
1962	188,81	169,14	156,29	119,97	166,34	181,94	144,67
1963	194,68	172,31	154,96	115,2	171,51	183,11	147,07
1964	196,52	174,03	159,71	115,6	175,65	183,53	147,54
1965	198,16	175,72	163,48	122,65	174,65	185,36	149,81
1966	199,86	177,3	168,34	121,19	177,43	187,25	151,33
1967	200,73	175,74	170,09	125,35	180,23	188,11	153,21
1968	202,58	180,45	169,29	122,71	189,57	190,54	155,64
1969	202,39	180,37	174,7	126,38	185,84	191,57	155,68
1970	203,75	177,71	177,95	126,67	184,94	191,12	157,14
1971	203,89	179,42	184,47	129,68	186,77	188,67	157,4
1972	200,82	177,64	183,01	122,48	188,62	190,24	159,07
1973	208,3	174,53	184,39	123,09	193,92	190,08	159,57
1974	211,67	175,57	193,77	134,28	193,56	190,69	161,5
1975	212,16	178,3	195,18	125,23	197,36	188,37	159,74
1976	208,02	177,18	193,23	129,21	197,78	191,31	161,54
1977	213,71	178,5	198,2	131,07	192,85	188,39	162,59
1978	211,81	179,06	205,52	129,33	200,01	189,75	163,7
1979	211,64	180,4	209,05	135,47	197,12	189,53	163,45
1980	213,54	176,94	209,93	124,18	200,55	187,41	164,7
1981	214,25	176,8	214,03	116,3	199,93	183,17	163,48
1982	213,6	177,68	216,23	118,69	200,38	181,84	164,73
1983	219,56	178,77	220,51	116,63	198,39	184,74	165,6
1984	220,62	176,57	224,35	118,56	200,2	188,19	164,37
1985	221,16	178,33	222,69	117,2	198,1	186,62	164,22
1986	237,18	176,77	233,88	117,42	200,23	183,61	163,62
1987	237,1	178,09	235,51	117,72	201,46	182,81	163,34
1988	241,15	179,99	236,68	117,21	200,25	183,57	162,61
1989	239,16	179,78	242,14	113,72	195,43	181,64	162,61
1990	242,19	176,34	250,98	117,81	190,39	179,94	166,85
1991	239,03	178,37	256,58	117,82	189,43	179,32	165,4
1992	237,7	178,57	264,57	115,03	189,27	178,19	163,38
1993	230,02	177,51	262,24	127,18	187,9	173,33	162,77
1994	232,23	173,86	266,73	129,2	183,58	169,72	160,56
1995	229,7	171,92	266,39	126,92	180,99	166,77	157,85
1996	226,01	168,82	271,36	125,39	180,96	162,99	154,99
1997	221,33	164,2	272,99	122,14	174,94	157,43	151,5
1998	218,15	162,61	272,99	-	173,57	157,21	148,38
1999	213,57	158,64	272,38	-	173,08	152,05	-
2000	-	-	266,87	-	-	-	-

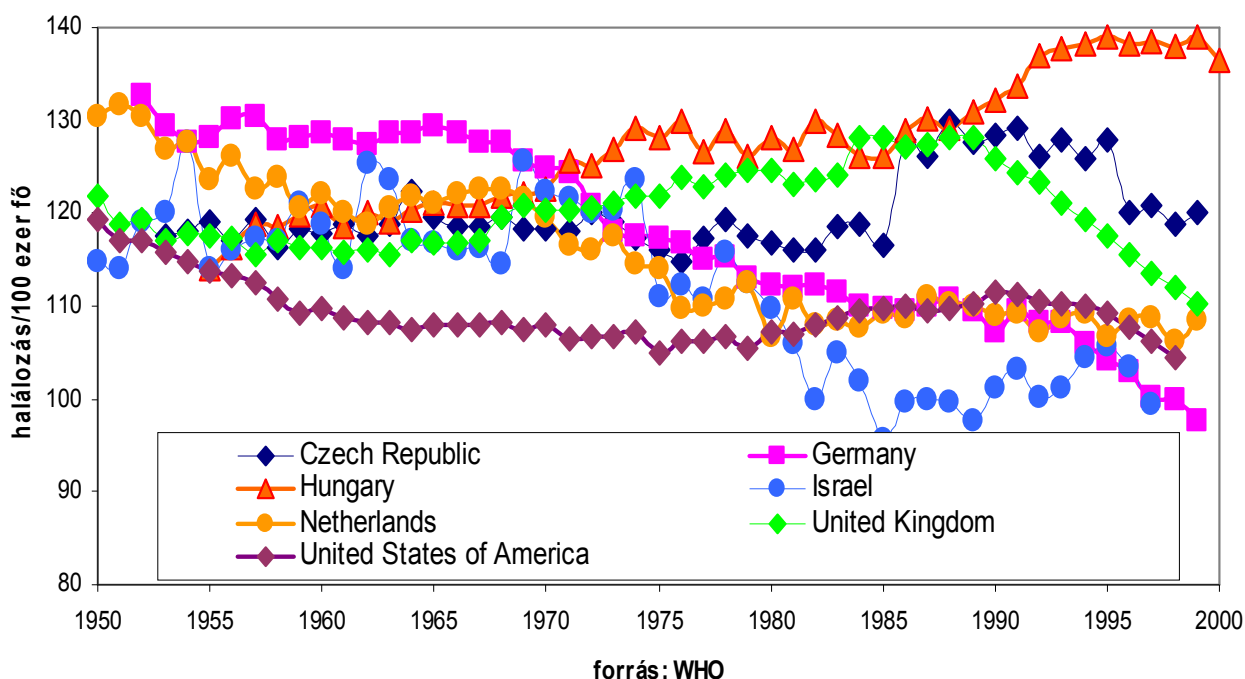
Forrás: WHO

Természetesen nem ugyanez, de nagyon hasonlóak a helyezések akkor, ha az egyes ráktípusok szerinti halálokokat külön-külön vizsgáljuk. Tüdő-, hörgő-, és szájüregrákban ugyancsak Magyarország az első (a tüdő- és hörgőrák okozta halálozást tekintve, a magyar ráta több mint kétszerese a legkedvezőbb európai, illetve japán mutatónak), leukémiában és vastagbél rákban a második (ez utóbbinál Csehország előzi meg), gyomorrákban, pedig például a 14. helyen áll.

13. ábra A rákhalálozás alakulása (ASR) 100 ezer főre (férfiak)



14. ábra A rákhalálozás alakulása (ASR) 100 ezer főre (nők)



Nagyon fontos lenne tudni, a daganatos megbetegedések kialakulásának pontos okait. Egyelőre még nem ismeretes, hogy mely tényezők milyen mértékben járulnak hozzá bizonyos típusú rákos megbetegedések kialakulásához, csak becslések állnak rendelkezésre, így nem volt nagyon egyszerű a determináns tényezők ehhez igazított kiválasztása sem. Az viszont már közismert, hogy milyen tényezők segítik elő a daganatos betegségek kialakulását.

A Harvard Egyetem kutatói szerint az emberi rák kórokai a dohányzás, étkezési szokások, elhízás, testmozgás hiánya, foglalkozási ártalmak, genetikai hajlam, fertőzések, társadalmi helyzet, környezetszennyezés, ultraviola sugárzás, ionizáló sugárzás, elektromos és mágneses terek. [41]

Eckhardt Sándor három nagy csoportba osztotta a rák kórokait: fizikai, kémiai és biológiai kórok, a WHO már idézett tanulmányában, két fő kóroki csoportot jelöl meg: genetikai és külső tényezők. [42, 28] Az utóbbi a fizikai-, kémiai- és biológiai karcinogéneken felül, a táplálkozási szokások, a foglalkozási ártalmak, a levegő- és vízszennyezettség és az egészségügyi ellátás során tapasztalható káros hatásokat veszi sorra. Hogy mely tényezők milyen mértékben járulnak hozzá daganatok kialakulásához, arra vonatkozóan csak becsléseket találni, például az Egyesült Államok daganatos halálozását vizsgáló egyik tanulmány szerint a dohányzás 30, az alkoholfogyasztás 3, a táplálkozás 35, a munkahely 4, a környezet szennyezettsége 2, a geofizikai faktorok 3, a fertőzések pedig 10 %-ban járulnak hozzá a rák kialakulásához. [43]

Összefoglalóan tehát azt mondhatjuk, hogy tudjuk, a belső determinánsokon (elsősorban genetikai állomány) felül, rendkívül nagy szerepet játszanak a külső (környezeti) tényezők is. Ami a genetikai adottságokat illeti, a rákot a sejtek szaporodásáért és helyreállításáért felelős gének mutációja okozza. Ez nem jelenti azt, hogy a rák örökletes, egyre inkább úgy tűnik, hogy a génmutáció okozta úgynevezett örökletes daganatok esetében is, a környezeti tényezőkkel való interakció is szükséges a betegség kialakulásához. Például az emlőrákos, vagy a vastagbél daganatos esetek mindössze 5%-a az, amely genetikai okokból alakul ki. A jövő útja az, hogy, meg kell határozni a magas kockázatú csoportokat, fel kell tárni a családok genetikai hátterét és génszűréssel, vagy egyéb módokon változtatni lehet majd a determináltságon, de egyelőre nem. Egyelőre úgy tűnik azonban, hogy nincs túlzott jelentősége, a szakemberek szerint a daganatok összességének csak kis részében jelenik meg komolyan a genetikai hajlam. A genetikailag érintett családokban, viszont fokozott jelentősége van a szűrésnek. A külső tényezőkre vonatkozóan az összefüggések leginkább statisztikai adatokból látszanak, de szinte teljes mértékben bizonyosak. Összefoglalóan tehát

azt mondhatjuk, hogy a legismertebb és legjelentősebb tényezők, melyek szerepet játszanak a rákbetegségek kialakulásában: a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a környezet szennyezettsége, a mozgásszegény életmód és a stressz. Többek között ezek kerülnek számbavételre a következő alfejezetben, ahol majd részletesen ki is térünk rájuk. Számos tanulmány és kutatás foglalkozott az egyes tényezők hatásainak pontos feltárásával, most itt, ebben a részben kicsit részletesebben csak néhány alapösszefüggés ismertetésére kerül sor, főként a hivatkozott WHO tanulmány, Eckhardt Sándor könyv, valamint, egy Harvard egyetemi publikáció nyomán. [29, 41, 42]

9. Táblázat A rákos megbetegedések kialakulásában közrejátszó tényezők

Belső daganatkozó tényezők (genetika, immunválasz)			
Külső daganatkozó tényezők			
Fizikai kórok	Kémiai kórok	Biológiai kórok	Társadalmi tényezők
• Ionizáló sugárzás • Ultraviola sugárzás	• Légszennyezettség • Vízszennyezettség • Dohányzás • Alkoholfogyasztás • Helytelen táplálkozás (túlzott állati eredetű zsír, kevés zöldség és gyümölcs), elhízás • Élelmiszeripari eljárások és vegyületek Egyéb humán karcinogének (pl. beryllium, szteroid, nikkel stb.)	• Vírusok • Baktériumok	• Fizikai inaktivitás • Stressz • Vagyoni– és jövedelmi helyzet

A 9. táblában ismertetett kórokok közül kiemelt jelentőséggel bírnak, az úgynevezett fizikai és kémiai kórok. **Fizikai** tényezőként az ionizáló sugárzások daganatkozó tulajdonságait említik a szakemberek. A negatív hatás mértéke dózisfüggő, eredete, pedig lehet medicinális (például thorotrast tartalmú kontrasztanyag használata), munkahelyi ártalom, (radioaktív sugárzás az uránbányászatban, azbesztpor a hajógyártásban, nikkel a fémfeldolgozásban stb.)

vagy akár katonai kísérletek, háborús események, véletlen balesetek (atombomba bevetése Hirosimában és Nagaszakiban, hidrogénbomba kísérletek, atomerőművek üzemzavarai).

Az ionizáló sugárzás - a 2001-ben megjelent *Cancer: Principles & Practice of Oncology* című könyv egy tanulmánya szerint – leukémiát, tüdő-, bőr-, pajzsmirigy- és emlőrákot okoz. [43] Nap, mint nap, számos forrásból származó radioaktív sugárzásnak vagyunk kitéve, a természetes sugárzáson (radon, urán, potassium-40, kozmikus sugárzás) felül, az orvosi kezelések, a nukleáris balesetek, a háborúk is mind-mind sugárfertőzést okoznak. A szakemberek számításai szerint, a minket érő átlagos éves sugármennyiség 3,4 mSv (millisievent), amiből 2,9 mSv, azaz közel 88% természetes forrásból fakad. Az ionizáló sugárzás hatását sokan kutatták és elemezték, és mind az ENSZ, mind az amerikai Nemzeti Tudományos Akadémia által folytatott vizsgálatok eredményeit összegző publikáció szerint a radioaktív sugárzás elsősorban a leukémia, a mell- és tüdőrák kialakulásáért felelős. [44, 45] Igen nehéz azonban a „küszöb-dózis” meghatározása. A nemzetközi szakirodalom számos publikációja foglalkozik például a Magyarországot is erősen érintő csernobili atombaleset következményeivel. Mivel 1986-ban, a reaktortűz során radioaktív ^{131}I és ^{137}C izotóp került a környezetbe, elsősorban a pajzsmirigy rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek és a leukaemiák incidenciájának és mortalitásának alakulását vizsgálták. [46] Több szerző számolt be arról, hogy **Csernobil körzetében 1990 óta lényegesen emelkedett több daganatos, köztük elsősorban a gyermek- és felnőttkori pajzsmirigy daganatok gyakorisága**, ez főként Belorussziában, Ukrajnában és Oroszország Bryansk régiójában volt megfigyelhető. [47, 48, 49] Más országokban azonban nem növekedett a pajzsmirigy daganatos halálozása, bár többek véleménye szerint számos daganat esetében hosszabb a latenciaidő, így egyelőre még nem lehet kimutatni a baleset hatását. [50, 51, 52] **A Magyarországot ért radioaktív szennyeződés, úgy tűnik nem növelte a pajzsmirigy daganatok miatti halálozást**, sem összességében, sem területi halmozódást nem tudtak kimutatni. [46]

A U.S. Department of Health and Human Services (Amerikai Egészségügyi Minisztérium) minden évben közreadott, ismert humán karcinogének listáját tartalmazó legújabb kiadványa szerint, **228 olyan anyag van** (például a beryllium, szteroidok, nikkel, fűreszpor, üveggyapot, mustárgáz, dohányfüst, radon stb.), **amely ún. humán karcinogén**, azaz az emberi szervezetben rákot okozhat. [53] Ezek egyike az ultraviola sugárzás, amely nemcsak napsugárzással, de mesterséges módon is érhet minket, például ha túlzott mértékben használjuk a szoláriumot, vagy naplámpát (kvarclámpát). Az ultraviola sugárzás bőrrákot okozhat, néhány megfigyelés szerint a szem rosszindulatú elváltozását, vagy akár non-

Hodgkin lymphomát idézhet elő. Számos megfigyelés igazolta az összefüggést a szolárium-, illetve más mesterséges ultraviola sugárzást kibocsátó eszköz használata és a bőrrák kialakulásának kockázata között. [54, 55]

A **kémiai kórokok** a levegővel, a táplálékkal és a bőrön keresztül történő felszívódással érvényesülhetnek. A forgalmas nagyvárosok közlekedés által okozott szennyezettsége, az iparvidéki levegő magas szennyezőanyag tartalma mindenki előtt jól ismert (részletesebben később foglalkozunk majd vele). Nagyon jelentős szerepe van a dohányzásnak, (erről is majd később) ami bizonyítottan előidézheti a felső légutak, a tüdő, a szájüreg, a nyelőcső és a húgyhólyag rákos megbetegedését. Ha sikerülne visszaszorítani a dohányzást, Eckhardt szerint például 25%-kal lehetne csökkenteni Magyarországon a rákhalálozást, Kovács Gábor szerint, pedig a tüdőrákos megbetegedések 85%-a megelőzhető lenne. [42, 39] Az amerikai National Cancer Institute olyan becslést tett közzé, melynek értelmében 8-16%-kal lehetne javítani a mortalitási rátán a dohányzás 15%-os csökkentésével. [56]

A legtöbb rákkeltő anyag, táplálék útján jut a szervezetünkbe, elsősorban a vízzel, (például nitrosamin vegyületcsoport jelenléte a kutakban). Az ivóvíz nitrát tartalmát a mezőgazdaságban felhasznált vegyszerek talajba jutása útján, a talajvízbe való beszivárgással „nyeri”. Egyéb rákkeltő vegyületek juthatnak még az ivóvízbe az ipari szennyezés folytán is. Az élelmiszeriparban használatos jó néhány vegyületről ma már bizonyosan tudható, vagy legalább nagy valószínűséggel sejthető, hogy daganatos megbetegedést idéznek elő. Több élelmiszer-feldolgozási eljárás, illetve táplálék, mint például az égés, a füstölés, az állati zsírok fokozott bevitele, a többször felhasznált olaj, mind-mind rákkeltő hatásúak. A National Cancer Institute, már idézett 1995-ben közzé tett tanulmánya szerint a helytelen táplálkozási szokások megváltoztatásával (azaz a zsírok arányának 25% alá csökkentésével és dupla rostbevittel) 8%-kal alacsonyabb mortalitási rátát lehetne elérni. [56]

A magas zsírbevitel és túlzott kalória felvétel egyértelműen pozitív korrelációja például a mellrákkal, még nem nyert minden kétséget kizáró bizonyítást, mindamellett sok zöldség fogyasztása néhány kutatás szerint, 20%-kal csökkenti a daganatos betegségek kialakulásának kockázatát. [57, 58] Hogy mely zöldségeket kell fogyasztani, ez egyelőre még nem tisztázott és nincs teljes egyetértés a szakértők között sem. A sárgarépanak ugyanúgy vannak hívei, mint a brokkolinak, a káposztának, vagy a céklának. A táplálkozás és a daganatos betegségek összefüggéseiről, a későbbiekben fogok írni.

A **biológiai daganatos kórokok** csoportjába, az élővilágból származók tartoznak. Itt elsősorban vírusokra kell gondolni, például az Epstein-Barr vírus Burkitt-lymphomát okozhat, a papillomavírusok méhnyakrák kialakulását segíthetik elő. Bizonyítottan

víruseredetű emberi rákok még a Kaposi-sarcoma, melyet a humán herpes-vírus 8 (*KSHV*) okoz, a hajás sejtes leukaemia, a bőr T-sejtes leukaemia, valamint a felnőttek T-sejt leukaemiája (*HTVL-1,2,3 vírus* okozza) és végül a májrák is, melynek előidőzésében a *Hepatitis B és C* vírus játszhat szerepet. [59]

A baktériumok esetleges daganat kórokozó szerepét nem tartják hangsúlyosnak, de ugyanakkor például ma már köztudott tény, hogy a *Helicobacter pylori* jelenléte a gyomorban először gyomorfekélyt, majd később gyomorrákot idézhet elő.

Később kiemelten fogunk foglalkozni a tüdőrákkal (napjainkban a leggyakoribb daganatos halálok világszerte), valamint a vastagbél rákkal (colorectalis carcinoma), mert ez az egyik legnagyobb számú új daganatos betegségfajta (jelenleg, a világon a negyedik leggyakoribb rákfajta, évente mintegy 750 ezer új esetet ismernek fel, az éves halálozás, pedig megközelíti a 400 ezret), és olyan daganattípus, amely nagyon jól meghatározható befolyásoló tényezőkkel bír.

Az adatok értékelésénél ezúttal nem a morbiditást, hanem a mortalitást vettük figyelembe, annál is inkább, mert mint említettük, a morbiditási ráták nem mutatnak annyira szignifikáns eltérést az egyes fejlett, ipari országok között. A pontozás arra a legutolsó évre vonatkozik, amelyre még rendelkezésre állnak adatok. (Az országok többségében ez az 1999-es esztendő.)

10. Táblázat Daganatos megbetegedések miatti halálozások 1999
(standardizált adatok 100 ezer lakosra)

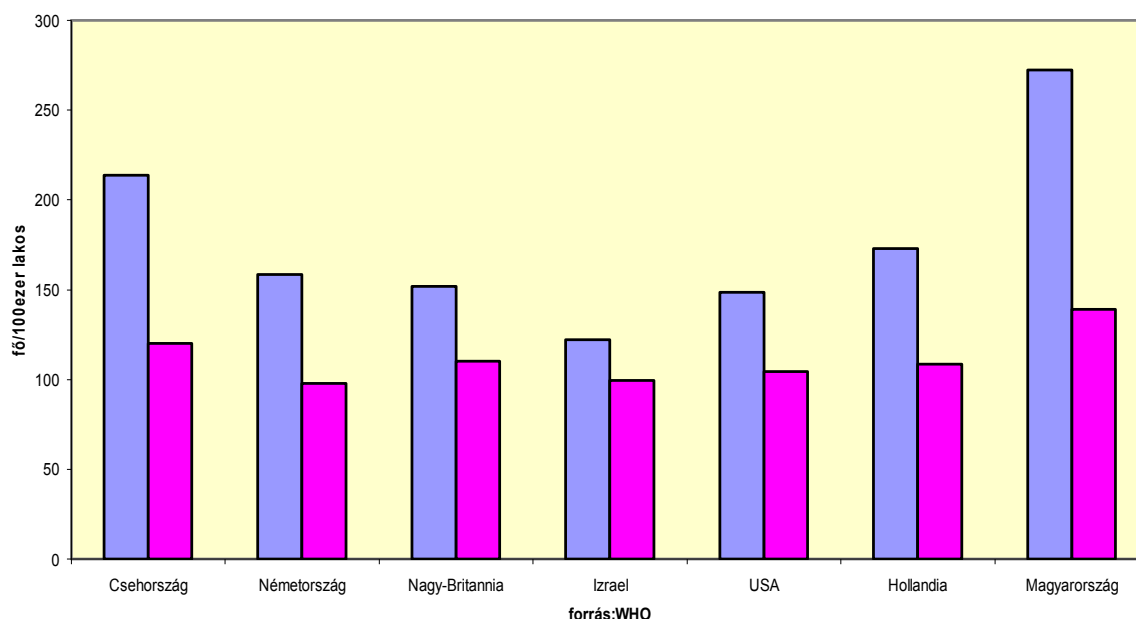
	Férfiak	Pontszám	Nők	Pontszám
Izrael*	122,14	10	99,48	10
Magyarország	272,38	1	139,04	1
Csehország	213,57	2	120,01	5
Hollandia	173,08	5	108,56	8
Németország	158,64	6	97,65	10
Egyesült Királyság	152,05	7	110,31	7
Egyesült Államok**	148,38	7	104,38	9

Forrás: WHO

*1997, **1998

A következő diagrammon a lila szín jelöli a férfiakat, a rózsaszín, pedig a nőket.

15. ábra Halálozás a rosszindulatú daganatos megbetegedések következtében (1999)

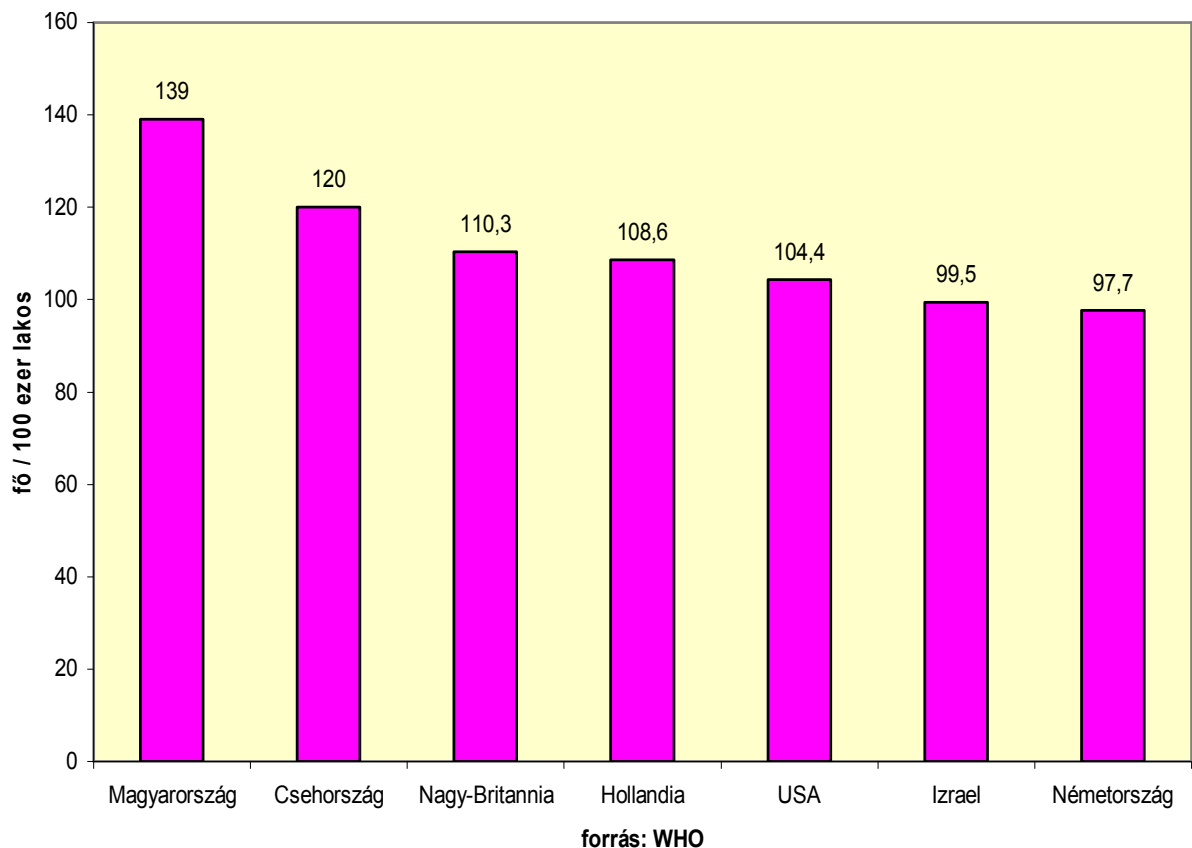


Az alábbiakban külön kerülnek szemléltetésre a nők és a férfiak, sorrendben az egyes országok.

Ezen jól látható az, hogy mindkét nemnél Magyarország áll az első helyen és azt követi Csehország. A sorrend valamelyest eltérő a többi öt ország tekintetében a férfiaknál és a nőknél. Németország legjobb helyezése a nőknél, valószínűleg az átfogó, komoly szűrőprogramoknak köszönhető. A tipikusan női daganatfajták (emlő-, és méhnyak-rák) szűrése nem túlságosan bonyolult és könnyen, gyorsan elvégezhető, megszervezhető.

Figyelemre méltó Izrael jó helyzete. Ma még nincs egzakt válasz arra, mi az oka ennek, azonban sejteni lehet, hogy a genetikai tényezők, a társadalmi viszonyok, a tradíciók, a magas színvonalú egészségügyi ellátás mind-mind közrejátszanak. Ez azonban egy nagyon komplex kérdés, elég ha arra gondolunk, hogy az egészségünket, nemcsak testi és lelki veszélyek fenyegetik, nemcsak a gyógyítás nyújtotta védelemre van szükségünk, hanem a munkahely, a megélhetés, az életviszonyok védelmére is szükségünk van, és ez már társadalompolitikai kérdés. [60]

16. ábra Rákhalálozás, nők (1999)



1.5.3.2 Szív- és érrendszeri megbetegedések

Az első leggyakoribb halálok az iparosodott országokban a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halál. Ez persze magába foglal a szívinfarktustól az agyvérzésig sok mindent. Ha egyébiránt ezeket a különböző típusokat szétválasztanánk, például csak egyszerűen szívbetegségekre és érrendszeri megbetegedésekre, akkor már nem ez, hanem a daganatos megbetegedések állnának az első helyen a halálozási rátákat tekintve. Tudjuk a szakirodalomból, hogy az ilyen típusú betegségek kialakulásában a stressz, a hajszolt életmód, a testmozgás hiánya, valamint a rossz táplálkozási szokások játszanak elsődleges szerepet. Az USA-ban végzett kutatások eredményét tette közzé két kutató egy évtizeddel ezelőtt. Eszerint a szívkoszorúér megbetegedés négy nagy kockázati tényezője a magas koleszterinszint (200mg/dl felett), a fizikai inaktivitás, a dohányzás és az elhízás. Hogy az ilyen betegségek hány százalékát okozzák az egyes tényezők külön-külön, azt is közzétették a szerzők. Véleményük szerint a szívkoszorúér megbetegedések 43%-át a magas koleszterinszint, 35%-át a testmozgás hiánya, 22%-át a dohányzás és 17%-át a túlzottan nagy

testsúly okozza. [61] Természetesen azért lett az összeg több mint 100%, mert sokszor több tényező együtt jár, mint például a túlsúly és a magas koleszterinszint a vérben.

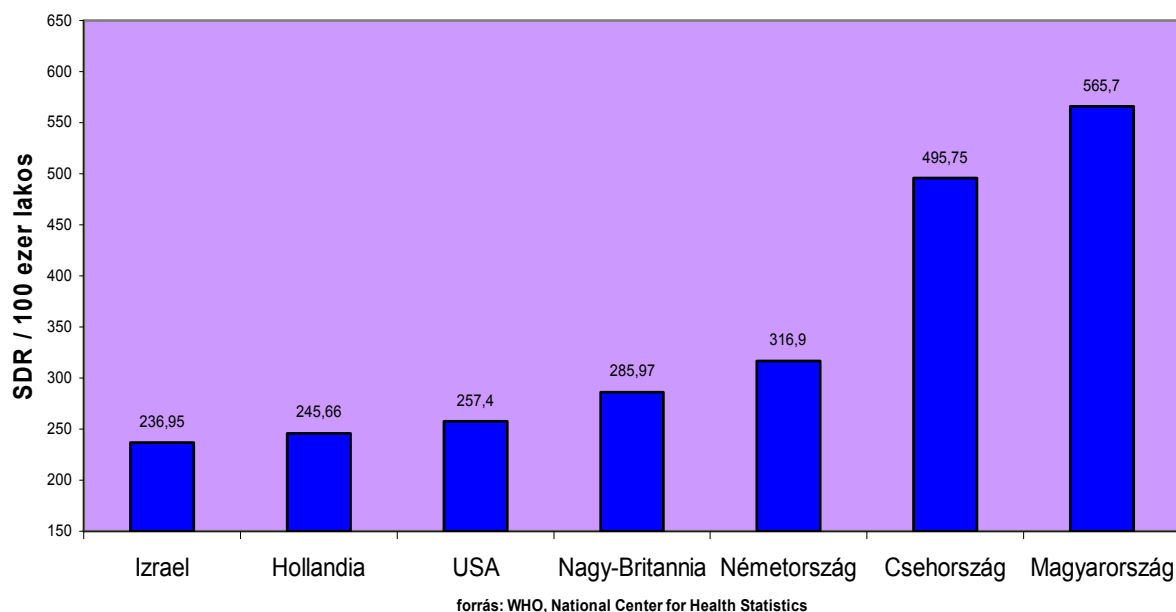
Ha rátekintünk a táblára és az alatta lévő oszlopdiagrammra, nagyon jól látszik, hogy Kelet-Európában (Csehország és Magyarország) milyen kiugróan magas a szív és érrendszeri megbetegedések miatti halálozás (a magyarországi például több mint kétszerese a hollandiai, vagy az izraeli rátának), ezeket az országokat követi Németország harmadikként, az a Németország, amelynek egy (igaz kisebb) része szintén a szocialista tömbhöz tartozott 1990-ig. Valószínű, hogy ennek elsősorban a rengeteg stressz, a túlhajszoaltság az előidézője. A volt szocialista országokban az emberek jelentős része nem tudta/tudja eltartani magát és családját a főállásából származó jövedelméből, így két- vagy három munkahelyre, műszakra kényszerült, illetve kényszerül még ma is. Bizonyított, hogy a stressz fokozódásával csökken az immunrendszer teljesítőképessége is, így a stressz nem csak szív- és keringési problémákat okoz, de a daganatok keletkezésének esélyét is fokozza. Ilyenkor az immunrendszer nem tudja leküzdeni a külső tényezők, előidézők által okozott hatásokat (például dohányzás, besugárzás, karcinogének, fertőzés).

11. Táblázat Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozás 1998
(standardizált halálozási ráta 100 ezer főre)

	SDR/100 ezer fő	Pontszám
Izrael	236,95	10
Magyarország	565,7	1
Csehország	495,75	2
Hollandia	245,66	9
Németország	316,9	5
Egyesült Királyság	285,97	7
Egyesült Államok	257,4	8

Forrás: WHO és National Center for Health Statistics USA

17. ábra Keringési rendszer megbetegedései miatti halálozás (1998)



A korai koszorúér betegségek 80%-ának kialakulásáért tehető felelőssé az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód és a dohányzás. [62] Több vizsgálat, hosszú évtizedekig tartó megfigyelés is bizonyította, hogy a koszorúér-, illetve a keringési megbetegedések számát jelentősen lehetne csökkenteni már kismértékű életmód változtatással is. [63, 64]

Orvos- és kutatócsoportok százai dolgoznak jelenleg is azon, hogy meghatározzák az egyes kockázati tényezők hozzájárulását a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásához, valamint, hogy javaslatot tegyenek a megelőzéshez szükséges életmódra vonatkozóan (mozgás, táplálkozás, káros szenvedélyek elhagyása, stressz csökkentése stb.).

1.6. Milyen tényezők hatnak az egészségi állapotra?

Ebben a részben, kísérletet teszünk az egészségi állapotra ható legfontosabb tényezők számbavételére. A kiválasztás, természetesen önkényes volt, ugyanakkor igyekeztünk figyelembe venni minden olyan elemet, amely mai tudásunk szerint, számottevően hathat egészségünkre. Ezeknek egy része, az 1.5 részben már említésre került.

Bevezetésképpen álljon itt egy táblázat, amely számos lehetséges meghatározó tényezőt tartalmaz, a fejlettségi szintet, a szociális helyzetet, az egészségügyi infrastruktúra minőségét, a népesség korösszetételét, a jövedelmi különbségeket és még számos egyéb determinánst.

12. Táblázat Néhány mutató (2001, vagy legutolsó rendelkezésre álló év)

	Cseh-ország	Német-ország	Egyesült Királyság	Izrael	USA	Magyar-ország	Hollandia
Egy főre jutó GDP US\$, PPP	15300	26600	25300	19000	36300	13300	26900
Eü-i kiadás a GDP %-ában	7,3	10,5	6,9	8,3	13,2	6,8	8,1
Eü-i kiadás / fő US\$, PPP	1023	2476	1569	1531	4499	830	2225
Közkidrás az összes eü-i kiadás %-ában	91,4	7513	81	75,9	44,3	75,7	67,5
1000 lakosra jutó akut kórházi ágyak száma	6,6	6,4	3,3	5,9	3	6,4	3,5
Átlagos kórházi ápolási napok száma / eset	8,7	9,6	6,2	4,3	5,9	7,9	9
100 ezer lakosra jutó orvosok száma	336,9	358,4	163,9	376,7	277,8	361,4	322,2
100 ezer lakosra jutó ápolónők száma	919,8	930,4	497,2	590,4	832,9	286,2	1321
100 ezer lakosra jutó gyógyszerészek száma	49,3	58,3	58,2	62,2	75,6	48,9	18,8
100 ezer lakosra jutó fogorvosok száma	64,8	76,8	39,8	113,8	60,4	57,8	47,6
Out of pocket kifizetések, US\$ PPP / fő	89	290	156		707	178	
65 év feletti népesség aránya	13,8	16,4	15,8	9,9	12,3	14,6	13,7
Ateisták aránya a felnőtt lakosság %-ában	39,8	28,3	25	3,2	10	7,5	40
Hetente legalább egyszer templomba járók aránya	14	14	27	59	44	21	35
Tengerpart hossza az országhatár %-ában	0	39,8	97,2	21,2	62,3	0	30,5
Jövedelemkülönbség (legalsó és legfelső decilis jövedelmi/fogyasztási aránya)	4 – 22	4 – 25	2 –28	2 – 28	2 – 31	4 –21	3 – 25
Munkanélküliség	9	9,7	6	8,8	5,6	7	3,2

Forrás: Health for all database, WHO Regional Office for Europe 2002, U.S. Department of Labor 2001, OECD Health Database 2002, CIA The World Factbook 2002, World Values Surveys 1990-91 és 1995-97

1.6.1. Természeti tényezők

Ahogy a bevezetőben áll, ebben a részben elsősorban a káros anyagok szervezetbe jutásáról lesz szó. Tudjuk, hogy fontos a genetikai örökség, egyes vélemények szerint hozzávetőlegesen 50-60%-ban felelős egészségünk alakulásáért. Ma még azonban nincs mód arra, hogy egy populáció minden egyes tagjáról géntérképet készítsünk, és annak alapján anticipáljuk a népesség várható egészségi állapotát. Ez rendkívül költséges és számos

bizonytalansági tényezőt magába foglaló módszer. Történtek arra kísérletek, hogy egyes népcsoportok genetikai állományát reprezentatív eljárással feltérképezzék, de ezen értekezés keretében nem kívánjuk részletezni. A természeti tényezők kvantifikálható elemei közül, először a környezet szennyezettségének illusztrálására, (az alább bemutatandó változókkal), majd az országok ezek alapján való pontozására kerül sor.

- A levegőszennyezettség (a nitrogénoxidok, az ipari széndioxid, és az üvegház-hatást okozó gázok kibocsátásának egy főre jutó értéke)
- A vizek szennyezettsége (szerves vízszennyezők kibocsátása foglalkoztatottanként)
- A szennyező anyagok távozása (Az egyes országok domborzati viszonyait értékeltem, hiszen más egy olyan „medenceország”, mint például Magyarország (Kárpát-medence) „szellőzése” és megint más egy sziget, mint Nagy-Britannia tisztulási sebessége. Tehát figyelembe vettem a széljárást, a tengerpart hosszát, a hegyek magasságát és kiterjedését, valamint az adott ország földrajzi elhelyezkedését, azaz a határos területek milyenségét)

Földünk egyik legnagyobb, globális problémája jelenleg az üvegházhatású gázok mennyiségének növekedése a légkörben. Ez az általános felmelegedés súlyos problémáját idézi elő, mert módosulnak az éghajlati rendszer sugárzási viszonyai, azáltal, hogy a levegőbe jutó nagymennyiségű széndioxid és nitrogénoxid molekulák üvegházhatást idéznek elő, visszaverik a Föld infravörös sugárzásának jelentős részét, így a hó nem tud eltávozni. [65] Az elmúlt 150 évben a nitrogénoxid 13, a széndioxid mennyisége 28, a metán koncentrációja, pedig 50%-kal emelkedett a levegőben. [66] A Nemzetközi Energia Ügynökség számításai szerint, jelenleg évi közel 26 milliárd tonna széndioxid jut a levegőbe, ugyanakkor az ezredfordulón kevesebb, mint 23 milliárd (ebből 55% az OECD tagországok kibocsátása), három évtizeddel ezelőtt, pedig alig több mint 16 milliárd tonnát tett ki ez a mennyiség. [67, 68]

Üvegházhatású gáznak négyféle vegyületet hívunk: a széndioxidot, a metánt, a nitrogénoxidokat és a fluorgázokat. Az Európai Unió üvegházhatású gázkibocsátása a European Environment Agency egyik 2002-es tanulmánya szerint 82%-ban széndioxid, 8-8%-ban metángáz és nitrogénoxid és 2%-ban fluorgáz. [69] Látni lehet tehát, hogy a legfontosabb kérdés a széndioxid kibocsátás visszaszorítása lenne. A káros kibocsátás forrásai elsősorban az energiaipar és a közlekedés, hiszen gázolaj, vagy nyersolaj elégetésekor keletkezik széndioxid. A **Nemzetközi Energia Ügynökség becslése** alapján egyrészt **2030-ig az energia iránti kereslet évente átlagosan 1,7%-kal fog nőni**, így a világ

a jelenleginél kétharmaddal többet fog fogyasztani energiából; másrészt a **fosszilis fűtőanyagok domináns energiaforrások maradnak** és a növekvő kereslet 90%-át teszik majd ki. [67] Így azután a széndioxid kibocsátás tovább nő, mintegy 16 milliárd tonnával, azaz 70%-kal a mai szint fölé emelkedik 2030-ra. A már említett European Environment Agency által publikált tanulmányukban a szerzők 22 legfontosabb forrást jelölnek meg az üvegházhatású gázok esetében, melyek közül az első **öt legnagyobb szennyező** együtt a széndioxid kibocsátás 85%-át magyarázza. [69] Ezek az **energiaipar** (27%), **közlekedés** (20%), **épületek fűtése**, melegvíz-ellátása és klimatizálása (15%); **építőipar és feldolgozóipar** (15%); **mezőgazdaság**, a trágyahasználat és műtrágyázás miatt (8%). Szükség van és történtek is kísérletek a kibocsátás visszaszorítására, például a kyotoi egyezményben minden aláíró ország részére maximálva van a kibocsátás mértéke. Az ideális megoldás, olyan termelési technológia alkalmazása lenne, amely egyáltalán nem, vagy csak csekély mértékben jár szennyező anyag kibocsátással, ez azonban ma még nem igen létezik. Vannak azonban a jelenleginél kevésbé környezetszennyező, **tisztább energiatermelési technológiák**. Ilyen például a nap-, a szél-, a víz- és a geotermikus energia, vagy a biomassza használata. Ezt felismerve, számos országban támogatási rendszert dolgoztak ki és léptettek életbe a megújuló természeti erőforrások felhasználásának elősegítésére. Németországban és Japánban 50-60% tőkehitellel járulnak hozzá napelemek vásárlásához, Hollandiában 11,5% energiaadó-kedvezményt biztosítanak és szélenergia használata esetén kilowattóránként 8 cent termelési hitelt adnak, Ausztriában a napelemekre termelési adó visszatérítés jár, az Egyesült Államokban, pedig 10% befektetési hitelre számíthatnak a napelemek és a geotermikus energiát használók, valamint kilowattóránként 1,5 cent termelési hitelre a szél- és bioenergia felhasználók. [70]

Az (részben) üvegházhatású gázok által okozott felmelegedés negatív hatásai jól ismertek, most csak a **légszennyezettség egészségre gyakorolt közvetlen hatásával** foglalkozunk. „Aerem corrumpere non licet”, azaz „A levegőt szennyezni nem szabad” mondta ki már az ókorban egy római törvény. A Lancet c. folyóiratban közölt egyik tanulmány szerint hozzávetőlegesen 40 ezer ember hal meg évente Európa vizsgált három országában a levegőszennyezés egészségkárosító hatása következtében, aminek a költségkihatása évente mintegy 50 milliárd euró. [71] A közegészségüggyel foglalkozó néhány európai kutató, tanulmányában a levegőszennyezés hosszú távú egészségkárosító hatásaként az asztmás rohamok, a bronchitis, a szívrohamok és egyéb krónikus tüdő- és szívbetegségek előfordulási gyakoriságának növekedését nevezi meg. Ebből kiindulva 1999-2000-ben útjára indították az úgynevezett APHEIS (Air Pollution and Health: A European Information System)

programot, melynek keretében létrehoztak egy Európa nagy részére kiterjedő surveillance rendszert; folyamatosan mérik a szennyezés egészségkárosító hatásainak időbeli alakulását helyi, országos és európai szinten; végül egységesített jelentéseket készítenek politikusok, szakemberek és a lakosság számára. 2000-2001-ben 12 ország 24 városában (köztük Budapesten, Párizsban, Londonban, Bécsben, Rómában, Krakkóban stb.) tesztelték a rendszer bevezetését. Egy 19 nagyvárost felölelő nemzetközi összehasonlítás során azt találták, hogy Budapest közepes helyet foglal el az éves átlagos szálló por szennyezettségét tekintve, és amennyiben sikerülne a napi átlagkoncentrációt $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ –rel csökkenteni (1999-ben a PM10 koncentráció átlaga $29,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ volt), úgy 100 ezer főre számítva 5 halálesetet előzhetnének meg. [71] A kanadai Egészségügyi Minisztérium szerint a levegő szennyezettsége az alábbi közvetlen egészségkárosodásokat okozhatja:

- ✓ asztmás- és egyéb légzőszervi megbetegedések;
- ✓ szívinfarktus, stroke és más keringési betegségek;
- ✓ daganatos megbetegedések kialakulása;
- ✓ szennyező anyagoknak és allergéneknek való fokozott kitétel. [72]

A magas légköri ózonkoncentrációt csökkentve ezek a gázok még számos más módon is hozzájárulnak egészségünk rombolásához, például a fokozott ultraviola sugárzás miatt bőrkárosodások, bőrrák, a szemén szürkehályog alakulhat ki, valamint a sugárzásnak erősebben kitett emberek immunrendszerének működése is megzavarodhat.

A U.S. Environmental Protection Agency (Amerikai Környezetvédelmi Ügynökség) szerint a levegőszennyezettség neurológiai, szívkoszorúér, máj, pajzsmirigy, légzőszervi, immunrendszeri és reprodukciós rendszeri károsodást okozhat. 2002-es jelentésében az EPA magas rákkockázatot tulajdonít a levegő szennyezettségének. [73] A kutatás során 32 jól ismert toxikus levegőszennyező anyagot vizsgáltak (ebből 29 karcinogén) és a tanulmány szerint mintegy 20 millió nagyvárosban élő amerikai számára (közülük sokan Los Angelesben, illetve San Franciscóban élnek) a levegő szennyezettsége miatt a rák kialakulásának kockázata százszorosa az EPA által elfogadhatónak tartott szintnek. Százezer amerikai közül egy, a szennyeződés miatti rák kialakulásával kell, hogy számoljon, miközben az említett 20 millió, nagyvárosban élő kockázata hússzor akkora, azaz 1 az 5000-hez. A Journal of the American Medical Association 2002 márciusi számában megjelent tanulmány szerzői 1982 és 1998 között, 16 éven át kísérték nyomon 500 ezer felnőtt adatát az USA nagyvárosi övezeteiben. Elsősorban a szénvel fűtött erőművek, a gyárak, és a dieselolaj hajtotta járművek által kibocsátott apró légszennyező részecskék (amelyek mérete nem haladja meg a 2,5 mikront) és a tüdőrák kapcsolatát vizsgálták. Mindaddig legerősebb

epidemiológiai bizonyosságot találtak a szennyezett levegőnek való kitétel és az ott lakók magasabb tüdőrák, vagy szívbetegség okozta elhalálozási kockázata között. Az adatokból kiszámították, hogy minden **10 µg/m³ apró légszennyező részecske 8%-kal növeli a tüdőrákos halálozást és a szennyezettebb régiókban élők kockázata** arra nézve, hogy tüdőrák következtében haljanak meg, **12%-kal magasabb**, mint az átlagos. Azt is kimutatták, hogy a hosszú távú passzív dohányosok kockázatával hasonlítható össze a nagyvárosi szennyezett levegőjű övezetekben élőké a tüdőrák vonatkozásában. [74] Egy másik amerikai tanulmány szerzői azt állítják, hogy **évente, 50 és 100 ezer között van azon amerikaiak száma, akik a levegőszennyezettség miatt halnak meg.** [75] A World Resources egyik 1998-1999-es könyvében megjelent adatok szerint a levegőt szennyező apró részecskék koncentrációja ritkán megy 50µg/m³ fölé Észak-Amerikában és Nyugat-Európában, ugyanakkor Közép- és Kelet-Európa néhány nagyvárosában gyakran meghaladja a 100µg/m³ –es értéket. [76] A szerzők szerint a kisebb részecskék általában károsabbak, mert könnyen bejutnak a tüdőbe, ott lerakódnak és onnan a szervezet, már nem tudja eltávolítani azokat, így tüdő-, légzőszervi- és asztmás megbetegedéseket okoznak. Az asztma kialakulásának veszélyét bizonyították azok a kutatók is, akik a Lancet 2002. januári számában publikálták vizsgálataik eredményét. Kimutatták, hogy azok a **gyerekek, akik** csapatsportban vesznek részt, és **sokat sportolnak a szabadban**, ott, ahol magas az ózonkoncentráció, **háromszor nagyobb kockázattal bírnak az asztma kialakulása tekintetében.** [77] A fentiekén kívül még számos kutatás bizonyította a levegőszennyezés és bizonyos egészségkárosodások kialakulásának kapcsolatát.

Az alábbi három táblázatba különböző forrásból származó, eltérő mutatók kerültek, hogy a pontozásnál minél egzaktabban kialakuljon a sorrend és látsszon a szennyezés mértéke.

13. Táblázat Üvegházhatású gázok kibocsátása (2001)

	Metrikus tonna/fő/év	Pontszám
Izrael	2,7069	6
Magyarország	1,5408	10
Csehország	2,8280	5
Hollandia	4,2022	2
Németország	2,6815	6
Egyesült Királyság	2,5817	7
Egyesült Államok	5,4264	1

Forrás: United States Department of Energy; US Census, International Database

Ahogy feljebb szerepel, a széndioxid mintegy egyötöde a közlekedéssel kerül a levegőbe, de a nitrogénoxidok egy része is. Ezért például a Világbank a nagyvárosok mutatóit külön is publikálja. 1995-ben Prágában 23, Budapesten 51, Berlinben 26, Amszterdamban 58, Londonban 77 és New Yorkban 79 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ átlagos értéket mutatott ki. [78] Ebből az látszik, hogy nitrogénoxidok tekintetében Prága és Berlin tisztának, New York és London meglehetősen, Budapest, pedig közepesen szennyezettnek volt tekinthető. A következő táblából viszont azt láthatjuk, hogy amennyiben az országos átlagot és nem a nagyvárosokat tekintjük csak, számottevően megváltozik a sorrend, hiszen a vegyipar és a mezőgazdaság a legnagyobb nitrogénoxid kibocsátó.

14. Táblázat Nitrogénoxidok kibocsátása (1999)

	Kg/fő/év	Pontszám
Izrael*	33	5
Magyarország	19,4	10
Csehország	41,1	2
Hollandia	28,5	7
Németország	21,7	9
Egyesült Királyság	35	5
Egyesült Államok	79,8	1

Forrás: OECD Environment Data- Compendium 1999 és Israel Environment Bulletin Winter 1994 Vol.17.No.1

*1992-es adat

A levegő szennyezettségét immár két évtizede tanulmányozzák, és a kutatók szeretnék bizonyítani azt a hipotézist, hogy kapcsolat van a tüdőrák és a légszennyezettség között. Eddig japán, ausztrál és európai tanulmányok is igazolták ezt, például egy 1987-ben publikált kutatás szerint Norvégiában a városok légszennyezettsége a férfiak tüdőrákos megbetegedéseinek 60%-ánál, a nők 90%-ánál játszik szerepet, vagy a már említett EPA 1990-es jelentése a tüdőrákos esetek 1%-áért teszi felelőssé a levegő szennyezettségét. [79, 80]

A Harvard Egyetem kutatói szerint a policiklikus aromás szénhidrogének (PAH), a benzin és a formaldehidok okoznak elsősorban daganatos megbetegedéseket. [41]

15. Táblázat Széndioxid kibocsátás (ipari) 1999

	Metrikus tonna/év/fő	Pontszám
Izrael	10	6
Magyarország	6	10
Csehország	11	5
Hollandia	9	7
Németország	10	6
Egyesült Királyság	9	7
Egyesült Államok	20	1

Forrás: Health, Nutrition & Population The World Bank Group

HNPSStats

A 15. táblából jól látszik, hogy az ipari termelés nagysága, az energaintenzív iparágak nagyobb mértékű jelenléte (például az USA és Németország) nagy mennyiségű széndioxid kibocsátással jár, ugyanakkor a kisebb egy főre jutó ipari kibocsátás (Magyarország), illetve az alternatív energiaforrások fokozott felhasználása (Hollandia) számottevően alacsonyabb értékkel jár együtt. Szintén rendkívül fontos a lakosság egészségi állapotának tekintetében a vizek szennyezettségének mértéke. A legsúlyosabb probléma a – főként ipari szennyeződésből származó – rákkeltő anyagok vízbe jutása, majd bekerülése az emberi szervezetbe.

Elsősorban az ipari szennyvíz tisztítása vár megoldásra, kiemelkedően nagy szennyező a vegyipar. Ez látszik is, például Magyarország kedvezőtlen adatain.

16. Táblázat Szerves, víz-szennyező anyagok kibocsátása (1993)

	Kg/nap/foglalkoztatott	Pontszám
Izrael	0,16	2
Magyarország	0,18	1
Csehország	0,13	8
Hollandia	0,18	1
Németország	0,12	10
Egyesült Királyság	0,16	2
Egyesült Államok	0,15	4

Forrás: World Bank WDI Tables Environment Pollution

A domborzati viszonyok értékelésénél négy olyan tényező került vizsgálatra, mely hatással van a szennyező anyagok távozásának sebességére. Azért fontos ez, mert úgy tűnik, azonos mennyiségű szennyező anyag kibocsátása a levegőbe, különböző mértékű egészségkárosodást okozhat. Egy olyan országban, ahol erős a széljárás és semmi sem akadályozza a levegő áramlását, (például Nagy-Britannia, mert egyrészt szigetország, másrészt viszonylag kevés és alacsony hegyekkel bír, körülötte minden oldalról az óceán, tehát szabadon távozik a levegőbe kerülő szennyező anyag) gyors a tisztulás. Azonban egy olyan országban, amely minden oldalról hegyekkel van körülvéve, ezért a levegő „megül” sokszor napokig és csak egy erőteljesebb légáramlat képes kisodorni (ilyen ország Magyarország) sokszorosan szennyez ugyanaz a levegő.

17. Táblázat Domborzati viszonyok pontszámai

	Tenger	Hegy	Szél	Környező területek	Átlagos pontszám
Izrael	3	6	8	6	6
Magyarország	1	3	1	1	2
Csehország	1	5	2	2	3
Hollandia	4	1	9	9	6
Németország	5	7	4	5	5
Egyesült Királyság	10	4	10	10	9
Egyesült Államok	7	10	7	7	8

Forrás: Britannica Hungarica, Földrajzi Atlasz

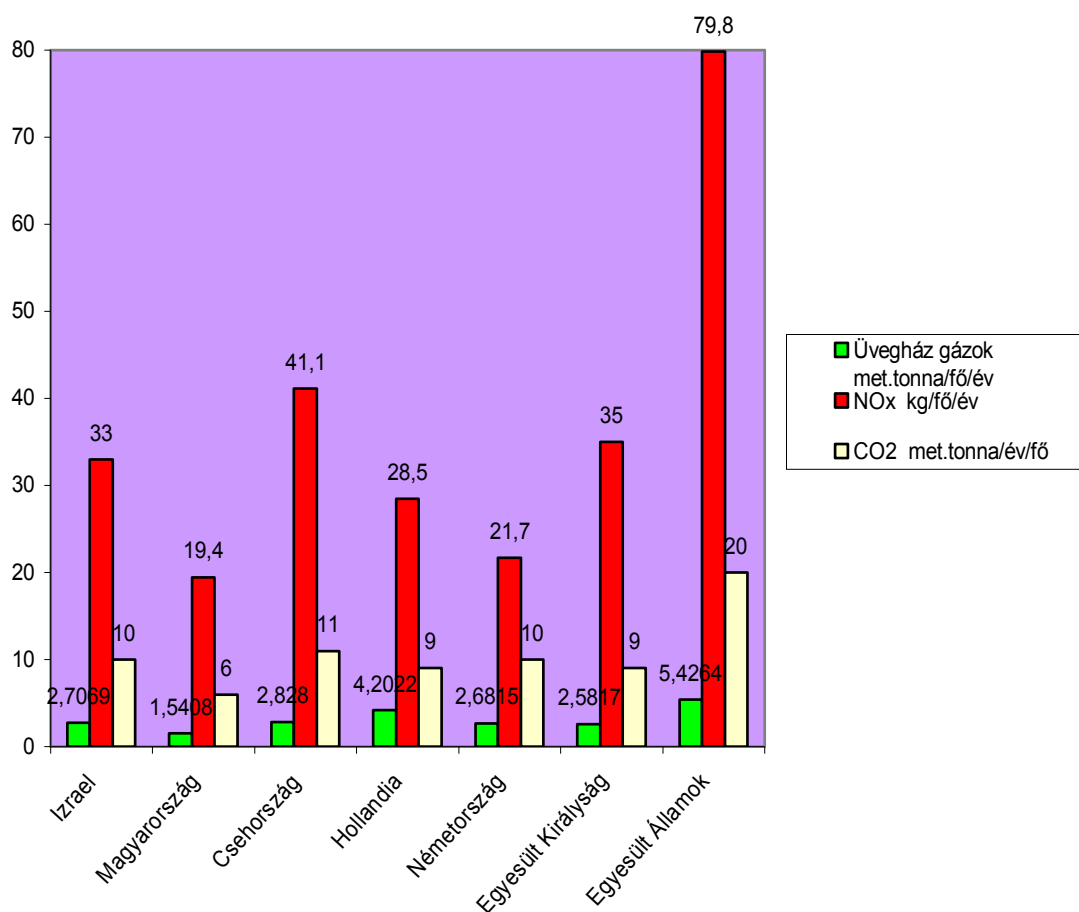
Az alábbi táblázatban összefoglalóan szerepelnek a környezet szennyezettségére vonatkozó mutatók.

18. Táblázat A környezet szennyezettsége

	Üvegházhatású gáz kibocsátás met.tonna/fő/év	NOx kibocsátás kg/fő/év	CO ₂ (ipari) kibocsátás Met.tonna/év/fő	Víz szennyezettség kg/nap/fogl.
Izrael	2,7069	33	10	0,16
Magyarország	1,5408	19,4	6	0,18
Csehország	2,828	41,1	11	0,13
Hollandia	4,2022	28,5	9	0,18
Németország	2,6815	21,7	10	0,12
Egyesült Királyság	2,5817	35	9	0,16
Egyesült Államok	5,4264	79,8	20	0,15

Forrás: OECD, World Bank, US Department of Energy

18. ábra A levegő szennyezettsége



forrás: OECD, World Bank, US Department of Energy

A természeti tényezők pontszámai, szintetizálva, a 19. táblázatban szerepelnek.

19. Táblázat Természeti determináns pontszáma

	Levegő	Víz	Domborzat	Átlag
Izrael	6	2	6	5
Magyarország	10	1	2	4
Csehország	4	8	3	5
Hollandia	5	1	6	4
Németország	7	10	5	7
Egyesült Királyság	6	2	9	6
Egyesült Államok	1	4	8	4

1.6.2. Társadalmi tényezők

A WHO szerint az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát elsősorban az életmód jelenti. Életmód alatt többek a táplálkozást, mozgást, dohányzást, alkohol- és kábítószer fogyasztást értik, és úgy vélik, hogy ezek nagy része hatással van a daganatos és más betegségek kialakulására is. [28] Természetesen, a társadalmi–gazdasági egyenlőtlenségeket is fontos faktornak tekintik az egészségi állapot szempontjából, hiszen számos tanulmány bizonyította, hogy például az alacsonyabb iskolázottságúak körében nagyobb a rendszeresen dohányzók aránya, alacsony rost- és magas zsírtartalmú ételekkel helyettesítik a zöldséget és gyümölcsöt, kevesebbet mozognak, és több alkoholt isznak. [81] Egy Indiában 1992 és 1996 készült, a dohányzás és az iskolai végzettség közötti kapcsolatot vizsgáló tanulmány szerint, amíg az analfabéta nők 72, a felsőfokú végzettségűek mindössze 10%-a dohányzott. [82]

A szocio-gazdasági tényezőket három alcsoportra osztotta például, egy – az OECD keretében készült, a fejlett országok lakosságának egészségi állapotát meghatározó tényezőket vizsgáló – tanulmány. [83] Eszerint a jövedelem (egy főre jutó GDP), az iskolai végzettség és a munkahely határozza meg a legerősebben az egészségi állapotot. Az egy főre jutó GDP szint egészségi állapotra gyakorolt hatásával foglalkozó empirikus tanulmányok nem találtak pozitív kapcsolatot a kettő között, de hozzá kell tenni, hogy ezt például országon belül nem lehet jól mérni, országok közötti összehasonlításnál, pedig egyéb problémák merülnek fel és azt a vásárlóerő paritáson számított adatok használatával, sem lehet teljes mértékben kiküszöbölni. A szerző úgy véli, hogy a képzettség azért nagyon fontos, mert meghatároz olyan döntéseket, amelyek az életminőséget befolyásolják, például étkezési szokások, foglalkozás megválasztása, mikor megy orvoshoz stb. A szerző szerint, a munkakörülmények jelentősen befolyásolják az egészséget, aki például magasabban képzett, az, jobb munkát kap, kisebb munkahelyi baleseti kockázattal kell, hogy számoljon, és jobban odafigyel ezekre a körülményekre. Fontos társadalmi aspektusa még az egészségi állapotnak a vagyoni és

jövedelmi különbségek. A szegényebb rétegek gyakran az egészségtelen termékek célpiacát jelentik és őket érik el a legkevésbé a megelőző és felvilágosító programok, intézkedések. Ezen túl az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük is rosszabb, márpedig például a rákbetegek esetén a gyógyítás, ellátás milyensége határozza meg a túlélést és az életminőséget.

Az egészségi állapot társadalmi összetevője, mint a fentiekből is látszik, rendkívül komplex. Ezúttal alapvetően három fontosabb dimenzió mentén próbáltam elhelyezni:

- Az életmód (a testmozgás gyakorisága és a táplálkozási szokások)
- A hit (mennyire vallásosak, hívők)
- A tudatos káros anyag bevitel, szenvedély betegségek (alkoholfogyasztás és dohányzás)

1.6.2.1. Életmód determinánsok

1.6.2.1.1. Testmozgás (fizikai aktivitás)

Rendkívül fontosnak tűnik a sportolás, testmozgás, mert számos tanulmány, tudományos felmérés igazolta a rendszeres testmozgás jótékony hatását az egészségre, illetve azt, hogy hiányában bizonyos megbetegedések előfordulási valószínűsége sokkal nagyobb. A WHO becslése szerint a fizikai aktivitás hiányára évente, mintegy két millió haláleset vezethető vissza. [62] A daganatos, a korai koszorúér, a 2-es típusú cukorbetegség, a vastagbélrák és az elhízás ellen is védelmet nyújt a rendszeres testmozgás, azon kívül, hogy meghosszabbítja az élettartamot. A The New England Journal of Medicine c. folyóiratban, 2002-ben megjelent egyik tanulmány azt állítja, hogy ugyan nem tudjuk mennyi testmozgásra, sportolásra van ahhoz szükség, hogy elérjük a kedvező hatásokat, de azt biztosan tudjuk, hogy a rendszeres mozgás javítja a kedélyállapotot, a vérnyomást, az inzulin érzékenységet és a plazma lipoprotein szintet. [64] A WHO krónikus megbetegedések megelőzésével és táplálkozással foglalkozó legújabb – a FAO szakértőivel együtt készített – jelentésében azt írja, hogy a testmozgás öt dolog miatt nagyon fontos. Elsősorban azért, mert az energiaegyensúlyt meghatározó legfontosabb tényező a testmozgás során felhasznált energia, és mert a test összetételét (zsír, izom, csont arányát) jelentősen befolyásolja a fizikai aktivitás. Fontos még, mert a mozgás és a táplálék ugyanazokat az anyagcsere (metabolikus) utakat járják, így kölcsönhatásba léphetnek, ezzel befolyásolva komoly, krónikus betegségek kockázatát, valamint azért, mert az elhízást/kövértséget szignifikánsan csökkenti. Végül

nagyon fontos a testmozgás, mert hiánya – főként alacsony jövedelmű, nagyvárosi lakók esetében – egészségügyi kockázattal jár. [84]

Egy 14 éven át tartó vizsgálat során – melyben több mint 84 ezer amerikai nő vett részt – azt kísérték nyomon, hogy az alacsony kockázatú és a nem alacsony kockázatú csoporton belül hány koszorúér megbetegedéssel eset következett be, illetve, hogy mekkora a bekövetkezési esély különbsége a két kockázati csoportban. (Alacsony kockázatúnak tekintették azokat a nőket, akik nem dohányoznak, nem elhízottak, átlagosan napi fél órát mozognak és magas rosttartalmú, zsírszegény étrendet tartanak.) Az adatok szerint a 14 év során összesen 1128 szív koszorúér megbetegedés következett be és ebből 296 végződött halállal. Azt találták, hogy az alacsony kockázatú csoportba tartozó nőknek 0,17-es valószínűséggel kell számítani arra, hogy szív koszorúér megbetegedésük lesz, a szívproblémáknak, pedig 82%-a arra vezethető vissza, hogy nem az alacsony kockázatnak megfelelő életmódot, illetve viselkedési mintát követnek. Egy – a WHO kereteiben folytatott – kutatás eredményeit összegző tanulmány a következő főbb összefüggéseket ismerteti. A testmozgás javítja az állóképességet, a rugalmasságot, a járási/ sétálási sebességet, az egyensúlyérzékletet és a mozgáskoordinációt, valamint a mozgékonytárgyat. Jó hatással van továbbá a vérnyomásra, az anyagcserére és a testsúlyra, tehát elkerülhető, vagy legalábbis korlátozható az elhízás, és végül a rendszeres testmozgás csökkenti az érrendszeri betegségek, az osteoporózis, a cukorbetegség és a rák bizonyos fajtáinak kialakulási valószínűségét. [85] A Harvard Rákmegelőzési Központ (Harvard Center for Cancer Prevention) a rák kialakulásának okaival foglalkozó kötetében azt hangsúlyozza, hogy a testmozgás számos hormon szintjét, valamint anyagcsere folyamatot befolyásol, azonban ez egy rendkívül komplex jelenség és egyelőre nem ismeretes, hogyan hat a rákra, de számos tanulmány eredménye bizonyította az összefüggést. [41] A British Journal of Cancer c. lapban 1985-ben tették közzé amerikai kutatók eredményüket, amely szerint a korábbi főiskolai/egyetemi atléták egészségi állapotát összehasonlítva a nem atlétákkal azt találták, hogy a vastagbél-, emlő-, és prosztata daganatok előfordulási gyakorisága jóval alacsonyabb az első csoportban. [86]

Nagy jelentősége van a testmozgásnak az elhízás elkerülésében is. A New England Journal of Medicine c. lapban, 2003 elején megjelent tanulmány egy 16 éven át tartó vizsgálat eredményét értékeli. Eszerint a 40 BMI (BMI = body mass index, ami a testsúlynak /kilogrammban/ és a testmagasság /méterben/ négyzetének a hányadosa) felettiek rákhalálási kockázata 50-60%-kal magasabb volt, mint a többieké. [87]

Régóta ismert, hogy a túlsúlyosak és elhízottak között magasabb a vastag- és végbélrák, az emlő-, a vese-, és a nyelöcsőrák előfordulási gyakorisága. Az azonban új eredmény, hogy a méhnyak-, hasnyálmirigy-, máj-, gyomor- és prosztata rosszindulatú daganata is gyakoribb ebben a csoportban. A rákhalálozás férfiaknál 14, nőknél 20%-áért a túlsúlyt találták felelősnek a kutatók, és számításaik szerint az USA-ban évi 90 ezer haláleset lenne megelőzhető, ha az emberek vigyáznának a súlyukra.

Az OECD legfrissebb adatait összegző jelentés szerint, az elmúlt húsz évben minden OECD tagországban nőtt a túlsúlyosak és elhízottak aránya a rossz étkezési szokások és a testmozgás hiánya miatt. Elhízottnak tekintik, a 30, vagy annál magasabb BMI értékkel bírót, azaz, például egy 180 cm magas férfi, ha 97 kilogrammnál többet nyom, akkor ebbe a kategóriába tartozik. [88] A fejlett országok közül legkisebb az elhízottak aránya a japánoknál és a koreaiaknál, mindössze 3,2%, legkövetőbbek, pedig továbbra is az Egyesült Államokban, ahol majdnem 31% az elhízott felnőttek aránya. A franciák, osztrákok, hollandok és dánok között 10% alatt van a kövérek aránya, a németeknél 11,5, a cseheknel közel 15, a magyaroknál, pedig közel 20%. A sereghajtók az Egyesült Királyság (22%), Mexikó (24,2%) és végül az USA (30,9%). [89] Az OECD szakemberei szerint, az elhízottság olyan betegségek kockázati tényezője, mint például a cukorbetegség, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri megbetegedések, asztma és ízületi gyulladások. Ugyanakkor tudni kell azt is, hogy ezek a betegségek hosszú évekkal az elhízást követően jelentkeznek csak, így arra lehet számítani, hogy az 1980-as évektől megindult „elhízási hullám” ilyen hatásai, mostanában kezdenek majd érződni. Még nem nyert igazán bizonyítást, hogy a mozgáshiány oka lehet az egyre gyakoribb és veszélyes gyermekkori (főként kamaszkori) elhízásnak, ugyanakkor egyetértés van abban, hogy a fizikai aktivitásnak rendkívül nagy szerepe van az elhízás elkerülésében, valamint, hogy a túlsúlyosság/ kövérség rendkívül súlyos betegségek magasabb kockázatával jár együtt. [90, 91, 92] Az amerikai National Institutes of Health 1998-as kiadványa szerint a túlsúlyosak, illetve elhízottak (25 feletti BMI) magasabb kockázattal, kell, hogy számoljanak, számos betegség kialakulása tekintetében. Többek között: magas vérnyomás és koleszterinszint, 2-es típusú cukorbetegség, szívkoszorúér megbetegedések, stroke, ízületi gyulladások, alvászavarok, légzőszervi problémák, néhány daganatos megbetegedés (például emlő-, prosztata-, vastagbél- és méhnyakrák), terhesség alatti komplikációk, depresszió. [93] A The Journal of the American Medical Association c, lapban közölt – 46648, 40 és 75 év közötti férfin és 117041, 30 és 55 év közötti nőn 1976-tól, illetve 1986-tól végzett – kutatás eredménye szerint a 30 BMI feletti súllyal rendelkezők nagyobb eséllyel kaptak hasnyálmirigy rákot,

mint a 23-as érték alattiak, valamint, a fizikai aktivitás csökkenti a hasnyálmirigyrák kialakulásának kockázatát, különösen a túlsúlyosak között. [94] Egy másik tanulmány – amely a testmozgás és az elhízottság kapcsolatával foglalkozik – azt hangsúlyozza, hogy fontos szerepe van a rendszeres testmozgásnak az egészségünkben, mert ha elhízunk, akkor a cukorbetegség, a magas vérnyomás, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések bekövetkezésének kockázata, lényegesen magasabb. A tanulmány szerzői szerint 25 BMI felett a kockázat fokozott, 30 felett magas, 35 felett nagyon magas és végül 40 felett rendkívüli mértékű. [95] Az amerikai Egészségügyi Minisztérium főorvosa, jelentésében összegzi a rendszeres testmozgásról szóló kutatásokat. Eszerint az csökkenti szívinfarktus, vastagbélrák, cukorbetegség, illetve magas vérnyomás miatti halál kockázatát. Segíti továbbá megőrizni egészséges testsúlyunkat, hozzájárul a csontok és izmok jó állapotához, csökkenti az idegességet és a depressziót, és nem utolsósorban, jelentős mértékben csökkenti az időskori elesések számát is. Véleménye szerint bárki, bármely életkorban sokat profitál a rendszeres, mérsékelt intenzív testmozgásból (mint amilyen például a heti legalább öt alkalommal gyakorolt 30 perces gyors séta). [96]

Mindezeket figyelembe véve kellett volna pontozni a vizsgált országok lakosságának fizikai aktivitását, ámde sok nehézségbe ütköztünk, amikor konzisztens adatokat szerettünk volna gyűjteni a sportolási szokásokról. Sajnálatos módon, egyetlen olyan adatbázis sem lelhető fel, amelyben minden vizsgált ország szerepelne, így becslésekre kellett hagyatkoznunk és saját elgondolások alapján tenni összemérhetővé a rendelkezésre álló tényeket.

20. Táblázat Testmozgás gyakorisága (a teljes lakosság %-ában)

	Nem mozog	Rendszeresen mozog, sportol	Hetente legalább kétszer (15 éves tanulók)	
			Fiú	Lány
Izrael	42	28	48	76
Magyarország	n.a.	21	45	67
Csehország	32	47	66	80
Hollandia	21	39	n.a.	n.a.
Németország	n.a.	39	66	83
Egyesült Királyság	33	28	50	79
Egyesült Államok	30	40	54	74

Forrás: Allin P. Rossi Mosi B.: Sport Participation in Europe, COMPASS, 1999;

Itzik Weinstein: Summary of Talk delivered at the 2nd IIHP Congress, 1997;

Behavioral Risk Factor Surveillance System, USA; Andreff et al. (1994);

WHO HBSC Survey 1997/1998 és Health related behavior University of Princeton, 1990

Ahol nem volt hasonló tartalmú adat, ott inputálással került érték a táblázatba, azt az értéket a többi információból, becsléssel nyertük. Rendelkezésre állt többek között egy európai felmérés a hetente, megszakítás nélkül minimum 30 percet sétálók arányáról. [97] Ennek eredménye azonban csak három országra vonatkozott, az általam vizsgált hatból. Az arány az Egyesült Királyságban 42, Hollandiában 24 és Németországban 23 százalék volt. Az intenzíven sportolók aránya a legtöbb országban 20% körüli, a rendszeresen sportolóké, pedig 10 és 20% között mozog. [98] Számos forrás sajnálatos módon, specifikusan csak egy-egy országra vonatkozott, így most eltekintünk felsorolásuktól, annál is inkább, mert nem sikerült összehasonlíthatóvá tenni és pontozni. Az összevont pontszámot három elemből számítottuk egyszerű számtani átlaggal: soha nem mozog, rendszeresen, intenzíven mozog/sportol, hetente legalább kétszer mozog (ez utóbbi a 15 éves diákokkal készült reprezentatív felmérés alapján [99]). Mindezeket figyelembe véve az alábbiak szerint alakult a szintetizált pontszám:

	Testmozgás pontszám
Izrael	3
Magyarország	1
Csehország	9
Hollandia	9
Németország	7
Egyesült Királyság	5
Egyesült Államok	8

1.6.2.1.2. Táplálkozási szokások

A WHO és a FAO mintegy 60 szakembere vett részt annak az idén áprilisban kiadott jelentésnek a megírásában, amelyben az étrend, a táplálkozás és a krónikus megbetegedések megelőzési lehetőségeit tárják fel. [84] A tudósok és kutatók véleménye szerint az **étkezési szokásokkal kapcsolatba hozható krónikus megbetegedések az elhízás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rák, a csontritkulás és a fogászati problémák.** 2001-ben a halálozások mintegy 60%-át ilyen krónikus megbetegedések okozták és az előrejelzések szerint, 2020-ra az összes halálok 75%-a ezekre lesz majd visszavezethető.

A krónikus megbetegedések túlnyomó része megelőzhető lenne, és a legköltséghatékonyabbnak az elsődleges megelőzés tűnik. Vannak olyan kockázati tényezők, melyek nem kiküszöbölhetőek, nem megelőzhetőek, ezek az életkor, a nem és a genetikai meghatározottságok. Ezzel szemben azonban a társadalmi (kulturális, gazdasági, környezeti

tényezők), a biológiai (például túlsúly, magas vérnyomás) és különösen az életmód (táplálkozás, testmozgás, alkoholfogyasztás és dohányzás) kockázatokat nagyrészt megelőzheti. Régóta köztudott, hogy a táplálkozás szerepe egészségünk megőrzésében igen jelentős. Az iparosodott országokban jelentős változás következett be, amikor a javarészt növényekre alapozott étrendet felváltotta a magas zsírtartalmú, energiadús, jelentős mennyiségű állati eredetű élelmiszert tartalmazó étrend sok cukorral, nagy mennyiségű telített zsírsav fogyasztással, kevesebb rost, zöldség és gyümölcs bevitellel. Ez a változás felgyorsította a krónikus betegségek elterjedésének sebességét. Azok az országok, vagy régiók, ahol ez nem, vagy csak kevésbé következett be, sokkal jobb mortalitási adatokkal büszkélkedhetnek. Egy vizsgálat szerint a finnországi Észak Kareliában a korai hetvenes évektől, a kilencvenes évtized közepéig, számottevően csökkent a szívkoszorúér miatti halálozások száma. A kutatók elemezték a három legismertebb kockázati tényezőt (dohányzás, magas vérnyomás, magas koleszterinszint) és azt találták, hogy az étrend – az utóbbi két kockázati tényezőn keresztül hatva – volt a meghatározó ebben a csökkenésben. [100] Ezt a hatást nem gyógyszerekkel, hanem társadalmi, közös fellépéssel és cselekvéssel érték el, nyomást gyakoroltak az élelmiszerpiaci keresletre. A dél-koreaiak is hasonlókat tapasztaltak, mert a közösség nagyrészt megőrizte a hagyományos, sok zöldséget tartalmazó étrendet. [101, 102] Ebből is látható, milyen fontos egy populáció egészségi állapotát tekintve, az hogy milyen táplálkozási szokások terjedtek el, milyen ételek, tápanyagok felhasználásával készülnek a tradicionális konyha étki, milyen mezőgazdasági termékek előállításával foglalkoznak elsősorban.

Ahogy fent már említésre került, számos betegség kialakulásában játszik szerepet a táplálkozás, többek között a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, valamint a szív- és érrendszeri betegségeknél. Hogy mely tápanyagok hiánya, avagy túlzott bevitel milyen betegségek kialakulását milyen mértékben segítik elő, arra vonatkozóan rengeteg kutatás született, de természetesen sok minden, ma még nem tisztázott.

Az American Cancer Society szerint **többféle daganatos betegséget lehetne visszaszorítani a táplálkozási szokások helyes irányú megváltoztatásával.** Véleményük szerint a **tüdőrák** 5%-os, a **vastagbélrák** 50%-os előfordulási gyakoriság csökkenését lehetne elérni, amennyiben eltekintenénk a magas zsír- és alacsony zöldségtartalmú étkezéstől. Lehetséges összefüggést említenek még az **emlőrák** és a zsírban gazdag táplálkozás, valamint a **méhnyakrák** kialakulása és az alacsony A vitamin, és betakarotin bevitel között. A kevés betakarotin bevitelnek szerepe van a **tüdőrák** kialakulásában is. Ha a napi

energiafelhasználásban a zsírok arányát 25% alá lehetne csökkenteni, és dupla rostbevitelt lehetne elérni, akkor becsléseik szerint mintegy 8%-kal csökkenne a rákhalálozási arány. [56]

A rákkal foglalkozó két magyar professzor, tanulmányában azt fogalmazta meg, hogy a kiugróan magas magyar daganatos megbetegedési arányok mögött nagyrészt az évtizedekre visszanyúló önpusztító életmódunk áll, és ez elsősorban táplálkozási stílusunkat jelenti. Zsír-, rost-, zöldség- és gyümölcszegény étkezési szokásaink szerintük feltétlenül kockázati tényezőként jelentkezik. Míg az utóbbi 25 évben a vastagbélrák hazai gyakorisága és halálozása egyaránt jelentősen nőtt, addig például Kanadában és Nagy Britanniában 1980 óta mind az előfordulási gyakoriság, mind a halálozás csökkent, Dániában a nők halálozása csökkent, a férfiaké, pedig stagnált. [31]

A fejlett országokat együtt vizsgálva azt látjuk, hogy a tüdőrák után a vastagbél- és végbélrák miatti halálozás áll a második helyen a daganatos halálokoknál. A nők körében valamelyest csökkent a mortalitási ráta, ám a férfiak között érdemi változás nem következett be. A vastagbélrák kiváltó okai között a táplálkozásnak nagyon jelentős szerepe van. Ugyan a betegek egynegyed részében a családi halmozódás áll a háttérben és számítanak még a környezeti kiváltó okok is, de legjelentősebb szerepe az étkezési szokásoknak van. [103]

Fontosnak tűnik a rostdús táplálkozás, mert a rostokban gazdag ételek egyrészt felgyorsítják a bélműködést, így gyorsabb a mérgező, rákkeltő anyagok kiürülése, másrészt felhígítják a bélben a káros anyagokat, így azok nem tudnak felszívódni. (A rostdús táplálkozás vastagbélrák kockázatot csökkentő elméletét egyébként 1971-ben alkotta meg Denis P. Burkitt, egy Afrikában gyógyító brit sebész, aki megfigyelte, hogy a vidéki, afrikai, szegény népesség körében kis számban fordul csak elő vastagbélrák.) Rendkívül káros a túlzott húsfogyasztás, mert a húselekt károsan változtatják meg a belekben lévő baktériumflóra összetételét. A Harvard Egyetem kutatói szerint a sok hús fogyasztása megduplázza a vastagbélrák és növeli a prosztaták kialakulásának kockázatát, a rostok szerepe szerintük tisztázatlan, a zöldségeknek – különös tekintettel a bennük lévő folsavra – védőhatásuk van. [41]

Sok tanulmány, szintén magas kockázatú tényezőnek tartja a sok állati eredetű élelmiszer, elsősorban a hús fogyasztását a vastagbélrák [104, 105], valamint a tüdő- és prosztaták kialakulását tekintve. [106, 107]

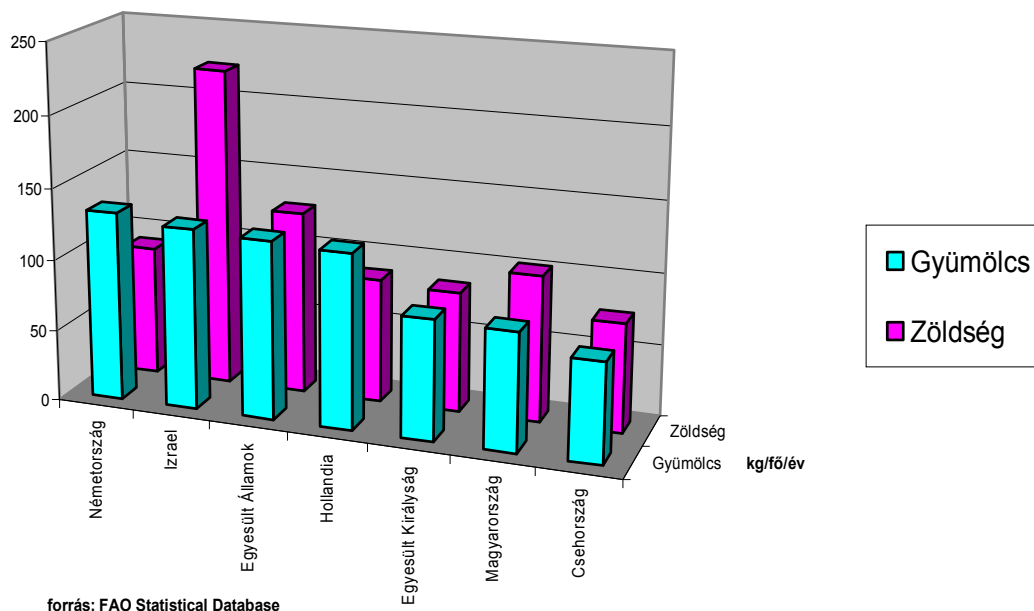
Ugyanakkor sok kutató nem talált egyértelműen pozitív korrelációt az alacsony zsír-, illetve kalória bevitel és az emlőrák kisebb előfordulási gyakorisága között, viszont a sok zöldségbevitel – szinte egybehangzó vélemény szerint – védőhatást gyakorol nemcsak az emlőrák, de más rákfajtákkal szemben is. [41, 57, 58, 105]

Két olyan tanulmányt is találtam, amely szerint nagy mennyiségű zöldség fogyasztásával, az emlőrák kialakulásának valószínűsége, akár 20%-kal csökkenthető. [57, 58]

Hogy melyek

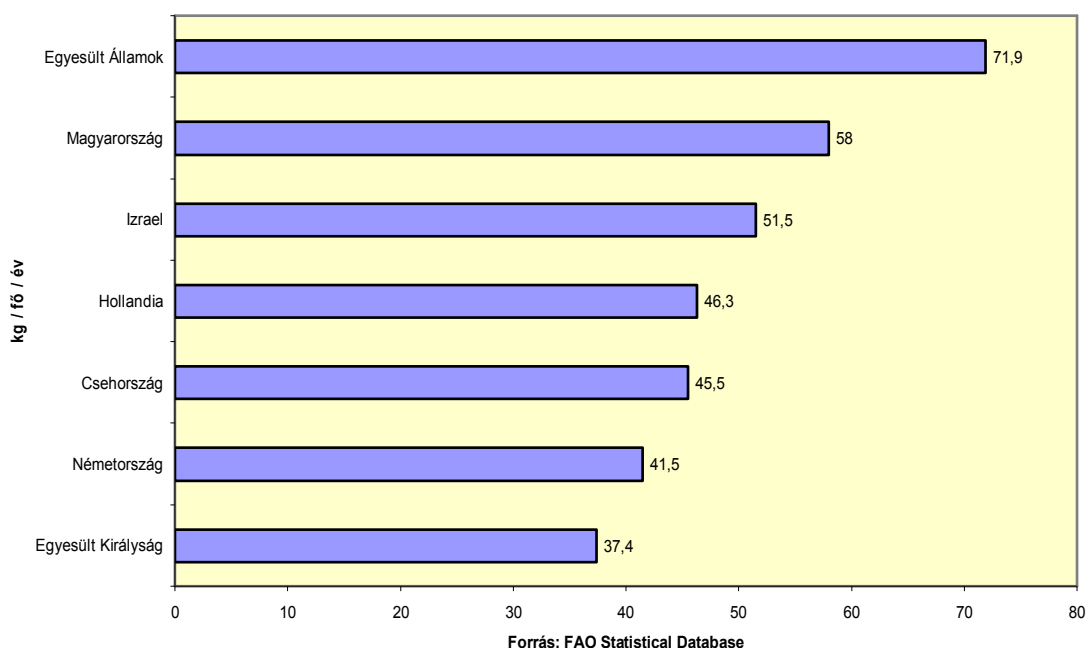
ezek a zöldségek, az ma még nem tisztázott. A zöld és sárga színű zöldségeket ajánlják dohányzóknak a tüdőrák elleni védelemként. [41]

19. ábra Zöldség- és gyümölcsfogyasztás kg/fő/év, 2000



Vannak olyan növények (káposzta, brokkoli, kelbimbó), melyeknek ismerjük különösen kedvező hatását, amely nagyobb mennyiségű indol nevű anyagtartalmuknak köszönhető. Fontos még a megfelelő mennyiségű kalciumbevitel, amely semlegesíti a bélrendszer rákkeltő anyagait. Ugyanakkor fontos megemlíteni azt is, hogy például a The New England Journal of Medicine c. lapban megjelent két cikk szerzői is kétségüket fogalmazták meg, két külön vizsgálat nyomán a rostok szerepét illetően. [108, 109]. Egyik vizsgálat sem tudta kimutatni azt, hogy a rostpótlás valamennyire is csökkentené a vastagbél polipjainak kiújulását. Az ásványi anyagok és nyomelemek megfelelő mennyiségű bevitelének, viszont bizonyítottan fontos szerepe van.

20. ábra Cukorfogyasztás, 2000

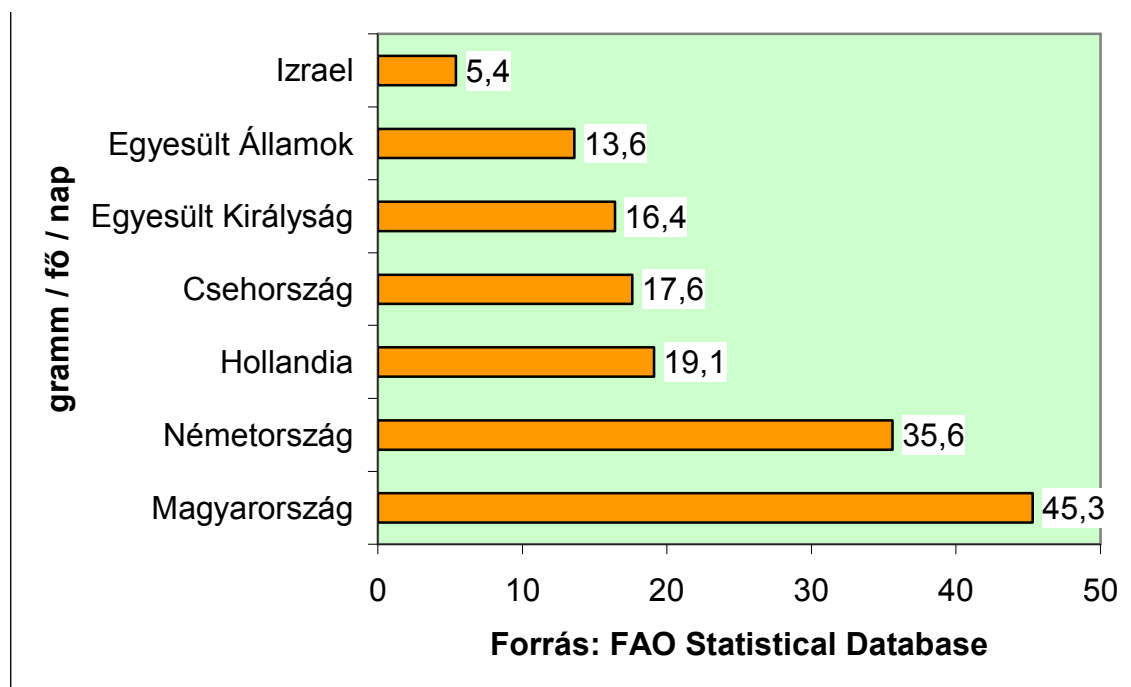


A vas, a szabadgyököket eltávolító antioxidánsok, mint az A-, C- és E-vitamin, a bétakarotin, a cink, a szelén mind alapvetően fontos védőhatást fejtenek ki. Erről meggyőző adatok vannak, például az orális carcinomák esetén Svájcban és Olaszországból, vagy a vastagbélrákos eseteket tekintve Magyarországról. [110, 103]

A WHO és a FAO közös jelentésükben, összefoglalták a legfontosabb kockázati tényezőket, amelyek kapcsolatban vannak a táplálkozással és olyan krónikus megbetegedéseket okoznak, mint a cukorbetegség, egyes rákfajták, stroke, szív- és érrendszeri megbetegedések. Ezek a magas vérnyomás, magas koleszterinszint, elhízottság. [84] Számos kutatás eredménye támasztja alá ezeket az összefüggéseket. [111–115] A szakemberek az étrenddel kapcsolatos ajánlásaikat is közzétették. Kevesebb telített zsírsav, cukor és só, több zöldség és gyümölcs és testmozgás szükséges a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség és az elhízás ellen. Ez pontosabban azt jelenti, hogy ajánlatos a napi zsírfogyasztást maximum 20%-ra korlátozni (azaz az összes energiabevitelünk legfeljebb ötöde származzon zsír fogyasztásából), és ebből legfeljebb 10% legyen a telített zsírsavak aránya. A szénhidrátok napi ajánlott aránya 55 – 75%, a fehérjéké 10 – 15%, míg a cukoré, kevesebb, mint 10%. Legalább napi 25 gramm rosthöz jussunk teljeskiőrlésű gabonák, zöldségek és gyümölcsök fogyasztásával, testsúlyunkat, pedig tartsuk 18,5 – 24,9 BMI között, valamint mozogjunk napi egy órát. [84]

Az életmód megváltoztatásával – elsősorban az étrend kiigazításával és rendszeres testmozgással – rendkívül jó eredményeket lehet elérni a cukorbetegség, a rák és a szív- és érrendszeri megbetegedések területén egyaránt. [116–120]

21. ábra Állati eredetű zsírok fogyasztása, 2000



Mindezeket figyelembe véve négyféle étel/tápanyag bevitelét hasonlítottuk össze a táplálkozási szokások egészség szempontú méréséhez: a zöldség-, a gyümölcs-, a cukor- és az állati eredetű zsír fogyasztását.

21. Táblázat Néhány élelmiszer fogyasztása (2000)

	Gyümölcs kg/fő/év	Zöldség Kg/fő/év	Cukor kg/fő/év	Állati eredetű zsír gr/fő/nap
Izrael	126,5	222,6	51,5	5,4
Magyarország	82	101,9	58	45,3
Csehország	69,3	75,8	45,5	17,6
Hollandia	122,1	86,6	46,3	19,1
Németország	132,3	91	41,5	35,6
Egyesült Királyság	83,7	83,8	37,4	16,4
Egyesült Államok	124,2	127,5	71,9	13,6

Forrás: FAO Statistical Database és Countrywatch

A 22. táblában összefoglalóan szerepel a táplálkozási szokások mért mutatóinak pontszáma. A táblázat utolsó oszlopában a négy külön-külön megítélt pontszám számtani átlaga szerepel.

22. Táblázat Táplálkozási szokások pontszáma

	Gyümölcs	Zöldség	Cukor	Zsír	Átlag
Izrael	9	10	4	10	8
Magyarország	3	5	3	1	3
Csehország	1	1	7	6	4
Hollandia	7	3	6	5	5
Németország	10	4	9	2	6
Egyesült Királyság	3	2	10	7	5
Egyesült Államok	8	6	1	8	6

1.6.2.2. Vallásosság

Az elmúlt két évtizedben könyvek és tanulmányok sokasága jelent meg a vallásos hit és az egészségi állapot összefüggéseiről, kapcsolatáról. A legújabb átfogó mű ezen a területen a 2001-ben megjelent Handbook of Religion and Health. [121] Ez a könyv áttekinti mind a mentális, mind a fizikai egészség és a vallásosság közötti kapcsolatot. A könyv vizsgálata kiterjed a depresszió, a szívbetegségek, a magas vérnyomás, a stroke, a rosszindulatú daganatos megbetegedések, valamint az immunrendszeri problémák tárgyalására; nagy terjedelemben foglalkozik a dohányzás, a drogfogyasztás és az egyes kockázatos szexuális szokások elemzésével; és ennek során felhasználja az előző mintegy száz év legjelentősebb kutatási eredményeit. A könyvben vizsgálat tárgya az életmód egészségre gyakorolt jó- és rossz hatása, a gyerekkortól egészen az idős korig. A könyv szerzői egy olyan elméleti modellt fejlesztettek ki, amely azokon a viselkedési-, pszichológiai-, társadalmi mintákon, mechanizmusokon alapszik, amelyeken keresztül a vallásosság hatást gyakorol az egészségi állapotra. A szerzők elemzik azt is, hogy a vallásos hit és elkötelezettség, valamint a vallásgyakorlás milyen befolyással van az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről szóló döntésekre, illetve bizonyos kezelések alkalmazásának engedélyezésére, avagy megtagadására. Végigtekintik a könyv vége felé a szerzők azt is, hogy az egészségügyi szakembereket, a kutatókat, az egyházi és laikus személyeket, a közigazgatási dolgozókat hogyan érintik kutatásaik eredményeinek alkalmazása, illetve milyen klinikai gyakorlat következik belőle. Végül, a befejező részben javaslatok kerülnek megfogalmazásra a jövőbeli kutatások prioritásaira vonatkozóan.

Hogyan befolyásolja a hit az egészséget? A mechanizmus még nem pontosan ismeretes, de meggyőző kutatási eredményeket kaptak többen is a szoros statisztikai korrelációra vonatkozóan. A hit psychoneuroimmunológiai hatásait kísérelte meg feltárni, a témával foglalkozó két neves amerikai kutató Koenig és Cohen az Oxford University Press által 2002-ben kiadott könyvben. [122] Ebben a szerzők úgy vélik, hogy a hit befolyásolni tudja

bizonyos hormonok mennyiségét, mégpedig úgy, hogy javítja az idegek működéséért felelős agyi területek aktivitását, és az immunfunkciókhoz kötődő hormonok termelődését segíti elő. Ennek a folyamatnak lehet eredménye a hatékonyabb immunrendszer.

A kutatások eredményeit kísérlem meg most néhány fontos momentum ismertetésével bemutatni. A Harvard Health Letter egyik száma olyan kutatások eredményeit összegzi, amelyek már az 1960-as évek közepétől kezdődően vizsgálták azt, segít-e a gyógyulásban, amikor a betegek papok segítségét várják, közbenjáró imát kérnek, illetve lelki támaszt igényelnek. [123] Több tanulmány alátámasztja, hogy a vallásosak egészségesebbek és hosszabb életre számíthatnak. [124–127] Az egyik tanulmány szerint, a hívő emberek hosszabb életűek és ez akkor is igaz, ha figyelembe vesznek olyan kockázati tényezőket is, mint például az életkor, testsúly, vagy dohányzás. [124] A Yale Egyetemen – két éven át, idős emberek körében – folytatott kutatás során azt találták, hogy a kevésbé vallásos idős emberek mortalitási rátája kétszerese volt a vallásosabbakénak. [125] Ez az arány még akkor is megmaradt, amikor számításba vettek más fontos tényezőket is, úgy, mint kor, iskolázottság, jövedelem, nem, családi állapot és egészségi állapot. A Duke University által készített egyik vizsgálat során azt mutatták ki, hogy azoknak, akik hetente egyszer templomba járnak, fele akkora eséllyel lesz megemelkedett interleukin-6 szintjük a vérben, márpedig az interleukin-6 felelős bizonyos daganatos megbetegedésfajták, valamint a szívinfarktus kialakulásáért is. Virginiában, 205 elsődleges ellátásban részesülő beteggel töltettek ki kérdőívet 1997-1998 során. Ebben, a betegeknek egy nyolcfokú skálán kellett elhelyezni vallásosságuk erősségét, valamint felelniük kellett az egészségi állapotukat firtató kérdésekre. Azok a betegek, akik magasabbra sorolták hitüket, jobb egészségi állapotnak örvendtek, kevesebb fizikai akadályozottságot és betegséget jelöltek meg. [127] A University of Texas kutatói 27 olyan kutatás eredményét vizsgálták, amely a templomba járás és egészségi állapot közötti összefüggés erősségét próbálta feltárni. Kutatásuk eredményét tették közzé a Social Science Medicine c. lapban, és ebben arról írtak, hogy – 7 kutatást leszámítva – a gyakran templomba járók csoportja egészségesebb volt, mint a ritkábban járóké, sőt a kutatók addig merészkedtek, hogy megfogalmazták azon hipotézisüket, miszerint a lanyha vallásgyakorlás a különböző megbetegedések, illetve halálozások kockázati tényezője lehet. [126] Egy 28 éven át tartó, és 1997-ben publikált kaliforniai vizsgálat eredményeként kimutatták, hogy a hetente legalább egy vallási szertartáson résztvevők halálozási rátája egyharmaddal alacsonyabb volt, mint a többieké.

Több kutatás a vallásos betegek gyorsabb gyógyulását mutatta ki. Például az American Journal of Psychiatry olyan – korábban csípőtörést szenvedett idős nők gyógyulási

folyamatát végigkísérő – kutatási eredményt tett közzé, melyben azt figyelték meg, hogy a szoban forgó betegek milyen hosszan voltak kórházban, milyen távot tudtak sétálni, az első alkalommal, amikor lehetőséget kaptak és végül, hogy milyen pszichés állapotban voltak. Ezek szerint, a vallásosan elkötelezett betegek kevésbé voltak depresszívek, rövidebb ideig tartózkodtak kórházban, és hosszabb sétát tudtak tenni, mint kevésbé vallásos betegtársaik. [128] A Duke University Medical Center kutatói szerint azok a szívbetegek, akik közbenjáró imát is kaptak a szokásos orvosi terápián felül, jobb állapotba kerültek, mint a többiek. [129] Egy 1995-ös vizsgálat - melyet a Dartmouth Medical School készített 232 olyan betegről, aki szívműtéten esett át – során azt figyelték meg, hogy a 37 betegből, akik mélyen vallásosnak vallották magukat egy sem halt meg a műtétet követő hat hónap során, míg a többi közel 200 betegből huszonegy hunyt el, azaz több mint 10%. Egy másik fő kutatási vonal, a vallásos betegek pszichológiai szempontú összevetése a nem vallásosakkal. Minden ilyen irányú kutatás egybehangzóan azt állítja, hogy pszichiátriai szempontból a hitnek jótékony hatása van az egészségre. [130-134] Az ohioi University of Akron által lefolytatott vizsgálatban a többet imádkozók jobb pszichés közérzetről számoltak be, mint azok, akik soha, vagy csak ritkán imádkoztak. [130] Egy másik publikáció szerint a rendszeresen templomba járók kevesebb pszichológiai problémával kellett, hogy szembenézzenek, mint a templomba nem járók, annak ellenére, hogy azonos stressz-szintet jelöltek meg. [131] Az öngyilkosságok száma is jelentősen alacsonyabb a vallásosak között. A templomba nem járóknál négyszer akkora esélyt találtak öngyilkosság elkövetésére, mint a gyakran templomba járóknál, sőt a Wayne State University kutatója szerint, a templomba nem-járás, minden más tényezőnél szorosabb korrelációt mutat az öngyilkossággal. [133, 134] A téma elismert kutatója, Daniel Larson a vizsgálatok 92%-a esetében azt találta, hogy – a pszichiátria területén – a vallásos elkötelezettségnek vannak jótékony hatásai. [132] Készült olyan kutatás is, melyben a hit és a vérnyomás kapcsolatát keresték a kutatók, és azt a meglepő eredményt kapták, hogy még a dohányzóknak is jót tett a vallásos elkötelezettség, hiszen a nem vallásos, rendszeresen dohányzó férfiak körében hétszer akkora arányban fordult elő a normálistól eltérő vérnyomás, mint azoknál, akik a vallásos hitet fontosnak vallották. [135]

A hatás sokrétűségét és jelentőségét jól tükrözi az a Jewish Bulletin of Northern California című kiadványban, 2001-ben napvilágot látott írás is, melyben a szerző egy Bnei Brak nevű izraeli kisváros esetét elemzi. [136] Bnei Brak Izrael legvallásosabb és, egyben legszegényebb kisvárosa, a dohányzók aránya relatíve magas, az alacsony zsírtartalmú diétás étrend elterjedtsége még nem általános, lakóinak várható átlagéletkora mégis a legmagasabb (81.1 év a nőknél és 77,4 év a férfiaknál). Mi lehet ennek az oka, teszi fel a kérdést a szerző?

A válasz természetesen a hit mélysége, ámde ekkor felmerül a következő kérdés, azaz, hogy milyen áttételeken keresztül érvényesül a vallásosság pozitív hatása az egészségi állapotra? A szerző válaszát öt pontban lehet összefoglalni:

- ✓ a vallási közösségek tagjai lelki támogatást kapnak a közösségtől, kevesebb stressz éri őket, optimistábbak és egészségesebb az életmódjuk;
- ✓ az ortodoxoknál a nagy családméret pozitív befolyást gyakorol, mert a leszármazottak azon vallási kötelezettsége, hogy szüleik segítségét meghálálják, biztosítja az idősek számára, hogy a fiatalok (több generáció is) gyakori látogatást tegyenek náluk és ez állandó elégedettséggel tölti el őket, mert tanúi létük folytonosságának;
- ✓ a Bnei braki férfiak állandó szellemi aktivitása a Talmud tanulmányozása, egész életükön át tanulnak és bizony nem ritka huszonévesek százait látni, amint nyolcvan – kilencven éves talmudista tudósokkal megvitatják a Talmud egy-egy kérdését, és az ilyen intellektuális ösztönzés állandósága segít megőrizni a szellemi frissességet és az elégedettség érzését;
- ✓ az ortodox zsidók között jóval magasabb a házassági, és alacsonyabb a válási arány, márpedig a házasság és egészség közötti pozitív kapcsolat evidencia, ezt mutatja például, hogy a 48 éves házas férfiak 90%-a megéri a 65 éves kort, miközben az agglagényeknél ez az arány csak 60%, az elváltak és özvegyek körében, pedig ennél valamivel magasabb;
- ✓ az ortodox vallásuk étkezési szokásai, előírásai egészségesebb táplálkozást tesznek lehetővé.

Más kutatások is igazolták a vallásos meggyőződés házasságra gyakorolt pozitív hatásait. Larson egyik munkája szerint, például a templomba járók között alacsonyabb volt a válási arányszám, mint a templomba nem járók között, de véleménye szerint ennek oka nem a válás – egyház által való – tiltásában keresendő, sokkal inkább abban, hogy a hívők boldogabbak voltak a házasságukkal. [137] Ez akkor is alátámasztást nyert, amikor a kutatók speciális technikák segítségével ellenőrizték, hogy a válaszadók igazat mondanak-e. További kutatások negatív korrelációt tártak fel a vallásosság és a kábítószer fogyasztás, az alkoholizmus és a fiatalkori bűnelkövetés között.

Jelen tanulmány a kereszténységre koncentrál, tekintve, hogy a vizsgált hét országból, hat, keresztény és egyedül Izrael nem illik bele a keresztény világnézeti alapokon nyugvó államok sorába. A világban, jelenleg minden harmadik ember keresztény, 2003 közepére számuk meghaladja a két milliárdot. A második legnagyobb vallási közösség az iszlám, hívei 1,3 milliárd főt számlálnak. A World Evangelization Research Center kutatói szerint a nem-

elkötelezettek és ateisták száma megközelíti az egy milliárdot, a keresztényeknek, pedig mintegy 70 százaléka templomba járó. [138]

Kutatásaink során három mutatót használtunk a lakosság vallásosságának mérésére: a rendszeresen templomba járók arányát, az ateisták és nem elkötelezettek arányát, valamint a hit mélységét, azaz, hogy mennyire erősen hisznek az adott ország polgárai isten létezésében, a túlvilági életben, a pokolban stb.

Ezekből kíséreltünk meg egy összetett pontszámot kialakítani. A források itt is hiányosak voltak, de olyan helyettesítő adatokkal kerültek pótlásra, melyek a legjobban közelítették a kívánt adattartalmat.

A vallásosság alakulásáról az elmúlt tíz évet tekintve azt mondhatjuk, hogy csökkenő tendenciát mutat a templomba járók aránya a fejlett országok háromnegyed részében. A legmagasabb rátát az Egyesült Államokban találjuk, ott 40 százalék felett van azok aránya, akik hetente járnak templomba. Nagy-Britanniában ugyanakkor 27, Franciaországban 21, Svédországban 4, a távoli Japánban, pedig a népesség mindössze 3 százaléka látogatja sűrűn a templomot. [139] Egy felmérés szerint az amerikaiak 53 százaléka mondja azt, hogy a vallás nagyon fontos szerepet tölt be az életében, miközben a briteknek 16, a németeknek, pedig csak 13 százaléka vallja ugyanezt. [140] A University of Chicago által vezetett két felmérés során, melyre 1991-ben és 1993-ban került sor, a kutatók hét kérdést tettek fel a válaszadóknak. [141] Az alábbi kérdéseket tették fel: hisznek-e Istenben, a túlvilági életben, a bibliában, az ördögben, a pokolban, a mennyben és a csodákban? Az amerikaiak, szinte minden kategóriában első helyen álltak az igennel válaszolók százalékos arányát tekintve. Kivételt képez két kérdés: „Tudom, hogy Isten létezik és nincsenek kétségeim efelől”, illetve „A biblia isten szava és azt szó szerint kell érteni”. Ezeknél, a felmérésben résztvevő 16 fejlett ország és a Fülöp-szigetek – közül, mindössze kettő, Lengyelország és a Fülöp-szigetek megkérdézett polgárai vallották nagyobb arányban, hogy igaznak vélik. Az összes kérdést figyelembe véve, azt mondhatjuk, hogy az élen az USA végzett, azt követi Észak-Írország, a Fülöp-szigetek, Írország, Lengyelország, Olaszország, Új-Zéland, majd Izrael. A sereghajtók Hollandia, Nyugat-Németország, Oroszország, Szlovénia, Magyarország és Kelet-Németország. A két német terület közötti eltérés figyelemre méltó, ennek oka az, hogy a kelet-németek két generáción át szocializmusban éltek, ahol az ateizmust propagálták, és a vallást elnyomták. A kelet-németek sokat veszítettek hitükből, néhány kérdés tekintetében kevesebb, mint egyharmadát mutatják a nyugat-német értékeknek. A Gallup 1994 óta végez felméréseket, amerikaiak körében, melyben megkérdézi a válaszadókat, hogy vajon „hisznek-e Istenben, vagy egy univerzális lélekben” és az igennel válaszolók aránya mindig

94% felett volt. Ez azonban félreérthető, hiszen az ISSP felmérések, például 63%-os arányt mutattak. A különbség oka minden valószínűség szerint a feltett kérdés megfogalmazásában keresendő. Az ISSP a hit bizonyosságát is megköveteli, miközben a Gallup kérdésében, ez nincs jelen. Ez azt mutatja, hogy sok amerikai, aki hisz Istenben, nem biztos a meggyőződésében.

A 23. táblázat több felmérés eredményeit foglalja össze.

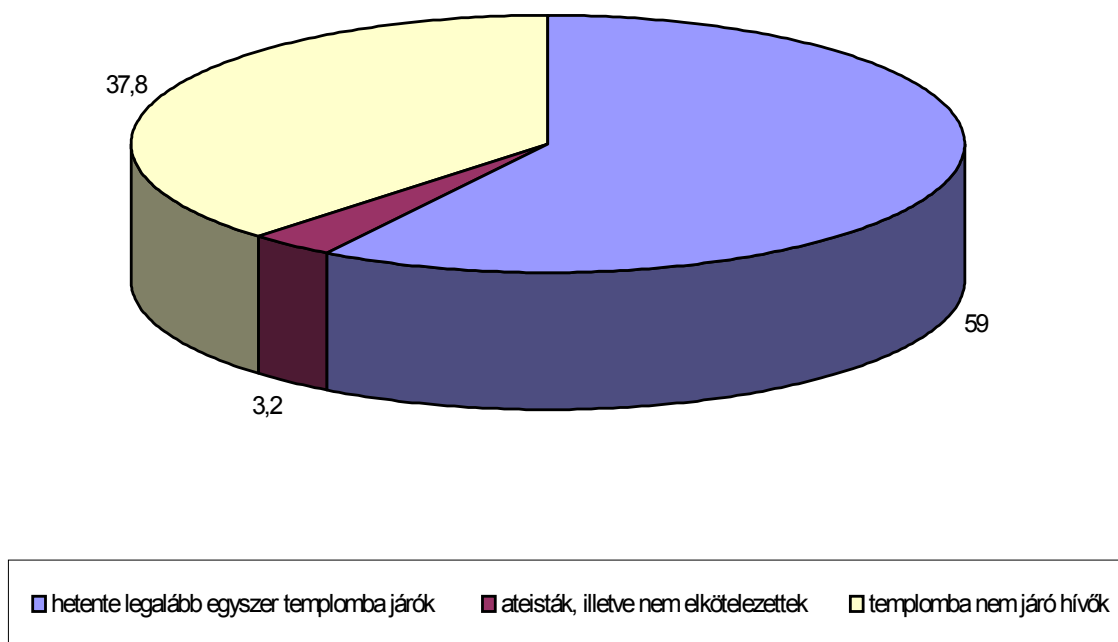
23. Táblázat Vallásosság (felnőtt népesség %-ában)

	Hetente legalább egyszer templomba járók	Ateisták, nem elkötelezettek, egyéb/1	Ateisták, nem elkötelezettek, egyéb/2	Hisz Isten létezésében	Hisz a halál utáni életben	Hisz a pokol létezésében
Izrael	59	3,2	2	43	21,9	22,5
Magyarország	21	7,5	8	30,1	10,6	5,8
Csehország	14	39,8	40	n.a.	n.a.	n.a.
Hollandia	35	40	36	24,7	26,7	11,1
Németország	14	28,3	26	27,3	24,4	9,3
Egyesült Királyság	27	25	n.a.	23,8	26,5	12,8
Egyesült Államok	44	10	10	62,8	55	49,6

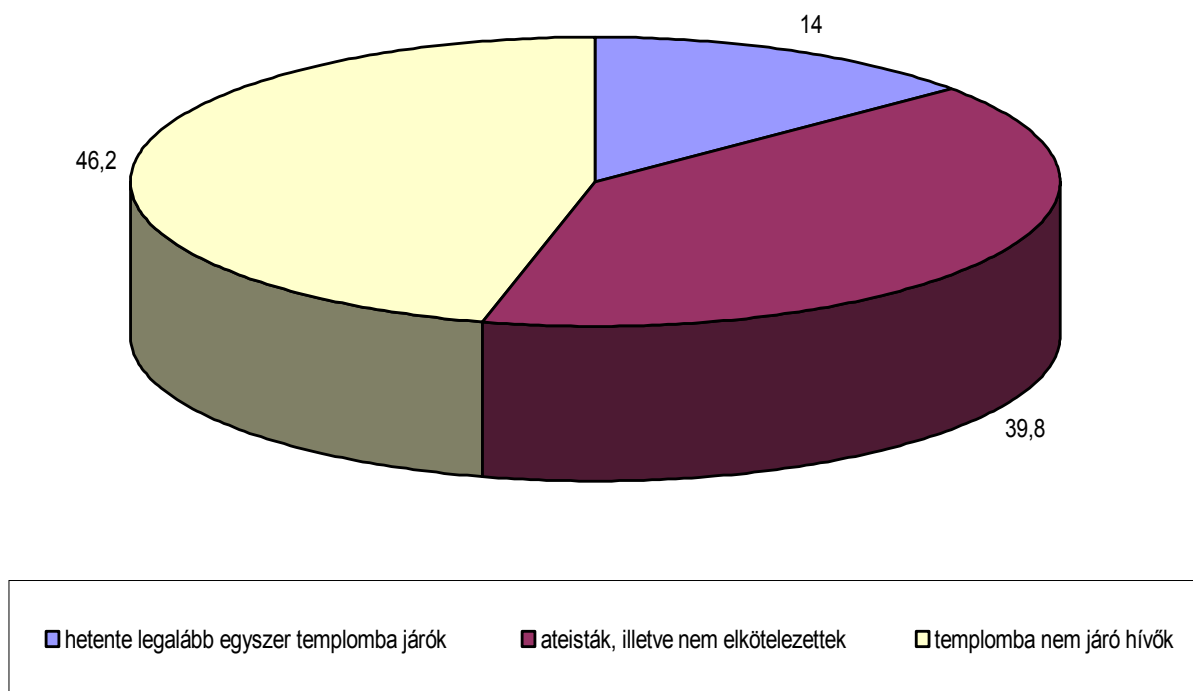
Forrás: World Values Survey 1990-91, 1995-97; CIA The World Factbook 2002; Countrywatch; Religion Watch January 1997 és ISSP Surveys 1991&1993 University of Chicago

Az alábbi két ábra a vizsgált hét ország között a legvallásosabb, Izrael és a legkevésbé vallásos, Cseh Köztársaságban mutatja az ateisták, a templomba nem rendszeresen vagy soha nem járó hívők, valamint a vallást gyakorló hívők arányát a felnőtt lakosság körében.

22. ábra Vallásosság, Izrael



23. ábra Vallásosság, Csehország



Izrael esetében érdemes megemlíteni, hogy egy felmérés szerint az izraeli zsidók 90%-a betartja a hagyományos húsvéti ünnepek étkezési előírásait, 66%-uk érvényesnek tekinti a tíz parancsolatot, 75%, pedig úgy gondolja, hogy Isten nem fogja megbüntetni azokat, akik nem tartják be a tíz parancsolat által előírtakat. [142] Egy Nagy-Britanniában készült felmérés azt mutatta, hogy a megkérdezettek kevesebb, mint 50%-a hisz csak Krisztusban, 14% nem tudta ki Krisztus, 22%, pedig úgy hiszi, „Krisztus, csak egy történet”. A megkérdezettek 49%-a vallja, hogy valamely egyházi közösséghez tartozik (27% az anglikán és az episzkopális, 9%, pedig a római katolikus egyház híve). A templomba járás gyakoriságát kutató kérdésre a válaszadók 3%-a azt mondta, hogy csak húsvétkor és karácsonykor megy templomba, 46%, pedig azt a választ adta, hogy soha nem jár templomba. [143] Egy másik forrás szerint, 1995-ben az amerikai lakosság 46%-a vallotta magát valamely egyházi közösség tagjának, miközben az Egyesült Királyságban csak mindössze 6,4 millió (kb. 10%) nyilatkozott úgy, hogy valamely egyházközség tagjai. Az angoloknál 2000-re ez a szám 3,8 millióra zsugorodott. [144] A Christian Network szerint az Egyesült Államokban, a kb. 94 millió, 18 évnél idősebb férfi közül, 26 millió hetente egyszer templomba jár és 27 millió átlagosan hetente egyszer olvassa a bibliát. [145]

24. Táblázat Vallásosság pontszáma

	Templomba járás	Ateisták/1	Ateisták/2	Isten, túlvilági élet, pokol hit	Átlag
Izrael	10	10	10	8	10
Magyarország	3	8	8	2	5
Csehország	1	2	1	1	1
Hollandia	7	7	2	3	5
Németország	1	1	3	3	2
Egyesült Királyság	5	5	4	4	5
Egyesült Államok	9	9	7	10	9

1.6.2.3. Szenvedély betegségek

1.6.2.3.1. A dohányzás

Úgy tűnik, a dohányzás a szegények „öröme”. Ma összesen, mintegy 1,1 milliárd ember dohányzik, 80%-uk szegény, vagy közepesen szegény országokban. Évente 80–90 ezer fiatal kezd el dohányozni világszerte. A dohányzás évi 4 millió embert öl meg, azaz 10 halálból 1 a cigaretta számlájára írható, 2030-ra, pedig 10 millióra nőhet ez a szám, ami azt jelentené, hogy minden hatodik haláleset hátterében a dohány áll majd – állítja a Világbank. [146] Egyes számítások szerint évi 200 milliárd dollár veszteséget jelent a világnak a dohányzás, ha az azzal kapcsolatos betegségek gyógykezelésének költségeit, illetve a kieső jövedelmet

számítjuk. [147] Az OECD legfrissebb adatai szerint a tagországok közül, a magát napi dohányosnak vallók aránya a felnőtt lakosság körében a legalacsonyabb Svédországban (18,9%), az USA-ban (19%) és Ausztráliában, valamint Kanadában (19,8%), a legmagasabb, pedig Hollandiában (32%), Japánban (32,9%) és Görögországban (35%). [88, 89] Természetesen, a különböző felmérések eltérő eredményeket mutatnak. A WHO legutóbb azt mutatta ki, hogy Európa országai közül Finnországban dohányoznak a legkevesebben (a felnőtt lakosság 23%-a) és ennek megfelelően a finnek növekvő várható életkorral számolhatnak, férfiak és nők egyaránt. A 2002-ben született finn férfiak várható életkora 74,9, a nőké 81,5 év. (Egyébként az Aamulehti című finn újság számításai szerint, ha ez a trend folytatódik, 2012-ben már 108 év lesz a finnek várható élettartama, függetlenül nemüktől.) A WHO szerint a finn férfiaknál bekövetkezett várható élettartam növekedés a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a tüdőrákos esetek csökkenésével magyarázható. S hogy mitől következett be ez a kedvező változás? Természetesen, a dohányzás visszaszorítására tett erőfeszítéseknek lett az eredménye. (Ugyanakkor viszont az alkoholfogyasztáshoz köthető betegségek és halálozások nőttek.) A világszervezet úgy véli, hogy Finnország élenjár a dohányzás csökkentését célzó intézkedések meghozatalában, nemcsak, hogy megtiltották a dohánytermékek reklámozását a tömegmédiában, de szigorúan szabályozták a közterületi és munkahelyi dohányzást is. [40]

A dohányzással kapcsolatba hozható betegségek nagyon sokrétűek és talán ma még nem is ismerjük a teljes listát. Amit – kétséget kizáróan – tudunk, azok az alábbiak:

- ✓ Szív- és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, érelmeszesedés, szívkoszorúér megbetegedés, perifériás érbetegségek, szívinfarktus, szívritmus zavarok, stroke, visszérgyulladás);
- ✓ Légúti megbetegedések (bronchitisz, ormellék- és homloküreg gyulladás, tüdőtágulat, gége- és tüdőrák);
- ✓ Szájüregi betegségek (fogágy betegségek, száj- és nyelvrák);
- ✓ Emésztőszervi betegségek (nyelőcső-, nyombél- és gyomorfekély);
- ✓ Vizeletkiválasztó rendszer betegségei (vese- és húgyhólyagrák);
- ✓ Csontritkulás, impotencia, Alzheimer-kór, szenilitás. [148]

Ha a legfontosabb dohányzáshoz köthető betegségeket tekintjük csak, akkor a tüdő- és szájüregi rákot, a krónikus obstruktív tüdőbetegségeket (kónikus bronchitis és tüdőtágulás), a

keringési és érrendszeri megbetegedéseket, (például stroke) valamint a szívkoszorúér megbetegedéseket kell megemlítenünk. [149] Callun szerint a tüdőrákos megbetegedéseken és a szívbetegségeken felül, a dohányzás, felelős még az asztmáért, szürkehályogért, perifériális érbetegségekért, fogágy betegségekért és a törékeny csontokért. [150] Johnson úgy gondolja, hogy a dohányzás okozta leggyakoribb betegedések a daganatos megbetegedések (tüdő, húgyhólyag, hasnyálmirigy, szájüreg, nyelőcső, garat és gége), a krónikus obstruktív tüdőbetegségek, érrendszeri betegségek, ideértve a szívkoszorúér és a perifériás erek megbetegedéseit, valamint a peptikus fekély. [59] A Royal College of Physicians úgy véli, a passzív dohányzás is nagyon ártalmas, nemcsak a szívbetegségek miatti, de az egyéb okból bekövetkező halálozásért is felelős. [151] Az angol Health Development Agency a tüdőrákos halálozás 84%-áért, minden hetedik szívbetegség következtében bekövetkezett halálért, és a stroke miatti halálozások 40%-áért a dohányzást teszi felelőssé. A dohányzók szívkoszorúér betegség miatti halálozási kockázatát a nem-dohányzókhoz képest kétszeresre becsüli. [152] A British Dental Hygienists' Association számításai szerint, ha napi 25 cigarettánál többet szívunk, akkor a tüdőrákos 25-szörös, a szívkoszorúér halálozási kockázatunk, pedig kétszeres a nem-dohányzókéhoz viszonyítva. Szerintük a dohányzás tüdőrákot, krónikus bronchitist, tüdőtágulást, szívkoszorúér megbetegedést, érbetegségeket, stroke-ot, a száj, torok, gége, nyelőcső, hasnyálmirigy, vese, gyomor és a húgyhólyag daganatos megbetegedését okozza, ezenkívül női dohányosok esetében nagyobb kockázatot jelent vetélésre, kis születési súllyal bíró csecsemő világra hozatalára, szívroham és stroke bekövetkezésére és a csonttritkulásra egyaránt. [153] Az American Lung Association becslései szerint a tüdőrákos esetek 87%-áért a cigaretta a felelős, de tüdőtágulást, krónikus bronchitist, szív- és érrendszeri megbetegedéseket is okoz. A terhesség alatti dohányzás 20–30%-ban felelős az alacsony születési súlyú újszülöttekért. [154]

A korai halálozást jelentősen befolyásolja a dohányzás. Egy összehasonlító OECD tanulmány pozitív kapcsolatot talált a cigarettafogyasztás és a korai halálozás között. [83] Ebben a szerző példaként említi, hogy Kanadában a dohányzás csökkenése okozott jelentős visszaesést a korai halálozásban, Görögországban és Olaszországban, pedig a dohányzók arányának növekedésével együtt nőtt a korai halálozások száma is.

A Harvard Egyetem rákkutatóinak számításai szerint a rákhalálozás 30%-áért a dohányzás a felelős (tüdő-, szájüregi-, hasnyálmirigy-, húgyhólyag-, vese- és gégerák). [41] Az International Agency for Research on Cancer (Nemzetközi Rákkutató Ügynökség) dohányzással foglalkozó monográfiájában azt állítja, hogy a dohányzás minden formája

karcinogén, különösen a felső légúti traktusra veszélyes (beleértve a száját is) és ily módon számos országban, a rák vezető okaként lehet megjelölni. [155]

Most kíséreljük meg sorra venni a legfontosabb, dohányzás okozta betegségeket és feltárni jelentőségüket egy ország lakosainak egészségi állapotában!

1.) A dohányzás kóroki szerepét a tüdőrákos halálozásban számos tanulmány igazolta. [156-163] A legmeggyőzőbb talán a British Medical Journalban, már 1950 szeptemberében Doll és Hill által publikált esettanulmány, amelyből egyértelműen látszik, hogy a tüdőrák kialakulásában a dohányzás fontos tényező. [156] (Ugyanezt állapítja meg a US Department of Health and Human Services jelentése is. [157] A későbbiek során, a cikk szerzői brit orvosok dohányzási szokásait és tüdőrákos mortalitási adatait kísérték figyelemmel és megerősítették azon korábbi nézeteiket, hogy a dohányzásnak jelentős szerepe van a tüdőrák kialakulásában. [158, 159] **A rendszeresen dohányzók között tizenötször gyakrabban észleltek tüdőrákos megbetegedést, mint a nemdohányzók között.** Doll és munkatársai az adatok feldolgozása során megállapították, hogy a rendszeresen dohányzók mintegy felének halálát, a dohányzás okozta (elsősorban olyan szervek daganatos megbetegedései, mint a tüdő, a szájüreg, a nyelőcső, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, valamint az érrendszeri megbetegedések). [160]

Egy vizsgálat eredménye szerint a tüdőrákban megbetegedetteknek csupán 2%-a nem dohányzik, vagy korábban nem dohányzott rendszeresen. [163] Napjainkban a leggyakoribb daganatos halálok világszerte a tüdőrák. 2000-ben 1,3 millióan haltak meg ebben a betegségben, az összes halálokot figyelembe véve, pedig a tüdőrák a tizedik, s ha megmarad ez a trend, akkor 2020-ra a negyedik leggyakoribb halálökká válik. [39] Jelenleg a daganatos halálozás, mintegy 18%-át a tüdőrák teszi ki. A tüdő- és hörgőrák elsősorban a férfiak betegsége. [39, 46] A tüdőrákosok kevesebb, mint 10%-a kerül ki a 45 évnél fiatalabbak közül, legveszélyeztetettebb a 60–69 éves populáció. [164] Az Európai Unióban, 2000-ben a férfiak körében észlelt daganatos megbetegedések 21%-a és a halálozás 29%-a volt írható a tüdőrák számlájára. Az 1920–1930-as években, Amerikában jelentősen megnőtt a cigarettafogyasztás és ennek folyományaként az 1940–1950-es években drámaian emelkedett a tüdőrákos halálozás a férfiak körében. [149] Az 1960-as években a felnőtt lakosság 42%-a dohányzott rendszeresen, a korábban már említett egészségpolitikai intézkedésekkel elérték, hogy az 1990-es évekre a dohányosok aránya 22% körülire mérséklődött. A tüdőrákos incidencia az 1980-as évek közepétől már csökkenő tendenciát kezdett mutatni, amíg 1984-ban 100 ezer főre számítva 87 új megbetegedést észleltek, addig 1990-re ez a szám 40-re

mérséklődött. [165] Az amerikai egészségügyi minisztérium által közzétett karcinogének listáján a dohányfüst is szerepel, és a minisztérium szakemberei, illetve az őket segítő szakértők szerint a tüdőrákos esetek 80–90%-a a dohányzásnak tudható be. Azt is közzétették, hogy a dohányfüstben kb. 4 ezer kémiai anyagot azonosítottak, véleményük szerint ebből legalább 250, olyan kémiai vegyület, amely mérgező, illetve karcinogén. [53] Az American Lung Association és az American Council on Science and Health szerint, a cigaretta legalább 43 különböző rákkeltő kémiai anyagot tartalmaz. [154, 160] A dohányfüstben található, bizonyítottan rákkeltő anyagok a policiklikus aromás szénhidrogének, a nitrosoaminok, az aromás aminok, az aldehidek, bizonyos organikus vegyületek (Vinil chlorid, Ethylen oxid, DDT), valamint olyan anorganikus anyagok, mint például a polónium, nikkel, arzén, króm, kadmium. A tüdőrák kialakulása szempontjából különösen az aromás szénhidrogének, a nitrozoaminok és a keletkezett szabad gyökök veszélyesek, miközben a nikotin karcinogén szerepe nem bizonyított. [39] Az elszívott cigaretta mennyisége, a dohányzással eltöltött évek száma, a füst leszívásának intenzitása, a cigaretta nikotin, kátrány, nitrózamin és pácoló anyag tartalma, valamint az, hogy milyen módon ég el a dohány egyaránt befolyásolhatják a tüdőrák kialakulásának kockázatát. [39, 59] Azok, akik 20 éves koruk előtt kezdenek el dohányozni, lényegesen nagyobb kockázattal kell, hogy számoljanak. [151] Az American Cancer Society rákmegelőzéssel foglalkozó több tanulmánya is ad kockázati becsléseket arra vonatkozóan, hogyan alakul a tüdőrákos halálozási esély, az elszívott cigaretta mennyiségétől függően. Eszerint a napi 20 cigarettánál kevesebbet szívó férfiak kockázata 6,5 (I. tanulmány) illetve 18,8 szoros (II. tanulmány), míg a nőké 7,3 szoros (II. tanulmány) a nem-dohányzókhoz képest. Amennyiben azonban 20-nál több cigarettát szív valaki egy nap, annak kockázata 13,7 illetve 26,9 szoros, ha férfi, és 16,3 szoros, ha nő. [167]

Kovács szerint a kockázat 14-szeres a dohányosok körében, érdekes módon, viszont a szívart szívóknál „csak” 9-szeres, a pipázók esetében, pedig 8-szoros. [39] Az American Council on Science and Health vizsgálatai szerint – a nem-dohányzókhoz viszonyítva – a dohányzó férfiaknak 27-szeres, a nőknek 14-szeres a kockázata. [166] Angliában a tüdőrákos esetek 89%-át a dohányzás okozza. [151] Azt is tudni kell azonban, hogy természetesen más tényezők is szerepet játszanak a tüdőrák kialakulásában. Annak ellenére például, hogy Japánban többen dohányoznak, mint mondjuk Angliában, a tüdőrák előfordulása mégis mindössze 2/3-a az ottaninak. A British Journal of Cancerben megjelent cikk szerzői, ennek okaként a táplálkozást, a hal, a szója, bizonyos zöldségek és a zöld tea fogyasztását jelölték

meg. Az étrendi tényezők felderítése céljából, közel 750 férfi és 300 női tüdőrákos beteg és több mint 4100 egészséges ember étrendjét hasonlították össze. A sok nyers- és főzött halat fogyasztók rákkockázata fele volt (51% férfiaknál, 48% nőknél), a kevés halat fogyasztókénak. A szárított, vagy sózott halak nem mutattak védőhatást a rákkal szemben. A friss halban sok, többszörösen telítetlen zsírsav található, a kutatók úgy vélik, valószínűleg ezek okozzák a védőhatást. A szójafogyasztás a nőknél, a sok nyers zöldség és gyümölcs, valamint tej fogyasztása a férfiaknál csökkentette szignifikánsan a kockázatot. Külön érdekes statisztikai megfigyelés volt, hogy a sárgarépa, a tök, a tojás és a kávé – a japán kutatók megfigyelései szerint – növelték a tüdőrák kialakulásának veszélyét. [168]

2.) Szinte minden szerző külön kiemeli a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) és a tüdőrák együttes előfordulásának gyakoriságát, tekintve, hogy a dohányzás mindkét betegség kockázati tényezője. [160, 163, 164, 169, 170] Sőt, az egyik tanulmány szerzői azt állítják, hogy a dohányosoknál kialakult krónikus obstruktív tüdőbetegség esetén hatszor gyakoribb a tüdőrák előfordulása azokhoz képest, akiknél nincs obstruktív légúti megbetegedés. [164] Az ún. krónikus obstruktív tüdőbetegségek – melyek évente közel 120 ezer amerikai áldozatot szednek – 80–90%-át a dohányzás okozza. A dohányosok tízszer akkora eséllyel halnak meg ebben a betegségben, mint a nem-dohányzók. [154] Amikor erről a betegségről beszélünk, elsősorban krónikus bronchitisre és tüdőtágulásra kell gondolnunk. 2001-ben 11 millió amerikaiánál diagnosztizáltak hörghurutot, érdekes módon, több mint kétszer annyi nőnél, mint férfinél. A tüdőtágulás – melyet a dohányzás és/vagy a krónikus hörghurut okoz – visszafordíthatatlan tüdőkárosodást okoz. A tüdő kötőszöve elveszíti rugalmasságát, a légútiágcsók felfúvódnak, kitágulnak, és számuk csökken. A tüdőben ezért nagy, összefüggő légterek alakulnak ki, a levegő beszorul, a kilégzés nehéz, így csökken az oxigén és a széndioxid cseréje.

Sok tanulmány, a tüdőrák vonatkozásában, hozzávetőlegesen **20%-os kockázatnövekedést tulajdonít a passzív dohányzásnak**; csak az USA-ban, évi kb. 3000 tüdőrák okozta halálhoz vezet. [154] Passzív dohányzásnak vannak kitéve nagyon gyakran a gyerekek, mivel szüleik otthon dohányoznak, illetve azok, akiknek munkatársai cigarettáznak. Sajnos a tüdőrák ma még nehezen gyógyítható, az ötéves túlélés egyes vélemények szerint 10–15, mások szerint csak 8–15%-os, miközben ugyanez a vastagbélráknál 61%-os, az emlőráknál 86%-os és a prosztatataráknál 96%-os. [164, 39]

3.) A szívkoszorúér megbetegedések jelentős része is egyértelműen összefüggésbe hozható a dohányzással. [84, 160, 152, 171, 172, 173] A brit Health Development Agency szerint a

dohányzók kétszeres kockázattal kell, hogy számoljanak szívkoszorúér betegség miatti halálozás tekintetében, nem-dohányzó társaikhoz képest. [152] Természetesen előfordult, hogy egymástól némileg eltérő eredményeket kaptak a különböző kutatócsoportok, abban azonban mindannyian megegyeztek, hogy a dohányzás erősen megnöveli a szívkoszorúér betegsége miatti halálozás kockázatát. Az elszívott cigaretta mennyiségétől függően a kockázat lehet akár ötszöröse is a nem cigarettázókénak. A napi legfeljebb 14 szálát elszívók kockázata a nem-dohányzókhoz képest 1,3 – 2,1; a 15–24 cigarettát szívók kockázata 1,9 – 4,2, a 25 szálnál többet fogyasztóké, pedig 2,2 – 5,4. [171, 172, 173] A Smith, Pratt szerzőpáros becslése szerint a dohányzás okozza a szívkoszorúér megbetegedések 22%-át, és ezzel a harmadik helyen áll az első ok, a magas (200 mg/dl feletti) koleszterin szint (43%) és az azt követő testmozgás hiány (35%) mögött. [61]

Észak-Finnországban 1966-tól 1993-ig 11994 olyan nő életét kísérték nyomon, akiknek 96%-a az induló évben szült. Dohányzási szokásaikat csak a terhesség ideje alatt figyelték. Azt az eredményt kapták, hogy a terhességük ideje alatt dohányzók életkorral, lakhellyel, iskolai végzettséggel, családi állapottal kiigazított mortalitási rátája 2,3-szerese volt a nem-dohányzókénak, azoknál a nőknél, akik terhességük második hónapja előtt abbahagyták a dohányzást, ugyanez az arány, már csak 1,6-szeres volt. A mortalitás, tipikusan olyan dohányzással összefüggő betegségek esetén volt magasabb, mint a légúti- és szájüregi rák, szív- és érrendszeri megbetegedés és emésztőszervek betegsége. [174]

4.) A dohányzással összefüggő súlyos betegségcsoport még, a szájüregi rákok. Szinte minden ezzel foglalkozó orvos, kutató meggyőződése, hogy a dohányzás, az orális rákok keletkezésében a legfontosabb tényező. [59, 148, 151, 152, 153, 154, 171, 61, 174, 175] A világban az orális rák, ma a hatodik leggyakoribb daganatos megbetegedés fajta. [176] A szájüregi rákok miatti halálozás több mint 85%-áért a dohányzás tehető felelőssé. Az American Council on Science and Health számításai szerint a dohányzó férfiaknak 27, a nőknek 6-szoros kockázatuk van a nyelv-, száj-, nyálmirigy- és légcsőrák kialakulásra a nem dohányzókhoz képest. [166] Az orális rákok legmagasabb előfordulási arányát Indiában találták (tudvalevő, hogy ott nagyon elterjedt a dohányzás és az, a hagyományosan házilag készített Bidivel történik, amely kis mennyiségű Temburni levélbe csavart dohányból áll és még a cigarettánál is veszélyesebb [177]), de jelentősen nőtt a szájüregi rákok miatti mortalitás Közép- és Kelet-Európában, különösen fiatal férfiak körében. [178] A dohány, szinergikusan hat az alkohollal. [59, 175, 179, 180, 181, 182, 155, 183] Az együttes jelenlét, például egy Észak-Olaszországban végzett vizsgálat eredménye szerint, többszörösére emeli a

szájüregi rákok számát, megnöveli a gégerák és a nyelőcső daganatos megbetegedésének előfordulási gyakoriságát. [184] Egy tanulmány – amely 20 éven át vizsgálta, összesen 690 szájüregi rákos beteg dohányzási és alkoholfogyasztási szokásait Amszterdamban – azt a statisztikai összefüggést találta, hogy a betegek 56%-a dohányzott és ivott alkoholt is, 14%-a csak dohányzott, 5%-a csak alkoholt fogyasztott és 25%-a egyik szenvedélybetegségben sem szenvedett. [181] A dohány és alkohol együttes szerepének bizonyítékát adta még számos vizsgálat, amelyet az USA-ban, illetve Európa több országában végeztek. [184–187] Spanyol kutatók kiszámították, hogy a napi 20 szál cigarettánál többet szívók kockázati aránya közel 8, a napi 50 gramm alkoholt fogyasztóké, pedig több mint 5. [186] A szájüregi rákkal kezelt betegeknek ma még rossz a túlélési esélyük, többnyire azért, mert későn fedezik fel a betegséget. Az orális carcinomás betegek mindössze 30–40%-a éli túl az öt évet. [175]

A dohányzás a legnagyobb gyilkos a világon – mondják gyakran az orvosok, és a fentiekből látszik, hogy ez igaz. A tüdőrák, a mellkasi szervekben előforduló rákok, a szájüregi- és nyelőcsőrák, a szívkoszorúér megbetegedések egyértelműen összefüggnek a dohányzással és alkoholfogyasztással. [159]

Az alábbi táblákból és ábrákból jól látszik, hogy milyen szoros az összefüggés az egészségi állapot és a dohányzás között. A magyar férfiak, például világelső a daganatos halálozási arány tekintetében és rendkívül előkelő helyet foglalnak el a sokat dohányzó nemzetek között is. Érdekes ugyanakkor, hogy a németek milyen nagy arányban cigarettáznak (valószínűleg többen a keleti országrészben), ugyanakkor a rákmortalitást tekintve, sokkal kedvezőbb képet mutatnak.

25. Táblázat Dohányzó férfiak aránya %-ban (1988-1999 átlaga)

	Felnőtt férfiak %-ában	Pontszám
Amerikai Egyesült Államok	28	10
Csehország	28	10
Egyesült Királyság	29	9
Izrael	33	7
Hollandia	37	5
Németország	43	2
Magyarország	44	1

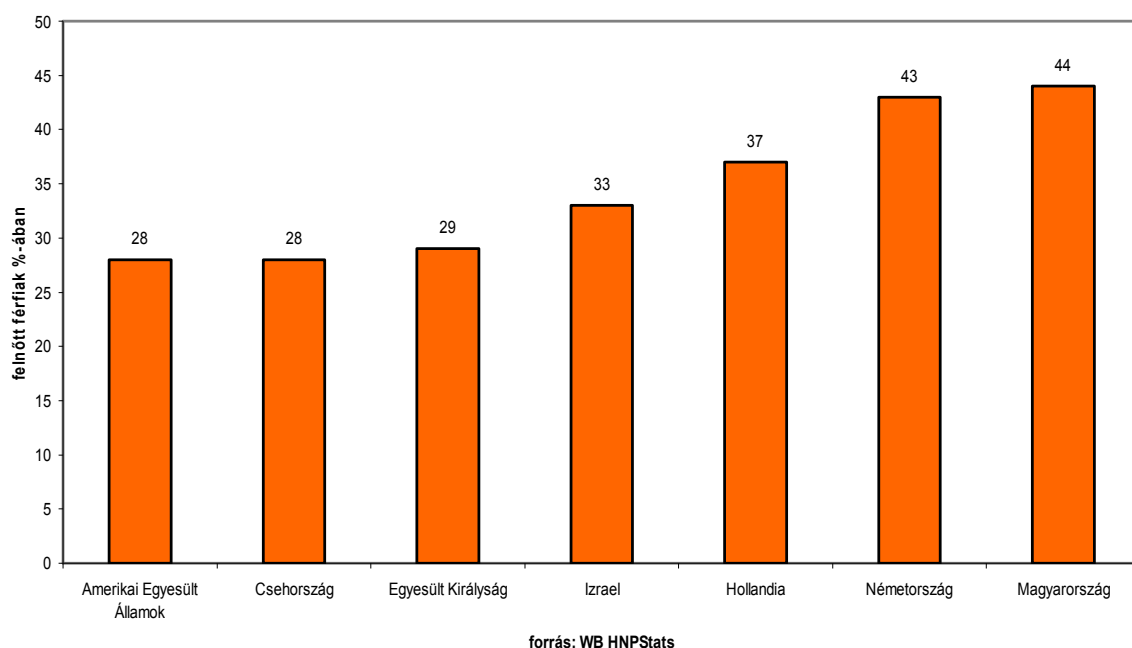
Forrás: Health, Nutrition & Population The World Bank Group

HNPSStats

Ebben szerepet játszik az életmód, azaz a táplálkozási szokások, a testmozgás, az alkoholfogyasztás, valamint az ország jövedelmi szintje, az egyének szociális/ vagyoni helyzete. Az ország jövedelmi szintje azért nagyon fontos, mert az meghatározza például az

egészségügyi ellátórendszer minőségét és az ahhoz való hozzáférést, továbbá jelentősen befolyásolja lakosságának étrendjét, a környezetszennyezés ellen való küzdelem eredményét és olyan szabadidős tevékenységeket, mint a sportolást, pihenést. Vannak bizonyítékok arra vonatkozóan is, hogy a dohányzás növeli a vastagbél, vagy a méhnyak daganatos megbetegedésének kockázatát. [188, 56]

24. ábra Dohányzó férfiak (%) 1988-1999 átlaga

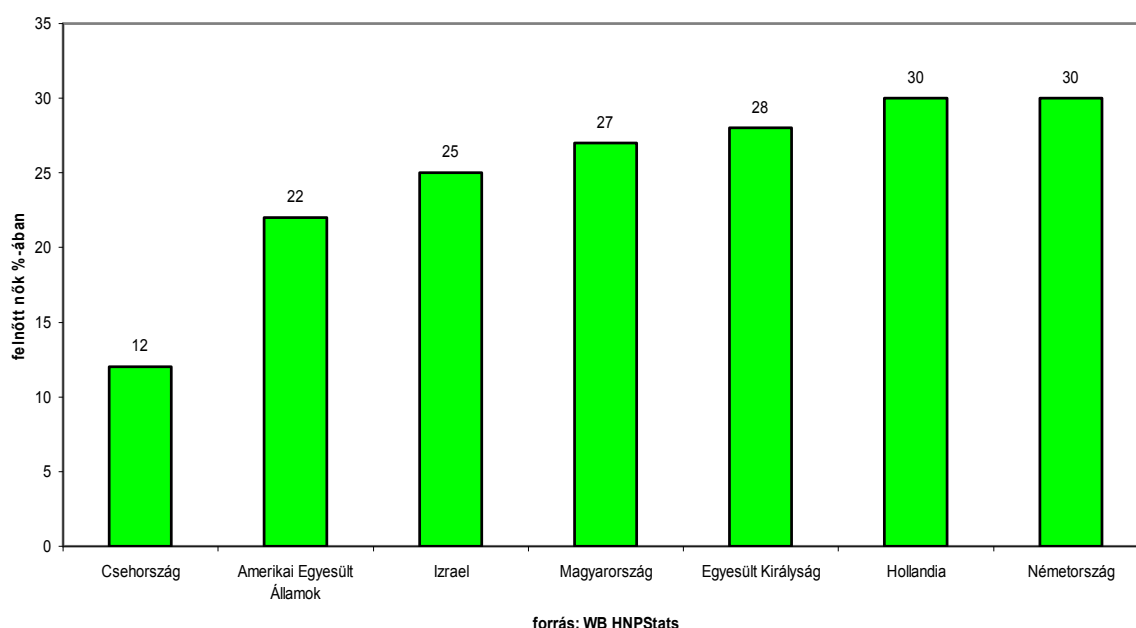


26. Táblázat Dohányzó nők aránya %-ban (1988-1999 átlaga)

	Felnőtt nők %-ában	Pontszám
Csehország	12	10
Amerikai Egyesült Államok	22	5
Izrael	25	4
Magyarország	27	3
Egyesült Királyság	28	2
Hollandia	30	1
Németország	30	1

Forrás: Health, Nutrition & Population The World Bank Group
HNPSStats

25. ábra Dohányzó nők (%) 1988-1999 átlaga



1.6.2.3.2. Az alkoholfogyasztás

Bőven akad szakirodalom, amely az alkoholfogyasztás egészségi állapotra gyakorolt erős negatív hatását elemzi és bizonyítja. (A dohányzással foglalkozó fejezetben, részben már utaltam is erre.)

Az egészségkárosító hatást leginkább bizonyos daganatfajták előfordulási gyakoriságával szokták összefüggésbe hozni, és itt elsősorban a májrákra, a szájüregi rákokra, az emlő-, a húgyhólyag-, a hasnyálmirigy-, és a vastagbél rosszindulatú daganatos megbetegedéseire kell gondolnunk. Nem szabad azonban megfeledkezni az alkohol okozta néhány egyéb súlyos betegségről sem, mint például a májcirrhosis, neurológiai problémák, agykárosodások stb. Ezúttal három szempontra koncentrálódik a vizsgálat: alkohol és daganatos betegségek, alkohol és szív- és érrendszeri megbetegedések, alkohol és mortalitás.

Az alkohol hatásmechanizmusa nincs még tisztázva. Az International Agency for Research on Cancer monográfiája szerint a tiszta ethanol, például soha nem találták karcinogénnek. [183] Az ezzel foglalkozó szakemberek azt feltételezik, hogy az alkoholtartalmú italok más anyagokkal kölcsönhatásban hozzák létre a negatív hatásokat. [157] Ilyen – az alkohollal szinergiában működő – anyagok például a szeszesitalokban található egyéb vegyületek, vagy – ahogy az előző részben utalás történt rá – a dohány.

Az amerikai National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism több mint 10 éve publikált egy összefoglaló művet az alkoholizmus negatív egészségügyi hatásairól. [189] Eszerint az alkohol elsősorban a májra nézve mérgező, a rendszeresen és sok alkoholt fogyasztók 90–100%-ának van kóros májnagyobbodása, 10–35%-uk alkoholos hepatitis betegségben szenved és 10–20% májcirrrosissal küzd. A sok alkoholt fogyasztók között, nagyon gyakori a nyelőcső-, légcső- és a szájüreg rákos megbetegedése, gyakori a hasnyálmirigy gyulladás és a pszichiátriai rendellenesség.

1.) Nézzük tehát a daganatos betegségek és az alkoholfogyasztás összefüggésének bizonyítékait.

Egy amerikai onkológiai központban, férfiak körében végzett hosszú vizsgálat kimutatta néhány **alkoholhoz köthető rákfajta** növekvő kockázatát, már napi 3–4 pohár szeszesital fogyasztása esetén is, és függetlenül a dohányzástól. [190] Egy német tanulmány szerint a nagymennyiségű alkoholfogyasztás máj-, hasnyálmirigy-, és emésztőszervi károsodást, valamint neurológiai rendellenességeket okoz. [191] Ezt bizonyítandó, 241 krónikus alkoholista ivási szokásait és egészségi állapotát kísérték nyomon Lübeckben. A vizsgálat elején, a betegeket három részre osztották: erősen alkoholisták, rendszeres alkoholfogyasztók és eseti ivók csoportjára. Megfigyeléseik eredményeként azt kapták, hogy az erős alkoholisták gyakrabban küzdöttek hasnyálmirigy-, nyelőcső-, felső emésztőszervi-, neurológiai-, és impotencia problémákkal, mint azok, akik csak esetenként ittak alkoholt. Egy angol kutató szerint, az alkoholisták között 9%-os a **nyelőcsőrák** incidencia, és a betegek közel egynegyede, közvetlenül az alkohol miatt hal meg. [192] Khan és Yatsuhashi szerint az alkoholt fogyasztók 1,5–2,5-szeres kockázattal betegednek meg **májcirrhosisban** és **májrákban**, a nőknél különösen magas arányban fordulnak elő ezek a betegségek. [193, 194] A fejlett országokban, a **szájüregi rákok** számának növekedését az emelkedő alkoholfogyasztással hozták összefüggésbe. [59] Minthogy a májcirrrosis egyértelműen köthető az alkoholfogyasztáshoz, egy kutatás során, a májcirrrosis és szájüregi rák mortalitását vizsgálva azt mutatták ki, hogy a kettő párhuzamosan halad. [195, 196] A szájüregi rákok, és a tüdőrák mortalitásának alakulását összevetve azt tapasztalták, hogy ellenkező irányba mozognak a vizsgált 80 év folyamán, így azt a következtetést vonták le, hogy a szájüregi rákok kialakulását, sokkal inkább az alkohol, mint a dohány segíti elő. [196] Görögországban, 8,3-szeres kockázatot számítottak azoknál, akik hetente több, mint 28 pohár alkoholos italt isznak és legalább 50 szál cigarettát szívnak. Fontosnak tűnik még, hogy milyen fajta alkoholos italt isznak. A magas alkoholtartalmú, tömény italok fogyasztása, nagyobb kockázatot jelent a szájüregi rákok vonatkozásában, mint azonos mennyiségű,

alacsony alkoholtartalmú ital, például sör, vagy bor. A női betegekre vonatkozóan, érdekes módon, nem tudtak kimutatni a kontrollcsoporthoz képesti magasabb dohány-, vagy alkoholfogyasztást. [197] Egy angol kutatócsoport megfigyelése szerint, a szájüregi rákban szenvedő betegek 75%-a dohányzott és fogyasztott alkoholt (nőknél szignifikánsan alacsonyabb alkoholfogyasztást regisztráltak) és a megfigyelési időszakot megelőző 10 évben kevés friss zöldséget és gyümölcsöt fogyasztottak. A betegek mintegy 26%-a csekély mértékű, vagy nulla kockázati tényezőnek volt kitéve. [198]

Az összes vizsgálat azt mutatja, hogy nagy mennyiségben fogyasztva, minden alkoholos ital káros, főként a májra és a szájüregre jelent veszélyt. Bizonyítékok vannak a sörre, Észak-Olaszországi és francia vizsgálatból a borra, és kínai kutatás eredményeként a röviditalokra egyaránt. [184, 199-201]

Több tanulmány talált összefüggést az alkoholfogyasztás és az **emlőrák** között. [56, 202, 203] Összecsengő megállapítás, hogy napi két pohár szeszesital elfogyasztása 25%-kal növeli az emlőrák kockázatát.

A Journal of National Cancer Institute egyik számában megjelent tanulmány, a **vastagbélrák** kockázat növekedését bizonyítja nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása esetén. [104]

2.) Következő fontos szempont, az alkoholfogyasztás és a szív- és érrendszeri megbetegedések összefüggése, valamint az alkohol mortalitási arányokra tett hatása. Nagyon fontos, hogy itt a mérsékelt alkoholfogyasztás jótékony hatásairól kell szólnunk. Háttér tanulmányok sokasága mutatta ki, hogy a kevés, vagy mérsékelt alkoholfogyasztás összefügg a csökkent mortalitási rátával, elsősorban annak köszönhetően, hogy ilyenkor **kisebb a szívkoszorúér megbetegedések és a stroke bekövetkezésének valószínűsége**. Egy középkorú és idős emberek körében végzett vizsgálat azzal magyarázta a védőhatást, hogy az alkohol egyrészt gátolja atheroma keletkezését, másrészt csökkenti a véralvadás szintjét. [204] Ugyanakkor azonban azt is megállapítja, hogy nagyobb mennyiség fogyasztása esetén a jótékony hatást elnyomja a **megbetegedések növekvő kockázata, például májcirrhosis, rák, neurológiai rendellenességek**, vagy akár **szívpanaszok** is felléphetnek. Több mint 85 ezer, 34–59 éves egészséges nőt vontak be 1980-ban egy vizsgálatba. Egy évtrendre vonatkozó kérdőív kitöltése után, 12 éven át figyelték a válaszadók alkoholvási szokásait és mortalitását. Azt az eredményt kapták, hogy a keveset, azaz heti 1–3 pohár italt fogyasztók (ez napi 1,5–4,9 gramm alkoholnak felel meg) mortalitási kockázata 0,83 volt a nem-ivókhoz képest. Az ennél ötször–hatszor többet fogyasztóknál (napi 5–29,9 gramm) ez a kockázati arány valamivel magasabban alakult (0,88), de még mindig kisebb

volt, mint az absztinenseké. Azoknál a nőknél, azonban, akik napi 30 grammot meghaladó fogyasztást jelentettek, a kockázati arány 1,19-es értéket mutatott, azaz 20%-kal meghaladta az alkoholt nem fogyasztó csoport mortalitási kockázatát. A szerzők szerint a keveset, vagy mérsékelt mennyiséget ivó nők kisebb kockázata az alacsonyabb szív- és érrendszeri megbetegedési arányra vezethető vissza, amíg a sok alkoholt fogyasztók magasabb kockázatát olyan, nagyobb arányban előforduló halálokok jelentették, mint például az emlőrák, vagy a májcirrhosis. [205]

Egy Dániában készült tanulmány szerint, alacsonyabb volt a mortalitása ráta a heti 1–6 pohár szeszesített fogyasztók körében, az alkoholt nem fogyasztó csoporthoz képest. [206] Fenntartással kell azonban kezelnünk ezt az eredményt, ugyanis nem vizsgálták, hogy az alkoholt nem fogyasztók csoportján belül milyen az antialkoholisták, a korábbi alkoholisták (nemrégien leszokott, korábban hosszú ideig ivók), vagy az alkalmanként ivók aránya, továbbá az egészségi állapotot, illetve az életmódot sem vizsgálták. [207, 208] Egy másik publikáció arról ad számot, hogy azok a férfiak, akik keveset (napi 1–2 pohár alkoholos italt) isznak, többnyire a legkedvezőbb kockázati tényezőkkel bírnak egyéb területen, azaz szociális helyzetüket, dohányzási szokásukat, testsúlyukat és vérnyomásukat tekintve, így azután nem csoda, ha a legalacsonyabb mortalitási ráta jellemző rájuk. [209] Egyedi eseteket feldolgozó epidemiológiai vizsgálatok bizonyították, hogy 3–5 pohár alkohol naponta kisebb infarktusveszéllyel és alacsonyabb mortalitással járt, ez azonban elsősorban az 50 évnél idősebbekre igaz. [210] A stroke kockázatát 20%-kal kisebbnek találták azok között, akik maximum heti 1 pohár alkoholt ittak. [203] 12 éves vizsgálat eredményeként, Wisconsinban kimutatták, hogy a szívkoszorúér miatti halálozás, kis mennyiségű ethanol bevitelnél csökkent. [211] Cukorbeteg ápolónőket, 14 éven át megfigyelő vizsgálat tanúsága szerint az átlagban napi fél pohár alkoholt fogyasztók kockázata 0,72 volt azokhoz képest, akik egyáltalán nem ittak szeszes italt. [212]

Végül meg kell említeni, hogy több kutatócsoportnak is sikerült kimutatni: heti egy pohár, ugyanannyi előnyt jelent szív- és érrendszeri betegségek szempontjából, mint napi 1–2 pohár, sőt **napi 2 pohár felett, már nem mutatható ki több előny.** [203, 213]

3.) Legvégül néhány megállapítás olyan tanulmányokból, amelyek az alkohollal összefüggő egyéb betegségekkel foglalkoznak. Nem bizonyított, de valószínűleg nagyobb mennyiségű alkohol rendszeres fogyasztása károsítja a szívizmot. Ezzel ellentétben, számos bizonyíték áll rendelkezésre az alkoholfogyasztás kedvezőtlen neurológiai, pszichiátriai hatásaira. [189, 191] Az alkohol miatt bekövetkező agyi károsodások között leggyakoribb és legsúlyosabb, az ún. Korsahoff szindróma, amely azt jelenti, hogy a beteg nem tudja felidézni a közelmúlt

történeteit, és új információkat sem képes befogadni, megtanulni. Az alkoholizmussal foglalkozó amerikai szervezet szerint, az alkoholt fogyasztók 21-szeres kockázattal válnak antiszociális egyénekké a nem-ivókhoz képest, 6,2-szeres a kockázati arányuk mániákus betegségekre és 4-szeres a szorzó a skizofrénia kialakulása tekintetében. [189]

A Hepatitis vírussal fertőzöttek esetében, a betegség lefolyását és következményeit tekintve, az alkoholfogyasztás komoly kockázati tényezőnek bizonyult. [193]

A fentieket figyelembe véve, rendkívül fontosnak tűnik az alkoholfogyasztási szint mérése. Két különböző forrásból származó adatot vettünk alapul az ország-pontok meghatározásához, mert elég jelentős eltérés volt tapasztalható.

27. Táblázat Alkoholfogyasztás (liter/fő/év)

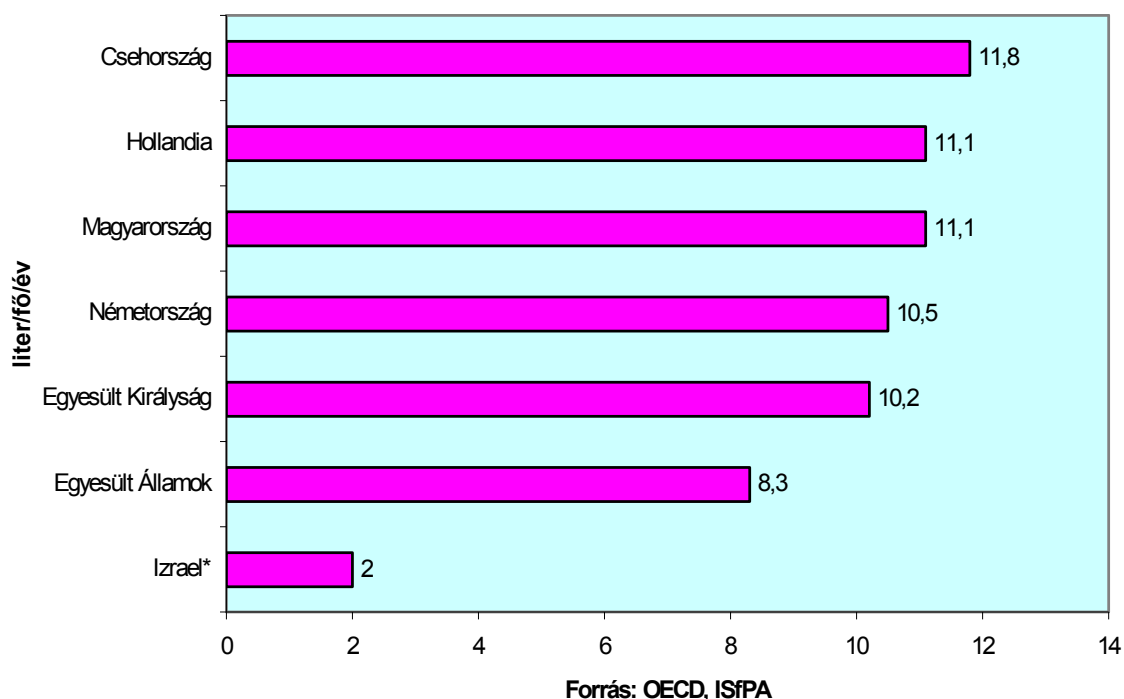
	A 15 év felettiek %-ában (2000)	A teljes lakosság %-ában (1999)
Izrael*	2*	0,8**
Magyarország	11,1	9,7
Csehország	11,8	10,5
Hollandia	10	8,2
Németország	10,5	10,6
Egyesült Királyság	10,2	8,1
Egyesült Államok	8,3	6,7

Forrás: OECD Health Database; Israel Society for the Prevention of Alcoholism és World Drink Trends

*1992

**1995 (1999-ben Izrael nem szerepelt az első 50 ország között, az egy főre jutó alkoholfogyasztás tekintetében)

26. ábra Alkoholfogyasztás, 2000



28. Táblázat Káros szenvedélyek összevont pontszáma

	Dohányzás (férfiak)	Dohányzás (nők)	Alkohol/1	Alkohol/2	Átlag
Izrael	7	4	10	10	8
Csehország	10	10	1	2	6
Magyarország	1	3	2	3	2
Hollandia	5	1	5	6	4
Németország	2	1	4	1	2
Egyesült Királyság	9	2	3	6	5
Egyesült Államok	10	5	7	8	8

A társadalmi determinánsok végső értékelése szerint, az egyes országoknak adott pontszámokat mutatja a 29. tábla.

29. Táblázat Társadalmi determináns pontszáma

	Testmozgás	Táplálkozás	Vallás	Káros szenvedélyek	Átlag
Izrael	3	8	10	8	7
Magyarország	1	3	5	6	4
Csehország	9	4	1	2	4
Hollandia	9	5	5	4	6
Németország	7	6	2	2	4
Egyesült Királyság	5	5	5	5	5
Egyesült Államok	8	6	9	8	8

1.6.3. Politikai-gazdasági tényezők

Hogy hogyan hat a politikai döntéshozatal, a demokrácia foka és az egészségre fordított források nagysága az egészségi állapotra, azt három tényező segítségével kíséreltük meg mérni: az egészségügyre fordított állami kiadások arányával, a demokratikus politikai jogok gyakorlásának lehetőségével (harminc évre visszamenőleg), valamint az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértékével, vásárlóerő-paritáson számolva.

1.6.3.1. Állami részvétel az egészségügy finanszírozásában

Az egészségbiztosítási rendszer felépítése determinálja a finanszírozási források összetételét is, azaz egy olyan modellben, ahol például univerzális társadalombiztosítási rendszer van (Németország, Franciaország, Magyarország, Olaszország) természetesen fokozott elvárás nyilvánul meg a kormányzat felé a finanszírozási források biztosítására. Az úgynevezett állam által vezérelt, (Katzenstein alapján) késői iparosító országokban (mint például Németország, Japán, Franciaország) általában nagyobb a szociális közkiadások GDP-hez viszonyított aránya. [214] Kivételek persze itt is akadnak, például Japán. Mindazonáltal azok a döntéshozók (bürokraták, köztisztviselők), akik az államháztartás egyes tételei felett rendelkeznek, bizonyos mértékű döntési

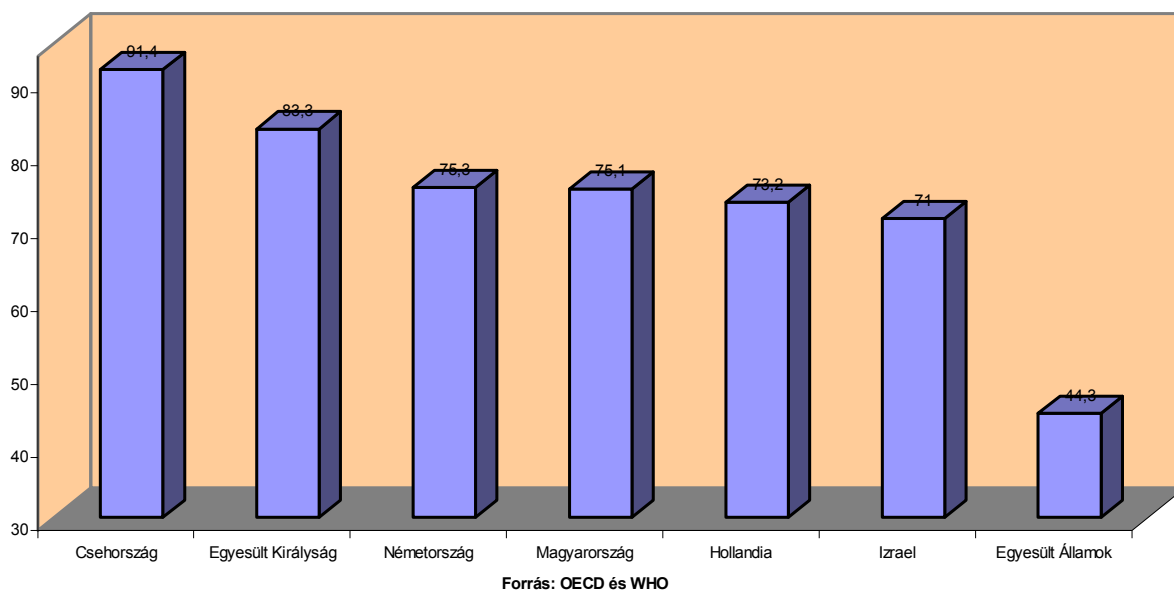
szabadságot élveznek a tekintetben, mekkora forrást ítélnék meg egy-egy célra. Az alábbi táblázatban összevetettük az általunk vizsgált országokat abból a szempontból, hogy milyen mértékben járulnak hozzá állami források az egészségügy finanszírozásához. Nehéz volt azonban a dolgunk az állami részvételi arány pontozásánál. Vajon pozitív, netán negatív hatást gyakorol az állami részvétel az egészségi állapotra, avagy indifferens. Kétségtelen, hogy egymásnak ellentmondó eredményre jutottak a különböző kutatók is, amikor ezt a kérdést vizsgálták és kvantitatív mutatók alapján kísérelték meg az összefüggést igazolni. Végül amellet döntöttünk, hogy minél nagyobb arányban járul hozzá az állam a kiadásokhoz, annál magasabb pontszámot adunk, mert ugyan a magánszektor általában gazdaságilag hatékonyabb, de az egészségügyi szolgáltatásoknál ezt az összefüggést nem sikerült egyértelműen bizonyítani. Elég, ha csak az Egyesült Államokra gondolunk, ahol a világon a legmagasabb a GDP arányos egészségügyi kiadás (2001-ben 13,9%), de itt a legnagyobb a magánforrásokból finanszírozott részarány is.

30. Táblázat Egészségügyre fordított közkiadások, az összes egészségügyi kiadás %-ában (2000)

	Közkidás az összes eü-i kiadás %-ában	Pontszám
Izrael	75,9	8
Magyarország	75,7	8
Csehország	91,4	10
Hollandia	67,5	6
Németország	75,1	8
Egyesült Királyság	81	9
Egyesült Államok	44,3	1

Forrás: OECD, WHO

27. ábra Közkidás az összes egészségügyi kiadás százalékában



1.6.3.2. Politikai szabadság

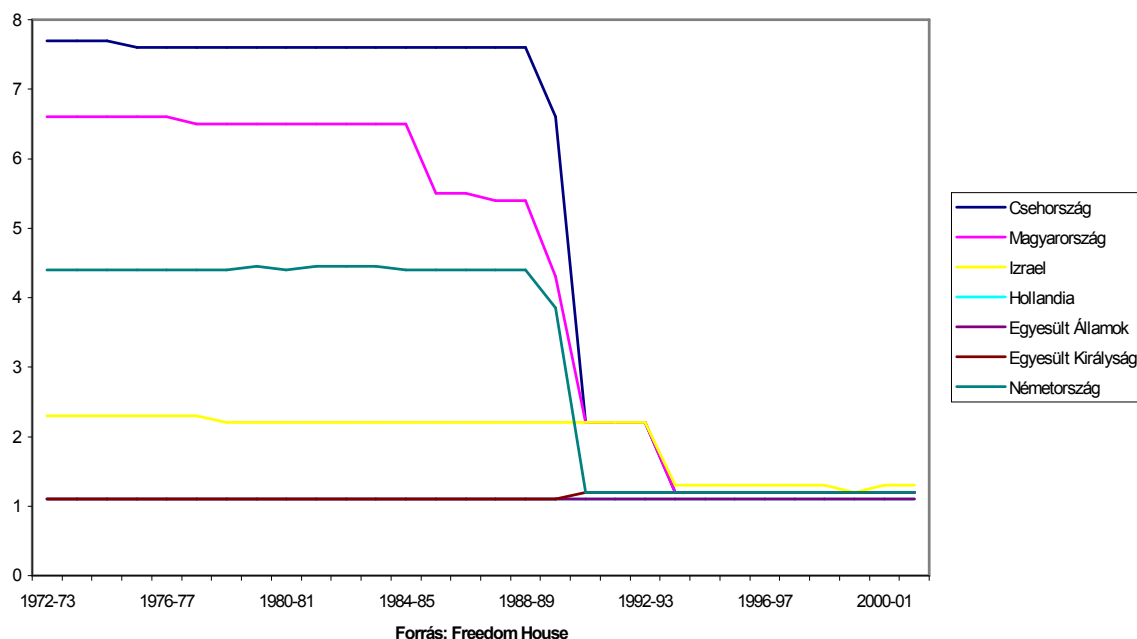
Úgy gondoljuk, erős hatással van egy ország politikai légköre, az, hogy elnyomás avagy demokrácia érvényesül, hogy a civil szerveződések milyen teret kapnak, a sajtószabadság és egyéb esetleges szabadságjogokat korlátozó tényezők állampolgárai egészségi állapotára. Itt elsősorban a mentális állapotra, a stressz-helyzetek gyakoriságára gondolunk.

Az állampolgári szabadság fokát a Freedom House által az elmúlt harminc évet felölelő pontozás alapján értékeltük. A Freedom House olyan mutatót képezett, mely a politikai jogokat, és a civil szabadságot ötvözi. Ezt egy 1 és 7 (helyenként ennél nagyobb) közötti skálán helyezi el. Ennek megfelelően, azok az országok, ahol a kombinált mutató 1 és 2,5 között van „szabad” országok, 3 és 5,5 közötti pontszám „részben szabad” országot jelent és végül 5,5 és 7 között, az adott ország „nem szabad” jelzõt kap.

Németország esetében, kicsit nehezebb helyzetünk volt, végül 1990-ig az NDK és az NSZK értékeit átlagoltuk, Csehországnál, pedig a két ország szétválasztásáig Csehszlovákia pontszámait tekintettük érvényesnek, később pedig a Cseh Köztársaságét.

A grafikonon szemléltetjük az egyes országok pontszámának harminc éves alakulását. Az általunk használt mutatót pedig oly módon nyertük, hogy átlagoltuk az 1972-2002 közötti intervallumba eső éves rátákat.

28. ábra Szabadságjogok, 1972-2002



31. Táblázat Szabadságjogok érvényesülésének értékelése az egyes országokban (1972-2002)

Év	Csehország	Magyar-ország	Izrael	Hollandia	Egyesült Államok	Német-ország	Egyesült Királyság
1972-73	7,7	6,6	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1973-74	7,7	6,6	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1974-75	7,7	6,6	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1975-76	7,6	6,6	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1976-77	7,6	6,6	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1977-78	7,6	6,5	2,3	1,1	1,1	4,4	1,1
1978-79	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1979-80	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,45	1,1
1980-81	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1981-82	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,45	1,1
1982-83	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,45	1,1
1983-84	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,45	1,1
1984-85	7,6	6,5	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1985-86	7,6	5,5	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1986-87	7,6	5,5	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1987-88	7,6	5,4	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1988-89	7,6	5,4	2,2	1,1	1,1	4,4	1,1
1989-90	6,6	4,3	2,2	1,1	1,1	3,85	1,1
1990-91	2,2	2,2	2,2	1,1	1,1	1,2	1,2
1991-92	2,2	2,2	2,2	1,1	1,1	1,2	1,2
1992-93	2,2	2,2	2,2	1,1	1,1	1,2	1,2
1993-94	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1994-95	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1995-96	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1996-97	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1997-98	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1998-99	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
1999-00	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2
2000-01	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
2001-02	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2

Forrás: Freedom House

Természetesen számos más jelenséget is figyelembe vehettünk volna, például a vallásszabadságot, de úgy gondoljuk, hogy a legösszefoglalóbb „demokrácia-mutató” a politikai és civil szabadságjogok foka.

32. Táblázat Politikai szabadságjogok (1972-2002)

	Politikai szabadság	Pontszám
Izrael	1,95	8
Magyarország	4,28	3
Csehország	5,25	1
Hollandia	1,1	10
Németország	3,11	6
Egyesült Királyság	1,14	9
Egyesült Államok	1,1	10

Forrás: Freedom House: Freedom in the World Country Rating 1972-73 to 2001-2002

November 2002

1.6.3.3. Egészségügyi kiadások

Több kutatás nem túl erős pozitív korrelációt talált az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága és az egészségi állapot között, akadtak azonban olyan eredmények is, amelyeknek nem sikerült ezt az összefüggést kimutatni. Ha rangsoroljuk az országokat az egy főre jutó egészségügyi kiadások szempontjából, akkor láthatjuk, hogy a gazdasági és történelmi tényezőknek milyen komoly jelentőségük van. Azokban az országokban, amelyek lemaradtak a gazdasági fejlődésben és később is csatlakoztak az EU-hoz (Portugália, Spanyolország, Görögország) viszonylag kevesebbet költenek, a gazdagabb országok többet, tehát Európában Svájc, Németország, Hollandia, Franciaország áll az élen. Ebben az értekezésben, a vizsgálandó determináns tényezők közé került az egy főre jutó kiadás (vásárlóerő paritáson), mert - ahogyan az korábban említésre került - az orvosi/biológiai technológia számottevő és gyors fejlődésen megy keresztül. Ez a változás az egyre költségesebb diagnosztikai és terápiás eljárások irányába tolja el a súlyt, ráadásul az extenzív gyógyszerkutatásoknak köszönhetően, egyre szélesedik azoknak a szereknek a köre, melyek egy adott betegség kezelésére alkalmasak. Ennek megfelelően az orvos (a beteg, vagy mindkettő) dönthet drágább készítmények felírásáról/megvásárlásáról.

Az egészségügyi ellátásra (beleértve a gyógyszereket) fordított kiadások alakulása is ezt támasztja alá. Különösen erőteljes volt a növekedés a '60-as években és a '70-es évek első felében. Az 1975 utáni időszakot némileg csökkenő növekedés jellemezte, majd a '90-es években a ráfordítások újra meglódultak. A 21.század elején jól láthatóan még mindig a legelmaradottabb országok a sereghajtók (Írország, Görögország, Spanyolország, Portugália), ámde a közismerten egészségre keveset költő angolok is a rangsor alján találhatók, míg a szociáldemokrata jóléti rezsimjükről ismert skandináv országok az élen járnak (kivéve Finnország), valamint szintén a rangsor elején vannak a németek, franciák és hollandok, akiknél hagyományosan fontos érték volt a szociális gondoskodás, szolidaritás.

33. Táblázat Egészségügyi kiadások alakulása néhány fejlett országban (1960-2001)

	Egy főre jutó egészségügyi kiadás USD (vásárlóerő paritáson)				Éves átlagos növekedési ráta	
	1960	1975	1991	2001	1960-1975	1975-1991
Ausztria	69	369	1448	2191	11,8	8,9
Belgium	55	303	1377	2490	12	9,9
Dánia	70	340	1150	2503	11,1	7,9
Egyesült Királyság	80	271	1035	1992	8,4	8,7
Finnország	57	305	1426	1841	11,8	10,1
Franciaország	75	386	1650	2561	11,5	9,5
Görögország	16	102	404	1511	13	9
Hollandia	74	410	1360	2626	12,1	7,8
Írország	37	229	840	1935	13	8,5
Luxemburg	-	326	1494	2719*	16,1	10
Németország	98	458	1659	2808	10,8	8,4
Norvégia	49	306	1305	2920	12,9	9,5
Olaszország	51	280	1408	2212	12	10,6
Portugália	-	166	624	1613	27,9	8,6
Spanyolország	14	187	848	1600	18,7	9,9
Svájc	96	512	1713	3322	11,8	7,8
Svédország	94	470	1443	2270	11,3	7,3

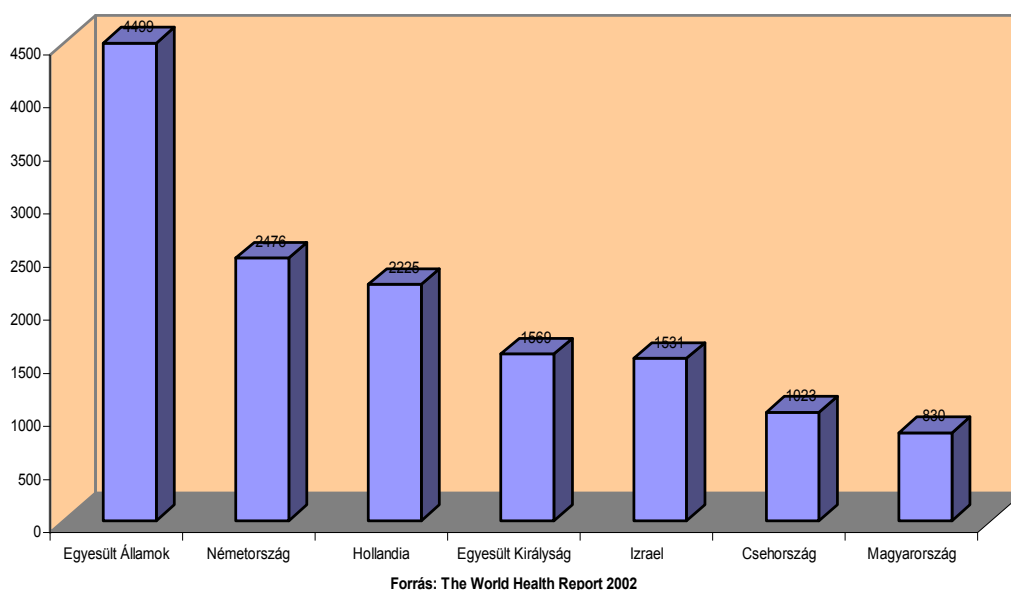
Forrás: OECD Health Data

*2000

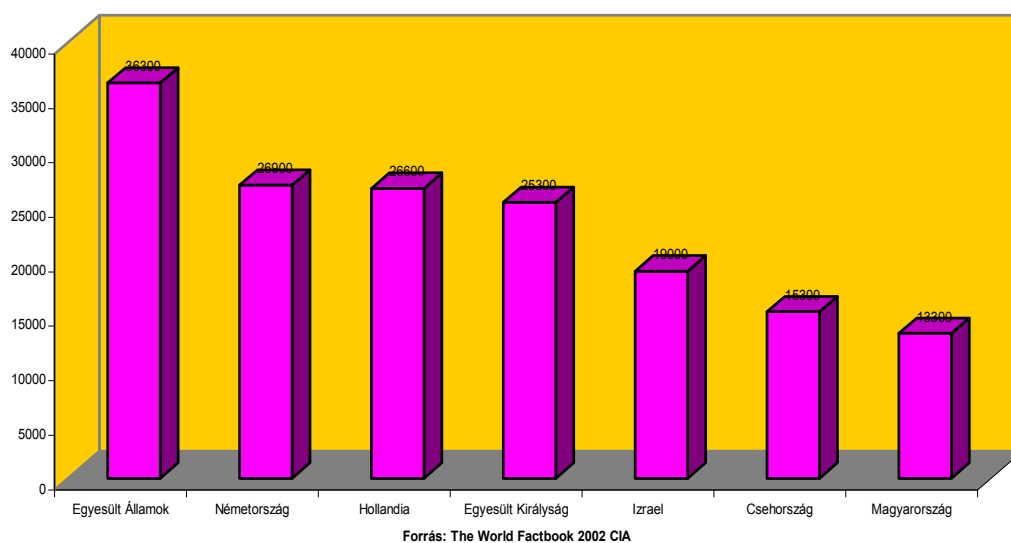
34. Táblázat Egy főre jutó GDP és egészségügyi kiadás (US\$ PPP), valamint a közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadás %-ában

	Eü-i kiadások US\$/fő/PPP (2000)	Közkidás aránya (2000)	GDP/fő US\$PPP (2002)
Izrael	1531	75,9	19000
Magyarország	830	75,7	13300
Csehország	1023	91,4	15300
Hollandia	2225	67,5	26900
Németország	2476	75,1	26600
Egyesült Királyság	1569	81	25300
Egyesült Államok	4499	44,3	36300

29. ábra Egészségügyi kiadások, 2000 (USD/fő/PPP)



30. ábra Egy főre jutó GDP USD PPP (2002)



A fenti két ábrából jól látszik, hogy minél magasabb egy országban az egy főre jutó GDP, annál többet fognak költeni állampolgárai egészségügyre. Ez persze, csak így, nominális értéken kifejezve igaz, ha az egészségügyi kiadásokat a GDP-hez viszonyítjuk, akkor nem ilyen szoros a korreláció. Az utolsó előtti oszlopban látható, hogy az állam ténylegesen hány dollárt költött (vásárlóerő paritáson számolva) egy állampolgárának egészségügyi ellátására. Hasonlítsuk össze ezt az adatot, hogy jobban lássuk az esetleges összefüggéseket! Vajon politikai döntéssel lehet-e olyan segítséget nyújtani az egészségügyi rendszernek, mellyel

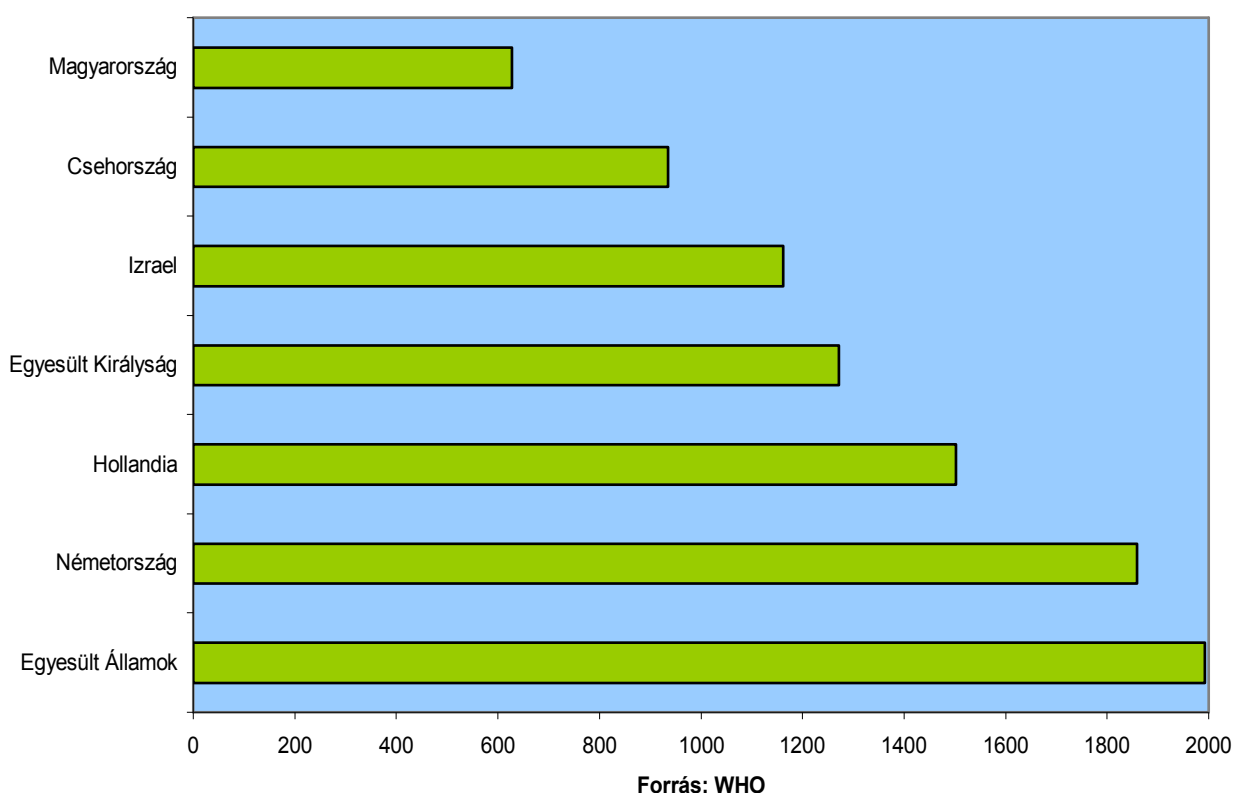
javulás érhető el az egészségi állapotot tekintve? A politikai megfontolások nagyon is jelentős szerepet játszanak. Azok az országok – a fejlettségüktől, azaz az egy főre jutó GDP szintjüktől függetlenül – ahol a szociális problémák tradicionálisan mindig is előtérben voltak (Hollandia, Svédország, Ausztria) – most is a rangsor élén állnak az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében.

35. Táblázat Egy főre jutó egészségügyi közkiadás (2000)

	US\$ (PPP)
Izrael	1162
Magyarország	628
Csehország	935
Hollandia	1502
Németország	1859
Egyesült Királyság	1271
Egyesült Államok	1993

Forrás: WHO

31. ábra Egészségügyi közkiadás USD/fő PPP (2000)



Láthatjuk, hogy míg az Egyesült Államok a legalacsonyabb, kevesebb, mint 45%-os arányban járul hozzá központilag az egészségügyi kiadásokhoz, ha dollárban számítva, egy főre nézzük, még mindig az amerikaiak kapják a legtöbb pénzt kormányuktól, (vásárlóerő

paritáson számítva) kicsivel kevesebbet, mint 2000 dollárt, miközben egy magyar ennek kevesebb, mint harmadával kell, hogy beérje. A béreket leszámítva azonban a gyógyszerek ára némileg eltérő, míg a diagnosztikai berendezések, gyógykezelésre szolgáló gépek mind-ugyanannyiba kerülnek a világpiacon, akár kelet-európai, akár nyugati ország vásárolja őket.

A pontszámokat a vásárlóerő-paritáson számolt egy főre jutó egészségügyi kiadások alapján állapítottuk meg és az alábbiakat kaptuk:

36. Táblázat Egészségügyi kiadás pontszáma

Izrael	4
Magyarország	1
Csehország	2
Hollandia	6
Németország	7
Egyesült Királyság	4
Egyesült Államok	10

1.6.4. Demográfiai tényező

A 65 évesnél idősebb népesség aránya került pontozásra, mert elterjedt nézet szerint, az idősek egészségügyi ellátása többbe kerül. Az idősödő társadalom problémájáról, már igen sokat írtunk az értekezés elején, most csak azokat a legfontosabb megállapításokat ismételjük meg, melyek kiemelt jelentőséggel bírnak elemzésünk szempontjából. A népesség elöregedésével, egyre nagyobb lesz az inaktívak hányada és egyre zsugorodó aktív rétegnek, kell majd eltartania egyre több idős embert (és gyereket, rokkantakat, munkanélkülieket stb.). A nyugdíjasok megszűnnek járulékfizetők lenni, ellenben egészségügyi ellátásuk többbe kerül, mint a fiataloké. Így azután kettős nyomás nehezedik az egészségügyre, részben kevesebb járulékfizető, kisebb összegű befizetéseiből kell gazdálkodnia, részben, pedig mind több idős embert kell megfelelő ellátásban részesíteni, ráadásul drágább eljárások, gyógyszerek, gyógy módok felhasználásával. Ráadásul az öregedő társadalom felől egyre nagyobb nyomás nehezedik az egészségügy finanszírozására, főként az állami részvétel tekintetében. Az OECD legújabb adatai szerint a tagországokban az összes közkiadás átlagosan 12,1%-át az egészségügyi közkiadások teszik ki. Az átlag azonban nagy különbségeket takar a nyújtott egészségügyi szolgáltatások mennyiségének és összetételének vonatkozásában egyaránt.

Azt, hogy az idősek ellátása többbe kerül, a kutatók egy részének nem sikerült bizonyítani, például Barros, Getzen, Zweifel és Ferrari sem tudta kimutatni. [215-217] Barros 24 OECD

országban 1960-1990 közötti időszakra vizsgálta az egészségügyi kiadások növekedésének tényezőit, és azt találta, hogy az előregedés statisztikailag nem szignifikáns determináns.

Ugyanakkor vannak, akiknek sikerült bizonyítaniuk ezt az összefüggést, többek között O'Connell, Kornai és McHhale, Cutler és Meara is erre a megállapításra jutottak. [218, 22, 219] O'Connell, attól függően, hogy milyen modellt használt vegyes eredményt kapott, logaritmikus függvény alkalmazása esetén a vizsgált 21 OECD tag országból hétnél pozitív és szignifikáns eltérést tapasztalt, miközben 8 országban negatív, hatban, pedig statisztikailag nem szignifikáns összefüggésre bukkant. Kornai és McHhale tanulmányukban az átlagoshoz képest 1,75-ös szorzót számítottak a hatvanöt évnél idősebbek egészségügyi ellátási költségei tekintetében, Cutler és Meara pedig az 1963 – 1997-es időszakot vizsgálva azt találta, hogy Amerikában az egy főre eső egészségügyi ellátási költség a gyerekek és az idősek csoportjában nőtt a leggyorsabban. Chernichovsky és Markowitz arra a következtetésre jutott, hogy a kínálat vezérelt, állami egészségügyi rendszerekben mindenképpen nőnek az egészségügyi kiadások, de a társadalom által meghatározott életkor-specifikus költségigényeknek megfelelően. [220] (Ez összecseng az ún. érdekcsoport – politika elméletek idevágó megállapításaival, amelyeket részletesen ismertet Pampel és Williamson. [221]) Ugyanakkor, a keresleti oldalról meghatározott (tehát piaci) egészségügyi rendszerekben az egyes korcsoportok szükségleteiknek megfelelő keresletet támasztanak csak és nem egy másik csoport rovására történik az újraelosztás.

Jól szemlélteti az életkortól függően, igen eltérő forrásigényeket, az izraeli capitation coefficients (fejkvóta koefficiensek), azaz az egyes korcsoportokhoz rendelt egy főre jutó egészségügyi finanszírozás mértéke. Ebben például az 5-44 éves korosztály koefficiense (fejkvóta szorzója) 0,65, a 35-44 éveseké 1, az 55-64 éveseké már 2,51 és a 65-75 éves korosztályé 3,92. A 75 év felettiak már közel ötszörösét kapják a fiatal felnőttek (35-44 év) kvótájának.

37. Táblázat 65 év feletti népesség aránya (2000)

	Az egész népesség %-ában	Pontszám
Izrael	9,9	10
Magyarország	14,6	3
Csehország	13,8	5
Hollandia	13,7	5
Németország	16,4	1
Egyesült Királyság	15,8	2
Egyesült Államok	12,3	7

Forrás: OECD Health Data 2002, WHO

1.7. Cél- és determinánsváltozók egybevetése, hatékonysági sorrend

Összefoglalva a cél- és determinánsváltozókat, az alábbi táblázatokat kapjuk.

	Csehország	Németország	Nagy-Britannia	Izrael	USA	Hollandia	Magyarország
1. Születéskor várható élettartam	3	8	6	10	5	9	1
2. Várható egészséges élettartam	6	10	9	9	7	9	1
3. Daganatos halálozási ráta							
Férfiak	2	6	7	10	7	5	1
Nők	5	10	7	10	9	8	1
3. Szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás	2	5	7	10	8	9	1
PONTSZÁMOK ÖSSZESEN	18	39	36	49	36	40	5
ÁTLAGOS ÉRTÉK	3,6	7,8	7,2	9,8	7,2	8	1
1. Természeti							
Domborzati viszonyok	3	5	9	6	8	6	2
Levegőszennyezettség	4	7	6	6	1	5	10
Vízszennyezettség	8	10	2	2	4	1	1
2. Társadalmi	Csehország	Németország	Nagy-Britannia	Izrael	USA	Hollandia	Magyarország
Testmozgás (életmód/1)	9	7	5	3	8	9	1
Táplálkozás (életmód/2)	4	6	5	8	6	5	3
Vallás	1	2	5	10	9	5	5
Káros szenvedélyek	6	2	5	8	8	4	2
3. Politikai-gazdasági tényezők							
Egészségügyi közkiadások	10	7	9	5	1	6	8
Politikai szabadságjogok	1	6	9	8	10	10	3
Egy főre jutó egészségügyi kiadások	2	7	4	4	10	6	1
4. Demográfiai tényező							
65 évnél idősebbek aránya	5	1	2	10	7	5	3
PONTSZÁMOK ÖSSZESEN	53	60	61	70	72	62	39
ÁTLAGOS ÉRTÉK	4,8	5,5	5,6	6,4	6,6	5,6	3,5
Hatékonyság = CÉL/DETERMINÁNS	0,75	1,42	1,29	1,53	1,09	1,43	0,28

A vizsgált hét ország tekintetében arra az eredményre jutottunk, hogy a leghatékonyabb egészségügyi rendszer, az izraeli, melyet a holland és a német követ a sorban. A mezőny közepén helyezkedik el a brit, jóval kevésbé hatékony az amerikai és a két leginkább hatékonytalan rendszer a cseh és a magyar.

Így, elmondhatjuk, hogy az egészségügyi rendszerek működtetésénél a hatékonyságot nem a piaci mechanizmusok kiterjedtsége (USA), és nem is a szinte tisztán állami tulajdon és finanszírozás (Csehország, Magyarország) adják. Az elemzés alapján úgy tűnik, hogy a kölcsönösségen alapuló, nagyrészt állami, de magánpénztárak bevonásával működtetett,

több- biztosítós rendszerek azok, amelyek képesek a determinánsok milyenségéhez képest a legjobb egészségi állapot mutatókat elérni, azaz ezek a leghatékonyabbak. Rendkívül rossz hatékonysággal bírnak a volt szocialista országok egészségügyi rendszerei. Bár Csehországban a „német modell” alapú több- biztosítós rendszer működik, művi jellege gátolja a hatékonyságot. Nem sokkal előzi meg az olyan szinte tisztán piaci szisztéma, mint az amerikai. A brit egészségügy, nagyrészt állami finanszírozással, sok közintézménnyel, szolgáltatóval, viszont piaci alapon létrejött szerződésekkel működik (fundholding rendszer). Kornai koordinációs mechanizmusokra vonatkozó tipizálását felhasználva azt mondhatjuk, hogy a piaci és bürokratikus rossz, miközben az etikai koordináció jó az egészségügy területén. [222] Polányi csoportosításában ez úgy néz ki, hogy a reciprocitás hatékony, a redistribúció és a piaci csere ellenben nem az (természetesen ez csak az egészségügyi rendszerre vonatkozik). [223]

A táblázat azt mutatja, hogy a kapcsolat nem igazán erős a determináns és a célállapot között. Jól látszik, hogy, ha egy országban a természeti feltételek kedvezőtlenek, akkor azt vagy erős propaganda tevékenységgel, azaz egészségügyi agitációval (mozogjanak sokat, ne egyenek egészségtelen ételeket, ne dohányozzanak, ne igyanak, stb.) és/vagy növelt állami egészségügyi kiadásokkal, és/vagy az egészségügyi rendszer versenyintenzitásának növelésével lehet helyreállítani. Azonban, az egészségügyi rendszerek jelenlegi intézményi elrendeződése, nagymértékben múltbeli történetük függvénye. Így azután, a történelmi kialakulás és az annak megváltoztatásra irányuló törekvések (mivel a versenyintenzitás növelése tűnik a legkönnyebben járható útnak) szempontjából kerülnek az országok elemzésre a 2. fejezetben. Végül a 3. fejezetben megvizsgáljuk, hogy az igen rossz magyar egészségi helyzeten miként lehetne javítani a leírt egészségi intézményi megoldások ötvözésével, hazai viszonyokra történő adaptációjával.

2. Az egyes országok egészségügyi rendszereinek története

Ebben a részben bemutatásra kerül az első fejezetben vizsgált hét ország közül hat egészségügyi rendszerének története. (A magyar rendszertörténettel ezúttal nem foglalkozunk külön). Természetesen nem sikerült hiánytalanul feltárni minden aspektusát és mozzanatát, de törekedtünk a fontosabb momentumokat kiemelésére, így kísérletet tettünk arra, hogy feltárjuk az egyes országok által leírt fejlődési utat, elsősorban az intézményrendszer történetére koncentrálva.

Minthogy az egészségügyi rendszerek leírásakor rendszerint a rendszerek struktúrája kerül leírásra, azaz az intézményi környezet, mi is megkíséreltük ezt bemutatni, nevezetesen az egészségügyi intézmények tulajdonviszonyait, az irányítási rendszert, a finanszírozási csatornákat, a finanszírozási technikákat, az ármeghatározás jellemző mechanizmusait, végül a betegek és az orvosok (szolgáltatók) helyzetét.

Az általunk megvizsgált hat ország egy-egy összefoglaló jellemzővel leírva, az alábbi egészségügyi rendszertípusba tartozik.

Csehország: paternalista, szocialista állami gyökerű, szinte tisztán állami rendszer, mesterségesen létrehozott és ezért természetellenesen működő pénztárakkal.

Hollandia: univerzális, állami lefedettség, viszonylag erőteljes magánbiztosítással, (adott jövedelemküszöb fölöttieknek kötelező magánbiztosítást kötni és nem vehetnek részt az állami társadalombiztosításban), gyakori a kiegészítő biztosítás.

Izrael: több-biztosítós modell versenyelemekkel, jelentős állami részvétel mellett.

Németország: konzervatív, univerzális lefedettség, szakmai szegmentáció, több biztosítós állami irányítású rendszer.

Nagy-Britannia: szinte tisztán állami tulajdon, de szimulált belső piaccal, versennyel, jórészt magántulajdonú szolgáltatókkal.

USA: majdnem kizárólag magánbiztosításon alapuló, zömében managed care (irányított betegellátás) formájú rendszer, nagyon korlátozott állami részvétellel.

2.1. Izrael

Izrael nem európai, nem észak-amerikai, de nem is igazán ázsiai ország. Gyakran sorolják az európai térséghez tartozók közé, sokszor a Közel-kelet részének tekintik, de abban a tekintetben nem térnek el az álláspontok, hogy fejlett ország. Izrael egyedülálló utat tett meg az állammá alakulás szempontjából és ez tükröződik egészségügyi rendszerének kialakulásában is. Történetének megírása után úgy tűnik, igazolódik a hipotézis, miszerint a szocio-kulturális gyökerek, a világpolitikai viszonyok, a domborzati viszonyok, a vallási szokások, és számos egyéb tényező rányomja bélyegét az adott ország egészségügyi rendszerének felépítésére, hatékonyságára.

„Minden izraelita felelős a másikért”. [1] Ezzel a babilóniai Talmud idézettel kezdi az ország egészségügyi rendszerének bemutatását az izraeli külügyminisztérium, hiszen máig ez jellemzi az ország egészségügyi rendszerét. Megalapítása idején, az izraeli egészségügyi rendszer a szervezett szociális ellátásból nőtt ki, és létrehozása abból a társadalmi konszenzusból fakadt, hogy a társadalom felelős tagjai egészségéért. Az állam kezdetektől aktív szerepet vállalt az egészségügyi ellátási hálózat megteremtésében és finanszírozásában. A rendszer legfontosabb alapelve, amely kezdettől tükröződik az izraeli egészségügyi rendszer struktúrájában, működésének mikéntjében: az erőteljes állami szerepvállalás ötvözése az önkéntes betegbiztosítási alapok - kölcsönösségen és egymás iránti felelősségérzeten nyugvó – rendszerével.

Amikor Palesztina, a 16. századtól 1917-ig az Ottomán birodalom része volt, a közegészségügy mindössze karanténok működtetésére, és az orvosi praxisengedélyek kiadására terjedt ki. A 17. században zsidó önkéntesek és európai zsidó közösségek orvosokat és gyógyszereket küldtek, elsősorban azért, hogy a keresztény misszionáriusoktól megvédjék a zsidó telepéseket. Addigra ugyanis ezek a keresztény misszionáriusok már kórházakat alapítottak és a helyieket ellátták. A 19. században Izrael földje nagyjából elhagyatott területeket ölelt fel, a török birodalom széle volt, malária-, vérhas- és tífuszjárvány győtorzte. Ezekben az időkben európai zsidó közösségek alapítottak néhány klinikát a régi Jeruzsálem zsidó betegeinek gyógyítására és fedezték az egészségügyi ellátás költségeit azok számára, akik ezt nem engedhették meg maguknak. Ezek a klinikák alakultak át később kórházakká, 1843-ban a Bihur Holim, 1888-ban a Misgav Ladach és 1902-ben a Shaare Zedek, kettő közülük még ma is fogadja a betegeket. Az első zsidó kórházat 1854-ben

alapították Jeruzsálemben. Ez volt a Rothschild Hospital. Később vidéken is több kórházat emeltek a környéken élő földművesek (telepesek) gyógyítására. [2]

A 20. század elején, amikor a telepesek elhagyták, részben mocsaras, részben kiszáradt földet találtak Palesztinában, nekiláttak az ország felépítésének. Tudták, hogy ahhoz, hogy magukon segítsenek, a többieket kell segíteni. 1911-ben, mintegy 150 bevándorló mezőgazdasági munkás összefogott, hogy egy kölcsönös segítségnyújtáson alapuló, egészségügyi ellátásról gondoskodó társaságot hozzon létre Jaffában. Elhatározták, hogy jövedelmük egy részét félreteszik, a betegek ellátási költségeinek finanszírozása céljából. Így kelt életre a Kupat Holim Clalit (Általános Betegbiztosítási Alap), amely még ma is Izrael legnagyobb betegbiztosítási alapja. 1911 és 1913 között alakította meg a Hebrew Medical Association (Héber Orvosi Kamara) elnevezésű társaságot tizenkét tel-avivi orvos. Ezzel egyidőben, 1913-ban a Hadassah nevű amerikai, női cionista szervezet két nőért küldött Jeruzsálembe, ők alapították meg a Hadassah Medical Center-t, orvos-, gyógyszerész- és nővérképző intézményekkel és két – ma már modern, nagy – kórházzal. A Hadassah építette ki az első közösségi védőnői szolgálatot Jeruzsálemben.

A mai egészségügyi rendszer alapjait, a 20. század első felében, a zsidó állam megalapítása előtti időkben közösen rakták le zsidó közösségek és az angol - mandátum alapján kormányzó – hatóságok.

1920-ban, a britek létrehozta egy kormányzati egészségügyi szolgálatot. Az ún. Sanitation Department (Köztisztasági Hivatal) felügyelte az ivóvíz minőségét, kötelezővé tette a himlő, a tífusz és a kolera elleni védőoltást, szemészeti klinikákat állított fel és malária elleni kampányt folytatott. A kormányzat erőfeszítéseit elsősorban az arabok lakta városokra koncentrált, hiszen a palesztinai zsidó közösségek addigra már kiépítettek maguknak egy jól működő egészségügyi intézményrendszert.

1920-ban, a Clalitot, az abban az évben megalakult munkás szakszervezeti tömörülés, a Histadrut vette át. A Histadrutot, palesztinai zsidók alapították, egyesítve két korábbi kisebb szervezetet. [3] Az alapító a Cionista Munkapárt volt. A legnagyobb szakszervezetet azóta is, hagyományosan a Munkapárt irányítja. Az első évben még mindössze 4400 tagot számlált, majd 1922-ben 8394-re nőtt a taglétszám, (ez, az akkor Izraelben dolgozó munkások több, mint 50%-át jelentette) 1927-re pedig belépett az összes zsidó és arab munkás 75%-a, azaz közel 25 ezer fő. [4] 1983-ban az összlakosság harmada, a bérből élők 85%-a, (összesen több mint 1,6 millió fő) tagja volt már a legnagyobb érdekképviselői tömörülésnek. A Histadrut 1921-től kezdve ipari, építőipari és közszolgáltatási vállalatokat alapított, jelenleg az ország

legnagyobb ipari konglomerátumait tulajdonolja és irányítja, tulajdonában van Izrael második legnagyobb bankja, és a legkiterjedtebb egészségügyi biztosítási rendszert működteti, kórházi szolgáltatásokat és elsődleges ellátást nyújt. Óriási befolyással bír a kormány bérpolitikájára és munkaügyi törvénykezésére nézvést is.

A Clalit tíz évvel ezt követően, 1930-ban alapította Afulában az első kórházát Galilea lakosságának egészségügyi ellátására, ez volt a Hu' Emek Kórház. A Tel Aviv közelében lévő óriási egészségügyi centrumot, a Beilison Campust 1933-ban építették fel. Ez a központ mind az orvosi kutatásokban, mint a gyógyításban úttörő szerepet játszott Izraelben. [5]

Az egészségügyi rendszer kezdetben voltaképpen állami és privát szolgáltatók kombinációja volt. Részt vettek benne a kormányzó hatóság, a keresztény misszionáriusok, a zsidó és arab önkormányzatok, a Hadassah szervezet és a megbiztosítási alapok egyaránt. A Clalit mellett időközben (az 1930-as években) három kisebb kölcsönös megbiztosítási alap is megkezdte működését, a Maccabi, a Leumit és a Meuhedet. Az orvosok alkalmazottként dolgoztak, a betegek számára, pedig önkéntes volt a belépés a megbiztosítási alapokba. Az alapok maguk szedték be a - tetszőleges mértékű - megbiztosítási díjat tagjaiktól és cserébe, abból gazdálkodva - szintén belátásuk szerint - megbiztosítási fedezetet, valamint egészségügyi ellátást kínáltak. Egyedül a legnagyobb Clalitnak volt – és van jelenleg is – saját kórházhálózata de egy hatósági rendelkezés értelmében a többi megbiztosítási alaphoz tartozó betegeknek is nyújtania kellett fekvőbeteg ellátást (kórházi kezeléseket). A kormányzó hatóság kezdettől fogva tervezte, felügyelte és engedélyezte az egészségügyi szolgáltatásokat, mindamellet közvetlenül maga is nyújtott szolgáltatásokat, elsősorban olyanokat, amelyeket az alapok egyáltalán nem, vagy csak nem kielégítően tudtak nyújtani (például mentálhigiénés kezelése, krónikus betegek fekvőbeteg-ellátása). Kiépítettek továbbá egy hatósági kórházhálózatot, melynek tulajdonosa később az Egészségügyi Minisztérium lett. Kiemelt szereplője volt az egészségügyi ellátó rendszernek a már említett Hadassah Medical Organization (Hadassah Orvosi Szervezet), amely 1922-ben megalapította a jeruzsálemi Hadassah kórházat, később több másik városban is épített és működtetett kórházakat, elsősorban gyermekek ellátására (1927-ben 17, 1946-ban, pedig már 90 gyermekklinikájuk fogadta a kicsiket).

1948. május 14-én, Izrael állam megalakulásakor, már fejlett, jól kiépített egészségügyi infrastruktúra működött az országban, általánosak voltak a védőoltások is. Az állami felelősség az egészségügyi ellátásért még kiterjedtebbé vált azáltal, hogy a kormányzat:

-az angol hatóságoktól örökölt egészségügyi intézményeket kezelésébe vette;

- új kórházakat épített és működtetett;
- Egészségügyi Minisztériumot hozott létre a korábbi angol megszálló hatóság egészségügyi részlege helyett;
- -regionális egészségügyi hivatalokat, valamint egy epidemiológiai központot állított fel;
- -anya- és csecsemőgondozó hálózatot épített ki. [6]

Ezzel egy időben a Kupat Holim Clalit is kibővítette kórházi- és klinikai hálózatát. Egy 1948. októberi kormányhatározat nyomán - amely a kórházi kezelési költségek megosztásáról rendelkezett – a Clalit költségvetését 20%-kal megemelték.

1948 végén a zsidó lakosság mindössze 53%-a rendelkezett egészségügyi biztosítással, többségük – mintegy 80% - a Clalitnál, 20%, pedig a kisebb betegbiztosítási alapoknál. [7]

Az állam megalapítását követő két esztendőben Izrael népessége megduplázódott. Óriási súlyként nehezedett az egészségügyi ellátórendszerre az a több százezres menekült tömeg, amely a háború végével Európából, illetve néhány arab államból érkezett. Egy évtizeden belül a népesség száma elérte a 2,1 millió főt, a biztosítottak aránya, pedig megközelítette a 90%-ot. Nagy erőfeszítéseket igényelt az ellátás biztosítása, az orvosképzés és a megelőzés megszervezése. Mind az Egészségügyi Minisztérium, mind a Clalit erőteljesen növelte egészségügyi ellátó kapacitásait, hogy a drámaian növekvő kereslethez igazodni tudjon. 1953-ra – amikor a Clalitnak már négy kórháza és több száz klinikája működött – a katonai kórházakat is a Minisztérium alá rendelték, így vált az izraeli Egészségügyi Minisztérium a legnagyobb kórházi szolgáltatóvá. Természetesen a többi kisebb betegbiztosítási alap kísérletet tett a Clalit lépéseinek követésére és versenybe szálltak újabb klinikák megnyitásával. Az alapok, hogy ezt finanszírozni tudják, ismét a kormányzathoz fordultak, megemelt pénzügyi segítséget kérve. [6]

A szociális problémák kezelésére, az 1953-as évben megalapították a Nemzeti Biztosítási Intézetet (National Insurance Institute of Israel). Az NII vált a társadalombiztosítás fő szervezetévé, ám eleinte nem vett részt az egészségügyi biztosításban. Feladatai között az idősök, özvegyek, részben- vagy egészben munkaképtelenek és a sérültek jövedelmének kiegészítése; az átmenetileg munkaképtelenek támogatása; az alacsony jövedelmű kisgyermekes családok segítése; valamint rehabilitációs programok szervezése és finanszírozása szerepelt tartós ápolásra szoruló idősök, túlélők és sérültek számára. [8]

Az NII egészségügyi biztosításban való részvételére csak az 1995-ös reformot követően került sor, amikor az egészségügyi hozzájárulások beszedése és reallokációja az egyes betegbiztosítási alapok között, a kormányzat kezéből az Intézet feladatkörébe került át.

Az 1970-es éveket új közkórházak építése és a költségek rohamos növekedése jellemezte. Az évtized végére Izraelnek a nyugati államokhoz hasonló problémákkal kellett szembenéznie. Később csak növekedtek a gondok. Az 1980-as években megszorítások követték egymást és kísérletet tettek a magánszektor növelésére. 1987-ben megkezdődött egy privatizációs folyamat, melynek keretében, az állami kórházak számára lehetővé tették olyan szolgáltatások profitra történő árusítását, amelyek nem képezték részét az „alapkosárnak”. Egyre kiterjedtebbé vált a for-profit ambuláns ellátás is, és az Egészségügyi Minisztérium differenciált finanszírozást vezetett be bizonyos ellátásokra. Ennek eredményeképpen néhány igen drága beavatkozás (mint például a by-pass műtét) száma ugrásszerűen megnőtt. Közben folyamatosan emelkedett az életszínvonal és ezzel párhuzamosan az egészségügyi ellátás iránti kereslet is. A privatizációs folyamat eredménye az lett, hogy együtt, egy épületben létezett állami non-profit és magán for-profit szolgáltatás és ez arra ösztönözte a kórházakat, hogy néhány közszolgáltatást magánszolgáltatássá alakítsanak át. Közellátást nyújtó intézmények olyan új és költséges eljárásokat alkalmaztak, melyeknek hatékonysága még nem volt ismert, de legalábbis megkérdőjelezhető volt. [9] Az 1990-es évek elejére, tarthatatlanná vált a helyzet. A megoldásra váró hét problémakör az alábbi volt:

- ✓ népesség előregedése,
- ✓ költségek emelkedése,
- ✓ nem teljes lefedettség,
- ✓ elégedetlenség az ellátási rendszer tekintetében,
- ✓ alapok közötti szabad választás hiánya,
- ✓ alapok tagösszetételének különbségei,
- ✓ nagymértékű deficit, elsősorban a Clalitnál.

Tekintsük végig, részletesen a hét problémát!

1.) A népesség előregedésével együtt járt az időskorúak és krónikus betegek gondozása iránti növekvő kereslet. Az egy főre jutó kiadások növekedése részben a népesség előregedésének tudható be. Izrael lakossága ma fiatal a többi fejlett állammal összehasonlítva, ugyanakkor az előregedés az elmúlt 30 évben különösen gyors volt. A 65 évnél idősebbek aránya az 1955-ös 4,8%-ról az 1980-as évek végére 9% fölé emelkedett. Rosen és Shamai szerint ennek a népességcsoportnak az egészségügyi ellátási költsége legalább háromszorosa az átlagnak.

[10] Ráadásul az időskorúak között a 75 évnél idősebbek részaránya az 1950-es 30%-ról, 40%-ra nőtt a nyolcvanas évek végére.

2.) A hetvenes, nyolcvanas években ugrásszerűen fejlődött az orvosi technológia, új keresletet teremtve a modern diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása iránt. Ezeknek az igényeknek a kielégítése részben számottevő beruházásokat követelt, (az új, korszerű gépeket, berendezéseket meg kellett vásárolni), részben, pedig széles körű szakmai tapasztalatok megszerzését kívánta meg. A költségek és a hiány folyamatosan növekedtek. Addig sosem látott mértékben szétnyílt az „olló” a rendelkezésre álló források és az egészségügyi ellátási rendszer költségei között. A hatvanas évek elején mért 5,5%-os GDP arányos egészségügyi kiadások a nyolcvanas évek végére 7,8%-ra nőttek, majd a kilencvenes évek elején elérték a 8,5%-ot. [7] Nehéz pontos becslést adni, milyen mértékű volt a technológiai fejlődés, és így milyen költségnövekedési vonzata volt, ugyanakkor az alkalmazott új eljárások kétségkívül jelentősen hozzájárultak az ellátás színvonalának emelkedéséhez. Nőtt az állami támogatások és hozzájárulások mértéke a modern technológia bevezetéséhez és ez is költségemelkedést indukált. Nemcsak hogy magas szintű volt az egészségügyi ellátás, de relatíve sok orvos is volt (ezer lakosra 3 orvos jutott), és az ország, 1994-re, bruttó nemzeti jövedelmének már közel 9%-át költötte el egészségügyre. [11]

3.) 1995-re, majdnem teljes lefedettséget sikerült elérni, a lakosság 95–96%-a rendelkezett valamilyen egészségügyi biztosítással, ugyanakkor mintegy 200 ezer izraeli – rendkívül egyenlőtlen eloszlásban – még mindig egészségügyi biztosítás nélkül maradt. (A 15–34 év közöttiek 8%-a, az ország északi területein élők 10%-a, és az arabnyelvű népesség 12%-a.) [10, 12]

4.) Nagy volt az egészségügyi rendszerrel szembeni elégedetlenség, hiszen nagy számban voltak olyanok, akik nem kaptak megfelelő ellátást saját betegbiztosítási alapjuktól, holott rendszeresen fizették a biztosítási díjat. Így azután sokat lehetett hallani és olvasni például azokról, akik drága egészségügyi szolgáltatásokat vásároltak saját pénzükön, vagy szervátültetésre várók kértek adományokat. Gyakran előfordult, hogy külföldi gyógykezeléseket nem finanszíroztak. Nem volt egyértelműen meghatározva az, hogy milyen szolgáltatásokra jogosultak az egyes alapok tagjai. A nyolcvanas évek végére oly nagymértékűvé vált az elégedetlenség, hogy az orvosok és egyéb egészségügyi alkalmazotti csoportok is egyre gyakrabban léptek sztrájkba. [10]

5.) Hiányzott a szabad átjárás a négy alap között, az alapok némelyike visszautasította az idős, beteg és szegény jelentkezőket. Az ország szegényebb területein, például csak a Kupat Holim Clalit volt elérhető. A három kisebb alap átcsabította a vagyonosabb és fiatalabb biztosítottakat, néha, még a tisztességtelen eszközöktől sem riadva vissza.

6.) Az egyes alapoknál nagyon eltérő volt a biztosítottak életkor, vagyoni helyzet, és egészségi állapot szerinti összetétele. Az évek során, a kisebb alapok kihasították a fiatalokat és a tehetősebbeket (lefölözték a piacot) és ennek megfelelően, jobb minőségű szolgáltatásokat tudtak nyújtani tagjaiknak, miközben a Clalitnál maradtak az idősek, a szegények és a betegek. 1994 végén a Clalit tagjainak közel 12%-a 65 évnél idősebb volt, a Maccabbinál 6%, a Meuhedetnél pedig, mindössze 5% volt ez az arány. A Clalitnál a krónikus betegek, valamint az alacsony jövedelműek aránya is magasabb volt, mint a többi betegbiztosítási alapnál. A krónikus betegségben szenvedők (életkorral kiigazított) aránya a Clalitnál 14%-ot mutatott 1993-ban, ugyanakkor, amikor a Meuhedet tagoknál csak 10%-ot.

[10]

7.) A legnagyobb alap, a Clalit pénzügyi hiánya egyre nőtt, és 1994-ben, már meghaladta az 500 millió dollárt. Az eredetileg egyedüli biztosító, ekkorra már csak a biztosítottak 64%-át tudhatta magáénak, miközben 1980-ban még 80%, 1991-ben, pedig 72% volt a részaránya.

[13]

1980-tól kezdődően, a Clalit növekvő versenynek volt kitéve a másik három alap részéről. 1984-ben egy belső bizottság szervezeti reorganizációt és decentralizációt javasolt. 1990 és 1993 között vezették be a programot 9 városi klinikán, melyek a Clalit páciensek több mint ¼-ét szolgálták ki. Cél a költségek csökkentése, magasabb színvonalú klinikai szolgáltatás, páciensek nagyobb megelégedettsége, személyzet jobb motiválása, kezdeményező-képességének és felelősségének növelése volt. Ehhez a következő eszközöket használták: a döntéshozatalt regionális szintről, klinikavezetési szintre testálták át, fix költségvetést utaltak ki az egyes klinikáknak, számítógépesítették az információs rendszert, amely a kiadásokat követte nyomon, és pénzügyi ösztönzőket építettek be, például úgy, hogy a klinikák megtakarításainak egy részét visszautalták, hogy saját hatáskörben dönthessenek a felhasználásáról. **[14]** A Clalit ügyvezető igazgatója, 1994 elején lemondott posztjáról, mert – elmondása szerint – nem tudta biztosítani az alap működéséhez szükséges pénzt. **[15]** A

tetes deficit kialakulásának három oka volt. Emelkedett az egészségügyi szektorban dolgozók bére, fél év alatt 35%-kal nőttek a kórházi kezelési költségek, a Histadrut támogatása, pedig elapadt, mert a végrehajtó tanács befagyasztotta a meglévő szerződéseket és a számlák kifizetését. Ennek következtében a legfontosabb eszközök, és gyógyszerek hamarosan elfogytak. A kormány 10 millió dolláros gyorssegélyt adott, hogy a 15 kórház folytathassa működését. A többi közkórház, valamint szállítók és szolgáltatók százai – a gyógyszergyártól a mosodáig – pénzügyi csőd szélére került. Clalit tagok ezrei léptek át a kisebb alapokba. A pénzügyminiszter átütemezte a Clalit adósságait, és azt a későbbiekben a Histadrut vagyoneladásából gondolta fedezni. A Clalitot, már csak az állami finanszírozás menthette meg a csődtől.

Számos állami bizottságot neveztek ki, azzal a feladattal, hogy javaslatokat tegyenek, illetve koncepciókat dolgozzanak ki a szervezeti rendszer, a szolgáltatás nyújtás és a finanszírozás átalakítására az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése érdekében.

A rendszer finanszírozása – ahogyan fentebb is szerepel - állami- és magánforrásokból történt. Az állami pénzeket a munkáltatók által befizetett adók, a betegbiztosítási alapoknak nyújtott állami támogatás, valamint az állami egészségügyi intézmények által nyújtott közvetlen szolgáltatások jelentették. A magánszférából áramló források két részből álltak. Egyrészt a tagok által fizetett díjak az alapok számára, másrészt az alapok és magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatások megvásárlására fordított összeg. (Ez utóbbinál, főként a fogorvosi ellátásra kell gondolni.) A növekvő költségek, valamint az egyre szélesedő rés az állami finanszírozási lehetőségek és az állammal szemben támasztott elvárások között, végül elvezetett a reform előtti utolsó, kormány által felállított hasonló jellegű tanácsadó bizottság, a „State Comission of Inquiry” (Állami Kutatási Bizottság) 1988-as életre hívásához.

Két esztendei, kemény munka után, 1990-re, a bizottság letette javaslatát az asztalra. A koncepció az alábbi lényeges változások szükségességét fogalmazta meg:

- nem szabad több forrást bevonni az egészségügy finanszírozására, a meglévőket kell hatékonyabban felhasználni;
- fenn kell tartani az állami finanszírozás meghatározó szerepét, de ugyanakkor meg kell teremteni a közvetlen kapcsolatot a kiadások és a bevételek között, valamint meg kell őrizni a biztosítottak választási lehetőségét a finanszírozásban való részvételük kérdésében;

- nemzeti egészségbiztosítási törvényt kell alkotni, mely rögzítené a lakosság egészének biztosítási lefedettségét, a fizetendő hozzájárulás mértékét és a biztosított egészségügyi szolgáltatások körét;
- az Egészségügyi Minisztérium ne nyújtson egészségügyi szolgáltatásokat a magánembereknek, a betegbiztosítási alapok, pedig ne legyenek biztosítók és szolgáltatók egyszerre;
- az egészségügyi hozzájárulások beszedésére és fejkvóta rendszer alapján való szétosztására, valamely állami hatóság legyen jogosult. [10]

A bizottsági javaslat közzétételét követő néhány év során (1990-1993), a kormányzat erőfeszítéseit az állami kórházak függetlenné változtatására összpontosította, ám az egészségügyi dolgozók szakszervezete és a Histadrut erősen tiltakozott ellene, így végül sikertelennek bizonyultak az erőfeszítések.

1994 februárjában lemondott az akkori pénzügyminiszter, Haim Ramon, mert a Munkapárt és a Histadrut elvetette egészségbiztosítási törvényjavaslatát. A javaslat szerint, 5,6%-os egészségügyi adót kellett volna fizetni minden jövedelem után, és ezt az adót a Nemzeti Biztosítási Intézet szedte volna be, majd osztotta volna szét a négy alap között fejkvóta rendszerben, külön kompenzációt adva az időskorú tagok után. Ramon szeretne volna lazítani a kapcsolatot a Histadrut és a Kupat Holim Clalit között, és az addigi gyakorlattal ellentétben, lehetővé tette volna, hogy Clalit tag lehessen az is, aki nem tagja a Histadrutnak. [15] (Lemondása után néhány hónappal elindult a Histadrut főtitkári székéért folyó versenyen és meg is nyerte. Így azután – a Munkapárt korábbi szerény összegű támogatása mellett – a Clalitnál felhalmozódott, mintegy 500 millió dolláros pénzügyi hiányt csakhamar orvosolni kezdték.)

Mindezek együtt, nagyarányú változás szükségességét körvonalazták, a kormányzat elhatározta egy új egészségbiztosítási törvény megalkotását és bevezetését. Az ún. Netanjahu Bizottság ajánlásait, mind az akkor kormányzó Likud Párt, mind az azt kormányon követő Munkapárt elfogadta. Végül 1994 júniusában a Knesszet megszavazta a Nemzeti Egészségbiztosítási Törvényt, amely 1995 januárjában lépett hatályba.

Az egészségügyi rendszer átalakítása, egy alapvető politikai reform volt. [16, 17, 18]

A reform három fő eleme a januártól életbe léptetett National Health Insurance Law (Nemzeti Egészségbiztosítási Törvény), a kormányzat visszaszorítása az egészségügyi szolgáltatók közül, valamint az Egészségügyi Minisztérium reorganizációja volt. [7]

Az éles cezúrát jelentő törvény nyolc alapvető kérdést szabályozott:

- ✓ kimondta, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető jog, a kötelező biztosítás minden rezidensre kiterjed,
- ✓ mindenki számára garantált egy meghatározott egészségügyi szolgáltatás-kosarat,
- ✓ kötelezővé tette a betegbiztosítási alapok számára minden jelentkező elfogadását, a biztosítottaknak, alapok közötti szabad választási és mozgási lehetőséget adott,
- ✓ a biztosítási díjak/járulékok beszedését, kormányzati hatáskörbe helyezte (a Nemzeti Egészségügyi Intézetet jelölte ki erre a célra),
- ✓ bevezette az életkorral kiigazított fejkvóta szerinti reallokációt,
- ✓ a kormányzat számára kötelezővé tette az egészségügy pénzügyi forráshiányának pótlását arra az esetre, ha a beszedett biztosítási díjak nem fedeznék a törvényben meghatározott szintű (minden évben indexált) ellátást,
- ✓ előírta, hogy az egészségügyi járulékok 0,1%-át az új törvény hatásainak vizsgálatára kell fordítani,
- ✓ átmeneti három évre, (1998. január 1-jéig) a pszichiátriai kezelések, az idősek gondozása, valamint a prevenciós szolgáltatások felelősségét a betegbiztosítási alapokra hárította át.

Ugyanakkor a törvény kihangsúlyozta, hogy a betegbiztosítási alapokkal versenyző kiegészítő biztosítási formák jelentősége megmarad. Átalakításra került a hozzájárulási rendszer. A munkáltatók hozzájárulása továbbra is a jövedelem 4,95%-a maradt, a munkavállalók számára, azonban 3,1%, illetve 4,8%-os (2 ezer sékel alatti és fölötti jövedelemsávra) hozzájárulási kötelezettség fizetését írták elő, a korábbi 5–6% helyett. Minimum és maximum értékeket határoztak meg. Senki sem fizethetett, például 47 sékelnél (24£) kevesebbet és 734 sékelnél (367£) többet. Egy nyugdíjasnak 88 sékelt (44£) kellett fizetnie. **[16-19]**

A szolgáltatási „alapkosár” meghatározása, szintén sok vitát kavart. A törvény bizonyos tekintetben kiterjesztette, más tekintetben, azonban számos szolgáltatást csökkentett, vagy kizárt a három kisebb alap által nyújtott szolgáltatási körből. Megtiltotta például a kiegészítő biztosítás, kötelezővé tételét és tilos volt az „alapkosárba” tartozó szolgáltatást a kiegészítő biztosítás keretében nyújtani. Megváltoztatta a biztosítás marketingjét, a Leumitnál és a Clalitnél biztosítási ügynökségen keresztül lehetett csak kiegészítő biztosítást kötni, míg a Maccabi és a Meuhedet az átmeneti három évben maga köthette meg. **[20]** Végül az alábbi szolgáltatások kerültek be az alapkosárba: kórházi ellátás, járóbeteg ellátás, olcsóbb gyógyszerek, gyermekfogászati szűrés, mesterséges megtermékenyítés, külföldi kezelés,

(amennyiben Izraelben nem elérhető az a terápia) fizioterápia, szervátültetés és sürgősségi ellátás. [21] A törvény némileg kiterjesztette az állam szerepét, mert az NII feladatává tette a járulékok beszedését és elosztását; betegadatbázis kialakítását és kezelését; munkahelyi balesetek és ártalmak kezelési költségeinek fedezését, valamint az idős betegek kórházi ellátási költségeinek részfinanszírozását. [22]

A törvény nem érte el egyik fő célját: pénzügyi stabilitást biztosítani az egészségügyi rendszerben. Ugyanakkor elérte az univerzális lefedettséget, a szabad mozgást az alapok között, a források jobb elosztását és sikerült bizonyos ösztönzőket beépíteni, például a perifériális területek és a sebezhetőbb népesség jobb ellátására vonatkozóan. [23]

A törvény eltérő módon és mértékben érintette a különböző alapokat. A reform előtti piaci részesedésük kismértékben megváltozott, korábban az alábbiak szerint alakult: Clalit 60%, Maccabi 20%, Meuhedet 10%, Leumit 10%. Kedvezően érintette a törvény, elsősorban a Clalitet, kisebb mértékben a Leumitet, mert az új fejkvóták kialakítása – ellentétben a korábbiakkal – kedvezett az idős, alacsony jövedelmű tagokkal rendelkezőknek. Mindegyik alapnak megnövekedtek az NII-től kapott és a co-paymentből származó bevételei, és csökkentek az adminisztrációs és közösségi ellátási költségei (utóbbi a bércsökkenés következtében). Az egy főre jutó összes kiadás tekintetében, csökkent az alapok közötti különbség. A kórházi kezelés költségei a Clalitnál 60%-kal voltak magasabbak, mint a Maccabinál, vagy a Meuhedetnél, a gyógyszerkiadások tekintetében, viszont a Clalitnál, a többi alap kiadásainak $\frac{3}{4}$ -e volt csak mérhető. [13, 24]

Nem alakulhatott ki árverseny az „alapkosár” szolgáltatásainak vonatkozásában, kizárólag olyan kiegészítő biztosításra kérhettek pótlólagos díjat, amely nem tartalmazott „alapkosárban” szereplő szolgáltatásokat. Az összes egészségügyi kiadásból a betegek által finanszírozott hányad (gyógyszerek, fogorvosi kezelések, co-payment, privát orvosok) mintegy 25–29%-ra nőtt.

A kormány – törvényben rögzített – kiegészítő finanszírozási kötelezettsége, állandó vita tárgya volt kezdettől fogva, sok részlet nem volt tisztázva ugyanis. (Például, hogy kell-e és ha igen mennyivel kiigazítani évente a fejkvótát, vajon inflációt meghaladóan, vagy kevesebbel, fedezetet kell-e nyújtania új terápiás eszközök beszerzésére, figyelembe kell-e vennie a népesség elöregedését stb.?)

A törvény rögzítette, hogy csak parlamenti jóváhagyással lehet az „alapkosárból” kivenni bármit is, ha pedig újabb szolgáltatást, vagy gyógyszert szeretnének beletenni a „kosárba”, akkor az csak az egészségügyi miniszter javaslatára, és a pénzügyminiszter, valamint a

parlament jóváhagyásával lehetséges. Ennek a szabályozásnak lett a következménye, hogy a „kosár” tartalma évekig, szinte változatlan maradt. Először 1997 decemberében engedélyezték a kosár kiterjesztését két további gyógyszerre. [16] Ekkorra azonban a kiadások már 8%-kal meghaladták a bevételeket, a hiány 2 milliárd sékelre (közel 600 millió dollár) rúgott. A deficit oka az alapok és az Egészségügyi Minisztérium szerint az volt, hogy a kormány – a finanszírozás meghatározásakor – nem vette figyelembe a technikai haladást, a népesség számának növekedését és előregedését, valamint az árnövekedést. A kormány, viszont az egészségügyi rendszer hatékonyságának hiányát nevezte meg a deficit okaként. [25] Az akkori egészségügyi miniszter, Yehosua Matza, olyan intézkedéseket próbált bevezetni, amelyek a költségsökkentés látszatát kelthették. Korlátozta az alapok hirdetési és telemarketing kiadásait, befagyasztotta a biztosítási alapok beruházási költségeit (legalább 1998. január 1-jéig), azaz nem engedett drága berendezéseket vásárolni, leállította az építkezéseket és renoválásokat. Úgy vélte, hogy a betegbiztosítási alapok a biztosítottakért folytatott versenyben luxus klinikákat hoztak létre feleslegesen. [26] A kutatók szerint a növekvő hiány részben annak volt betudható, hogy az alapok olyan szolgáltatásokat is nyújtottak, melyek nem képezték az „alapkösár” részét. [16] Született egy pénzügyminiszteri javaslat, hogy tegyék lehetővé a betegbiztosítási alapok számára szolgáltatásaik körének rugalmas meghatározását oly módon, hogy a törvényben meghatározott „alapkösarat” minimumnak kell tekinteniük, de ez nem segített volna az alapok hiányát csökkenteni, hiszen alulról rugalmatlan maradt és csak a bővítést tette volna lehetővé.

A – Knesszet által majd 1997. decemberében ratifikált – ún. 1998-as „Gazdasági Kiigazító Törvénytervezet” olyan javaslatot tartalmazott, hogy az alapok állapíthassák meg saját szolgáltatási kosarukat, egészségügyi miniszteri szabályozás mellett. A törvényjavaslat óriási vitát váltott ki, a különböző lobbysoportok, (fogyasztók, betegek, jogvédők) követelték a vonatkozó törvénycikkelyek megsemmisítését. A nyomásnak engedve, a kormány végül 15 újabb gyógyszerrel bővítette a kosarat. Ez mintegy 40 millió dollárba került, azaz hozzávetőlegesen az eredeti kosár-költség 1%-ába. A törvény értelmében, az alapok parlamenti felhatalmazást kaptak arra, hogy a co-payment intézményét kiterjesszék számos új szolgáltatásra (például új gyógyszerekre, szakorvosi-, és járóbeteg ellátásra), valamint, hogy tagjaiktól, havonta ún. „extra díjat” szedjenek be az alapkösár szolgáltatásaira is. (Ennek az extra díjnak a mértékét, az alapok maguk határozhatták volna meg.)

A kormány azt remélte, hogy ez egyrészt, az alapok közötti árversenyt fogja eredményezni, (mégpedig úgy, hogy egy adott alapon belül minden tag számára egységes terhet jelent majd), másrészt az alapoknak kevesebb lehetőségük lesz a kormányzatra nyomást gyakorolni

a deficit finanszírozása érdekében, harmadrészt, pedig az alapok vezetői számára nagyobb rugalmasságot tesz majd lehetővé döntéseikben. [25]

A gondok persze nem oldódtak meg, a deficit továbbra is nőtt és nem szűnt a nyomás sem a kosár kiterjesztésére.

A 21. század első néhány éve feszültségekkel, régi és új konfliktusokkal, megoldatlan problémákkal volt tele. A kormány folyton új javaslatokkal állt elő, de az egészségügyi lobbysoportok sem hagyták magukat. Tiltakozás, tiltakozást, javaslat, javaslatot, sztrájk, sztrájkot követett. A 2000-es **orvos-sztrájk** során, az Israel Medical Association (Izraeli Orvosi Kamara) szervezésében, mintegy 15 ezer kórházban dolgozó orvos tagadta meg a munkát, több mint három hónapon át. Az orvosok négy éves bérmegállapodás aláírását követelték a kormánytól az 1998-ban lejárt, korábbi helyett és kidolgoztak egy reformtervet, melyet tanulmányozásra és véleményezésre át is adtak egy e célból létrehozott állami bizottságnak. A tervben az alábbi főbb változásokra tettek javaslatot:

- változtatni kell azon a jelenlegi bérstruktúrán, amelyben az orvosok jövedelmének meghatározó hányadát az éjszakai és hétvégi ügyeletekért kapott pénz teszi ki;
- idejüket nagyrészt a köznek (és kevésbé magánrendelésnek) szentelő szakorvosok számára pénzügyi ösztönzőket kell találni és életbe léptetni;
- bátorítani kell a kórházakban dolgozó orvosokat arra, hogy az ott végzett plusz munkáért járó jövedelmüket növeljék;
- törvényben kell garantálni a lehetőséget, hogy a késő délutáni, illetve esti órákban az orvosok magánrendelést folytathassanak munkahelyükön, a kórházakban (korábban ez csak Jeruzsálemben és főként önkéntes szervezetek tulajdonában lévő kórházakban volt engedélyezve).

A viták során mindkét fél komoly erővel harcolt, az orvosok azzal vádolták meg a pénzügyminisztériumi tisztviselőket, hogy azok hamis béradatokkal tévesztették meg Ehud Barak akkori miniszterelnököt, a pénzügyminisztérium szószólói, pedig pénzsóvárnak nevezték és megvádolták az orvosi kamara idősebb és magasabb pozícióban lévő tagjait azzal, hogy a fiatal kórházi orvosok rovására akarják saját jövedelmük erőteljesebb növelését elérni. A helyzet komikusságát az adta, hogy ugyanaz az Avraham Shohat volt a pénzügyminiszter, aki az előző Munkapárt vezette kormányban, 1994-ben is pénzügyminiszter volt és akkor, több mint 50%-kal emelte meg az orvosok bérét. A kincstári tisztviselők elismerték, hogy Shohat megtanulta a leckét: amint emelkedett az orvosok fizetése, hasonló mértékben megemelte a többi kórházi dolgozó bérét is. [27] Különös összefüggésre bukkantak a kutatók

a statisztikákat áttekintve. Azt vették észre, hogy a halálozási ráta számottevően csökkent azt követően, hogy sztrájkba léptek az orvosok. [28] Ennek oka nem ismert, ám azt feltételezték, hogy a komoly műtéti beavatkozások elmaradása javított a halálozási rátán.

A továbbiakban sem enyhült az egészségügyi rendszerre nehezedő nyomás, a **bevándorlók**, a **vendégmunkások**, a **deficit** és az **idősödő társadalom** jelentették a megoldásra váró főbb problémákat. Ezek közül kiemelkedik az idősök ellátásának gondja. Ezt – Israel esetére – részletesen, számításokkal alátámasztva bizonyította Chernichovsky és Markovitz a Világbanknak írt tanulmányában. [29] Ebben a dolgozatban is utaltunk a demográfiai helyzet súlyosságára, és várható alakulására. A másik, kétségtelenül komoly gond, a bevándorlók, illetve a külföldi munkavállalók (vendégmunkások) ellátásának megszervezése és finanszírozása volt. Az izraeli gazdaság egész ágazati támaszkodnak, majdnem kizárólag a vendégmunkásokra. Arányuk (Svájcot kivéve) Európa bármelyik országánál nagyobb. Ez a réteg, szociális jogokat nélkülöző, olcsó munkaerőtömeget jelentett és jelent most is. A vendégmunkások már az 1990-es évek eljén feltűntek az izraeli utcákon és peremvárosokban, de csak évekkel később tudatosult jelenlétük a köztudatban. A tartózkodási státuszt az Izraelbe történő belépésről szóló, 1952-es törvény (Entry to Israel Law) szabályozza és a szolgáltatásokra (elsősorban a jóléti szolgáltatásokra) való jogosultságukat az határozza meg. [30] Számuk pontosan nem ismeretes, eltérő becslések jelentek meg, a Munka és Szociális Ügyek Minisztériuma 1996-ban 150 ezerre becsülte, ugyanakkor Condor szerint, csak 1990-től 1997-ig mintegy 250 ezer külföldi érkezett Izraelbe. [31] Valószínűsíthető, hogy 300 - 350 ezer körül lehet a vendégmunkások száma és ez rendkívül nagy megoldandó feladatot hárított a hatóságokra. Az 1995. január 1-jén életbe lépett Nemzeti Egészségbiztosítási Törvény értelmében külföldieket, ezen belül, pedig a vendégmunkásokat, nem fedezi az egészségbiztosítási rendszer. A helyzet, legalább részletes megoldásaként, 2001-ben bevezették a külföldi munkavállalók gyermekeire vonatkozó egészségügyi biztosítási programot. Ez minden érintett gyermekre vonatkozott, függetlenül attól, hogy legális, vagy illegális munkavállalók gyermekei. A program szerint, a Meuhedetbe jelentkező külföldi dolgozók gyermekei, ugyanarra az ellátásra váltak jogosulttá, mint az állandó izraeli lakosok, havi 46 dollár befizetés ellenében. Ennek az összegnek a felét, azonban a kormányzat fedezte, ráadásul a maximális havi összeg 92 dollár lehetett, függetlenül attól, az adott szülők hány gyermeke tartózkodott Izraelben. [32] A kormány, e kényszerű költségnövelő intézkedést leszámítva, számos kísérletet tett a kiadások lefaragására.

2003-ban, 2200 közalkalmazott nővér lépett sztrájkba, így tiltakozva a kormány „family health service”-t (család–egészségügyi szolgálat) érintő átalakítási tervei ellen. Beszüntették a

megelőző szolgáltatások nyújtását, mintegy illusztrálendő, mi történne, ha nem lenne elég nővér. A család–egészségügyi szolgálat, olyan országos, állami hálózat, melyben gyermekek, terhes anyák, új bevándorlók, és idősök megelőző egészségügyi ellátása folyik, valamint itt adják a védőoltásokat is. Az izraeli nővérek egyesületének (Israeli Nurses Union) elnöke, Moriya Ashkenazi, például elmondta, hogy a sztrájkot megelőzően himlő elleni oltásokat adtak azoknak, akik egy esetleges biológiai támadás első áldozatai lennének. A nővérek szerint, a kormányzat terve veszélyezteti a jövő generációkat és emlékeztettek arra, hogy a világ egyik legalacsonyabb gyermekhalálozási rátáját sikerült elérniük a család–egészségügyi hálózattal. [33]

A neoliberális ideológia – mely az 1980-as évektől az amerikai és brit kormányok ideológiájává vált, de más országokban is komoly befolyást gyakorolt – célja az állami szerepvállalás csökkentése, és az egyéni szabadság növelése, azaz gazdasági téren adócsökkentés és ezzel egy időben a szociális kiadások visszafogása. Az Adva Center (Information on Equality and Social Justice in Israel) kutatói szerint ez Izraelben oly módon manifesztálódik, hogy a Pénzügyminisztérium egyre kevesebb hajlandóságot mutat a szociális ellátások finanszírozására, miközben a legmagasabb jövedelmű rétegeknél adócsökkentést hajt végre. Véleményük szerint a neoliberális gazdaságpolitika nyertesei a tehetősek, hiszen az állam lehetőségei csökkennek arra, hogy a gazdagabbaktól elvett pénzt az összes állampolgár számára nyújtandó szolgáltatások előteremtésére használja fel. 2004-ben, például 250 millió sékellel (kb. 80 millió dollár) megnyírbálták – a National Health Insurance Law (nemzeti egészségbiztosítási törvény) keretében – az egészségügyi büdzsét. 15%-kal csökkentették az Egészségügyi, az Oktatási és az Építésügyi Minisztériumnak szánt állami forrásokat. [34, 35]

2.2. Hollandia

A holland egészségbiztosítási rendszer három fő vonása az állami- és a magánbiztosítás keveredése, a kínálat dominánsan magán jellege, valamint az egészségpolitika tipikusan holland, tárgyalásos (neokorporatív) megközelítése. Hollandia egészségbiztosításában egyedien keveredik a magán és a kötelező biztosítás rendszere. A rendszer gyökerei – Németországhoz hasonlóan – a céhek által szervezett egészségsegélyező pénztárakra nyúlnak vissza. A középkori céhek betegség, baleset és halál esetén pénzügyileg támogatták tagjaikat. [1] A 17. és 18. században, a manufaktúrákban dolgozók igyekeztek megsegíteni egymást. Ennek érdekében, valamint a munkájukból adódó kockázatok kivédésére - így a betegség vagy a munka elvesztése miatti jövedelem kiesés, illetve a gyógyítási költségek - védelmet és biztonságot jelentett a céhtagok számára a pénztárak létrehozása. [1, 2] Hagyományosan regionális és helyi szinten szervezett önkéntes szervezetek látták el a gyógyító feladatokat. Helyi közösségek, monostorok, kolostorok és templomok gondoskodtak az idősek, a fedél nélkül maradottak és más olyan személyek ápolásáról, akik nem tudták magukat ellátni. Ezek az intézmények voltak a kórházak korai előfutárai, és gyökerei a máig nagyrészt non-profit szervezetek kezében lévő kórházi struktúrának. A kórházi ágyak mintegy 85%-a ma is non-profit kórházak kezelésében van. [3]

1795 és 1813 között mind a Batáviai köztársaság idején, mint a napóleoni időkben a pénztárak működését betiltották. Hollandia új királysága idején az egészségbiztosítási szervezetek sokféle formája jött létre, a németekhez hasonlóan többnyire szakmákhoz kötötten, mint például az orvosok különböző alapjai. De a szakszervezetek, az egyes vállalatok is hoztak létre alapokat, sőt üzleti biztosítók is megjelentek. Az orvosok által létrehozott alapok erőteljesen rányomták bélyegüket a holland egészségbiztosítási rendszerre azzal, hogy az egészségbiztosítást csak egy **bizonyos jövedelem szint alatt** lehetett igénybe venni ezzel megteremtve a rendszer máig létező alapelvét. Az orvosok által létrehozott alapok kifejezetten az alacsonyabb keresetű, szegényebb néposztályok számára nyújtottak biztosítási fedezetet.

Tekintélyes változást hozott az emberek egészsége és életminősége szempontjából a 20. század elejétől tapasztalható gyors fejlődés az orvostudomány területén. Az emberek várható életkilátásai javultak, s ennek a fejlődésnek fontos alappillérvé vált az állami egészségbiztosítási rendszer is. Azonban a jövedelmi korlát fennmaradásával sokan teljesen kimaradtak az egészségbiztosításból, hiszen jövedelmük ugyan meghaladta azt a bizonyos szintet, ami alatt részesei lehettek volna a kötelezően járó szolgáltatásoknak, viszont túl

kevésnek bizonyult ahhoz, hogy a magánbiztosítást igénybe tudják venni. A piacon keletkező rést a biztosítók ismerték fel és 1906-ban létrehozták az első **betegségi költségek biztosítását**. [4]

Annak ellenére, hogy számos terv létezett egy németországihoz hasonló, államilag ellenőrzött egészségbiztosítási rendszer létrehozására – Németországban, Nagy-Britanniában vagy Belgiumban ez már a 19. század végén, ill. a 20. század elején megtörtént – Hollandiában csak a német megszálló erők kormánya teremtette meg ennek jogi alapjait 1941-ben.

Az **1941-ben** elfogadott **Egészségbiztosítási Rendelet (ZFW, Health Insurance Decree)** bevezetésével kezdődött csak a kormány jelentősebb szerepvállalása. E törvény értelmében a hollandok nagy része – a betegségek következményei ellen – biztosítottá vált. Meghatározott jövedelemküszöb alatt járt ez az állami biztosítás, a járulékot a jövedelem arányában állapították meg, és a jövedelemadóval együtt szedték be központilag. Közben a magánbiztosítók azokra koncentráltak, akiknek jövedelme meghaladta ezt a szintet. A háború utáni rekonstrukció gyors növekedést hozott, és megkezdődött a modern jóléti állam kiépítése. Ez a duális rendszer működött egészen az 1960-as évek végéig.

Az **1964-ben** életbe léptetett **Egészségbiztosítási Törvény (Health Insurance Act, Ziekenfondswet ZFW)** kiterjesztette a korábbi társadalombiztosítási jogosultságokat. A ZFW biztosítottjainak száma gyorsan nőtt és közben nagyon sokan kötöttek magánbiztosítást. A **ZFW kötelező biztosítás keretében** törvényileg határoztak meg egy jövedelemlafont, mely alatt a munkavállaló jövedelme megadott hányadát járulékként befizeti részben az államnak, részben betegbiztosítási alapjának. A fizetendő járulék, tehát két részből állt: egy alapjárulékból (jövedelemtől függő, minden betegbiztosítási alapnál azonos mértékű) és egy úgynevezett kiegészítő díjból (alaponként változó mértékű, nominális összeg). A biztosítók független betegbiztosítási alapok voltak. A törvény célja, főként a szegényebbek egészségügyi biztosítási helyzetének megoldása volt. A ZFW biztosítás, bizonyos feltételekkel a családtagoknak is járt, alacsonyabb mértékű, vagy zero járulékért. [5] Azok, akiknek jövedelme meghaladta a meghatározott szintet, vagy biztosítási fedezet nélkül maradtak, vagy a **magánbiztosítást** választhatták.

Veldkomp egészségügy miniszter, már 1962-ben, olyan biztosítási tervet dolgozott ki, mely lefedte volna az egész népességet a legfontosabb kockázatok tekintetében. Ez utóbbiak alatt a hosszú lefolyású, súlyos betegségeket, illetve a súlyos rendellenességeket értették. Az emberek fejében ez olyan magatehetetlen, súlyos fizikai és mentális rendellenességekkel

küzdő, illetve pszichiátriai betegek képével társult, akiknek hosszú ideig van szükségük gondozásra, s habár előfordulása nem gyakori, ha egy családban mégis akad ilyen, annak ellátását önerőből, szinte lehetetlen finanszírozni. Ezért nevezték el „Kivételes gyógyítási költségek biztosításának”, amikor a törvény 1968-ban életbe lépett. Addig, tehát a háborútól kezdve a fentiekben leírt, vegyes típusú, duális rendszer (főként szakmák szerint, vállalatok, vagy szervezetek által alapított egészségpénztárak és állami biztosítás a szegényebbeknek) működött. **1968 január 1.** éles cezúrát jelentett. Életbe lépett egy újabb törvény (**Kivételes gyógyítási költségek biztosítása, AWZB** Algemene wet bijzondere ziektekosten), melynek bevezetésével **háromszintűvé** vált az egészségbiztosítás Hollandiában. Ez a törvény, olyan egészségbiztosítást szabályozott, mely állami és kötelező jellegű, szinte az egész népességet lefedi és a hosszú időtartamú, súlyos lefolyású betegségeket hivatott biztosítani. (Olyan betegségeket, amelyeknek gyógyítási költségeit a betegek önállóan képtelenek lennének finanszírozni.) A biztosítás kiterjedt súlyos és krónikus betegségekre, munkaképtelenségre, pszichiátriai kezelésekre, idős és fogyatékos emberek ápolására. (Később azután fokozatosan tovább növelték a lefedett szolgáltatások körét.) Mindenki, aki megfelelt a törvényben rögzített kritériumoknak, alanya lett ennek a biztosításnak, függetlenül attól, hogy igénybe vette-e a juttatásokat. A hozzájárulás mértéke csak a jövedelemtől függött és a jövedelemadó részeként fizették. A járulék mértékét évente állapították meg (így van ez azóta is) a maximális adózó jövedelem százalékaként, a legalacsonyabb adókulcson, vagy még annál is alacsonyabb mértéken. (Ez például 2000 és 2002 között 10,25%-ot jelentett). Az AWBZ-t betegbiztosítási alapok és magánbiztosítók egyaránt működtették. **[1, 3] Kiegészítő biztosításokat** (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) köthettek a kötelező biztosításon felül a betegbiztosítási alapok tagjai olyan kockázatokra, melyekre az állami biztosítás nem, vagy csak részben nyújtott fedezetet. (Például fogászati kiegészítő biztosítás.) Időközben bevezették az Egészségbiztosításhoz való hozzáféréstől szóló törvényt, a **WTZ** biztosítást is, amely 65 évesnél idősebb, illetve a nagy egészségügyi kockázattal bíró, nem ZFW tagok biztosítása. Ez a szintén állami biztosítási forma nem kötelező, a járulék mértékét (ami mindenki számára egyforma) és a szolgáltatási csomag tartalmát a központi kormányzat határozta meg, és az téríti a költségeket. A biztosítók nem utasíthatnak vissza egyetlen jelentkezőt sem. **[5, 6]**

A rendszer finanszírozása igen sajátos volt. Az egészségügyi kiadások közel 70%-át a társadalombiztosítás fedezte, a magánbiztosítás keretében elköltött milliárdok, csak mintegy 14-15%-át tették ki az összes egészségügyi kiadásoknak. A kórházi ellátások finanszírozása a tartományi tanácsok (County Council) igényei alapján (az anticipált tevékenység, és a várható

béreköltségek, valamint a szükséges beruházások figyelembe vételével) történt **1983-tól** kezdődően. A kórházak költségvetési keretét a Központi Árellenőrzési Tanács (Central Orgaan Tarieven Gezondheidszorg = COTG) állapította meg. A kórházi orvosokat teljesítmény alapján fizették a COTG által megállapított tarifalista segítségével. A háziorvosok fejkvótát kaptak a betegbiztosítási alapoktól, a magánbiztosítóktól, pedig fee-for-service alapon kapták a pénzt. A szakorvosokat részben fejkvótában, részben, pedig – a beavatkozások és diagnosztizálás után járó – teljesítményalapú finanszírozásban részesítették. A térítendő gyógyszerekről listát készítettek. 1991-től kezdve preferencia-áras rendszert vezettek be. Az e feletti összeget (a gyógyszerek árának átlagosan 8%-át), a betegeknek kellett állni. 1990-től kezdve eltörölték a járóbeteg ellátás után fizetendő költség hozzájárulást, viszont hozzájárulási kötelezettséget vezettek be a fogorvosi szolgáltatások, az otthoni ápolás és a gyógyászati segédeszközök igénybevételénél.

Az 1970-es, 1980-as években, gyorsan nőttek a GDP arányos egészségügyi kiadások. Miközben 1965-ben mindössze 4,3%-ot tettek ki, 1982-re 8,3, majd alig tíz év leforgása alatt 8,6%-ra emelkedtek. Azután, az 1990-es években viszonylag stabilan e szint körül maradtak, miközben reform, reformot követett. [3] Az évezred végéig három terv is született az egészségbiztosítási rendszer megújítására. Ezek a programok nevüket a mindenkori egészségügyi és jóléti miniszterről kapták. (Hendriks, Dekker, Simons) [7]

Az **1986-ban alakult**, úgynevezett **Dekker Bizottság** két fő vonal mentén képzelte el a reformot: egyrészt az alapvető egészségügyi és szociális ellátás terén **egységes, kötelező, mindenkire kiterjedő biztosítás bevezetését javasolta**, másrészt **szabályozott versenyt** képzelt el a biztosítók között és a szolgáltatási (kínálati) piacon egyaránt. A Bizottság négy legfontosabb célkitűzése volt:

- koordinálni az egészségügyi és egyéb szociális ellátások finanszírozását,
- növelni pénzügyi ösztönzők beépítését, a hatékonyabb gazdálkodás érdekében,
- javítani az egészségügyi ellátás tervezése és finanszírozása közötti koordinációt,
- növelni az egészségügyi piac önszabályozását.

Az **1990-es Simons Terv** részben követte, részben azonban továbbfejlesztette a Dekker Bizottság elképzeléseit. A terv értelmében, a kormányzat fokozatosan **kiterjesztette** a kötelező biztosítás fedezetét, **nem súlyos betegségek kockázatára is**. 1989-ben a pszichiátriai kezelésekkal, valamint a gyógyászati segédeszközökkel bővült a térített ellátási kör, 1992-ben, pedig újabb kezelések mentek át a „Dunning szűrőn”, beleértve az ambuláns rendelés keretében felírt gyógyszereket is. Néhány szolgáltatást, azonban kivontak a fedezett körből, vagy korlátozták igénybevételét. Így például évente legfeljebb kilenc alkalommal

lehetett térítésmentesen fizioterápiás kezelést igénybe venni, a felnőttek fogorvosi ellátását, pedig nem térítették tovább. A kormány, komoly lépéseket tett a **piaci mechanizmusok kiterjesztése** irányába, azáltal, hogy a betegbiztosítási alapokat adminisztratív testületekből kockázatvállaló vállalkozásokká alakította át. Engedélyezte az alapok számára, hogy saját maguk döntsék el mely orvosokkal, gyógyszerészekkel szerződnek és megengedte, hogy az árakat – a hivatalosan megállapított maximum érték alatt – alku során alakítsák ki, végül, azt is engedte, hogy tagjaikat nagyobb körből toborozhassák. A verseny – az egységes, törvényben megállapított minimál járulékszinten – a szerződéses szolgáltatók által nyújtott ellátás mennyisége és minősége között zajlott. [3, 6]

Az 1990-es évtizedben, számos kísérlet történt a költségek lefaragására, a hatékonyság növelésére. A költségcsökkentés elsődleges eszközének, az egész szektorra vonatkozó maximális költségvetési keret megállapítását tekintették. (Európa több országában is – ahol már korábban megtörtént a vásárlók és a szolgáltatók (ellátók) szétválasztása – a különböző szektorok számára fix költségvetési korlátok felállításában látták a költségvetési problémák megoldásának lehetőségét.) [8] Erre annál is inkább szükség volt, mert 1993-ig az alapok minden kiadását megtérítette az állam. Abban az évben, azonban bevezették a minimális járulékmértéket és egy új finanszírozási rendszert, miszerint a kötelező járulékokat egy központi alapon gyűjtötték, majd fejkvóta szerint osztották azt vissza az egyes betegbiztosítási alapoknak. [3, 9] Sok gondot okozott a kockázatkiegyenlítést célzó fejkvóta rendszer kialakítása. Az eleinte életkort, nemet, területi különbségeket figyelembe vevő rendszer nem bizonyult jónak, sok aránytalanságot okozott. Ezért azután 1998-ban felfüggesztették e módszer alkalmazását és átmenetileg az egyes betegbiztosítási alapoknál kialakult hiány 97,5%-ának fedezését vállalta a kormányzat, a hiányzó 2,5%-ot az egyes pénztáraknak maguknak kellett valamilyen módon finanszírozni. [9] Az 1994-es koalíciós kormány megállapodása óta, három pillért (szintet) különböztetnek meg az egészségügyi szektorban. (Erről részletesen lesz szó a jelenlegi rendszer leírásakor.) 1997-ben bevezették a költséghozzájárulás (co-payment) intézményét. A betegeknek az ellátási költségeik 20%-át, de legfeljebb évi 90 eurót (néhány támogatott csoportnak csak 45 eurót) kellett fizetni. [6] Az 1999-től érvényes Önkéntes AWBZ Biztosítási Törvény – bizonyos feltételek mellett – lehetővé tette, hogy ne csak rezidensek vehessenek részt az AWBZ-ben. [1] 2000 tavaszán erőfeszítéseket tettek, az akkorra már drámai mértékűre növekedett várólisták felszámolására, vagy legalábbis csökkentésére. A Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – hollandiai egészségbiztosítók szövetsége – és az Egészségügyi, Jóléti és Sportminisztérium minden várólistát begyűjtött, feldolgozott és összesített, majd az eredmény ismeretében igyekeztek az

erőforrások jobb elosztását biztosítani. [2] Egy 2000 decemberében felállított háromoldalú tanácsadó testület (Sociaal Economische Raad), magánkeretekbe ágyazott betegbiztosítást szorgalmazott, azaz az állam visszaszorítását és a magánszféra kiterjesztését. 2002 júliusában a – még hivatalban lévő és választások előtt álló – kormány betervezte reformjavaslatát „Vraag aan bod” (Fontos kérdések) címen. A terv, csak a rendszer második pillérjét (szintjét) érintette, az AWBZ-t nem és a 2000-es tanácsadó testülettel ellentétben az egészségügyet alapvetően állami keretekbe gondolta helyezni. Kínálatorientált helyett, keresletorientált rendszert képzelt el. Olyan egyszintű, részben állami, részben magán egészségbiztosítási rendszerre tettek javaslatot, melyben versenyeznének egymással magán- és állami biztosítóintézetek és az egyetlen és kötelező alaptbiztosítás (Basisverzekering) minden hollandiai rezidensnek járna. A versengő, akár profitorientált biztosítók lennének felelősek az ellátás megszervezéséért és bármely jelentkezőt fel kellene venniük tagjaik sorába. A biztosítási díj egy fix és egy jövedelemfüggő elemből állna. Jobban figyelembe vennék a betegek kívánságait, igényeit, és mint versengő vállalkozók végeznék tevékenységüket a szabályozott versenypiacon. A javaslat elkészítésekor elsősorban a svájci tapasztalatokból merítettek, tekintve, hogy ott már 1996-ban változtattak ilyen irányba a rendszeren. [7] A reformtervet, számos irányból érték kritikák. A legfontosabb ellenvetések szerint, a reform nem oldotta volna meg az akut ellátási problémákat, és nem szüntette volna meg a várólistákat sem. Továbbá a biztosítók és szolgáltatók nem hittek abban, hogy a kormányzat eltökélt a kínálati nyomás csökkentését célzó lépések megtételére.

Jelenleg is hárompillérű (háromszintű) rendszer működik Hollandiában, a kötelező és magán biztosítás keverékeként. Az **első szint az AWBZ**, ahol állami keretekben biztosítják minden hollandiai rezidens számára a **hosszú ideig tartó kezelést, ellátást** (kormány által szabályozott szolgáltatásnyújtás és finanszírozás keretében). A **második szint** a mindenki számára elérhetővé tett **egészségügyi alapellátást** nyújtja, a kormányzat (két állami biztosítási típus, a ZFW és az WTZ), valamint betegbiztosítási alapok és magánbiztosítók közreműködésével. A második szint (pillér), voltaképpen három elemből áll. **ZFW** (Egészségbiztosítási Törvény) biztosított a lakosság 63%-a. A törvény értelmében, kötelezően biztosítottak a meghatározott jövedelemszintnél (2002-ben, például évi 30.700 euró) kevesebb jövedelemmel rendelkező alkalmazottak, valamint azok (jövedelemmel nem rendelkező) házastársai és gyermekei, a jövedelemplafont (2002-ben 19.550 euró) el nem érő 65 év felettiek, a szociális segélyre jogosultak és a vállalkozók, (jövedelemmel nem rendelkező) házastársukkal és gyermekeikkel együtt meghatározott jövedelemszint (2002-ben évi 19.650

euró) alatt. A ZFW biztosítási fedezet kiterjed az alapellátásra (házi orvos, szakorvos, fekvőbeteg-ellátás, gyógyszerek, fizioterápia és gyermekfogászat). A biztosítási díj nagy hányada jövedelemfüggő (2002-ben 7,95%), kisebbik része, nominális összeg, melyet az egyes betegbiztosítási alapok maguk határoznak meg. (2001-ben, ez átlagosan 27 gulden, azaz 10 dollár körül volt.) A második szint, második eleme a **magánbiztosítás**. A magánbiztosítások egy standard szolgáltatáscsomagra szóló jogosultságot garantálnak azok számára, akik magas jövedelmük miatt nem vehetnek részt az állami (kötelező) biztosítási programban. A szolgáltatáscsomag tartalma hasonló az állami egészségbiztosítás által garantáltéhoz. A magánbiztosításért fizetendő nominális díj mértékét egyedileg határozzák meg a biztosító intézetek, elsősorban az ügyfél életkorának és egészségi állapotának függvényében. (Ez ma átlagosan 900 euró/év. 2002-ben 64 éves korig átlagosan havi 110–135, 65 év felett, pedig 136 eurót szedtek be. A 20 évesnél fiatalabb diákok számára nem egészen 21, 20 év feletti társaiknak, pedig alig 8 euró volt az átlagos biztosítási díj.) A magánbiztosítottak egy része a WTZ törvény alapján – nem kötelezően – biztosított. Ezek a 65 évnél idősebb, meghatározott szint feletti jövedelemmel rendelkező személyek. Az átlagos havi díj 2002-ben megközelítette a 20 eurót.

A nominális díjon felül, a magánbiztosított személyeket, úgynevezett szolidaritási hozzájárulás fizetésére kötelezik a törvények. A MOOZ törvény értelmében fizetendő hozzájárulás (2002-ben a 20 és 64 év közöttiek számára havi 6,8 euró) az állami egészségbiztosítási alapokban felülreprezentált idősök gyógyításának, ellátásának finanszírozását segíti. Miután az állam által biztosított idősök létszáma messze meghaladja a magánbiztosított idősékét, a költségvetés – szintén a MOOZ törvény értelmében – pótolja a hiányzó forrásokat. A második pillér (szint) harmadik eleme a **közalkalmazottak biztosítása**. (Ez mintegy 800 ezer főt, a lakosság 6%-át érinti.) A „Közalkalmazotti Törvény” és a „Rendőrségi Törvény” értelmében egészségbiztosítás jár az önkormányzati alkalmazottaknak (IZA, Institute for Care Insurance of Civil Servants), a tartományi hivatalok dolgozóinak (IZR, Inter-provincial medical expenses scheme) és a rendőröknek (DGVP, Health Insurance for the Police). A három biztosítási alapot egyesíti a KPZ (Contact Body for Public Care Insurers).

A **harmadik pillért a kiegészítő egészségbiztosítás** jelenti, melynek keretében önkéntesen biztosíthatja magát bárki azokra a kockázatokra, melyeket az első és második pillér nem fed le. Azaz önkéntesen lehet szerződni az állami, vagy a magánbiztosítás standard szolgáltatáscsomagjának kiegészítése céljából. (Például felnőtt fogorvosi kezelések, alternatív gyógymódok igénybevételére.) Ezekkel kizárólag magánszervezetek (biztosítók és

betegbiztosítási alapok) foglalkoznak. [6, 10] A kiegészítő biztosítások köre rendkívül eltérő, ennek megfelelően a biztosítási díj és a saját kockázatvállalás mértéke is. [2]

Összefoglalva tehát, a szegényebbek és idősebbek betegbiztosítása (ZFW, WtZ) és a különleges betegségi költségek biztosítása (AWZB) alkotja a társadalombiztosítás kettős szárnyát és miközben az előbbi a lakosság több, mint 60%-át, az utóbbi 100%-át fedi le. (Mintegy 40 betegbiztosítási alap intézi.) A társadalombiztosítás jövedelemhatára, alatta marad a többi bismarcki egészségügyi rendszerben meghatározott küszöbértéknek. 1997-ben, például 60 ezer guldenben (hozzávetőlegesen 30 ezer dollár, 5 millió forint), később már 70 ezer (kb. 35 ezer dollár), majd 2002-ben 30.700 euróban állapították meg. [2, 11] A népesség jelentős hányada, mintegy 37%-a – minthogy jövedelme meghaladja a küszöbértéket – nem vehet részt a társadalombiztosításban, hanem magánbiztosítást kell, hogy kössön. A közalkalmazottak (lakosság hozzávetőlegesen 6%-a) speciális, kötelező biztosítás keretébe tartoznak.

Az egészségpolitika és a társadalombiztosítás, továbbá a jövedelemfüggő kötelező járulék mértékének meghatározása a Közegészségügyi, Jóléti és Sport Minisztérium (VWS) feladatkörébe tartozik. A miniszter felelős az egészségügyi ellátás megtervezéséért, jóváhagyja tökeintenzív gyógyászati technológiák bevezetését, kórházi részlegek létesítését, valamint végső engedélyezési joga van az alapok és az orvosok közötti alku eredményeként kialakult tarifák tekintetében. Minden, költségvetést érintő döntést, a Parlamentnek kell jóváhagynia. [3] Jelenleg a rendszer finanszírozásában a központi kormányzat, mintegy 5% erejéig vesz részt, a biztosítások adják a források közel 90%-át és a betegek közvetlen költségtérítésének mértéke 6% körüli értékre rúg. [1]

A mai holland rendszer kielégítően működik, néhány eleme azonban módosításra vár és számos gondot meg kell még oldani. Problematikusak a fennálló jogi szabályozások, az állam befolyása az ellátás kínálatára, és kevés az ösztönzés a takarékosabb gazdálkodásra, mind kínálati, mint keresleti oldalon. Rendkívül gyorsan nőnek az egészségügyi (köztük a gyógyszervásárlásra fordított) kiadások és továbbra is megmaradtak a várólisták, melyek évi mintegy három milliárd eurós veszteséget jelentenek, elsősorban a kieső termelés és jövedelem miatt. Ráadásul számos, pénzben nehezen mérhető veszteséget is okoznak (várakozás ideje alatti fájdalmak, pszichésen beteg emberek rossz hatása környezetükre stb.)

2003-ban, az új kormány, alighogy beiktatták máris igen nehéz problémával szembesült. Az előző évben megugrott egészségügyi kiadásokat vissza kellett fognia. A Központi Statisztikai Iroda (Central Bureau voor de Statistiek) adatai szerint, az egészségügyre fordított állami kiadások egy év alatt több mint 11%-kal nőttek és 2003-ban érték az 52 milliárd eurót. A

GDP arányos egészségügyi kiadások, megközelítették a 12%-ot, ugyanez 2001-ben „csak” 11% volt. A nagymértékű költségnövekedésnek több oka volt. Egyrészt megnövelték a kórházi dolgozók munkaidejét és ezzel együtt természetesen a béreket is meg kellett emelni, másrészt magasabb árakon dolgoztak a háziorvosok, fogorvosok, szakorvosok és a többi egészségügyi dolgozó is. [12] A gyógyszervásárlásra fordított kiadások 8,3%-kal nőttek egyetlen év alatt, az idősödő népesség, valamint az újabb és drágább gyógyszerek növekvő fogyasztása miatt. [13] A kormány elhatározta a költségvetés megnyirbálását. Az egészségügy területén a szolgáltatási alapsomaghoz tartozó egészségügyi szolgáltatások körét, nagymértékben szűkítette. Több gyógyszert (koleszterinszint csökkentő termékek, fájdalomcsillapítók, pszichiátriai gyógyszerek) töröltek a támogatott listáról és néhány szolgáltatást csak részben fedez majd az alapbiztosítás (például háziorvosi vizsgálat, fogászati kezelések felnőtteknek, sebészeti beavatkozások). [12] 2003 augusztus elsején a „De Geus szabály”-t (De Geus a jelenlegi egészségügyi miniszter) vezették be, mely a gyógyszertárak, gyártóktól kapott árengedményei és jutalékai egy részét (40%-át) akarta lefölnözi, azaz próbálta korlátozni. A hír hatására, sok gyógyszerész kivonult a piacról. [13]

A 2002-ben elköltött 52 milliárd euró több mint egyharmadát (17,5 milliárd eurót) idősök és fogyatékos betegek gondozását ellátó otthonokra fordították. [12]

2.3. Egyesült Királyság

Angliát gyakran nevezik az állami egészségügy hazájának. Valóban hosszú múltra tekinthet vissza az állami egészségügyi-szociális gondoskodás. Mielőtt állami felelősség lett, a britek körében általánosan elfogadott volt, hogy az egészségügyi ellátás nem olyan jószág, mint a fogyasztási javak általában, hiszen van morális dimenziója is. Az orvosok a szegényeket ingyen gyógyították, a kórházak, és a doktorok némelyike a páciens jövedelmi helyzetétől függően állapította meg az árakat, különböző egyesületeket, társaságokat alapítottak a szegények számára, ahol adományokból fedezték a gyógyítási költségeknek azt a részét, melyet a szegénysorból származó betegek nem tudtak kifizetni [1].

Az 1601. évi szegénytörvény hatályba lépése után, azonban közpénzből fedezték azoknak a betegeknek a gyógyítását, akik nem tudtak fizetni, és akiknek ellátatlansága veszélyeztette volna a közösséget. Ez a törvény a helyi önkormányzatokhoz telepítette a szociális és egészségügyi igazgatást. Az önkormányzatok jellemzően építési szabályokkal, élelmisznormákkal és hulladékkezeléssel foglalkoztak [2]. Mintegy két évszázaddal később, az 1834-es szegénytörvény (Poor Law) megalkotása (az 1601-es törvény módosítása) áttörést jelentett, Jasay szerint ez rakta le a modern nyugati jóléti állam alapjait [3]. Az új törvény jelentősége abban állt, hogy az állam saját szakembereire ruházta át a helyi hatóságokról az adminisztratív felelősség jó részét, hiszen a törvény értelmében, kötelező volt szociális gondoskodásért felelős hivatali apparátus (és intézményrendszer) felállítása. Több parish összevonásával area-kat hoztak létre, amelynek élére az ún. Board of Guardians-t (helyi szegénygondozó hivatal) állították. A 19. század derekán azután Edwin Chadwick, vezető egészségügyi szakember és hivatalnok kezdte kiépíteni a kormányzati kapacitás ilyen formáját. 1848 és 1890 között 17 olyan törvény született, amely érintette az egészségügyi közellátást. Az 1848-as közegészségügyi törvény (Public Health Act) nyomán létrehozták az Általános Egészségügyi Hivatalt (General Board of Health) és az országot 670 közegészségügyi körzetre (Local Health District) osztották. (A körzetek helyi adókat vetettek ki és tisztiorvost neveztek ki.) A hivatal 1854-ben feloszlott, de 1871-ben összevonták a szegényügyi és az egészségügyi hatóságot és felállították az ún. helyi önkormányzati hivatalt (Local Government Board) (ebből alakult meg azután, 1919-ben az Egészségügyi Minisztérium). Az 1875. évi közegészségügyi törvény fektette le a modern közszolgáltatás alapjait. Megváltoztatta a területi felosztást, városi (urban), valamint vidéki (rural) egészségügyi hatóságokat (Sanitary Authority) hozott létre, amelyek azután az 1894. évi

helyi önkormányzatokról szóló törvény alapján kialakított district, azaz járási önkormányzatok hivatalának az alapját képezték. A századfordulóig az ivóvízellátás, a hulladékgazdálkodás, a közutak takarítása, a munka- és életkörülmények, valamint a személyes higiénia területén érték el sikereket. A közegészségügyi szolgáltatásokat a helyi orvosi, egészségügyi hatóságok (Medical Offices of Health) nyújtották [2]. Atkinson szerint ezen előzmények tették lehetővé a későbbi - hozzájáruláson alapuló - társadalombiztosítási rendszer 1911-es bevezetését [4]. A szociális juttatások eleinte csak a munkanélküliek támogatására és táppénzfizetésre terjedtek ki. Az 1920-as évektől azután rendre új törvényeket alkottak és léptettek életbe, 1925-ben a nyugdíjbiztosítási-, 1934-ben a munkanélküliségi-, 1940-ben az öregségi és özvegyi nyugdíjak kiegészítéséről, majd 1942-ben a családi pótlék bevezetéséről szóló törvényt.

Az **1913-tól működésbe lépett betegségi munkásbiztosítás** kiterjedtebb lett, mert magasabb jövedelmi határt szabtak a kötelező részvételre, így a középrétegek (például tisztviselők) is bekerültek. Ugyanakkor a családtagokra nem terjedt ki a fedezet, nekik fizetniük kellett teljes ellátási költségeiket, amennyiben igénybe vettek valamely szolgáltatást. A század első felében az alapellátás két szinten zajlott. A háziorvosok (general practitioner = GP) egyéni vállalkozókként működtek és az orvosi gyógykezelés, valamint a szülészeti ellátás volt a feladatuk, a helyi önkormányzatok, pedig egészségnevelő és megelőző szolgáltatásokat nyújtottak, helyi adókból finanszírozva. A mai értelemben vett **fekvőbeteg ellátás a 19. század második felében** jelent meg Angliában, amikortól négyféle kórház volt jelen: néhány vidéki háziorvos (GP) összefogásával létrehozott kis fekvőbeteg ellátó egységek (cottage hospital), magánkórházak (voluntary hospital), melyet önkéntes hozzájárulásokból finanszíroztak, oktató kórházak (medical school), ahol orvostanhallgatók gyakorolhattak, és állami és helyi önkormányzatok által működtetett kórházak, melyek a legnagyobb terhet viselték. Ez utóbbiak eleinte csak a nagy szociális ellátó gépezeten belüli részlegként, szegényházi kórházként működtek. A 20. század elejére azonban már igazi nagy tömegkórházakká váltak. Az 1929. évi önkormányzati törvény nyomán, ezeket a kórházakat a helyi önkormányzatok irányítása alá helyezték, de központi állami források fedezték a költségek 40%-át. A magánkórházakkal folytatott versenynek az lett a következménye, hogy azok, a közkórházakra hagyták a nem kifizetődő, illetve túl költséges betegek ellátását (fertőző betegségek, daganatos betegek kezelése) így azután a súly egyre inkább a közkórházak felé tolódott el. A második világháború előtt a kórházaknak, már mintegy kétharmada helyi önkormányzatok által fenntartott intézmény volt [2].

A háború alatt az állami Emergency Medical Service látta el a feladatokat és 1942-ben a Beveridge bizottság univerzális lefedettséget adó, állami társadalombiztosításra, az esetleges hiány költségvetési finanszírozására és egy mindent irányító állami szervezet létrehozására tett javaslatot.

A National Health Service (a továbbiakban NHS) (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) törvény elfogadása nyomán 1948-ban megkezdte működését a NHS. A törvény alapján az államnak kollektív felelőssége az egészségügyi ellátás megszervezése és működtetése. Különös hangsúlyt fektettek a hozzáférési lehetőségek egyenlőségére, arra, hogy az egész népesség ingyenesen vehesse igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat [5]. Az NHS előtt, a lakosság több mint felének – elsősorban nőknek, gyerekeknek és időseknek – nem volt egészségbiztosítása. Az új rendszer, olyan központi adókból finanszírozott, állami tulajdonú és irányítású kórházakra épült, amelyben a kórházi orvosok és nővérek alkalmazottként dolgoztak a kormányzat által meghatározott törvényi, szabályozási keretek és feltételek között [6]. A kórházakat államosították, ami ellen a szakmabeliek erőteljesen tiltakoztak. A háziorvosok (GP-k) szakmai autonómiájuk elvesztésétől féltek (a helyi hatóságok ellenőrzése alá vonták őket). Olyan egyezség született, hogy a GP-k, mint függetlenek gyógyíthatnak tovább (egyéni vállalkozókként), de szerződésben a NHS-szel. Szolgáltatásaik árát nem ők határozták meg, hanem fejkvótát kaptak. A kórházi és a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok közalkalmazottak lettek, cserébe azonban több lehetőséget kaptak alkalmazási feltételeikbe való beleszólásra, valamint azt is lehetővé tették számukra, hogy kórházi munkájuk mellett magánpraxist is fenntartsanak. A helyi önkormányzatok felelőssége csökkent, a kötelező védőoltásokra, védőnői hálózat működtetésére, szülésznők (bábák) tevékenységének ellenőrzésére, rokkantak és elmebetegek ellátására korlátozódott.

Az 1950-es években óriási nyomás nehezedett a kórházakra azt követően, hogy a kereslet számottevően növekedett (új szükségletek, új biztosítottak) és jelentősen meghaladta a rendelkezésre álló finanszírozási keretet. Új kórházakat alig építettek, csupán a meglévőket korszerűsítették. 1948 és 1953 között a fekvőbetegek száma évi 100–200 ezerrel nőtt és kialakultak a várólisták (közel 500 ezer fő). A közalkalmazott orvosok 1948-ban megállapított fizetésének értéke fokozatosan csökkent az indexálás elmaradása miatt és 1955-ben már 24%-os béremelést követeltek. A háziorvosok átvették a betegek irányítását, kialakult az ún. „gate-keeper” (kapuőr) funkciójuk, melynek lényege, hogy csak a GP-k által kiállított beutalóval mehettek a betegek szakorvoshoz, vagy kórházba [7]. Kidolgozták, és 1962-ben életbe léptették, az ún. Hospital Plan-t (kórházi tervet), melynek koncepciója a

területi általános kórházak ellátásban való központi szerepén nyugodott, azaz a tervezést helyezte előtérbe (például hat-nyolcszáz kórházi ágyat irányzott elő 100-150 ezer lakosra és számos új finanszírozási formára tett javaslatot) [5].

1971-ben jövedelemigazoláson alapuló társadalombiztosítási rendszert vezettek be.

Az 1973-as NHS törvény (National Health Reorganization Act) egy új, hierarchikus irányítási és ellenőrzési rendszer kiépítését hozta. Ez voltaképpen három irányítási szintet jelentett; a hierarchia csúcsán állott az Egészségügyi Minisztérium, alatta a regionális egészségügyi hatóságok (RHA, Regional Health Authority), amelyek viszont irányították azt a mintegy 90 járási egészségügyi hatóságot (DHA, District Health Authority) amelyeknek feladata volt az általános kórházak működtetése. Ahogy haladtak előre a hetvenes évek, lassanként kiderült, hogy ez a rendszer rendkívül nehézkes, nagy adminisztrációs terhet jelent, költséges és ráadásul az olajválság nyomán kibontakozó recesszió együtt a jóléti ellátások korábbi kiterjesztésének gyakorlatával, hatalmas nyomást gyakorol az NHS költségvetésére. **1979 nagy fordulatot** hozott Angliában, amikor **Margaret Thatcher** konzervatív kormánya került hatalomra. A kormány radikális gazdasági és társadalmi reformok mellett kötelezte el magát, nagyszabású privatizációs programot indított, mivel úgy vélte, az ország gazdasági nehézségeit a közkiadások magas szintje és az erőteljes állami részvétel okozza. A jelentős reformok nem kerültek el az egészségügyet sem, felszámolták a bürokratikus hierarchiát. Az elképzelés az volt, hogy egyrészt **egyszintű egészségügyi hatóságot** hoznak létre, amely átvenné mind a régiók, mind a járások funkcióit, másrészt a **korábbi allokációs rendszert** megreformálnák, úgy, hogy jobban figyelembe vennék a területi egyenlőtlenségeket. Ez utóbbit oly módon képzelték el, hogy a kizárólag az előző évi költségvetésből (bázisszemlélet) kiinduló elosztást felváltotta volna egy olyan forrásmegosztás, amely az ún. „elfogadható egészségügyi igényeken” alapul és figyelembe veszi az egyes régiók eltérő szükségleteit. A rendelkezésre álló források elosztásához súlyozott fejkvóta alapján való finanszírozási rendszert vezettek be, melyben a súlyt a régiók lakosságának számával, korával, nemek szerinti összetételével, valamint morbiditási szintjével kiigazított egészségügyi kereslete adta. Ez a forma még ma is fontos alapját képezi a források NHS által történő szétosztásának. 1982-ben, végül 192 járási egészségügyi hatóságot (District Health Authority) állítottak fel és abban az évtizedben az elsődleges ellátás jóval kevesebb figyelmet kapott, mint a fekvőbetegekről való gondoskodás. Alapvető szervezeti változások nem történtek az NHS struktúrájában. A '80-as évek végére, a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások 6–6,5%-ra emelkedtek, a betegek ellátása alacsony színvonalú volt, hosszú várakozó listák alakultak ki, az egészségügyi intézmények döntően

állami tulajdonúak voltak (a magánszektor részaránya nem érte el a 10%-ot), és még mindig az államra hárult a hármas szerep: irányítás, szolgáltatásnyújtás és finanszírozás. Adóalapú finanszírozással, a központi költségvetés viselte a költségek közel 90%-át. Egészen 1990-ig úgy történt a finanszírozás, hogy az előző évi költségvetés alapján állapították meg a keretet, amelyet azután a DHA-k osztottak szét. Az orvosok nagy része fix fizetésért dolgozott (kivéve az alapellátásban, valamint a magánbiztosítóknál tevékenykedőket). A háziorvosok (GP-k) finanszírozása vagy fejkvóta, vagy fee-for-service alapon történt.

1987-ben, Thatcher elhatározta az NHS felülvizsgálatát, mégpedig saját elnöklete alatt. Ennek volt az eredménye az „NHS és közellátási törvény” (NHS and Community Care Act) alapján elindított **1991. április 1-jei reform: a „belső” vagy „kvázi” piac intézményének bevezetése**. Ennek lényege az volt, hogy alapvetően állami keretek között kellett szimulálni a piacot. **Szétválasztották a szolgáltatás előállítóit és vásárlóit**. Az egészségügyi szolgáltatók az NHS intézményei voltak, amelyek innen kezdve versenyeztek a vásárlók kegyeiért, hogy velük kössenek szerződést. A szolgáltatás vásárlói a korábbi egészségügyi hatóságokat lassan felváltó GP fundholderek lettek. Az új **GP fundholding rendszer** lényege az volt, hogy lehetővé tették háziorvosok (GP-k) számára a csoportokba tömörülést, azaz úgynevezett fundholdingok létrehozását. Ezek a GP fundholderek betegek számára megvásárolták a másodlagos (szakorvosi és kórházi) ellátási szolgáltatásokat és ezért fejkvóta rendszerű finanszírozásban részesültek az RHA-tól. Így azután az állami szolgáltatók (kórházak, klinikák, szakorvosi rendelők) piacon kínálták szolgáltatásaikat, versenyeztek egymással, a fundholderek, pedig a piacon vevőként léptek fel és egyedileg alkudták ki az árakat. Az ármegállapítás, tehát alkumechanizmus alapján zajlott. Igaz ugyan, hogy mind a vásárló (GP-k), mind a szolgáltató állami maradt (a piac szereplőinek, mintegy 90%-a) és hiányzott a valódi tulajdonos, mindazonáltal sikerült a versenyt, a piaci mechanizmusokat integrálni a rendszerbe és ezáltal ösztönzőket beépíteni, amelyek a hatékonyság növelésére, a költségek csökkentésére sarkallták a feleket. Az új rendszer a háziorvosokat érdekeltté tette azon szolgáltatóktól való vásárlásra, amelyek a legalacsonyabb áron, a leghatékonyabbnak bizonyultak. A kórházaknak sem volt ellenére ez a forma, mert egyedileg kialakított díjat kaptak a különböző szolgáltatásokért az egyes GP csoportoktól. A kórházak, ún. „trust” formákká alakulhattak át, azaz olyan testületekké, amelyek vegyítették a tulajdonosi és a menedzsmenti funkciókat. A GP-k, döntően alkalmazottak voltak, kivéve azokat, akik vállalkozási formában működtek, szerződéses kapcsolatban az RHA-val, vagy az FHSA-val (Family Health Service Authority) attól függően, hogy fundholding rendszerben, vagy a

hagyományos szisztémában gyógyítottak. A változás legfontosabb elemei tehát az alábbiak voltak:

- piaci alkumechanizmus bevezetése állami keretek között (belső piac);
- mind a szolgáltatások előállítója, mind megvásárlója az állam maradt (hiányzott a valódi tulajdonos);
- továbbra is a tervezést és nem a versenyt tekintették a legfontosabb tényezőnek.

1992-ben bevezették a PFI-t (Private Finance Initiative), mint olyan biztosítási formát, mely **magántőkét** von be az egészségügybe. Ez azonban fájdalmas következményekkel járt (a magántőke 15–25%-os hozamelvárásai miatt): a kórházi ágyak száma 30%-kal, a munkaerőre fordított források 25%-kal csökkentek [6].

1994-ben az RHA-k számát, a korábbi 14-ről 8-ra csökkentették és NHS Regionális Végrehajtó Irodákká (NHS Executive Regional Offices) alakították át.

1996-ban, összevonásra kerültek a FHSA-k és DHA-k és Health Authority (Egészségügyi Hatóság) néven olvadtak össze. A GP fundholdingoknak addigra több válfaja keletkezett, az ún. Multifunds, például olyan konzorcium volt, melyben sokfajta praxis képviseltette magát, a Total Purchasing Pilots, pedig tagjainak bármilyen szolgáltatást vásárolhatott és a taglétszáma 12 és 80 ezer között mozgott. A GP fundholdingok száma rendkívül dinamikusan nőtt. Míg 1990-ben 294, addig 1998-ban már 3500 működött szerte az országban. A NHS trust-ok (állami /köz/kórházak) – melyeknek vásárlói a DHA-k és a GP-k voltak – versenyeztek szerződések elnyeréséért, klinikai szolgáltatások nyújtására.

Az elmúlt két évtized alatt, a költségek lefaragására és a piaci erők általi hatékonyságnövelésre tett szakadatlan erőfeszítések, drasztikusan erodálták az angol univerzális egészségügyi ellátás ígértét. A központi adókból való finanszírozást lassanként aláásták, ráadásul a költségeket és kockázatokat egyre inkább áthárították a betegekre. A brit lakossággal, 1948-ban kötött „szerződés”, lassanként szertefoszlott. A célok közül csak egyet érték el, a szinte teljes ingyenességet. A **Munkáspárt** ellenzékben éles kritikákkal illette a belső piac intézményét. Azzal érveltek, hogy ez a társadalom kettészakadásához, egyenlőtlenséghez, növekvő bürokráciához és az elszámolhatóság hiányához vezetett. **1997-es kormányra kerülésük** után, azonban ugyanazt a privatizációs utat folytatták, amit Thatcher megkezdett. **Eltörölték a GP fundholdingokat** (azok minden formáját) és **PCG-kkel** (Primary Care Groups) helyettesítették azokat. A PCG, háziorvosok csoportja volt, minden GP abban a földrajzi régióban (körzetben) dolgozott, ahova tartozott. A PCG-k, a korábbi fundholdingoknál sokkal nagyobbak (50–250 ezer tag) lettek. A terv szerint szorosabb együttműködést képzeltek el a PCG-k és a helyi hatóságok között, az NHS

trustoknak, pedig továbbra is szolgáltatások nyújtása maradt volna a feladatuk, de a rövid távú szerződéseket hosszú távúra cserélték volna. A szolgáltató és vásárló közötti viszonyban a piaci verseny helyett nagyobb súlyt helyeztek az együttműködésre. A korábbi DHA-k utódai, a **Health Authority-k** (Egészségügyi Hatóság) **feladata a stratégiai tervezés** lett.

2000-ben a Blair kormány egy 10 éves reformprogramba kezdett, melyet „NHS Plan”, azaz NHS tervnek nevezett el. Gyakorlatilag folytatták a toryk által megkezdett piacorientált, üzleti szemléletű utat. Úgy gondolták, hogy teljesen mindegy, hogy ki a szolgáltató, ha az állam fizet, és így azután nem vették figyelembe a magánszektor extra profitigényeit, úgy vélték, hogy majd a hatékonyság növekedése ellensúlyozza azt. A terv, az alábbi főbb elemekből állt.

- ✓ a magán kórházaknak és klinikáknak engedélyezték évi 150 ezer beavatkozás elvégzését állami finanszírozással (például csipőprotézis beültetése, szürkehályog operációk, sérvműtétek stb.);
- ✓ engedélyt adtak NHS kórházak működtetésére közösen, valamely NHS szervezettel;
- ✓ 8 magánbiztosító (többek között a BUPA, BMI, Capió, Interhealth Canada, Serco Group, Quo Health) számára lehetővé tették olyan állami kórházak megszerzését, amelyek nem voltak a kormányzat szigorú intézkedéseinek célpontjai;

A magánbiztosítók legtöbbje, egyébként az 1980-as évek végén, 1990-es évek elején kezdte meg működését, 1996-ban már 25 (7 non-profit és 18 üzleti) kínálta szolgáltatásait. A nyolc kedvezményezett biztosító korábban nem, vagy nem ekkora kórházat működtetett. Az „NHS trust” mérete hozzávetőlegesen tízszerese volt egy tipikus magánkórházénak. A kórházak, felszabadulva a NHS ellenőrzése alól, szakítottak a korábbi tárgyalásos, alkumechanizmusos ármegállapítással és saját maguk határozták meg áraikat, aminek eredményeképpen jelentősen megnöttek a kórházak közötti különbségek a bérek és a gyógyítási munka feltételei tekintetében. Valószínűleg fokozódni fog a nyomás új források felkutatására és bevonására. Az NHS kórházak egy része, már most is ezt teszi, amikor privát ágyakat létesít, területének egy részét bérbe adja, bizonyos szolgáltatások előállításának jogát eladja stb.

- ✓ új szabályozókat alakítottak ki a kereslet visszafogására;

Minden gyógyszergyár számára – az NHS-nek való értékesítésük tekintetében – célprofitot állapítottak meg és az NHS részlegeként felállították a NICE-t, melynek feladata lett az orvosi technológia értékelése (elsősorban az új és drága eljárások, technológiák és gyógyszerek) és ajánlás megfogalmazása bizonyos gyógyszerek és gyógykezelések használatára, vagy alkalmazásuk elutasítására.

- ✓ a törvénykezés segítségével újradefiniáltak bizonyos NHS ellátásokat (például az idősök gondozása, korábban az állami egészségügyi ellátás része volt, a terv szerint, azonban már egyéni gondozásnak nevezték);
- ✓ új szabályozó testületeket állítottak fel a privatizáció elősegítésére és továbbra is adókból gondolták finanszírozni a rendszert.

Az várható, hogy az önkormányzatok, ahogy idővel majd egyre kevésbé fogják tudni viselni a pénzügyi terheket, fokozatosan a betegekre fogják áttérhelni a költségek mind nagyobb hányadát. Nincs olyan ország, amely piaci úton, for-profit szolgáltatókkal igazságos és kielégítő egészségügyi ellátást tud biztosítani állampolgárainak. Sok kormány a brit modellt szeretné követni, és ennek megfelelően alakítja át egészségügyi rendszerét. Ezek a kormányok és polgáraik most megütközve látják, hogy ha a piac beteszi a lábát az egészségügybe, akkor az ellátáshoz való hozzájárulás véletlenszerű lesz, mégpedig helyi szintű döntéshozatalok nyomán.

2.4. Egyesült Államok

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere a piaci modell egyik tipikus példája. A piaci modell alapvetően liberális értékeken alapul, tehát itt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást az egyének preferenciája és fizetőképessége határozza meg. Az állami beavatkozást a lehető legteljesebb mértékben korlátozzák, mert úgy tartják, hogy az rontja a hatékonyságot és korlátozza a betegek, valamint az orvosok szabadságát. Ebben a modellben a magánbiztosítás a legelterjedtebb forma és az, valamint a betegek közvetlen kifizetései (a költséghozzájárulás, co-payment) jelentik a fő finanszírozási forrást. A szolgáltatók nagyrészt magánkézben vannak. A kormányzat csak a legrászorultabbakat segíti valamilyen állami egészségbiztosítási programmal. [1]

Ha néhány szóban kellene jellemezni, azt mondhatnánk, hogy az amerikai a legdrágább, legpiacibb, leginkább magánbiztosításra épülő, de közel sem a leghatékonyabb rendszer. Az amerikai egészségügyi rendszer erősen decentralizált, nincs egyetlen központ alá rendelt hierarchikus-bürokratikus szervezet, amely szabályozna és végrehajtaná a szabályozást. Az egészségügyre fordított kiadások (egy főre vetítve) régóta itt a világon a legmagasabbak. Az összes egészségügyre fordított kiadás a nyolcvanas évek közepét követő egy évtized alatt megduplázódott, 2001-re, pedig már elérte az 1300 milliárd \$-t, a GDP mintegy 13%-át. [2, 3]

Az USA-ban, az **egészségügyi költségek fedezetére szóló biztosítások kezdete a múlt századra tehető**, amikor eleinte csak a **kockázatok szűk körére** vonatkozott, (például gőzhajó- vagy vonatbaleset miatt felmerült orvosi kezelési költségek), később azonban már **meghatározott betegségekre** (például tifusz, skarlát, cukorbetegség) is kiterjedt. A **fejkvóta** intézménye és az **üzleti alapú gyógyítás**, azonban már a **20. század előtt** létezett. Olyan ágazatokból indult el és terjedt tovább, amelyek izolált területeken működtek (például vasútépítés, fakitermelés) ezért dolgozóik nem tudtak volna másképpen egészségügyi ellátáshoz jutni. Néhány vállalat maga épített és működtetett kórházakat, melyekben a vállalat alkalmazásában álló orvosok illetve személyzet dolgozott. Az 1900-as évek elején az USA-ban, az ún. szerződéses (üzleti) egészségügyi ellátás volt az általánosan elterjedt és sokféle szervezet vett benne részt (vállalkozások, szerzetesrendek, hajléktalanokat befogadó intézmények). Ez az ellátási forma eredetileg orvoscsoportokból állt, akik fix havi díjért szinte mindenre kiterjedő, átfogó szolgáltatást nyújtottak. Az egészségi állapottól függetlenül állapították meg a díjakat, mindenki számára azonos összeget. Nem sokkal ezt követően a szövetségi és helyi önkormányzatok is szerződéseket kötöttek alkalmazottaik egészségügyi ellátására. A szervezett ellátás fejlődését – melyet támogattak a munkásmozgalmak, Henry J.

Kaiser nagyiparos (a későbbi Kaiser's Foundation alapítója), valamint a betegek is – az erős orvosi lobby akadályozta meg, amelynek érdeke volt, az úgynevezett szerződéses gyógyítás fenntartása, hiszen így nem került közvetítő a beteg és az orvos közé és senki sem felügyelte, vagy szólt bele abba, hogy hogyan gyakorolják hivatásukat az orvosok. Az 1920-as években és az azt követő néhány évtizedben is, olyan – a szereplők számára – ideális rendszer működött, melyben a beteg közvetlenül fizetett az ellátásért, a döntéseket, pedig közösen hozta az orvossal, figyelembe véve a költségvonzatot, hiszen neki magának kellett viselni a felmerülő kiadásokat.

Az első problémák, a nagy világgazdasági válság idején jelentkeztek (majd később, a második világháború után erőteljesebben), amikor sok beteg fizetéseképtelenné vált ezzel csődhelyzetbe juttatva a kórházakat és egyéb szolgáltatókat. Az óriási pénzügyi nyomás súlya alatt **a kórházak a törvényhozóknál kezdtek lobbyzni a biztosítóintézetek** (akkoriban még csak a Blue Cross létezett) **legalizálása érdekében**. Az orvosok morális fenntartásainak lecsillapítására, a „Blue Cross”-t és később a Blue Shield”-et non-profit, szolgáltatás-orientált biztosító szervezetként hozták létre. A szolgáltatás-orientált azt jelentette, hogy a „Kékek” nem szóltak bele a gyógyításba, fee-for-service (teljesítmény) alapon fizettek és helyi vezetőségeikbe több helybeli orvost, és kórházi adminisztrátort ültettek [4]. A „Kékek” voltak az első egészségbiztosítással foglalkozó szervezetek, a mai Blue Cross Blue Shield Association elődei. A Blue Cross-t („Kék Kereszt”) 1929-ben alapította egy dallasi egyetemen Ford Kimball. Havi 50 cent befizetés ellenében, a tanároknak évi, legfeljebb 21 nap kórházi ellátást garantált. A Blue Shield („Kék Pajzs”) gyökerei a 20. század fordulójára nyúlnak vissza, amikor is fakitermelő telepek és bányák tulajdonosai a Csendes-óceán északnyugati partvidékén egészségügyi ellátást szerettek volna biztosítani dolgozóik számára. Havi járulékot fizettek az ún. orvosi szolgáltató irodáknak (ezek orvos-csoportokból álltak) és ez a járulék, csak az orvosi szolgáltatások díjainak fedezetére szolgált. Ez vezetett el azután az első Blue Shield biztosító megalapításához 1939-ben, Kaliforniában. 1948-ban már kilenc biztosító tartozott hozzá, majd 1982-ben egyesült a „két kék”, és így jött létre a „Blue Cross and Blue Shield Association”. Ez az óriás ma közel 90 millió amerikai állampolgár egészségbiztosítója, 42 tagszervezettel rendelkezik, mind az 50 államban, valamint a DC-ben és Puerto Ricóban is jelen van, saját vagyona közel 23 milliárd dollár, alkalmazottai száma több mint 150 ezer, bevételei 2000-ben 126 milliárd dollárra rúgtak, és az amerikai kórházaknak 80, az orvosoknak, pedig 90%-a elfogadja az általa kibocsátott kártyát [5].

Ez a rendszer olyan jól működött, hogy az orvosok hamarosan támogatni kezdték **magán biztosítótársaságok** megalapítását, feltéve, ha azok készek voltak a „Kékek” által felállított

normákat követni. Olyan népszerűvé vált az egészségbiztosítás, hogy a háború alatti szigorú ár- és bérellenőrzés ideje alatt, a vállalatok – magasabb bérek helyett – ezt nyújtották dolgozóiknak. **A háború után**, a szakszervezetek követelték, hogy a **munkáltatók, juttatásként, vásároljanak egészségügyi biztosítást dolgozóiknak**. Az állam olyan adótörvényekkel támogatta ezt, amelyek rendkívül kedvezővé tették a munkaadók számára ezt a juttatási formát. Ez az adópolitika, gyökeres változást jelentett az egészségügy finanszírozás szempontjából, hiszen így az állam is bekerült a finanszírozók körébe. Néhány éven belül, a munkavállalók többsége olyan – munkáltatója által fizetett – egészségügyi biztosítással rendelkezett, amelyet erősen támogatott a szövetségi kormány is.

Az **1960-as évektől a szövetségi kormány közvetlenül** is részt vállalt a finanszírozásból a **Medicare** és a **Medicaid** megalapítása és működtetése által. (Erről részletesen kicsit később.) Az 1960-as 24%-os állami finanszírozási részarány 1990-re 40%-ra nőtt és ez eladósodáshoz vezetett. 1930 és 1980 között a tradicionális, üzleti (indemnity) biztosítók uralták tehát az egészségbiztosítási piacot [6]. **A 20. század második felében** működő rendszer, az orvosok és betegek számára egyaránt közel tökéletesnek tűnt. Miközben a betegek teljes szabadságot élveztek az orvos-, illetve kórházválasztás tekintetében, és senki sem szólt bele kívülről az orvos–beteg viszonyba, valaki más fizette a számlát. Szinte teljes mértékben elvált egymástól a finanszírozás és a szolgáltatások nyújtása, valamint igénybe vétele. Ez voltaképpen két dologhoz vezetett: egyrészt ahhoz a mítoszhoz a virágzásához, mely szerint mindenkinek a lehető legjobb ellátást kell nyújtani (ez pedig határtalan keresletet teremtett), másrészt a gyógyászati – ipari komplexumok fejlődésének elősegítéséhez, azaz drága gyógyszereket és költséges technológiákat kezdtek egyre inkább alkalmazni. Az orvosok meg akarták védeni magukat a versenytől, a piaci hatásoktól, a hatékonysági kényszertől, ezért minden lehetséges eszközt felhasználtak a szakmát érintő döntések, a praxisok, de még a szakorvosi tevékenység szabályozásának befolyásolása érdekében is. Az orvosok és betegek határtalan kereslete egybeesett a gyógyászati ipar várakozásaival és ez egy soha nem látott **költségnövekedési spirálhoz** vezetett. Pontosan lehetett látni, hogy a finanszírozók előbb–utóbb lehetőségeik határához érnek és nem lesz többé fenntartható ez a rendszer.

Az 1960-as, 70-es években, mind a munkáltatók, mind a kormányzat felismerte, hogy baj van. Először **Nixon tett javaslatot az 1970-es években, az egészségügyi rendszer gyökeres átalakítására**, de – akárcsak húsz évvel később Clintoné – próbálkozása kudarcba fulladt, a leginkább ellenérdekelte csoportok (kórházak, orvosok, gyógyszergyárak, biztosítók) áldozata lett. A Nixon kormányzat az ellátást végző orvoscsoportokat (Pre-paid group practice plan) átkeresztelte Egészségfenntartó Szervezeteknek (HMO, Health Maintenance Organizations)

és az erre vonatkozó törvényt 1973-ban fogadták el. Azonban akkor, még nem sikerült az irányított betegellátási formát jelentős mértékben kiterjeszteni, mert az állami programokban résztvevők szinte teljesen kimaradtak ebből. A nixoni reformkísérlet bukását követő két évtizedben, csak nagyon óvatos előrelépések történtek az egészségügyi kiadások ellenőrzése, csökkentése irányába. A költségek drámai módon emelkedtek, különösen a 70-es–80-as években. Megfélékezésekre különböző módszerek bevezetésével tettek kísérletet.

Különösen nemzetközi összehasonlításban, még jelenleg is igen magas a magántulajdonú kórházak aránya. Ezek többsége olyan non–profit kórház, amely egyházak, alapítványok, illetve nem-állami egyetemek tulajdonában van. A tulajdonviszonyok nem merevedtek meg az idők során, több kórház tulajdonosa változott, például közkórházból, non–profit kórházzá lett. A hetvenes évek vége és 1984 között a profitra dolgozó kórházi láncok, mintegy 180 közkórházat vettek saját kezelésbe, és a kórházi funkciók közül számosat vállalkozásba adtak ki (könyvelés, ételmezés, karbantartás, gyógyszer-tár és mosoda működtetése stb.) [7]. Mint az alábbi kis táblából is kiolvasható, csökkent a nyereségérdekelt kórházak száma, ugyanakkor a közkórházak aránya nőtt, de még mindig nem érte le a 30%-ot sem. A köz-és privátkórházak, 40%-ban szövetségi vagy helyi állami tulajdonban voltak. A kórházakban sajátos redisztribúció ment végbe. Amit a biztosítottaktól és az egyedileg fizető betegektől kaptak, abból részben fedezték azokat a kiadásokat, melyeket a nem biztosítottakra, illetve a kutatásokra fordítottak. Ezt nevezték keresztfinanszírozásnak (**cross-subsidy**).

Kórházi struktúra az USA-ban 1980-1993

	1980		1993	
	Db	%	Db	%
Non-profit kórház	3554	49,8	3274	54,4
For-profit kórház	2248	31,5	1051	17,5
Közkórház	1337	18,7	1690	28,1
Összesen	7137	100	6015	100

Forrás: Kornai János Az egészségügy reformjáról

A költségek lefaragása érdekében **1983-ban a kórházaknál bevezették a fix áras diagnóziscsoportokon alapuló térítési rendszert** (tehát nem a tényleges költségeket térítették, hanem a diagnózis alapján egy előre megállapított díjat), de ez felülkódoláshoz vezetett, így tovább nőttek a kórházi költségek, tovább nőtt a kórházba felvettek száma, mert ez alapján fizettek. Az állami programok költségeinek főkentartására a DRG-vel (Homogén Betegség Csoport) kísérleteztek. Miután az orvosokat fee–for–service alapon finanszírozták, az orvosok érdekeltek voltak sok tevékenység elszámolásában. (Ezt váltotta fel később a managed care capitation payment, azaz a fejkvóta rendszer). Több kisléptékű változtatást a

Kongresszus vitt keresztül – s mivel a Medicare-en keresztül maga is közvetlenül érintve volt az egészségügyi ellátásban – erőfeszítéseit legitimnek tekintette a társadalom. Abból a közgazdasági elméleti megfontolásból kiindulva, hogy a verseny leszorítja a költségeket, lassanként támogatni kezdték a verseny növelését, és fokozatosan visszavonták, **leépítették a HMO alakítás és a marketing törvényi, szabályozási korlátait.**

Amerikában sosem volt és ma sincs kötelező egészségbiztosítás, a legtöbb beteg gyógyítása, az ún. managed care (irányított betegellátás) rendszer keretei között történik. A managed care elvre épülő egészségbiztosítási formákat, mint korábban említettük, sokáig diszpreferálták (a szabályozási környezet segítségével). **1973-ban**, azonban a **HMO törvény** (Health Maintenance Organization Act) életbe lépése rendkívüli lökést adott e formák terjedésének, különösen a '80-as évektől nőtt erőteljesen a taglétszám. Míg 1985-ben a biztosítottak mindössze 20%-a vett részt valamely menedzselt biztosítási formában, 1988-ra, arányuk megközelítette az 58%-ot, 1993-ra meghaladta a 71%-ot, 2003-ban, pedig megközelítette a 74%-ot [8, 9]. Ha csak a **munkavállalók** biztosítási formák szerinti eloszlását nézzük, még erőteljesebben kirajzolódik, hogy milyen rohamosan nőtt a menedzselt formák népszerűsége. Ezt mutatja a következő táblázat.

Menedzselt ellátási formák (managed care) elterjedése az USA-ban

	A biztosított munkavállalók létszámának százalékában						
	1980	1987	1988	1989	1990	1992	1996
Nem menedzselt formák	92	41	28	18	5	4	3
Menedzselt formák összesen	8	59	72	82	95	96	97
HMO	8	16	18	17	20	21	33
PPO	–	11	11	16	13	26	26
POS	–	–	–	–	5	8	16
Más menedzselt formák	–	32	43	49	57	41	22

Forrás: Lewin–VHI, Managed care fact sheets

Nemcsak a privát, de az állami biztosítási programokban is egyre inkább használt forma lett a managed care, 2003-ban a Medicare biztosítottak 13,9%-a (1991-ben még csak 6%), míg a Medicaid résztvevők 57% – a (ugyanez 1991-ben 9%) a managed care formát választotta [9]. Glied szerint ezt a robbanásszerű növekedést a szabályozási és intézményi környezet tette lehetővé és az magyarázza, hogy ez a biztosítási forma tudott választ adni a piaci kudarcokra [8]. Az egészségügyi ellátás hagyományos formájával szemben, a **managed care** (irányított betegellátás) egy olyan komplex rendszer, amely a biztosítottak számára nemcsak fedezetet nyújt az egészségügyi ellátásra, hanem koordinálja és nyújtja a szükséges orvosi szolgáltatásokat. Magában foglalja a szolgáltatók kiválasztását és megszervezését, a

finanszírozási formák megválasztását és a szolgáltatások igénybevételének követését, ellenőrzését. Számos intézményi formája létezik és sokat változott az idők során, a leggyakoribb formák a HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organization), POS (Point of Services) vagy EPO (Exclusive Provider Organization) [6, 10].

A managed care formák legfontosabb közös jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze:

- a fogyasztás (szolgáltatások) ellenőrzése, a beteg útjának nyomonkövetése (erőforrás felhasználások értékelése és ellenőrzése, prospektív módon normák, irányelvek segítségével, engedély beszerzési kötelezettség előírásával, retrospektív módon kórtörténet alapján, a biztosítóhoz benyújtott számlák ellenőrzésével);
- szelektív szerződések kötése az egészségügyi ellátó intézményekkel szolgáltatások nyújtására;
- anyagi ösztönzők beépítése a szolgáltatók irányába;
- és végül korlátozott választási lehetőség a biztosítottak számára orvosok, kórházak és egyéb ellátó intézmények, személyzet között (saját lista) [11].

A kevésbé elterjedt managed care formákban, egyéb költségellenőrzési technikák találhatók meg, például kórházi felvétel előzetes engedélyeztetése a biztosítótársaság által, költséges betegek irányítása, orvosok beutalási gyakorlatának ellenőrzése, második szakorvosi vélemény (second opinion) kérése műtét előtt stb.

Az 1980-as években a magánbiztosítók és néhány esetben a munkaadók is kialakítottak koordinált egészségügyi hálózatokat a költségek leszorítása érdekében. A kis lépéseknek, azonban összességében nem voltak jelentős hatásai, hiszen a GDP arányában mért egészségügyi kiadások az 1970-es évekbeli 7,3%-ról, közel 13%-ra nőttek az 1990-es évekre. Clinton elnökké választása idején, már kritikus méretűre duzzadtak a kiadások. **Clinton**, választási ígéreteinek megfelelően, **kísérletet tett kötelező általános biztosítás és egyetemes jogosultság bevezetésére**. Három általános biztosítási formát terveztek: a HMO-t, a PPO-t és a fee-for service-t. Reformtervét illetően, a Clinton kormány kezdetben ellenségek helyett szövetségesekre talált a biztosítótársaságokban. A biztosítók azért támogatták a tervet, mert az egy új, széles piacot ígért számukra, azokat az egészségbiztosítás nélkül élő amerikaiakat, akiknek biztosítási díját – az elképzelés szerint – az állam fizette volna. Managed care alatt azonban két, homlokegyenest eltérő dolgot értett a kormányzat és a biztosítók. „Managed competition”-nak (irányított verseny) nevezték, ami voltaképpen szabályozott piacot jelentett: Clintonék érdekeinek megfelelően „szabályozott” rendszert, a biztosítók érdekei szerint, pedig for-profit, piaci alapú ellátást. Amikor azonban a biztosítótársaságok kezdték részletesen tanulmányozni a szöveget, olyan kitételeket találtak benne, amelyek egyáltalán nem tetszettek

nekik. Különösen azok a szabályok váltották ki ellenkezésüket, amelyek lehetetlenné tették az általuk hagyományosan kedvelt kibúvókat. [4] A reformmal szembeni fő ellenérv az volt, hogy a kiterjesztés nagy bürokráciával járna és ezzel együtt az adóterhek növekedésével, ami viszont összeférhetetlen az amerikai hagyományokkal: verseny, decentralizálás, egyéni választás, korlátozott állam, és alacsony adóterhek. [12] A **clintoni reformterv elbukott**, nem sikerült lépéseket tenni egy igazságosabb, univerzálisabb rendszer irányába. A költségek nem csökkentek, a lefedettség, pedig nem nőtt (a biztosítás nélküli lakosság aránya továbbra is 12-13% körül maradt). 2001-ben, **Bush és a Kongresszus vezető tagjai** (mindkét pártból) megfogalmazták szándékukat a **Medicare megreformálásra és a magánbiztosítás kiterjesztésére**, valamint minőségének javítására. Csökkenteni szerették volna azok számát, akiknek nincs magánbiztosításuk, és ki akarták terjeszteni a különböző szervezetek közötti választási lehetőséget, valamint az egészséget érintő döntések személyes kontrollját. [17] Mind az átfogó változtatás, mind az eredmény elmaradt. Ha a lefedettséget vizsgáljuk, azt látjuk, hogy, ma, a majd' 292 millió amerikai állampolgár közel 14–15%-ának (több mint 43 millió embernek) egyáltalán nincs egészségbiztosítása, és azért került ebbe a helyzetbe, mert vagy munkanélküli, vagy, ő, illetve munkáltatója túl szegény ahhoz, hogy biztosítást vásároljon. [9, 14] Vannak olyanok, akik úgy gondolják, hogy nincs szükségük rá, és vannak, akik szégyellnek bejelentkezni az állami segélyprogramba (Medicaid). A szakértők, jelenleg kétfajta biztosítási fedezet nélkül maradáshoz különböztetnek meg: a rövid- és a hosszútávút. A rövid ideig tartó biztosítatlanság többnyire munkahely változtatáskor szokott jelentkezni, tekintve, hogy az amerikaiak többsége munkáltatójától kapja, juttatásként egészségbiztosítását. Ha hosszú ideig biztosítási fedezet nélkül marad valaki, annak okai az alábbiak lehetnek: munkaadója nem fizet biztosítást, egészségi állapota nem teszi lehetővé, hogy biztosítást kössön a magánbiztosítási piacon, nem tudja a díjat fizetni (alacsony jövedelme miatt), válás, vagy haláleset miatt elveszti jogosultságát, vagy csak egyszerűn nem jogosult az állami biztosításra. Az Amerikai Nemzeti Családfelmérés (NSAF, National Survey of America's Families) 2002-es felmérése szerint 37 millió fő volt egészségbiztosítási fedezet nélkül, de további 12 millió fő számára, a felmérést megelőző 12 hónap során volt olyan időszak, amikor fedezet nélkül volt. Összesen, tehát 49 millió amerikairol volt szó, akik közül 26 millión egy évnél hosszabban, 12 millióan 6 és 11 hónap közötti időtartamra, további 11 millióan, pedig 5 hónapnál rövidebb ideig voltak egészségbiztosítási fedezet nélkül. [15] Az, hogy ilyen nagy arányú a biztosítatlan réteg, sérti a szolidaritás elvét, valamint a specifikus egalitárius érzést.

Ha az egész amerikai lakosság egészségbiztosításban való részvételét szeretnénk áttekinteni, akkor nem csak – a fejlett világban – példátlanul magas arányú lefedetlenséget kell, hogy megemlítsük, hanem az állami egészségbiztosítási programokban és a menedzselt formákban való részvételt is. Az aktív korúak hozzávetőlegesen 65-66%-át családtagjaival együtt a munkáltatója biztosítja, és 13%-a a népességnek közvetlenül magánbiztosítóval köt szerződést. 13% többszörös biztosítási fedezettel rendelkezik, mivel az alapt biztosító magas önrészesedést ír elő és más biztosítónál lehet kiegészítő biztosítást kötni. Mint ahogy az alábbi táblázatból is jól látható, a lakosság mintegy 59%-a üzleti biztosítókkal áll szerződésben, alig valamivel több, mint 27% vesz részt az állami egészségügyi programokban (Medicare, Medicaid) és a menedzselt biztosítási formát választotta közel 185 millió amerikai, tehát a lakosság több mint 63%-a. [9]

Egészségbiztosítási lefedettség és a managed care elterjedtsége az Egyesült Államokban (2003)

	Teljes lakosság %-ában	Managed care formát választók aránya (%)
Medicare	13,1	13,9
Medicaid	14,1	57
Üzleti biztosítók	58,8	90,8
Biztosítás nélküliek	14,0	0
ÖSSZESEN	100	63,3

Forrás: Managed care fact sheets

A reziduális amerikai jóléti rezsim, amely a rászorultság elvén működik, igen szűk körű állami egészségügyi ellátást biztosít csak. Az 1965-ben elindított ún. Medicare és Medicaid programokat működteti, hozzájárul a kutatás költségeihez és az állami egyetemeken folyó orvoscépzéshez, valamint bizonyos mértékben gondoskodik a háborús veteránokról és a szellemi fogyatékosokról. Az összes egészségügyi kiadás 40-45%-a származik állami forrásból (a többi 30-35% magánbiztosítóktól és 20-25% a betegek közvetlen hozzájárulásából).

A **Medicare** szövetségi egészségbiztosítási program 1965-ben indult és eleinte csak az időseknek járt, jövedelemtől, valamint egészségi állapottól függetlenül, minden 65 év feletti személynek. 1972-től, azután kiterjesztették a jogosultak körét a 65 évesnél fiatalabb fogyatékosokra is. Jelenleg összesen 35 millió idős és 6 millió fogyatékos amerikainak nyújt fedezetet. A Medicare keretében nyújtott szolgáltatások négy szintre bonthatók. Az első, „A” szint automatikusan jár a jogosultaknak, a „B” havi díj ellenében vehető igénybe, a „C” a kettő együtt, de irányított betegellátási keretben, végül a „D” majd 2006-ban kerül

bevezetésre, jelenleg csak korlátozott szolgáltatásokat nyújt a 2003-ban elfogadott törvény értelmében.

Az „A” rész, az úgynevezett **HI (Hospital Insurance)**, azaz kórház-biztosítási program, amely fekvőbeteg ellátást, szakképzett ápolónői segítséget, hospice szolgáltatásokat és otthoni ápolást garantál. Az aktív időszak alatt, a bruttó bér 1,45%-át kell befizetni jövedelemadó formájában és a munkáltatónak ugyanennyivel kell hozzájárulnia.

A „B” csomag, az **SMI (Supplementary Medical Insurance)**, lefordítva kiegészítő gyógyászati biztosítás. Ez az „A” részt alapellátással (háziorvos), járóbeteg szakellátással, laborvizsgálatokkal, gyógyászati segédeszközök ártámogatásával és home health (otthoni egészség) egészíti ki. Ennek havi díja 58,7\$ volt 2003-ban, és 66,6\$-ra nőtt 2004-re.

1997 óta létezik „C” típus, jelenleg az **MA (Medicare Advantage)** nevet viseli, korábban, pedig Medicare + Choice volt az elnevezése. Ez olyan managed care keretekben történő ellátást jelent, mely „A” és „B” szint szolgáltatásainak igénybevételére egyaránt jogosít, de lehetővé teszi a magánbiztosításban való részvételt. (Ma 4,6 millió fő rendelkezik MA biztosítással.)

A „D” szintet a – későbbiekben részletesen ismertetendő – 2003-ban elfogadott **MMA (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003)** törvény hozta létre és az ambuláns ellátás keretében, receptre felírt gyógyszerek árának részleges térítését vállalja, de csak 2006-ban kerül bevezetésre. [16, 17]

Jogosultak, tehát az „A” szolgáltatásaira a 65 évnél idősebbek (amennyiben ők, vagy házastársuk fizettek aktív korukban hozzájárulást), a rokkantak (fogyatékosok), akik rendszeres szociális segélyben részesülnek (életkortól függetlenül, de csak két év várakozási idő után) és a végső stádiumban lévő veseelégtelenségben szenvedők. Az adatok szerint, az „A”-ra jogosultak 95%-a, önkéntesen köt „B” biztosítást is.

A Medicare kiadásainak – amelyek például 1999-ben a 385 milliárd \$-t is meghaladták – hozzávetőlegesen 25%-át a programban résztvevők, 75%-át szövetségi állami támogatás fedezi [18]. 2004-ben, a HI szolgáltatások („A” rész) 46%-át téríti a szövetségi állam, az SMI („B” csomag) teszi ki a Medicare költségek harmadrészét és az érte beszedett 66,6 dolláros havi díj csak a kiadások negyedére nyújt fedezetet, végül az MA („C” csomag) az összes kiadás mintegy 14%-át jelenti.

Átlagosan 15%-körüli mértékben a kedvezményezettek hozzájárulnak a költségekhez, amennyiben igénybe vesznek valamely szolgáltatást. Kórházi kezelésért a 876 dolláros összeget meghaladó számlát a betegnek kell kifizetnie és a hatvanadik – kórházban eltöltött – nap után, napidíjat is megkövetelnek. A „B” biztosítási csomag igénybevett szolgáltatásai esetében, a 100 dollárt meghaladó összeg 20%-át kell a betegnek közvetlenül kifizetnie. A szakképzett nővérek nyújtotta ápolás évi legfeljebb 100 napra jár, minimum három, kórházban töltött napot követően. Azonban a 21. naptól kezdve (egészen a 100. napig) naponta 109,5 dollár, térítési díj fizetendő. A „D” csomag 2006-ban történő bevezetését követően – a tervek szerint – a gyógyszervásárlásra fordított kiadások első 250 dollárjáig nem kell majd a betegnek fizetnie, 250 és 2250 dollár közötti részre, az ár 25%-át, a felett, pedig 100%-át meg kell majd téríteni, de csak évi, maximum 5100 dollárig. A betegek által gyógyszerekre kiadott összeg nem haladhatja majd meg az évi 3600 dollárt. Az e fölötti vásárlásnál már csak 2 dollárt követelnek a generikus gyógyszerek és 5 dollárt, a márkás gyógyszerek vásárlásánál, vagy választható lesz az 5%-os részfinanszírozás is. [17] A Medicare diszkriminálja azokat, akik átlag alatti életkort érnek meg, (elsősorban a négereket) mert felülreprezentáltak a fizetők között, de korábban halnak meg, minthogy igénybe vehetnék a szolgáltatásokat.

A **Medicaid**, amely a lakosság, mintegy 14%-át érinti, egy szegényeknek szervezett állami egészségbiztosítási program, mely **meghatározott jövedelemszint alatt jár**. Az alacsony jövedelmű családban felnövő gyermekeknek és szüleiknek, adott szegénységi küszöb alatt élő terhes nőknek, időseknek és fogyatékosoknak (például vakok, rokkantak) nyújt biztosítási fedezetet. Sokuknak ez az egyetlen lehetősége arra, hogy egészségbiztosításuk legyen. Jelenleg közel 38 millió gyerek és szülő, valamint 12 millió idős és krónikus betegségben szenvedő, a magánbiztosítási piacról kiszorult amerikai jogosult a Medicaid finanszírozta ellátásra. A fedezet kiterjed ambuláns és fekvőbeteg kórházi ellátásra, házi orvosok, szakképzett ápolónők és szülésznők által nyújtott szolgáltatásokra, labor és röntgenvizsgálatokra, otthoni ápolásra, családtervezésre és 21 év alatti gyermekek korai és rendszeres szűrésére, diagnosztizálására és kezelésére. [19] Az egyes tagállamok, évente, egyedileg állapítják meg azt az egy főre jutó jövedelemszintet, amely alatt jogosulttá válnak lakosai a Medicaid-re. 2004-ben az országos, (minden állam és Washington D.C., kivéve Hawaii és Alaszka) átlagos szegénységi küszöb: egy fős háztartásnál havi 775,83; két fő esetén 1040,83; három főnél 1305,83 egy négytagú család esetében, pedig 1570,83 dollárban került megállapításra. [21] Az USA összes egészségügyi kiadásainak 20%-át teszi ki a

Medicaid keretekben finanszírozott ellátás, és még nagyobb hányad jellemzi a hosszú ideig tartó ápolási költségeknél az állami részvételt, hiszen minden 2 dollárból egyet a Medicaid áll. A programot a tagállamok, és a szövetségi állam megosztottan finanszírozza, 2000-ben közel 190 milliárd \$-t fordított erre a kormányzat. A szövetségi kormány által biztosított források részaránya államonként eltérő, de 50 és 77% között mozog. Az államok, költségvetésük átlagosan 16%-át költik erre a célra. Miközben a Medicaid jogosultaknak 75%-a alacsony jövedelmű gyermekes család, a költségeknek mindössze 30%-át jelenti a rájuk költött pénz, ugyanakkor a meghatározott jövedelemszint alatt élő idősök és fogyatékosok a létszám 25%-aként, az ellátási költségek 70%-át emésztik fel. Az egy gyermekre jutó éves átlagos kiadás 2003-ban 1500 dollárt tett ki, ugyanebben az évben egy fogyatékosra 11500, egy idős emberre, pedig 12800 dollárnyi egészségügyi ellátási költség jutott. [7, 16, 19, 20, 22]

A népesség előregedésével és a költségek folyamatos emelkedésével, a kormányzat számításai szerint, a Medicare program 2026-ra összeomlik, ha addig nem kerül sor gyökeres reformra. A Szenátus, 2003. november 25-én fogadta el a Medicare reform törvénytervezetét, melyről fentebb már szóltunk. Az ún. „Medicare Prescription Drug and Improvement Act of 2003” nyomán, az idősök – a Medicare program keretében most először – juthatnak majd hozzá gyógyszer ártámogatáshoz 2006-tól. Addig – átmenetileg – a programban résztvevők, ún. „discount card”-ot (árkedvezményre jogosító kártya) kapnak, amellyel olcsóbban szerezhetik be a gyógyszereket évi legfeljebb 600 dolláros ártámogatáshoz jutva. Becslések szerint a havi díj 35 dollár körül fog alakulni és a program finanszírozása valamivel több, mint negyedrészen a beszedett díjakból fog történni, a fennmaradó közel 75%, pedig szövetségi költségvetési forrásból kerül pótlásra. [17] A törvénytervezet olyan intézkedéseket is tartalmaz, melyek versenyhelyzetet teremtenek. Kísérleti jelleggel, hat nagyvárosban és környékén a hagyományos free-for-service Medicare versenyezni fog díjfizetéses magánbiztosítókkal. Mindezen túl a tervezet megemelt finanszírozást ígér a Medicare orvosoknak és kórházaknak és speciális gondoskodást a nem városi lakosság számára [23]. Egy nemrégiben megjelent tanulmány szerint 1990 óta, a tavalyi évben (2003-ban) mérték a legnagyobb növekedést az egészségbiztosítási díjaknál. Egyetlen év alatt 13,9%-kal nőttek a díjak (járulékok) és ez már a harmadik egymást követő év volt, amikor kétszámjegyű volt a növekedési ütem. Egy tipikus család, jelenleg, évi 9068 dollárt fizet ki átlagosan egészségbiztosítási díjként, és ebből 73%-ot a munkáltatója áll, a maradék 27%-ot fizeti a család maga. [24] (Ugyan nem tartozik az egészségügyi biztosítás körébe, de mégis érdemes említést tenni az állami gondoskodásnak egy speciális típusáról, az OASDI programról. AZ

OASDI (Old Age and Survivor Dowager Insurance, öregségi és özvegyi biztosítási program) az idős, özvegyen maradt embereknek kíván segíteni, gyakorlatilag kötelező évjáradék megvásárlását írva elő az államtól. Mértéke jelenleg a fizetési jegyzék első 76.200 dollárjára kivetett adó (6,2%), a későbbi kifizetés (járadék), pedig meghatározott életkort elért személyeknek történik, családi állapottól és korábbi jövedelmétől függő nagyságban.)

Az Egyesült Államokban még manapság is a vállalati gondoskodásnak és a magánbiztosítóknak jut a kulcsszerep az egészségbiztosításban. A fizetendő biztosítási díj nagy részét a munkáltató fizeti. Megközelítőleg 2/3-a az amerikaiaknak, részben, vagy egészben a munkáltatója által biztosított. A javadalmazás fontos részét képezi a munkaadó által finanszírozott egészségbiztosítás, amelynek kiterjedtsége rendkívül változó. A munkáltatók, viszont fokozatosan csökkentik az általuk nyújtott egészségbiztosítási fedezetet és a növekvő költségeket, egyre inkább áttérhelik alkalmazottaikra. Ez nem meglepő, hiszen az elmúlt három évben a munkavállalók által fizetett egészségbiztosítási díjak mértéke 50%-kal nőtt. [24]

2.5. Csehország

Az első világháború után az 1918-ban megalakuló első Csehszlovák Köztársaság létrejöttével beszélhetünk először a cseh egészségügyi rendszerről, melynek gyökerei azonban már megfigyelhetők voltak az Osztrák – Magyar Monarchiához tartozó cseh területeken - a németországihoz hasonló, **bismarcki rendszerű** társadalombiztosítási rendszer képében.

1924-ben alakították ki az **első társadalombiztosítási rendszert**, mely a lakosság közel egyharmadának nyújtott biztosítást betegség esetén. A rendszer folyamatosan, kisebb nagyobb változtatásokkal egészen 1951-ig maradt fenn ebben a formában.

A második világháborút követő időszak a környező szocialista országokéhoz hasonló: az egészségbiztosítási rendszer **államosításával és az intézményi rendszer** centralizációjával jellemezhető.

1948-ban, nem sokkal a második világháború után jelentős politikai változások zajlottak Csehszlovákiában. Az ország államformája népköztársaság lett, irányítása és kormányzása az akkori szovjet minta alapján történt. Mindez természetesen az egészségügyi rendszert is alapjaiban érintette. Egyesítették, és kötelezővé tették minden állampolgár számára az egészségügy és a szociális biztosítás rendszerét. Ebben a négy évig tartó modellben a munkáltatók fizették az egészségügyi járulékot, mely a bérek 6,8%-a volt [1]. 1952-ben teljes egészében központosították a társadalombiztosítási rendszert, melyet kizárólag az állam finanszírozott az adókon keresztül. A lakosság számára az egészségügyi szolgáltatásokat ingyenessé tették. Ugyanakkor a szolgáltatókat is államosították, regionálisan és területileg is az állami egészségügy intézményrendszerébe olvadtak be. Ekkor osztják fel Csehszlovákia cseh területeit 8 régióra és 75 kerületre. Minden kerületnek és régiónak megvolt a maga állami egészségügyi intézményrendszere. A kerületi intézményekhez tartoztak a kis és közepméretű kórházak, klinikák, sürgősségi betegellátó központok, gyógyszertárak, a munkahelyi egészségügyi központok, a mentő és elsősegélynyújtó állomások, valamint az egészségügyi iskolák is. Az 1950-es években ez a rendszer meggyőzően hatásosnak bizonyult az ország második világháború utáni időszakának problémái leküzdésében. A magas gyermekhalálozási arányszám, a tuberkulózis, és más súlyos fertőző betegségek száma, valamint az alultápláltságból fakadó hiánybetegségek előfordulása nagymértékben csökkent. Így azután egészen az 1950-es évek végéig Csehszlovákia egészségügyi rendszere nemzetközi szinten is jó megítélést szerzett. A lakosság egészségügyi állapota a közép-európai országok

között az 1960-as évek után is a legjobbak közé tartozott, bár a nyugat-európai országokétól már lényegesen lemaradt. [2] Mindazonáltal világossá vált, hogy a 60-as évek végén jelentkező életmódbeli és környezeti változásokra ez a rendszer nincs felkészülve, és választ sem tud adni rájuk. Így egészen az **1980-as évek végéig stagnálás** jellemezte a csehszlovák egészségbiztosítást. Az 1968-as év eseményei csak oly módon érintették a rendszert, hogy a cseh és szlovák föderáció kikiáltásával két különálló Egészségügyi Minisztérium jött létre. [1] Mindazonáltal az alacsony technikai színvonal, a magas orvos szám, a kórház-centrikus struktúra, az alacsony bérek és a hálapénz volt a meghatározó. Az állami ellátási hálózatot az adókból finanszírozták a kapacitásfinanszírozás elve alapján. Az egészségügyi ellátás a rászorulóknak térítés-mentesen járt, de választási lehetőségekben nem bővelkedett. [3] Az 1980-as évek végén már felmerül a rendszer reformjának gondolata. Az első reformlépések közé tartozott, hogy 1987-ben lehetővé tették a szabad háziorvos- és fogorvosválasztást. Az 1989-es „bársonyos forradalom” után kezdődő radikális politikai és társadalmi változásoknak, részét képezte az egészségügyi rendszer átalakítása is. 1990 decemberében hagyta jóvá a cseh kormány az új egészségügyi ellátás tervét, melynek fő elemei nagy hasonlóságot mutatnak a szomszédos nyugat-európai országokéval, különösen Németországéval. A hatalmas, regionális és kerületi felosztásban működő egészségügyi hatóságokat megszüntették. Az 1991-ben elfogadott törvények alapján új került bevezetésre, ennek során a korábbi szovjet típusú modellt a korszerű európai elveknek és elvárásoknak megfelelően alakították át.

Fő alapelvei:

- a szolidaritás,
- magas szintű autonómia,
- szabad választás mind az egészségügyi szolgáltatások, mind az orvosok terén,
- több csatornás finanszírozási rendszer (pénztárak, állami és helyi költségvetés, munkavállalók és munkaadók),
- szabad egészségbiztosító választás, azonban minden ellátási formát továbbra is az állam finanszíroz.

A rendszer alapja a kötelező biztosítási rendszer, mely minden állampolgára számára biztosítja a megfelelő ellátást. [2] Az egészségbiztosítási hozzájárulás kezelésére kilenc független biztosítási pénztár jött létre. A szolgáltatói oldal átszervezését maguk az orvosok is sürgették a gyors privatizáció mellett voksolva. Lényegében 1991-ben kezdődött meg a korábbi egészségügyi struktúra decentralizálása, s születtek meg a privát működésre vonatkozó törvények is, 1992-ben, pedig minden ellátási szint privatizációs tervének

kidolgozása. A járóbeteg-ellátásban, főleg a házi orvosok, gyermekorvosok, és fogorvosok esetében ez elsősorban a rendelő megvásárlását jelentette. Azonban a rendelő használati jogának magánkézbe adását is, az ún. funkcionális privatizációt is lehetővé tették. (Így ha az orvosnak nincs elegendő pénze, bérelheti is az önkormányzattól.) 1994-ben kidolgozták a gyógyszerek új árrendszerét.

A **liberalizációs és decentralizációs** periódust az 1990-es évek közepén a szabályozó mechanizmus reformja követte, melyet csak részlegesen sikerült megvalósítani, illetve bevezetni. A lakosság egészségi állapotát tekintve nem bizonyultak hatástalannak a változások, hiszen az 1960-1990-ig tartó stagnálás után pozitív fejlődés volt tapasztalható, legalábbis a mutatószámok vizsgálata ezt mutatta. 1990-1998 között a várható élettartam 67,6-ről 71,1-re nőtt a férfiaknál, míg a nőknél 75,4-ről 78,1-re, továbbá a csecsemőhalálozási arányszám 1000 szülésből 10,8-ről 5,2-re csökkent. A sikeres gyógyítási technológiák alkalmazása a halálozási rátákban is csökkenést eredményezett. A tuberkulózis előfordulása a közép-kelet-európai térségben a legkisebb rátát mutatja. (Hasonló eredményeket értek el a szexuális úton terjedő betegségeknél is.)

A **finanszírozás** kérdését tekintve az eredmények távolról sem ilyen pozitív képet mutatnak. Vonatkozik ez az egészségbiztosító pénztárak bevételi rendszerére éppúgy, mint az ellátóknak nyújtott térítés módszereire.

Egy részről a szétválást követően Csehország jelentős előnyökkel indult. Megnőtt a bevételek nagysága, mivel a szlovák részre már nem kellett érvényesíteni a szolidaritási elvet. A relatíve jobb jövedelemmel rendelkező cseh társadalom ebben a tekintetben nyertese volt az ország szétválasztásának. Másrészt az egészségügyi kiadások 1991-es visszaesése után gyors emelkedést figyelhetünk meg, mely egybeesik a reformok kezdetével. A cseh egészségügyi kiadások 2001-ben a GDP 7,4%-át tették ki. [3] A kiadások megugrása mögött több tényező húzódik meg. Az átalakítás kiinduló feltételeinek megteremtése: a biztosítók megalakulása, a finanszírozási rendszer kialakítása nagy egyszeri kiadással járt. Azonban a kiadások emelkedése 1993 után sem állt meg.

Az egészségügyi ellátás **finanszírozásának reformját** 1992 elején kezdték meg az Általános Egészségbiztosítási Pénztár (Intézet) létrehozásával, mely 1993-ban kezdte meg a működését a kötelező biztosítási járulékok beszedésével. A finanszírozás azonban több szempontból is szabályozott maradt, mivel a kormány határozza meg a biztosítottak által fizetendő díjat, és az állami költségvetésből finanszírozzák a munkaviszonnyal nem rendelkezők biztosítását. [4] Ez utóbbiak a lakosság mintegy 53%-át jelentik. Ide tartoznak:

- az eltartott gyermekek 15 éves korig,

- a továbbtanulók,
- nyugdíjasok,
- a szülési szabadságon és gyermeknevelési segélyben részesülő nők,
- a regisztrált munkanélküliek,
- a szociális segélyben részesülő személyek,
- a nagyfokú vagy teljes rokkantak és az őket ellátó személyek,
- a kötelező katonai szolgálatot töltő, illetve kiképzésen lévő személyek,
- az őrizeteseik vagy szabadságvesztésüket töltő személyek,
- a nyugdíjasok eltartottjai,
- nyugdíjas korú, de nem nyugdíjjogosult személyek is.

A több biztosítóintézettel rendelkező egészségbiztosítási rendszer fedezeti forrása nagyrészt azonban személyes befizetéseken alapul. Az egészségbiztosítási járulékokról szóló törvény 1993-ban lépett életbe. **[3] Egyetlen járulékkulcs** létezik, mértéke 13,5%, melynek kétharmadát a munkáltató (9%) és egyharmadát a munkavállaló (4,5%) fizeti. **[2]** Egyéni vállalkozók adózatlan nyereségük 35%-a után fizetik be a 13,5%-os járulékot. 1993-tól már törvény teszi lehetővé az ipari vagy szakmai alapon szerveződő egészségbiztosítók felállítását. Mind a hadügy, mind a belügyminisztérium, valamint a nagyobb cégek, az építőipari dolgozók stb. megalakították saját biztosító intézetüket. Bár eredetileg korlátozni akarták a tagok hovatarozását, de ezzel viszont nem nöhetett volna a választható lehetőségek száma. Így 1993-tól mindenki beléphetett az adott területen biztosító irodát nyitó pénztárak egyikébe. A törvény jogot biztosít a háromhavonkénti biztosító váltásra és senki felvételét sem utasíthatják el a biztosítók. Az egészségbiztosítók ún. **felosztó-kirovó** alapon működnek. Tekintettel azonban arra, hogy a bevételt nagymértékben az állam határozza meg a rögzített járulékkulcs által, a pénztárak számára a deficit elkerülésére csekély lehetőség létezik. Az egyik, hogy az orvosoknak és kórházaknak fizetett térítési díjat csökkentik, így fordulhat elő, hogy a biztosítók ugyanazon szolgáltatásért különböző térítési díjat fizetnek a különböző ellátóknak. **[5]**

A járulékot független alapok szedik be és gazdálkodnak vele. Az Általános Egészségbiztosítási Intézet (VZP), mely a központi költségvetéstől független szervezet a biztosítókhoz befolyt pénzt (a járulékok 60%-át) újra elosztja. (Ezt a járulékok jövedelemarányossága és az állami támogatottak és az átlagbefizetések közötti különbség teszi indokolttá). A biztosítók finanszírozzák az összes gyógyító és megelőző tevékenységet. A co-payment intézménye ismert de jelentősége elenyésző a nyugat-európai hozzájárulások mértékéhez képest **[3]**.

Az egészségügyi reformok, a privatizáció az egészségbiztosításból történő finanszírozás bevezetése jelentős változásokat eredményezett az **egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében** is. A teljesítmény szerinti térítési rendszer bevezetése, a produktum és a díjazás összekapcsolása lehetővé tette, hogy az egészségügyi intézmények finanszírozása közvetlenül a nyújtott szolgáltatásoktól legyenek függőek. Ez a kezdet kezdetén jó lépésnek ígérkezett, azonban megvoltak a maga hátrányai is. A reformok bevezetésekor a teljesítmény szerinti finanszírozás elősegítette a kínálat növekedését mind a diagnosztikai és gyógyítási technológiák, mind a gyógyszerellátás és orvostechnika területén is. A privatizáció menetét is meggyorsította. A szolgáltatások térítése a németországihoz hasonló pontrendszeren alapul (fee – for – service). Az intézmények igyekeztek minél szélesebb körű szolgáltatást nyújtani, hogy minél jobban megállják a helyüket a konkurenciával szemben, ill. előfordulhatott az is, hogy a betegellátásban a drágább megoldási lehetőségeket választották. (Például ambuláns ellátás helyett kórházi ápolást állapítanak meg.) Az így meginduló növekvő kínálatot szükségszerűen a kiadások növekedése is követte. A szolgáltatások volumenét tekintve számos felmérés készült, a kínálat indikálta kereslet alátámasztására. [2] 1992-1993-ban az elszámolt pontok száma 20%-kal növekedett. Erre a pont koronaértékének csökkentésével reagáltak a hatóságok. Az elszámolt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök értéke 50, az egyéb közvetlenül elszámolható tételek értéke, pedig 216%-kal emelkedett ebben az időszakban. 1993–1994-ben a magánpraxisban dolgozó orvosok – akik szintén pont értékben számolták el szolgáltatásaikat – jóval több pontot és munkaórát számoltak el, mint a közalkalmazotti státuszban dolgozó kollégáik. E jelenségek mögött azonban több tényező is meghúzódik, melyre a költségek növekedésénél gondolhatunk. Hiszen az árak és a külkereskedelem liberalizációja is árszínvonal növekedéshez vezetett. Az új rendszer adminisztrációja, elszámolások, szerződéskötések is többletköltséget okoztak. Az egészségügyben dolgozók bruttó átlagfizetései a reform kezdete óta a háromszorosára nőttek. [6] (Ez eltér a magyarországi, vagy lengyelországi helyzettől, ahol a hálapénzt belekalkulálták a fizetésekbe. Csehországban a hálapénz intézménye nem terjedt el olyan mértékben, mint a szomszédos országokban, és a 90-es évek reformjai elejét vették szélesebbkörű elterjedésének is.) A költségek növekedése mögött természetesen megtalálhatjuk az alkalmazott technikák számának növekedését is. [6] (A CT vizsgálatok száma a kilencvenes évtizedben például megötszöröződött. [7])

A növekvő kínálatnak nem volt keresleti oldalon gátja, hiszen a lakosság számára a szolgáltatások ingyenesek voltak. Így mindenképpen szükség volt arra, hogy az egyre növekvő költségeket visszafogják. Az ellenőrzések növelésével próbálták meg a

teljesítmények túlzott növekedését megakadályozni. A számítógépes technika alkalmazása elősegítette a pontelszámolások jobb átlátását, illetve a VZP-nél egyre több ellenőrző orvost alkalmaztak. (Többnyire a nem egyértelmű térítésköteles ellátásokat ellenőrizték tartalmi szempontból.) Ez azonban kevés volt ahhoz, hogy az orvosok motivációját megváltoztassa. Korlátozni próbálták a gyógyszerfelírásokat, az elszámolható műszeres vizsgálatok számát. 1997-ben vezették be azt az **új finanszírozási módszert**, mely egy kombinált rendszert jelent az eddigiekhez képest. A házi orvosok esetében egy vegyes, fejkvóta és „fee – for – service” kombinációjára tértek át. Csehországban így az esetszámot a diagnosztikai és gyógyító ellátásnál alkalmazzák, míg a teljesítmény szerint a megelőzési és gondozási tevékenységet térítik. Az esetszám szerinti térítési rendszer bevezetése megkönnyíti a házi orvosok munkáját, hiszen nincsenek rákényszerítve arra, hogy szolgáltatásaiknak számát emeljék, jobb színvonalú ellátást tudnak biztosítani azon betegek számára, akiknek erre tényleg szükségük van. Az aránylag kis praxisok, melyek kisebb vonzáskörzettel rendelkeznek esetszám pótdíjat kaptak. A fogorvosok számára árlistás térítést vezettek be, nem pontokban fejezték ki az árakat, hanem közvetlenül pénzben. A szakorvosoknál és a kórházakban áttértek a negyedéves költségvetésre. [8]

Az **egészségügyi ellátás minőségét** alapvetően az alapellátás színvonala határozza meg. Az egészségügyi kiadások növekedését nagyrészt a kórházi és járóbeteg ellátás fejlesztése okozta. Így a csökkentés útja az egészségügyi alapellátás arányának növelés. (Ez maga után vonja az ellátást nyújtó szakemberek továbbképzését és a felszerelés korszerűsítését. [4]) Jelenleg Csehországban az általános orvosok, a fogorvosok és a nőgyógyászok több mint 90%-a dolgozik a magánszektorban. Ez a tény mutatja, hogy a többség jobb körülmények között, magasabb keresetért akartak dolgozni. Viszont maga a rendszer nem teszi lehetővé magasabb kereset elérését.

A kórházi struktúra nem lett hatékonyabb. A meghirdetett adminisztratív kapacitásszűkítés a lakossági és orvosi érdekcsoportok tiltakozásán elbukott. Az eladósodott kórházakat az állam különböző hitelekkel segíti ki a bajból. Irányításuk jogi háttere nem teljesen lefedett, így ki vannak téve az egészségbiztosítók rendelkezéseinek, a politikusok önkényes döntéseinek a beruházások odaítélésénél.

A **szolgáltatók** hálózatát tekintve az egy orvosra jutó lakosok száma Csehországban elérte a fejlett országok szintjét. Több mint 20 000, többnyire privát egészségügyi szolgáltató áll versenyben egymással. (Házi orvosok, gyermekorvosok, nőgyógyászok, fogorvosok, sürgősségi betegellátók, kórházak és klinikák, otthoni betegellátást végzők, és a gyógyszerterek.) Felmerül a kérdés, hogyan tovább? Hiszen a szolgáltatók nagy száma

kézenfekvő lehetőséget kínál a szelektív szerződéskötésekre. 1997-ben indult meg egy folyamat, mely erre irányult és ajánlásokat fogalmaz meg a biztosítók felé az egyes szolgáltatókról. Ez a technikai felszereltség szintje, a személyzeti állomány képzettsége, és egyéb kritériumok alapján rendezi sorrendbe az egyes szolgáltatókat. A rendszer használata nem kötelező, és sokszor bírálják, azonban segítségével számos visszaélésre derült fény.

Ha a csehországi egészségbiztosítás valahol szóba kerül, legtöbbször a biztosítók csődjét említik és magát a több biztosítón alapuló rendszer működési hatékonyságát is megkérdőjelezzik.

Az 1992-es biztosítókról szóló törvény ugyan teljesen újszerű volt Közép Európa országaiban, de nagyon laza kritériumaival megásta saját sírját. Ugyanis minimális létszám és minimális tőke elegendő volt egy biztosító elindításához. Számuk gyorsan gyarapodott és a 90-es évek közepére elérte a 27-et. A kis biztosítók azonban tovább nyújtózkodtak a saját takarójuknál, hogy minél több ügyfelet csábítsanak magukhoz. Drága kampányolásba fogtak, az orvosokon keresztül is toborozták a tagokat, maga az alapok beindítása, az irodák kiépítése is túl költségesnek bizonyult a tagok létszámához viszonyítva. Nem is szólva a különböző belépési ajánlatokról, melyek eltekintettek néhány hónapnyi járuléktól, amennyiben egy adott vállalat hozzájuk irányítja a dolgozóit és bizonyos extra szolgáltatásokat is felajánlottak. Így 1995-től folyamatosan csődöket jelentettek be a kisebb biztosítók, akiknek bevételei nem fedezték költségeiket. Az Általános Egészségbiztosítóhoz (VZP) kerültek a csődbe ment biztosítók tagjai, így a VZP-nél volt 1996-ra újra a lakosság 80%-a. 2001-ben Csehországban 9 egészségbiztosítási pénztár működik. A csődök hatása máig érződik. Mind a biztosítók, mind a VZP adósságát az állami hitelek segítségével görgetik tovább. A német rendszerhez hasonló, több egészségpénztárból álló rendszer azonban nem szerves fejlődés eredménye, művi folyamat volt. Ezért Csehország esetében távolról sem beszélhetünk a fejlett nyugati országokéhoz azonos körülményekről, ahol maga a verseny eredményez csődöket és összeolvadásokat. Itt másról volt szó, jelesen a laza szabályok mentén létrejövő felelőtlen gazdálkodásról, melynek következményeként egy aránytalan biztosítási piac alakult ki, az abszolút elsőséget élvező VZP vezetésével. A mellette működő kis biztosítók a piac 25%-át birtokolják összesen. Ezért jelenleg a cseh állam által működtetett Általános Egészségügyi Biztosító a magyarországihoz hasonló gondokkal küzd. Rendszeresen nem fizet időre, így a kórházak hitelfelvételre kényszerülnek és eladósodnak. A kormány külön bizottságot állított fel, melynek feladata a csőd szélén álló egészségügyi ágazat helyzetének áttekintése és a problémák megoldására javaslati terv készítése. [9]

A fentiek figyelembe vételével a csehországi rendszer problémái közül a pazarlás és az ellátás koordinátlansága, valamint az alapsomag nagyvonalúsága tűnik fel. Azonban a 90-es évek során elindított reformsorozat iránya, valamint célkitűzései példával, illetve tanulsággal is szolgálhatnak a többi közép-európai ország számára.

2.6. Németország

A német egészségbiztosítási rendszer történetét legegyszerűbben Németország főbb történelmi korszakaihoz kapcsolódóan vizsgálhatjuk. Így az ipari forradalom korszakához kapcsolódóan beszélhetünk a kötelező egészségbiztosítási rendszer bevezetéséről 1883-ban, majdan az 1883-1933-ig terjedő időszakban – a Bismark-i rendszer és a Weimari köztársaság idején - a különböző társadalmi konfliktusokról és az orvosok győzelmeiről. Ezt követi a nemzeti szocialista korszak 1933-1945-ig, majd az 1945-49-ig tartó háború utáni periódus, amelyet Németország kettészakadása követ, egészen 1990-ig, amikor is a két állam újraegyesült [1].

A társadalombiztosítás gyökerei a sötét középkor után a céhek önsegélyező egyesületei formájában jöttek létre. Ezt a 19. században a kialakuló munkásosztály adoptálta és különböző foglalkozások szerint hozott létre önsegélyező alapokat. Poroszország 1849-ben, pl. a bányászok számára kötelezővé tette az egészségbiztosítást, és lehetőséget teremtett a helyi közösségeknek, hogy kötelezzék a munkáltatókat és az alkalmazottakat pénzügyi hozzájárulás fizetésére.

A gyors iparosodás nemcsak gazdasági válságokat okozott, hanem a városban lakó munkásság életkörülményeinek romlását is eredményezte, ami egyre több tiltakozást váltott ki a munkásokból. Hiába történtek ellenintézkedések, mint a szocialista és kommunista szervezetek, a szakszervezetek betiltása. Világossá vált, hogy a szegényebb rétegek szociális szintjének emelése életfontosságú magának a rendszer fenntartásának érdekében. Így 1883-ban született meg a modern német egészségbiztosítási rendszer törvényes alapja, melyet Otto von Bismarck, német kancellár neve fémjelez. Ebben az évben vezették be az országos szinten kötelező betegbiztosítással kapcsolatos törvényt, majd egy évvel később a balesetbiztosításra vonatkozót, mely úttörő volt a maga idejében. A biztosítottak száma 1880 és 1883 között megduplázódott, és ez a lakosság közel 10%-át jelentette, amely az évek során kiterjedt a népesség egyre nagyobb hányadára

Az **1883-as törvény** a már meglévő helyi és a foglalkozás szerinti alapokra épített. Az **egészségbiztosítás kötelező** volt bizonyos **ágazatokban**, ahol órabért kaptak az alkalmazottak egy jogilag fixált jövedelemp plafonig (un.cenzusig). A hozzájárulás egyharmadát a munkaadó, míg a kétharmad részt a munkások fizették. A tagok jogosultak voltak fizetésre, pl. betegség esetén a szokásos bérük 50%-át kapták 13 hétig, létezett anyasági segély és halál esetén is kompenzáció járt. Az alapok **non-profit alapon** működtek,

és kezdetben szabadon választhattak orvost, vagy egyéb egészségügyi alkalmazottat, valamint a hozzájuk fűződő szerződés természetét is maguk alakíthatták.

Az 1880-as években sok munkás bojkottálta az állami alapokat és helyette inkább az önszegélyező alapokat választotta, melyek hivatalos alternatívát jelentettek számukra. Azonban ezek az alapok, melyeket maguk a munkások működtettek, és irányítottak betiltásra kerültek az 1890-es években. Így a szociál demokrata párt erősségét növelték a kötelező jelleggel működő alapok. A kormány az 1900-as évek elején arra törekedett, hogy az egyre növekvő számú dolgozói megmozdulásoknak valamilyen módon gátat szabjon. 1901-ben került sor arra, hogy fizikai munkásokkal szemben a szellemi dolgozóknak szélesebb jogokat biztosított az egészségbiztosítási alap választásánál. A meghatalmazott alapok egészen 1995-ig exkluzív módon csak az ún. „white-collar” alkalmazottak számára volt választható alternatíva.

Az 1883-as törvény szabadon hagyta annak a kérdését, hogy az alapoknak milyen kapcsolata legyen az egészségügyi szolgáltatókkal, illetve milyen végzettséggel kell, hogy rendelkezzenek. Ezért az orvosok között egyre növekedtek az autonómiáért folytatott harc és sztrájk sorozatok. Ennek folyományaként alakultak meg az első orvos-érdekvédelmi szervezetek.(pl. a Hartmann Union). Paradox módon egyrészt szabad orvos választást követeltek, másrészt viszont arra törekedtek, hogy a biztosítottaktól jövő járulékok minél kevesebb orvos között osztdjon el. Egyébként ez a konfliktus a mai napig jellemzi a német egészségbiztosítási politikát. Az 1914-es sztrájk következményeként a berlini konvent 1:1350 –ben határozta meg az orvosok és a biztosított tagok számának arányát. Ez azonban nem akadályozta meg az egyre ismétlődő sztrájkokat, melyet az 1929-ben kirobbanó gazdasági világválság csak súlyosbított. Az 1930-as években ezért bevezették a co-payment intézményét, az orvosok alapok általi ellenőrzését, illetve a fent említett számarányt 1:1600-ra emelték.

A náci rezsím alatt az egészségügyi rendszer alapjaiban sem finanszírozási, sem szolgáltatói oldalról nem történt lényeges változás. Természetesen az egészségügy vezetésében, illetve a főbb szereplők hatalmi pozíciójában a rendszer sajátosságaiból következően igen. A Harmadik Birodalom bukását követően a ketté szakadtországban az egészségügyi rendszer színvonala nagyban eltérő szinten kezdett mozogni. Ez a rés az újraegyesítést követően gyorsan szűkülni kezdett.

1949 után az NDK területén egy szovjet típusú centralizált állam által meghatározott egészségügyi rendszert alakítottak ki, mely abban különbözött az alkalmazott modelltől, hogy a járóbeteg – és a kórházi ellátás szerkezetileg különváltan működött. A lakosság két nagy betegbiztosítási alaphoz tartozott. Az egészségügyi ellátás színvonala az

alulfinanszírozottság, a befektetések, a munkaerő és a modern technológiák hiánya következtében az 1970-es évektől kezdve messze alulmaradt a fejlett nyugat-európai országokétól.

Az NSZK-ban a háború utáni időszak első feladata az egészségügyi rendszer helyreállítása volt. Az 1955-1965-ig tartó időszakot elsősorban a költségek visszaszurítására irányuló törekvések jellemezték, melyek nagy része nagy ellenállásba ütközött. 1965-1975-ig tartó időszakban tovább folytatódott ez a harc. A demográfiai változások, az egyre drágább technológiák alkalmazása, a bérek növekedése egyre inkább sürgette egy olyan törvény létrehozását, mely elsősorban a költségek leszorítását célozza meg. Ezt a törvényt 1977-ben vezették be, mely elsőrendű feladatként jelöli meg a hozzájárulási ráták stabilitását.

A két német állam egyesülésekor 1991 januárjában az NDK társadalombiztosítása megszűnt és az új tartományok azonnal visszatértek a százéves alapmodellhez. Szembetűnő jelenség a pénztárak meginduló koncentrálódási folyamata, mely a mai napig is tart Németországban.

[10]

Az 1990-es éveket a reformok sora jellemzi. Az 1993-ban életbe lépett törvény (Gesundheitsstrukturgesetz) kimondja az általános járulék stabilitást, mely azt jelenti, hogy a költségvetést át kell vinni az ambuláns vagy kórházi ellátás területére, valamint a gyógyszerellátásra. Az 1996-os törvény pedig forradalmian új struktúrát alakít ki az egészségbiztosítás rendszerében. A száz évre visszanyúló lakosság foglalkoztatottság szerinti megoszlása a biztosítóknál (munkások a munkásbiztosítónál, hivatalnokok a hivatalok biztosítójához, alkalmazottak az alkalmazotti biztosítókhoz tartoztak)- egyenlőtlen pénzügyi helyzetet és elosztást, különböző kockázatokat eredményezett. Így 96-tól kezdődően a munkavállalók szabadon válogathatnak a betegbiztosítók közül. Ezzel szabad út nyílt meg a pénztárak szabad versenyének intézményesítésére. [9]

A 2000-es egészségügyi reformtörvény szintén a költségek csökkentését tűzte ki célul. Főbb elemei a következők:

- a házi orvosok révkalauzi szerepének növelése az ambuláns és fekvőbetegellátás között
- pozitív lista bevezetése a gyógyszer-kereskedelemben
- a betegpénztárak költségérzékenységének növelése
- a kórházak betegpénztári finanszírozása, (ezt korábban a tartományok finanszírozták)
- a pénztárak pozíciójának erősítése a szolgáltatókkal szemben.

A német **egészségügyi ellátás szervezete** a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége megoszlik a szövetségi, a tartományi kormányok között, valamint a helyi

egészségügyi hatóságok és szervezetek között. A szövetségi kormányzat feladata a működtetéshez szükséges jogszabályi keretek biztosítása. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, melynek hatásköre kiterjed a kötelező egészségbiztosítás rendszerére, a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium, valamint a Szövetségi Kutatási és Műszaki Minisztérium is részt vesznek az egészség- és szociálpolitika megfogalmazásában és irányításában. Tartományi szinten a kormányzati felelősség alapvetően a tartományi szintű minisztériumokon keresztül valósul meg. Az intézkedéseket az egészségügyi szolgálat hajtja végre, a tartományi minisztériumok egészségügyi osztályain és a közigazgatási székhelyek egészségügyi hivatalain keresztül. Az egészségügyi szolgálat hatásköre kiterjed:

- a fertőző betegségek megelőzésére és ellenőrzésére,
- az egészségügyi intézményrendszerének (kórházak, orvosi és fogorvosi rendelők, vérellátó állomások, dializáló- mentő- és járóbeteg-állomások) és szakmai tevékenységének felügyeletére,
- Az egészségügyi dolgozók felügyeletére,
- megelőző egészségügyi ellátásra,
- egészségügyi tájékoztatásra,
- iskolai-egészségügyi ellátásra,
- terhes- és csecsemő-tanácsadásra,
- az élelmiszerkereskedelem, gyógyszer és toxikus anyagok ellenőrzésére,
- a víz-, termőföld- és levegőminőség ellenőrzésére.

A gyakorlati feladatokat 524 **egészségügyi** hivatal végzi. [2]

Németországban az **egészségügy kiadásai** az ország GDP-jének 10,8%-át teszik ki [3]. Az állami költségvetés egyik leggyorsabban növekvő tételéről van szó, melynek többnyire a demográfiai változások és a jobb, de drágább orvosi technika alkalmazása a fő oka. [4] A kiadások visszaszorítására számos reform került bevezetésre, azonban az alapvető problémát az ellátás finanszírozásának módja jelenti. A mai betegek ellátását a mai egészségesek befizetéseiből finanszírozzák, akik saját jövőbeli igényeiket tekintve kevesebb egészséges emberre tudnak majd támaszkodni.

A német egészségbiztosításnak három **finanszírozási** forrása van. A munkaadók és a munkavállalók kötelező járuléka, a nyugdíjasok után a nyugdíjbiztosítók által, valamint a szövetségi munkaügyi hivatal által fizetett betegbiztosítás (a munkanélküliek, létfenntartási segélyben, illetve a beilleszkedési támogatásban részesülők számára.) [5,6] A rendszer elviekben „teljes körű ellátás” alapján áll, a lakosságnak jelenleg 90%-a tartozik a hivatalos egészségbiztosítás alá. 74%-uk számára kötelező évi jövedelmük alapján a járulékfizetés (ez

jelenleg 14,3%-os átlagot jelent), mivel fizetésük nem éri el az évi 3825 Eurós plafont, ahol már szabadon dönthetnek belépnek- e az állami rendszerbe vagy sem. A további 14% így a „vonal felettiek” és eltartottjaikat jelenti. A hivatalos egészségbiztosító ingyenes szolgáltatást nyújt a közalkalmazottak részére, ez a lakosság kb. 2%-át érinti. Az 1996-os szabályozás szabad pénztárválasztást tesz lehetővé, így mostanában 453 pénztár versenyzik a biztosítottak kegyeiért. (A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítók, másrészt a lakosságot átfogó szövetségi biztosító hivatal alá tartozó biztosítók alapul.)

A rendszerben nincsen szoros kapcsolat a szolgáltatás és a járulékfizető között. A tagok és hozzátartozóik, a munkanélküliek is jogosultak a kötelező biztosítás nyújtotta szolgáltatásokra a befizetett járulék nagyságától függetlenül. A munkáltató és a munkavállaló fele-fele arányban köteles járulékot fizetni. A szolidaritás elve azt jelenti, hogy nem zárható ki senki a rendszerből azért, mert nem rendelkezik megfelelő vásárlóerővel. A biztosítottak a szolgáltatásokat térítésmentesen vehetik igénybe. A nagyobb, több tartományt behálózó biztosítók (AOK, BEK, DAK) azonos járulékkal dolgoznak az egész ország területén, míg a kisebbeknél ez területenként is eltérhet. Az üzemi biztosítók, pedig kifejezetten egy adott régióban működnek. Ma a legalsó járulékhatar 12,8%, melyet kisebb, kevés irodával rendelkező biztosítók ajánlanak. (Taunus, BKK Essanelle)

Németországban a törvényes pénztáraknak az állam által meghatározott kötelezettségei vannak.

A biztosítók fedezetet nyújtanak jelenleg a következő szolgáltatásokra:

- betegség - megelőzés és szűrővizsgálatok,
- -járó-beteg – ellátás,
- fogászati és kórházi kezelések,
- gyógyszerár támogatás,
- gyógyászati segédeszközök,
- otthoni ellátás, beteg-szállítás,
- és olyan nem orvosok által végzett kezelések, mint fiziko-, beszéd- és foglalkoztatás terápia.

Ezen kötelező alapszolgáltatásokat **minden pénztárnak egységesen** kell teljesítenie minden biztosított számára. [8] (Ez a biztosítók szolgáltatásainak mintegy 96%- át teszi ki.) Ezen felül a pénztárak további plusz szolgáltatásokat is nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért, illetve megtartásáért. (Ha a beteg a különleges szolgáltatásaiért választja

valamelyik pénztárt, például akupunktúra, természetgyógyászat, kiropatika legjobb, ha a biztosítótól írásban kéri, melyik kezelést, milyen összegben térít.) A szolgáltatásokon túl az irodák száma is befolyásolhatja a kért járulék nagyságát.

A kötelező egészségbiztosítás alapján nyújtott szolgáltatások színvonala is magas. Az alábbiakban néhány szolgáltatást említünk meg ennek alátámasztására.

Minden biztosított számára ingyen jár a szülésre felkészítő tanfolyam, három ultrahangos vizsgálat a **terhes-gondozás** során, szülés utáni 10 alkalmas gyógytorna. A nők a szülés előtti 6. héttől a szülés utáni 8. hétig anyasági ellátásra jogosultak. (Összege a korábbi nettó bér. Ha a tényleges fizetés ennél magasabb, a munkáltató köteles pótlékot fizetni.) **Gyermekeik** számára 18 éves korig az orvosi vizsgálat, a gyógyszerellátás, a fogkezelés ingyenes. Hat éves korukig 9 vizsgálatot térít a biztosító, melyhez kapcsolódnak a védőoltások, megelőző- és a fogyatékoságok kiszűrésére végzett vizsgálatok. (A szülés utáni vizsgálatot követi a szamárköhögés, diftéria, tetanusz, polió, hepatitisz B, haemophilus influenzae B ismétlődő oltásai, valamint a mumpsz, kanyaró és himlő elleni oltások.) A 13-14 években lehetőség van táplálkozási tanácsadás igénybevételére, mely többek között az egyre gyakrabban jelentkező bulémiát hivatott megelőzni. Ekkor történik meg a további fejlődési rendellenesség kiszűrése, a drog és a dohányzás káros hatásairól való tájékoztatás is.

Nagy hangsúlyt fektetnek a **szűrésre és a megelőzésre** egyaránt a felnőtt lakosság körében is. Fedezik a nők 20 éves korától a méh nyakrák-, 30 éves kortól a mellrák, a férfiaknál pedig 45 éves kortól a prosztatarák szűrési vizsgálatait. 35 éves kor felett kétévente ún. egészségügyi csekket (gesundheitscheck) küld a biztosító, mellyel fizethetőek egyes belgyógyászati vizsgálatok. (Például vérnyomásmérés, EKG, ultrahangos vizsgálatok.) Ha más szolgáltatást is igénybe kívánnak venni, akkor ezekért fizetni kell. Így vérvételnél, ha a koleszterinszinten túl a cukorszintünkre is kíváncsiak vagyunk tételenként 1,5-2 eurót kell térítenünk. Biztosítók nagyban érdekeltek, hogy egészséges ügyfeleik legyenek, így ún. bónusz fizetecskét adnak ki biztosítottjaiknak, akik pontokat gyűjthetnek további szolgáltatásokért vagy ajándékokért. Pont jár a betegségmegelőző szűréseken való részvételért, fitness szalon látogatásért, rendszeres fogorvosi ellenőrző vizsgálatokon való megjelenésért stb., ezzel is tudatosítva a prevenció fontosságát.

Ingyenes **gyógy-kúrák**, gyógyfürdők vehető igénybe az ország több száz erre alkalmas intézményében, beutaló ellenében, minimum három hetes tartózkodással. (2004-től 13 eurós napi hozzájárulást kell fizetni érte.)

A **fogászati ellátásra** csak részben – az alapkezelésekre -nyújt fedezetet többnyire a biztosító, fogpótlás esetén a pénztár 2003-ig a költségek 60%- át térítette, ha a rendszeres fogorvosi

vizsgálatokat elmulasztották volna, akkor mindössze 50%-át. A jövőben fogászati kezelések állnak a költségcsökkentések keresttüzében. 2004 januárjától a fogpótlások kikerültek a biztosított szolgáltatások köréből, de a hagyományos kezelésekre még jár térítés. 2005-re a teljes fogászati kezelés önköltségessé válik.

Németországban a házi orvos un. **kapuőri** szerepe jellemző, de hétvégenként, szabadnapokon ügyeletet a kórházak biztosítanak. A házi orvos és szakorvos választás szabad, azonban **kórházi kezelésre** csak beutaló ellenében tarthatnak igényt a biztosítottak. A törvényes biztosító a helyileg legközelebb eső kórház szolgáltatásait téríti. Messzebbi kórház esetén az esetlegesen felmerülő plusz költségeket azonban már a betegnek kell állnia. Jelenleg 10 eurós napi hozzájárulást kell fizetni a benn tartózkodás ideje alatt. Általában 2-3 ágyas elhelyezés jár az alap szolgáltatással, de lehetséges külön szerződést kötni, természetesen további egyéni hozzájárulással egy ágyas szoba biztosítására.

A kórházi ápolást kiegészíti **az otthoni ápolás**, mely egyedülállóaknak nyújt segítséget, nemcsak betegápolást, hanem a háztartás ellátását is magában foglalja, 4 hétig fizeti a biztosító, ha nincs a háztartásban felnőttkorú. A betegek kezelésre való szállítását taxin, vagy mentőautón (kemoterápiás kezelés esetén akár naponta), szintén téríti a biztosító.

A táppénz jövedelmet szinten tartó ellátás, melyet a munkáltató fizet a betegség 6. hetéig ez a teljes fizetést jelenti, majd a bér 80%-át már a biztosító. Hosszantartó munkaképtelenség esetén, 3 éven belül 78 hétig fizetik.

A **co-payment** intézménye régi tradíciókkal bír Németországban, különös tekintettel a **gyógyszerekre**. Itt állandóan nőnek a hozzájárulás költségei a betegek oldaláról. [11] Ez mondható el a fogászati és a kórházi ápolási költségek tekintetében is.

Az 1990-es évek közepétől Németországban megjelent az úgynevezett **chip- kártyás nyilvántartás**. Az eredeti elképzelések szerint a chipkártya tartalmazná az összes olyan adatát, amelyre szüksége lehet bármely orvosi ellátásnál (név, lakcím, családi állapot, vércsoport, gyógyszer allergia, kórtörténete stb.), a gyakorlatban azonban az un. adminisztratív részt képes regisztrálni. Tekintve, hogy nemcsak egy orvos felelős a betegért, ezért a vizsgálati eredmények összegyűjtése problematikus. Minden egészségpénztár bocsát ki ilyen kártyát, amelyet először is "lehúznak" a rendelőben. Csak ezután kezdődhet meg a tényleges vizsgálat, mely során kiderül, hogy koronát kell felhelyezni egy fogra. Az orvos ezután egy költségvetési javaslatot készít, melyet a paciens tanulmányoz. Ebből kiderül számára, hogy a biztosítója milyen összeget térít meg majd, illetve mennyit kell saját finanszírozásból előteremteni. Ha ezt a beteg elfogadja az orvossal egy magánszerződést ír

alá, melyben megegyeznek fizetési összegről és annak folyósításáról, csak ezek után kezdődhet el a tényleges ellátás. Németországban a hálapénz intézménye nem ismert.

Az úgynevezett törvényes betegpénztárak mellett **magánbiztosítók** színesítik szolgáltatásaikkal a palettát. Németországban a privát biztosítókhoz a lakosság 9%-a tartozik, többségük önálló vállalkozással rendelkezik, vagy befektetéseiből, vagyona hozamából él, vagy jövedelme meghaladja a már előbbiekben említett „plafont”. Sok tekintetben, igen kedvező konstrukciókat kínálnak (pl. ha a biztosított igazolni tudja, hogy egészséges és az előző évben nem volt beteg még visszatérítést is kaphat a befizetett összegből). A privát biztosítók működése és finanszírozási struktúrája nagyban eltér a törvényes, állami formától. A tőkésítési mechanizmuson alapuló rendszerben nem okoznak gondot a jövő demográfiai változásai. A biztosítási díj az ötéves sávokra osztott életkor egészségi rizikóját tükrözi, mely az egyéni egészségi állapotot is figyelembe veszi. A díjat a minden korcsoportot érintő ellátási költségek átlagos emelkedésével arányosan növelik. Az életkorral várhatóan növekvő költségekhez tartalékot képeznek a befizetett díjakból, így a jövőbeli hatások, melyek erőteljesen érintik az állami rendszert itt nem okoznak problémákat az ellátás színvonalát illetően. Számos magánbiztosító nemcsak hirdetett politikájában, de gyakorlatilag is az egészségmegőrzését tekinti fő feladatának a gyógyítás mellett. Az egyik legnagyobb privát biztosító tavaly augusztusban indította [7] új egészségügyi központját, ahol az ott dolgozó orvosok teljesítményarányos alapú díjazásban részesülnek és a kapott összeg három tényező függvénye. Az első az alkalmazott kezelés sikerességi foka, a második a betegeknél mért megelégedettség szintje, harmadik a kezelés költsége összehasonlítva más területeken elért hasonló betegségek kezelési költségével. Így az orvos a biztosított egészségében érdekelt és egyfajta egészség manager szerepet tölt be, aki páciensének időt és pénzt takarít meg.

Következtetések

A hat ország egészségügyi rendszerének történetét követve jól láthatóak azok a dolgozat első fejezetében is már említett tényezők, amelyek meghatározhatják egy adott ország egészségügyi hatékonyságát. Az első rész végén meghatározásra került a hatékonysági sorrend, (Izrael, Németország, Hollandia, Egyesült Királyság, Egyesült Államok, Csehország, Magyarország) melynek feltárt történeti gyökerei az alábbiakban foglalhatók össze.

1.) A gyökereiben kölcsönösségen, szolidaritáson, egymás segítségén alapuló, döntően állami finanszírozású és állami szolgáltatók által nyújtott ellátáson alapuló rendszerek a leghatékonyabbak, mégpedig abban az esetben, ha ez magánpénztári (magánbiztosítói) struktúrával és kötelező biztosítással, valamint járulékfizetéssel párosul. A fentiekben leírt három ilyen ország (Németország, Izrael és Hollandia) között, talán azért Izrael áll az élen, mert egyrészt korlátozott számú pénztár működik, így az adminisztrációs költségek jóval alacsonyabbak, másrészt jelentős külföldi támogatásokat kap, elsősorban Amerikától.

2.) Az alapvetően állami irányítású, finanszírozású és nagyrészt közösségi szolgáltatókkal működő angol egészségügyi rendszer vélhetően azért került az általunk vizsgált hét ország középmezőnyébe, mert a belső piac intézménye (szolgáltatók versenye) némileg leszorítja az árakat, javítja a minőséget és a hatékonyságot. Ugyanakkor a mindenkire kiterjedő biztosítást ígérő rendszerekben szükségképpen nem lehet mindenkinek jó minőséget nyújtani.

3.) Az amerikai, majdnem tisztán piaci rendszer kedvezőtlen helyezése annak tudható be, hogy mind kínálati, mind keresleti oldalról felhajtják a kiadásokat. A magán szolgáltatók erős nyomást gyakorolnak több szolgáltatás igénybevételére, mert ez áll érdekükben, a betegek egyre újabb és korszerűbb eljárások alkalmazását, gyógyszerek használatát, gondos, minőségi ellátást követelnek, a biztosítók, pedig tovább tudják hárítani a megnövekedett költségek terhet a munkáltatókra, amelyekkel szerződésben állnak. Az állami programok esetében sem érvényesül erős költségvetési korlát, a politikai–hatalmi érdekek (újraválasztás) arra készítetik a politikusokat, hogy megszavazzák a megemelt egészségügyi büdzsét. Az amerikai egészségügyi rendszerben a szolgáltatók és a biztosítók érzéketlenek, túlfizetettek és keresztprofitálók.

4.) A közel tisztán állami rendszer (állami irányítás, finanszírozás, szolgáltatás), mely a poszt–szocialista országok jellemzője (Csehország és Magyarország) azért a legpazarlóbb, mert nincs olyan ösztönző rendszer, amely megakadályozná a költségnövekedést. Nincs egyetlen olyan szereplője sem ennek a szisztémának, akinek/amelynek érdekében állna a hatékonysági szempont figyelembe vétele és beemelése a működési mechanizmusba. A háziorvosok számára semmilyen pénzügyi következménye nincs betegek szakorvoshoz, vagy kórházba utalásának, a szakorvosoknak és kórházaknak teljesítmény alapján fizet a biztosító, így minél több szolgáltatás nyújtásában és elszámolásában érdekeltek. A betegek keresetfüggő járulékot fizetnek, semmilyen olyan fizetési kötelezettség nem terheli őket, amely az igénybevételhez lenne kapcsolva. Végül a biztosító ugyan a járulékokból gazdálkodik, ám a keletkezett deficitet a költségvetés finanszírozza. Az állami rendszer nem mentes a pazarlástól, hatékonytalanságtól és igazságtalanságtól. Mivel az árakat rögzítik, a kínálat és kereslet nem találkozik és a kutatási–fejlesztési beruházások sem nőnek.

3. A magyar egészségügyi rendszer múltja, jelene és jövője

Az első részben kísérlet történt hét ország jelenlegi egészségügyi rendszere hatékonyságának összehasonlítására, a második fejezetben választ szerettünk volna találni a felvetett kérdésekre, nevezetesen: milyen tényezők határozzák meg egy-egy ország egészségügyi rendszerét, illetve annak szervezetét (elsősorban történeti kialakulásuk?); melyik rendszer hatékonyabb és miért; lehet-e egyáltalán mérni az egészségügyi ellátás hatékonyságát és végül hogyan lehetne jobbítani, hatékonyabbá tenni ezeket a rendszereket? Igazolást nyert, hogy számos tényező van hatással az egészségügyi intézményrendszerre és ezen tényezők nagy hányada nehezen, vagy egyáltalán nem mérhető/számszerűsíthető. Ebben a fejezetben – a magyar egészségügytörténet rövid áttekintését követően – egy gondolkísérlet kerül bemutatásra. Milyen javaslatot lehetne tenni – a kutatás eredményeit felhasználva – a magyar egészségügyi rendszer átalakítására, annak hatékonyabbá tétele érdekében.

A világ fejlett régióiban egyre égetőbbé vált a szociális gondoskodás, a társadalombiztosítás átalakítása, és ennek egyik legfőbb pontja az egészségügy. Ráadásul nagyon egyszerűen kiszámítható, hogy a nyugdíjrendszerrel együtt, az egészségügy fog a leghamarabb tarthatatlan helyzetbe kerülni. A gazdasági növekedés lelassulásával, és az idősödő társadalom problémájával kell szembenézni és megoldást találni rá. A „hagyományos” recept (piaci versenyképesszer megteremtése) amelyet a liberálisok alkalmaznak, nehezen alkalmazható az egészségügyre, mert vigyázni kell arra, hogy ne sérüljön az egyenlőség, a méltányosság és a szolidaritás elve. A járulékfizetésnek a fizetőképességhez kell igazodnia és jóval meg kell előznie az igénybevételt. Nem szabad, hogy családok elszegényedjenek az egészségügyi kiadások miatt, vagy hogy legyenek olyanok, akik kimaradnak a minimális ellátási körből, azaz **a hozzáférésben egyenlőséget kell biztosítani**. Az egészségügy finanszírozási forrásai lehetnek az adóbevételek, a kötelező járulékok, az önkéntes járulékok, valamint a közvetlen kifizetések (out of pocket payments). A nyugat-európai rendszerek azt mutatják, hogy ha jórészt adókból vagy társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák a rendszert, az meglehetősen jó helyzetet teremt az egyenlőség terén, miközben a többi mód elosztási egyenlőtlenségeket okoz, a gazdagabb rétegek javára. A gazdagabb országokban kevésbé sürgető a reform, a verseny intézményét próbálják fokozatosan bevezetni anélkül, hogy az egyenlőség és méltányosság sérülne, például lehetővé téve választást a biztosítási alapok között. (Ezt láthattuk a második fejezetben, például Izrael, Németország vagy

Hollandia esetében.) Amíg azonban a magánbiztosítók a kevésbé kockázatos egyéneket preferálják, addig egyenlőtlenség lesz a különböző alapok (pénztárak) között. Akármelyik átalakítási irányt is választják az országok, az államnak biztosítania kell, hogy a szegények is hozzáférjenek a szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz, és hogy ne okozzon elszegényedést, ha például valaki a családban, krónikus betegségben szenved. A lehetséges megoldások egyike, hogy kivonják bizonyos társadalmi csoportok tagjait a költségmegosztási kényszer alól. (Amint az előzőekben bemutatásra került, egy bizonyos jövedelemszint felett Hollandiában nem lehet, Németországban, pedig nem kötelező a társadalombiztosításban résztvenni.) Másik megoldás lehet, amit például Svájcban alkalmaznak, hogy támogatni kell a munkaviszonyban nem állók és a vállalkozók részvételét a társadalombiztosításban. [1] Európai országok sora tett kísérletet a költséghatékonyság növelésére, például alap szolgáltatási csomagok kialakításával, a szolgáltató menedzsment decentralizációjával, piaci mechanizmusok beépítésével, kórházi szolgáltatások átstrukturálásával (ápolási szintek megkülönböztetésével), az alapellátás (járóbeteg ellátás) megerősítésével, betegek választási lehetőségének növelésével, illetve a technológiai korszerűsítés és a minőségfejlesztés ösztönzésével. A legfontosabbnak a járóbeteg ellátás fejlesztése tűnik. Olyan eszközöket kell adni az alapellátásban résztvevő orvosoknak és intézményeknek, melyek lehetővé teszik a betegek kórházi, fekvőbeteg-, illetve idősothonokban történő ápolásának visszaszorítását.

Most, hogy Magyarországon is immár egy évtizede viták tárgya az államháztartás megreformálása, nem maradtak el az egészségügy körüli csatározások sem. A politikusok (kormánypártiak és ellenzékiek egyaránt) egyetértenek abban, hogy az egészségügyben nem kellően hatékony a közpénzek felhasználása, nem kellően strukturált a magántőke beáramlása és a lakosság egészségi állapotának romlása a meglévő, vagy kismértékben bővülő források felhasználásával csak akkor oldható meg, ha a finanszírozási struktúrában lényeges változtatásokat hajtanak végre.

3.1. Magyar egészségügytörténet – röviden

Jelen fejezet részben, csak néhány gondolat erejéig kívánok foglalkozni a magyar egészségügyi rendszer történetével, egyrészt, mert az mindenki előtt jól ismert, másrészt, mert sokban hasonlít az előző részben más ismertetett cseh modellhez, nemcsak a világháború előtti időszakban, de a szocializmus érája alatt is. Az eddigiektől eltérően, viszont, néhány kiemelt statisztikai mutató elemzésére is sor kerül.

A magyar egészségbiztosítás bismarcki típusú volt, felülről szervezett, államilag kezdeményezett. Az egészségügyi és balesetbiztosítás a 18. század végén jelent meg, egyes rétegekhez kötődően. Az egészségügy gyakorlati megszervezése Fodor József és Markusovszky Lajos nevéhez kötődik, ugyanis az ő érdemük az ún. Egészségügyi alaptörvény 1876. évi megalkotása, valamint a kórházrendszer kiépítése és az egészségügyi közigazgatás megszervezése. Az 1876: XIV. tc. szerint a közegészségügy megvalósítása állami feladat: „Mindaz, mi a közegészség fenntartására, javítására és a megromlottak helyreállítására szolgál, hatósági felügyelet és intézkedés, a közegészség elleni kihágások, pedig a rendőri büntetőbíráskodás tárgyát képezik.” A törvény a közegészségügyi, járványügyi hatósági feladatokat a főszolgabíróra, vármegyei szinten a vármegyei főorvosra, járási szinten a járási tisztiorvosra bízta. A háziorvosi ellátás megszervezése a községek és városok feladatkörébe tartozott. A fekvőbeteg ellátás közkórházakon keresztül történt, melyek létesítésére a belügyminiszter adhatott engedélyt.

A kiterjedtebb egészségügyi gondozást Korányi Frigyes kezdeményezte a tüdőgondozó-intézetek létesítésével. Korányi 1866-ban került a budapesti egyetemre, ahol megszervezte az I. Belklinikát és ott állították fel az első laboratóriumot is. Az anya- és csecsemővédelem kiépítése az Országos Stefánia Szövetség érdeme.

Az 1876. évi – a közegészségügyet teljesen átölelő – törvényt később többször kiegészítették, 1886-ban a trachoma ellen való védekezésről szóló törvénnyel, 1887-ben a himlő ellen való újraoltás bevezetését, 1908-ban a községi egészségügyi szolgálat módosítását, 1925-ben a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet felállítását, majd 1936-ban a hatósági orvosi szolgálatot (a közegészségügy államosítását) foglalták törvénybe. [2] Az egészségügyi ellátást, az 1927: XXI. tc. alapján a társadalombiztosítás (OTI) finanszírozta, de a törvény hatálya rendkívül korlátozott volt, hiszen kizárta az akkori legszélesebb társadalmi csoportot, a mezőgazdasági munkásokat, valamint számos egyéb foglalkozású réteget is, például a kisiparosokat. [3] [4] A Monarchia felbomlásával Nyugat-Európa és Magyarország fejlődési útja szétvált és az olló szélesebbre nyílt. Míg Nyugat-Európában a két világháború közötti időszakban az állam és a közösségi szolgáltatások súlyaránya nőtt, Magyarországon a szociálpolitika átfogó társadalmi reformja (kiterjesztése) elmaradt. [5] Miközben a városi középosztály számára mind kiterjedtebbé vált, modern szolgáltatásokkal, addig a szegényebb rétegek számára mindössze jótékonyági akciókra, segélyprogramokra korlátozódott. A lakosság egészségi állapotát tekintve mindez azt eredményezte, hogy rendkívül erőteljes különbségek voltak társadalmi rétegenként a várható életkorban, a csecsemőhalandóságban, a megbetegedési arányokban és ez komoly társadalmi feszültségeket eredményezett.

38. Táblázat A biztosítottak számának alakulása 1935 -1956 (millió fő)

1935	0,9
1936	1,0
1937	1,0
1938	1,2

1949	3,8
1950	4,4
1951	4,8
1952	5,3

1953	5,7
1954	5,9
1956	6,3

Forrás: Katona Béla: Magyarország közgazdasága 1938, Statisztikai Évkönyvek, Egészségügyi helyzet 1972, A lakosság jövedelme és fogyasztása 1960-1972

A II. világháború előtti társadalombiztosítási rendszer, a magyar lakosság csak mintegy 30%-át fogta át, igen szűk volt az a kereseti sáv, amelyre a biztosítás kiterjedt. A biztosított csoporton belül is azonban nagyok voltak a különbségek az ellátási kör tekintetében például. A háború tovább rontott a népegészségügyi helyzeten. A háború után elemi erővel jelentkezett az az igény, hogy az egészség mindenki számára garantált legyen, mindenkinek hozzáférése legyen az egészségügyi ellátáshoz, szociális helyzetétől függetlenül. 1945 után, tehát egy újfajta biztosítási rendszer alakult ki, a háború előtt meglévő biztosítókat (amelyek jobbra társadalmi réteg szerint szerveződtek) vagyonukkal együtt központosították. 1949-re a társadalombiztosítás kormányzati irányítás alá került és a központi költségvetés részévé vált. [4] Az 1950-es évektől folyamatosan bővítették a térítésmentes ellátásra jogosultak körét, lassan minden munkaviszonyban állóra kiterjesztették a kötelező biztosítást. Az egészségbiztosítás átalakítására 1955-ben került sor az 1955: 39. tv. megalkotásával. E szerint: „A betegségi biztosítás, kötelezően kiterjed a munkaviszonyban álló dolgozókra, a mezőgazdasági termelőszövetkezetek és a kisipari szövetkezetek tagjaira, továbbá – meghatározott feltételekkel – az előbbieken nem említett más csoportokra és személyekre.” A 70-es évek elejére a lefedettség csaknem teljes körűvé vált, 97%-os volt, majd 1972-ben sor került az akkor már közel száz éve hatályos, 1876. törvény felváltására és egy új megteremtésére. Az 1972: II. tv. szerint: „Az egészségügyi feladatok ellátását az állam biztosítja az Egészségügyi Minisztériumon, a tanácsokon és az egészségügyi szervek (intézetek, intézmények, szolgálatok, vállaltok stb.) útján.” Az egészségügyi ellátás igénybevétele állampolgári joggá vált. Jól látható az alábbi táblázatból a biztosított kör háború utáni kezdetben mérsékelt, majd ugrásszerű bővülése.

39. Táblázat Biztosítottak aránya a lakosság százalékában 1938 - 1970

1938	30
1950	47
1951	50

1956	64
1960	85
1970	97

Forrás: Katona Béla: Magyarország közgazdasága 1938, Statisztikai Évkönyvek

A háborút követő negyed évszázad változásai sok tekintetben pozitívak voltak. A népegészségügyi helyzet mind mennyiségi, mind minőségi mutatói ugrásszerű javulást mutattak. (Például a fertőző, járványos betegségek számottevő részét visszaszorították.)

40. Táblázat TBC- halandóság (10 ezer lakosra)

1950	79	1990	0,53
1968	22	2000	0,35
1980	1,2	2002	0,34

Forrás: Az életszínvonal alakulása Magyarországon, Statisztikai évkönyvek

Úgy tűnt, hogy a szocializmusban a gyors növekedés és a társadalmi egyenlőség együtt járhat. Az elmaradás azonban, a nyugat-európai országokhoz képest növekedett (például alkoholfogyasztás, csecsemőhalandóság), kivéve a körzeti orvosi ellátás, a védőoltások és a TBC szűrés és megelőzés tekintetében. Az alábbi táblázatokból látszik, hogy a csecsemőhalandóság ugyan gyors javulást mutatott, ugyanakkor a hozánk hasonló fejlettségű Csehország, vagy Görögország adataihoz képest is magas mértéket mutatott. 1968-ban, például az európai rangsorban, mindössze a 19. helyet foglaltuk el.

41. Táblázat A csecsemőhalandóság alakulása 1931 – 2002 (1000 élve születettre)

1931-1940	144,4	1980	23,2
1950	86	1990	14,8
1955	60	2000	9,2
1960	47,6	2002	7,2
1970	35,9		

Forrás: Pető I – Szakács S A hazai gazdaság négy évtizedének története

42. Táblázat Csecsemőhalandóság néhány fejlett országban 1960 – 2002 (1000 élve születettre)

	1960	1970	1980	1990	2002
Magyarország	47,6	35,9	23,2	14,8	7,2
Ausztria	37,5	25,9	14,3	7,8	4,1
Csehország	20	20,2	16,9	10,8	4,2
Németország	35	22,5	12,4	7	4,3
Görögország	40,1	29,6	17,9	9,7	5,9
USA	26	20	12,6	9,2	6,8*

*2001

Forrás: OECD Health Data 2004

A 60-as évek közepéig a rendszer belső feszültségei rejtve maradtak és nem, mint strukturális feszültségek, hanem, mint forráshiány jelentek meg. A probléma nemcsak abból adódott, hogy a nemzeti jövedelemnél lassabban nőttek az egészségügyi kiadások, hanem elsősorban abból, hogy a jogosultsági kör kiterjesztése nem járt együtt a szolgáltatási alap megteremtésével. Az intézményi hálózat nem tudta követni a mindenki számára ingyenes ellátás megteremtésének szándékát és az orvosok, illetve a többi egészségügyi személyzet anyagi érdekeltsége is ellentétes volt az ingyenes ellátással. A kapacitásokat formálisan bővítették, elsősorban szervezési technikákkal: jelentősen növelték az egészségügyi dolgozói létszámot (elsősorban az orvosokét), a kórházi ágyak számát úgy gyarapították, hogy közben kórházakat zártak be, (tehát nem eszközöltek beruházásokat, csak a zsúfoltságot erősítették), szovjet minta alapján kiépítették a szakorvosi rendelői hálózatot, leválasztva azt a fekvőbeteg ellátásról, valamint kiépítettek egy körzeti orvosi hálózatot a meglévő épületek hasznosításával. [4]

43. Táblázat Kórházi ágyak száma (db) 1938 – 2002

1938	46922
1950	52326
1955	64550
1960	72351
1965	79201

1970	85768
1975	90180
1980	95539
1985	102348
1990	105097

1995	92603
2000	83430
2002	80340

Forrás: A magyar királyi kormány 1941.évi működéséről és az ország közállapotairól szóló jelentés és statisztikai évkönyv 1943, Statisztikai évkönyvek

44. Táblázat 10 ezer lakosra jutó gyógyintézet ágyak száma (db) 1938 – 2002

1938	51
1940	49,8*
1941	44,8*
1949	53,7
1950	55,8
1955	65,3

1960	72,3
1965	78
1970	82,9
1975	85,4
1980	89,2
1985	96,2

1990	101,5
1995	89,7
2000	81,8
2002	79,2

* A visszacsatolt délvidéki és erdélyi területek nélkül

Forrás: A magyar királyi kormány 1941.évi működéséről és az ország közállapotairól szóló jelentés és statisztikai évkönyv 1943, Statisztikai évkönyvek

Miközben 1950 és 1968 között a működő kórházi ágyak száma több mint másfélszeresére nőtt, a háború után épült első kórház csak 1963-ban adták át, Budapesten, pedig csak a 70-es években került erre sor, addig mindössze a Tétényi úti és a Vas utcai kórház átépítése valósult meg. A problémák – a hatalmas betegforgalom miatti túlterheltség és túlszűfolttság, az intézmények nagy leterheléséből adódó fizikai leromlásuk, a hálapénz általánossá válása

és végül az ellátó hálózat struktúrája és a lakossági igények összhangjának hiánya (az alapellátásra való koncentrálás helyett, a betegeket ide-oda küldözgették feleslegesen a három ellátási szint között) – a hatvanas évek végére nyilvánvalóvá váltak.

Az orvosok száma is rendkívül dinamikusán nőtt, miközben az ellátás egyenetlenségei alig csökkentek. Amíg Budapesten, már 1952-ben 10 ezer lakosra több mint 30 orvos jutott, vidéken még 1956-ban is csak 9-10. [6]

45. Táblázat Orvosok számának alakulása 1938 – 2002 (fő)

1938	10590	1970	20491	1995	34634
1950	10229	1975	23588	2002	37295
1955	14153	1980	26898		
1960	14295	1985	29524		
1965	17528	1990	32883		

Forrás: Statisztikai évkönyvek

46. Táblázat 10 ezer lakosra jutó orvosok száma 1938 – 1997 (fő)

1938	11,6	1960	15,7	1990	36,9
1940	10,6*	1965	19,2	1995	41,6
1941	9*	1970	22,7	1997	44,3
1949	10,7	1975	25,6		
1950	11,0	1980	28,8		
1955	14,3	1985	32,5		

* A visszacsatolt délvidéki és erdélyi területek nélkül

Forrás: A magyar királyi kormány 1941.évi működéséről és az ország közállapotairól szóló jelentés és statisztikai évkönyv 1943, Statisztikai évkönyvek

1950 és 1968 között a tízezer lakosra jutó orvosok száma megduplázódott, nemzetközi összehasonlításban is igen előkelő helyezést vívtunk ki, 1965-ben például 22 európai ország rangsorában a kilencedik helyet foglaltuk el.

47. Táblázat Dolgozó orvosok száma (1000 lakosra) 1960 – 2002

	1960	1970	1980	1990	2002
Magyarország	1,5	2	2,3	2,8	3,2
Ausztria	1,4	1,4	1,6	2,2	3,3
Csehország	n.a.	1,8	2,3	2,7	3,5
Németország	n.a.	n.a.	n.a.	3,1*	3,3
Görögország	1,3	1,6	2,4	3,4	4,5**
USA					

*1995 **2001

Forrás: OECD Health Data 2004

A 70-es évek elején kórházrekonstrukciós programot indítottak, amely azonban gyorsan kifulladt, alig néhány kórházat érintett, újakat, pedig szinte egyáltalán nem építettek. A

gazdasági növekedés az 1980-as években megtorpant, az egészségügy területén jelentkező feszültségek, pedig nem csökkentek, sőt tovább éleződtek. Romlottak a mutatók, a mortalitási és morbiditási ráták tragikusan kezdtek alakulni, a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál csökkent, lemaradásunkból a fejlett országokhoz képest, pedig nemhogy nem tudtunk lefaragni, de még növeltük is. Egyre világossabban kirajzolódott egy átfogó, egészségügyi reform szükségessége.

48. Táblázat Születéskor várható átlagos élettartam (év) 1930 – 1998

1930	48,7
1950	58,8
1975	67,2
1985	65,1
1990	65,1
1998	66,1

Forrás: Statisztikai évkönyvek, Orosz Éva Félúton vagy tévúton?

49. Táblázat Születéskor várható átlagos élettartam néhány országban (év) 1960 – 2002

	1960		1970		1980		1990		2002	
	férfiak	Nők	férfiak	nők	férfiak	nők	férfiak	Nők	férfiak	nők
Magyarország	65,9	70,1	66,3	72,1	65,5	72,7	65,1	73,7	68,4	76,7
Ausztria	65,4	71,9	66,5	73,4	69	76,1	72,2	78,8	75,8	81,7
Csehország	67,9	73,4	66,1	73	66,8	73,9	67,6	75,4	72,1	78,7
Németország	66,9	72,4	67,2	73,6	69,6	76,1	72	78,4	75,6*	81,3*
Görögország	67,3	72,4	70,1	73,8	72,2	76,8	74,6	79,5	75,4	80,7
USA	66,6	73,1	67,1	74,7	70	77,4	71,8	78,8	74,4*	79,8*

* 2001

Forrás: OECD Health Data 2004

A 80-as évek végén megkezdődött az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási rendszerének reformja, miközben a rendszerváltással, makroszinten is gyökeres változások mentek végbe, mind a gazdaságban, mind a társadalomban. Az érdekeltség megteremtését tűzték ki célul, bizonyos teljesítménymutatókhoz kötve a finanszírozást. A házi orvosok finanszírozása fejkvóta alapján történt, a hozzájuk bejelentkezett lakosok számától és összetételétől függően. A járóbeteg szakellátásban a bázisszemléletű finanszírozást kiegészítették tarifa-jellegű szolgáltatási díj (fee-for-service) fizetésével is, a kórházakat, pedig az ún. DRG-homogén betegcsoportok szerinti finanszírozásban részesítették. Emellett a tulajdonviszonyokat is némileg átalakították, az egészségügyi létesítmények állami

tulajdonból, önkormányzati tulajdonba kerültek, valamint lehetővé tették magánpraxis folytatását, illetve magánklinikák létrehozását és működtetését.

Összefoglalva tehát, az 1989 – 1993 közötti időszakban alapvetően átalakultak az egészségügyi rendszer jellemzői és kialakultak a jelenlegi struktúra fő összetevői: különböző tulajdoni formák jogi egyenrangúsága, háziorvosi rendszer, társadalombiztosítási – alapvetően teljesítményen alapuló –finanszírozás.[7] 1992-ben megszűnt az állampolgári jogon járó jogosultság. Minden erőfeszítés ellenére az egészségügyi ellátás alacsony hatékonysága megmaradt, a költségek, pedig egyre csak növekedtek. A Horn kormány (1994 – 1998) nem tulajdonított kiemelt figyelmet az egészségügy reformjának. A legfőbb cél a közkiadások korlátozása volt, ezt valósították meg az egészségügyi szektorban is. A drámai forráscsökkenés ellensúlyozására átfogó reform helyett a költségek csökkentéséhez láttak hozzá, mégpedig oly módon hogy az csak átmeneti megoldást jelenthetett: csökkentették a kórházi ágyak számát és a fellépő forráshiányt menedzselték. A kórházi ágyak számának csökkenése már 1991-től megindult, de nagyobb lendületet csak a kilencvenes évek derekától vett. Az Orbán kormány (1998 – 2002) növekvő gazdasággal, ebből következően, pedig bővülő kormányzati forrásokkal találta szembe magát. Két kérdés fogalmazódott meg: egyrészt, hogy jut-e a megnövekedett forrásból az egészségügyi ágazatnak is, másrészt, hogy képes-e a kormány reformokat keresztülvinni és ha igen, a szolgáltatási szektorban avagy a biztosítási rendszerben? Az egészség és az egészségügyi reform az Orbán kormány alatt sem kapott prioritást, az egészségügy helyzete tovább romlott, a különböző reformelképzelések egyike sem kerekedett felül. Mindazonáltal a 80-as évek végén és a 90-es években összességében jelentős változások történtek az egészségügyi rendszer vonatkozásában. Az ezredfordulón, a magyar egészségügy legfontosabb jellemzői – Orosz Éva nyomán – az alábbiak voltak: a közfinanszírozás a kiadások mintegy 70-80%-át teszi ki, a kötelező biztosítás a lakosság szinte egészére kiterjed, vegyes tulajdoni viszonyok, önkéntes, kiegészítő betegbiztosítás megjelenése, finanszírozó és szolgáltató szerep szétválása, szerződéses kapcsolat kialakítása és végül a nyugat-európaihoz hasonló finanszírozási módszerek. [7] A rendszerváltás utáni kormányok egészségpolitikáját a finanszírozási rendszer átalakítására való koncentráció jellemezte és a lakosság egészségi állapotának javítása háttérbe szorult. Nem született olyan program, amely elsődlegesen erre a célra fókuszált volna, azaz: arra, hogy mit lehetne tenni az egészségi állapot javítására, a kockázatok csökkentésére? Jelentős probléma, hogy nincs átfogó megelőző- és szűrőprogram.

3.2. A kormány (két) reformtervezete

A Radnai György kormánybiztos vezetésével működő műhely kidolgozta, és társadalmi vitára bocsátotta elképzelését, törvénytervezet formájában, először áprilisban. Később, augusztusban egy valamelyest módosított változatot fogalmaztak meg. [8,9] A törvényjavaslatban egy olyan rendszerre tesznek javaslatot, melyben az újonnan felállítandó ellátásszervező intézmények végeznék a lakosság egészségmenedzselését. A tervezet lényegében az irányított betegellátás irányába mozdítaná el a rendszert. (Magyarországon, 1999-ben indult útjára az irányított betegellátási modell-kísérlet, kilenc szervezettel kötött akkor szerződést az OEP. Ma 11 ilyen szervezet működik, több mint 1 millió lakos egészségügyi ellátását megszervezve.) Tőkeerős magánvállalkozásokat vonnának be ellátásszervezőként. (Országosan minimum 22 ilyen szervezet alakulna, a hét régió mindegyike három – öt szolgálattal köthetne szerződést, így tehát egy-egy ellátásszervezőre 150-450 ezer lakos jutna.) Ezek az ellátásszervezők területi monopóliumokkal rendelkeznének és minimum 10, maximum 15 évre vehetnék koncesszióba a lakosság egészségügyi ellátásának szervezését. Előírás lenne, hogy az indulás évében a jegyzett tőke érje el a várható (OEP-től származó) bevétel 5%-át, további 5%-ot fordítsanak az intézményrendszer fejlesztésére és 300 millió forintot – kockázati biztosítékként – elkülönítve kellene kezelni. Nem szerezhethetne részesedést ezekben a társaságokban gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket gyártó és forgalmazó cég, valamint egészségügyi szolgáltató. A regionális ellátásszervezők az ottani háziorvosokkal, kötelező jelleggel szerződnének, szakorvosok és kórházak között azonban szabadon választhatnának, a háziorvosok, azonban csak egyetlen ellátásszervezővel szerződhetnének. A betegnek a lakóhelye szerint illetékes ellátásszervezővel kellene szerződnie, ha végképp nincs megelégedve, átmehetne a munkahelye régiójának ellátásszervezőjéhez, ámde akkor 10% önrészt kellene minden igénybevételnél fizetnie. Az OEP, a beszedett járulékokat fejkvóta alapján osztaná vissza az ellátásszervezőknek. A profit egy része (10%-a) kivehető lenne, 45%-át fejlesztésre, 45%-át, pedig a dolgozók premizálására kellene elkölteni. [8, 10] Az augusztusban közzétett újabb tervezet csak néhány elemében tér el az előzőtől. Részben az „egészséghez” való hozzáférés regionális különbségeinek csökkentését szeretnék elérni és e célból a bevétel 1%-át az ellátásszervezőknek regionális és központi fejlesztési célok finanszírozására kellene átutalniuk, részben, pedig az irányított betegellátási rendszer szervezésében eddig résztvett vállalkozásokat már nem zárnák ki az ellátásszervezők

köréből. [9, 11] A fejkvótát prevenciós díjjal (minimálbér 1%-a) és ugyanennyi szervezési díjjal (a munkakezdés költségeihez való hozzájárulás) egészítené ki az OEP.

3.3. Alternatív javaslat

Kérdés, hogy miként lehetne az egészségbiztosítási rendszert úgy átalakítani, hogy ne sérüljön a szolidaritás és az egyenlőség elve, hogy megvalósulásában lehetőséget biztosítson nem állami szereplők részvételére is (üzleti vállalkozások, magántulajdonú társaságok), és hogy növelje a lekötött és felhasznált erőforrások hatékonyságát, valamint segítse elő többleterőforrások bekerülését a rendszerbe. A kormány jelenlegi törvényjavaslatának legnagyobb hibája, véleményem szerint, hogy éppen a versenyt zárja ki azáltal, hogy területi monopóliumot ad az egyes ellátásszervezőknek, így megszűnik a lakosság választási lehetősége, azaz a fogyasztói kontroll, amely a legerősebb motiváló tényező. A most ismertetendő elgondolás az egészségügy több-biztosítós modelljére épül. A több-biztosítós modell, az egészségügyi szolgáltatók közötti verseny révén, a közpénzek hatékony(abb) felhasználását teszi lehetővé és a kötelező biztosítás mellett a kiegészítő biztosítások intézménye is kiépülhetne. A járulékfizetés módja, mértéke és beszedése nem változna, de az OEP, csak egy lenne a versenyző pénztárak között. A biztosítók országos hatáskörrel szerveződnének (tejhát nem területi alapon) és szabadon választhatnának a biztosítottak, melyik pénztárral (biztosítóval) szeretnének szerződni. Az APEH, a beszedett járulékokat fejkvóta rendszerben osztaná vissza a pénztáraknak. Természetesen a fejkvóta koefficiensek kialakításánál figyelembe vennék az életkort, nemet, területi különbségeket és egyéb – egészségügyi ellátási költségeket befolyásoló – tényezőket is. A modell legfontosabb elemei az alábbiak.

- A biztosított választ a **házi orvosok** közül, akik biztosítójukkal szerződtek. (Úgy, mint az amerikai HMO-kbna és más menedzselt biztosítási formákban.) Az, hogy a házi orvosnak hogyan, mi alapján térít a biztosító (pénztár), az annak függvénye, milyen szerződést kötöttek. A házi orvos lehet alkalmazott fix fizetésért, és a pénztár annyi beteget küld hozzá, amennyiben megállapodtak, vagy fizethet fee-for-service alapon, az elvégzett vizsgálatok, kezelések alapján, végül köthet fejkvótára vonatkozó szerződést, azaz a házi orvos, betegei számától függően kapja a pénzt, és maga gazdálkodik. Azt a biztosítónak kell elérnie, hogy a házi orvos ösztönözve legyen a hatékonyságra, azaz felesleges vizsgálatokat, kezeléseket ne végezzen illetve végeztessen, amennyiben lehetséges lássa el a járóbeteg ellátás keretében és ne küldje

tovább szakorvoshoz, vagy kórházba a betget, ha nem feltétlenül szükséges. A házi orvosok felszerelése, rendelője, műszerei, eszközei lehetnek saját, vagy biztosítói tulajdonban, vagy bérelheti, lízingelheti is őket. Ez a biztosító (üzleti) döntése lenne, hogy melyik formát választja. Ha a beteg úgy véli, nem részesült kellően gondos ellátásban, válthat egy másik házi orvost a hálózaton belül, vagy akár egy másik pénztárat, ha pedig a házi orvos nem látja el megfelelően kapuőr (gatekeeper) szerepét, akkor a pénztárnak előbb-utóbb fel fog tűnni, hogy felesleges kiadásokat indukál, így vagy flemondja vele a szerződést, vagy igyelszik ellenőrzőket beépíteni.

- A **kórházak és szakorvosok, szakrendelők** szolgáltatási listát árajánlással állítanak össze minden év elején a biztosítók (pénztárak) számára. A pénztár az árak és a minőség – megaddigi tapasztalatai – alapján dönt, melyik ellátást, melyik kórháztól, szakorvostól, egyéb szolgáltatótól vásárolja meg. A pénztáraknak lehetne saját rendelőjük vagy kórházuk is, ahol alkalmazottak az orvosok. Orvoscsoportok bérbe vehetnek kórházakat „0” forint bérleti díjért, ami persze nem azt jelenti, hogy nincs költsége, hiszen az időszak végén a kórház (vagy rendelő) műszaki állapota ugyanolyan kell, hogy legyen, mint a bérleti időszak kezdetekor, tehát folyamatosan költeni kell rá (még ha a fejlesztésektől el is tekintünk). A kórház, vagy rendelő tulajdonosa (például a település önkormányzata) igyekezni fog bankgaranciát szerezni a, hogy abban az esetben, ha a bérbevevő nem tudja teljesíteni a „0” forint bérleti díj feltételeit, akkor lehívassa és abból fedezze az épület, berendezések, felszerelések stb. felújítását, karbantartását. A kórházak és szakrendelők lehetnek akár magántulajdonban, lehetnek for-profit, vagy non-profit szervezetek, lehetnek az önkormányzat tulajdonában, vagy állami tulajdonban, például oktatókórházként valamelyik egyetemhez tartozóan.
- Az **egészségügyi intézmények tulajdonosa** lehet bármely szervezet (ahogy fentebb is szerepel), lehet az állam, önkormányzat, szerzetesrend, magánvállalkozás, maga a házi orvos például. Nincs jelentősége a tulajdonviszonyoknak, csak annyiban, hogy az állami vagy önkormányzati szervezeteknek nem lehet haszna (kára sem) az intézmények tulajdonlásából, ha tehát profitot eredményezett a gazdálkodás, azt maradéktalanul vissza kell forgatni az egészségügybe.
- A **gyógyszerkassza** kérdése további gondot jelent, minthogy minden évben tetemes hiánnyal néz szembe és a cél, hogy elérjük, csak annyi és olyan gyógyszert vásároljanak a betegek (írjanak fel az orvosok), amelyekre és amennyire ténylegesen

szüksége van a betegnek a gyógyuláshoz. Így a legcélszerűbb az, ha beépítik a fejkvótába a gyógyszerköltségek fedezetét is. Így az orvos érdekeltté válik abban, hogy felesleges gyógyszert, illetve feleslegesen drága gyógyszert ne írjon fel. A gyógyszer árának a beteg által nem térített részét, a felíró orvos pénztárának kell kifizetnie.

- Az eddig **állami, illetve önkormányzati feladatok** (például ÁNTSZ működtetése, iskolaorvosi teendők, kötelező és önkéntes szűrővizsgálati programok) finanszírozása úgy oldható meg, hogy a beszedett járulékok egy meghatározott részét (mondjuk 5%-át) elkülöníti az APEH és a törvényben rögzített célokra átutalja az abban foglaltakért felelős intézményeknek.
- Kérdés, hogy szükség van-e valamifajta **kiegyenlítő kasszára**, a különösen nagy költséggel járó beavatkozások (például transzplantációs műtétek) támogatására? Ha túl sok pénztár működik, akkor nem kellően nagy a kockázatközösség és előfordulhat, hogy pénzügyi nehézségekbe kerül egy-egy pénztár néhány ilyen beavatkozás következtében. (Így volt ez, például a cseh egészségpénztárakkal is.) Célszerűbb tehát a biztosítók számát korlátozni, semmint ilyen központi alapot létrehozni, mert az újabb szelet lecsippentését jelenti a járulékbévételekből.
- Amennyiben a pénztárnak **hiánya** keletkezik, azt korábbi felhalmozott profitjából finanszírozhatja, vagy kedvezményes (államilag támogatott) bankkölcsönt vehet fel, de csak korlátozott mértékben és legfeljebb mondjuk három egymást követő évben, éves díjbevételének legfeljebb 5-10%-a erejéig. Ha **profittal** zár egy időszakot (azaz nem költötte el a kapott fejkvóta egészét), akkor annak meghatározott részét vissza kell forgatnia az egészségügybe fejlesztések formájában és csak kis hányadát (mondjuk 20%-át) veheti ki.
- A **pénztárak (biztosítók) érdekeltsége** kettős: egyrészt gazdálkodhatnak úgy, hogy profitjuk legyen, miközben biztosítottjainak egészségi állapota javul (ahogy említettük kiveheti a nyereség meghatározott hányadát), másrészt az alap-, kötelező biztosításban résztvevők piacot jelenthetnek számukra kiegészítő biztosítások értékesítéséhez, hiszen az alapbiztosítási csomag tartalmát törvényben határoznák meg és csak azt kellene nyújtaniuk tagjaiknak a fejkvótáért cserébe. Ám kínálhatnak kiegészítő biztosításokat (például egyágyas szoba kórházi ápolás esetén, jobb minőségű anyagok felhasználása fogorvosi kezeléseknél, kiterjedtebb fogorvosi kezelések, például fogpótlás, rövidebb várakozási idő, magasabb térítési hányad gyógyszervásárlásnál, fogyókúra tanácsadás és rendelés stb.) Foglalkozhatnak

ezen kívül magánbiztosítási csomagok értékesítésével is, ha kiengednénk a gazdagabbakat a kötelező rendszerből. (Lásd a következő pontban!)

- Az állampolgárok szabadságának korlátozását jelenti, ha kötelezővé tesszük bizonyos jövedelmszint felett is az egészségbiztosítást, ráadásul meggátoljuk azt, hogy fizetőképességüknek megfelelő ellátást kaphassanak az emberek. Lehetne a **tehetősebb rétegeknek vagy választási lehetőséget adni** (mint Németországban), vagy kifejezetten tiltani az állami programokban való részvételt (a holland példa nyomán). Az előbbi azt jelentené, hogy évi, például 5 millió forintos bruttó jövedelem felett az emberek eldönthetik, részt akarnak-e venni a kötelező biztosításban, vagy inkább magánbiztosítást kötnek. Ha az utóbbi mellett döntenek, akkor valamifajta "szolidaritási hozzájárulást" kellene fizetniük az állami (kötelező) kasszába (3- 4%-ot). Ha a hollandiai rendszert követve a kötelező alapbiztosításon (amely a hosszú ideig tartó, súlyos, krónikus betegségek költségeinek fedezetére szolgál csak) felüli állami biztosítást (háziiorvosi ellátás, járóbeteg szakrendelés, fekvőbeteg-ellátás, gyógyszerek ártámogatása, gyermekfogászat) nem vehetnék igénybe bizonyos jövedelmszint felett, akkor vagy biztosítási fedezet nélkül maradnának, vagy a pénztárakkal **magánbiztosításra** kellen szerződniük, magasabb összegért, tetszőleges szolgáltatáscsomagra vonatkozóan.

Az itt vázolt rendszerrel, talán el lehetne érni a kettős célt: javítani a lakosság egészségi állapotán úgy, hogy az ne jelentsen többletterhet a közpénzek tekintetében, (hatékonyabb adóforint felhasználással) illetve többletforrásokat, magántőkét is be lehetne vonni a rendszerbe anélkül, hogy csorbulna az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga, illetve a méltányosság és szolidaritás elve.

Hivatkozások és felhasznált irodalom

[1] World Investment Report, 2003 UNCTAD

http://www.unctad.org/en/docs/wir2003overview_en.pdf

[2] OECD Quarterly National Accounts – Fourth Quarter of 2003

http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_34261_30197285_119690_1_1_1,00.html

[3] Gota Esping–Andersen Jóléti államok az évszázad végén: a munkaerőpiac, a családszerkezeti és a demográfiai változások hatása

In: Csaba Iván – Tóth István György (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, 1999

[4] Averting the old age crisis World Bank Policy Research Report, 1994

[5] Egyre öregebbek a németek <http://index.hu/gazdasag/vilag/euro031003>

[6] OECD Health Database, 2002 <http://www.oecd.org>

[7] Csökkentik az egészségügyi költségvetést Hollandiában

<http://index.hu/gazdasag/vilag/euro030530/>

[8] Hámor Szilvia A szolidaritás világától a szép új világig? Kézirat 2001.

[9] PH Wagner – C Köck Az egészségügyi intézmények menedzsmentje Perfekt, 1999

[10] Joseph E. Stiglitz A kormányzati szektor gazdaságtana KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2000

[11] Kornai János Az egészségügy reformjáról, KJK Budapest 1998

[12] A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben Munkaanyag a MeH és az USAID szervezésében Budapest, 2000

[13] Orosz Éva Félúton vagy tévúton? Egészséges Magyarországért Egyesület, 2002

[14] A typology of health care systems? University of Glasgow Department of Health <http://www.dph.gla.ac.uk/shspf/Fed%20Eur%20HP%20Oct01/sld006.hm>

[15] R Saltman, R Brusse & J Figueras Social health insurance countries in Western Europe Outline of a Subregional Comparative Study WHO, 2002

[16] Samuel P Huntington A civilizációk összeesése és a világrend átalakulása Európa Könyvkiadó, 2001

[17] The 25th ISSA General Assembly Developments and trend sin social security, 1993-1995: Report of the Secretary General In: International Social Security Review Volume 49, 2/96

[18] RE Leu The public – private mix and international health care costs

In: AJ Culyer, B Jönsson Public and private health services Baril Blackwall Oxford, 1986

[19] JM Buchanan The inconsistencies of the National Health Service Institution of Economic Affairs London, 1965

[20] Boncz Imre A magán– és közkiadások aránya az egészségügyi finanszírozásban nemzetközi összehasonlítások alapján Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001/5.

[21] Ulf-G Gerdtham and B Jönsson International Comparison of Health Expenditure: theory, data and econometric analyses

- [22] Kornai János – John McHale Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a poszt szocialista országok egészségügyi kiadásai? Közgazdasági Szemle 2001/7-8.
- [23] Aggódnak a brit orvosok az EU munkaidőrendelete miatt
<http://index.hu/eu/euhiroek/?main:2004.03.22&170882>
- [24] Jan Bennett Investment in Population Health in Five OECD Countries
 OECD Health Working Papers No.2. OECD 2003, France
- [25] The World Health Report 2002 WHO Geneva, 2002
- [26] OECD Health Database, 2002 <http://www.oecd.org>
- [27] Ferlay J et al. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide IARC
- [28] National Cancer Control Programs
 Policies and managerial guidelines (2nd edition) WHO Geneva, 2002
- [29] Global action against cancer WHO and International Union Against Cancer Geneva, 2003
- [30] Muszbek Noémi, Koncz Tamás, V. Hajdú Piroška, Ádány Róza Daganatos betegségek korai felismerésére irányuló populációs szintű szűrőprogramok egészség-gazdaságtani elemzése – rendszerezett irodalmi áttekintés
 Magyar Onkológia 46. évfolyam 2002, 2.szám
- [31] Ottó Szabolcs, Kásler Miklós Rákmortalitás és incidencia hazánkban az európai adatok tükrében
 Magyar Onkológia 46. évfolyam 2002, 2.szám
- [32] Baki Márta Az emlő daganatok ellátásának jelenlegi helyzete Magyarországon Recept 2003/9.
- [33] Az egészségügy kimagasló hatékonyságú ágazat Stratégiai Füzetek 4.
 MEH, Stratégiai Elemző Központ Budapest, 2000
- [34] Takenaga et al. Evaluation of the cervical cancer detection programs in Japan with special reference to cost-benefit analysis Cancer 55: 2514-2519, 1985
- [35] Salzmann P, Kerlikowske K, Phillip K Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age Annual International Medicine 127:955-965, 1997
- [36] Lindfors KK, Rosenquist CJ Screening mammography in women aged 40 – 49 years: analysis of cost-effectiveness Radiology 191: 647-650, 1994
- [37] van Ineveld BM, van Oostmarssen GJ, de Koning HJ et al. How cost-effective is breast cancer screening in different EC countries? European Journal of Cancer 29: 1663-1668, 1993
- [38] Gyrd-Hansen D, Sogard J, Kronborg O Colorectal cancer screening: efficiency and effectiveness
 Health Economics 7: 9-20, 1998
- [39] Kovács Gábor A tüdőrák primer prevenciója Medicina Thoracalis 2003/4.
- [40] Smoking Less and Living Longer yle news 01.08.2003
- [41] Harvard Report on Cancer Prevention Volume 1. Causes of Human Cancer
- [42] Eckhardt Sándor Onkológia Springer Hungarica Kiadó Kft., 1993
- [43] Ullrich RL et al. Cancer: Principles & Practice of Oncology 6th edition 2001
- [44] UNSCER: Sources and effects of Ionizing Radiation
 New York: United Nations 1994 Publication E.94.IX.II.
- [45] Health Effects of Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation
 National Academy of Sciences Washington D.C.: National Academic Press, 1990

- [46] Páldy Anna, Pintér Alán, Nádor Gizella, Vincze István és Málnási Tibor A daganatos halálozás területi különbségei Magyarországon Orvosi Hetilap, 2003 144. évfolyam 25. szám
- [47] Bleuer JP, Averkin YI, Okeanov AE et al. The epidemiological situation of thyroid cancer in Belarus Stem Cells 1997, 15 (Supplement 2)
- [48] Rytomaa T Ten years after Chernobyl Annals of Medicine 1996, 28: 83-87
- [49] van Hoff J, Averkin YI, Hilchenko EI et al. Epidemiology of childhood cancer in Belarus: review of data 1978-1994, and discussion of the new Belarusian Childhood Cancer Registry Stem Cells 1997, 15 (Suppl. 2)
- [50] Auvinen A, Hakama M, Arvela H et al. Fallout from Chernobyl and incidence of childhood leukaemia in Finland, 1976-92 British Medical Journal, 1994, 309: 151-154
- [51] Michaelis J Recent epidemiological studies on ionizing radiation and childhood cancer in Germany International Journal of Radiation Biology, 1998, 73: 377-381
- [52] Parkin DM, Clayton D, Black RJ et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up British Journal of Cancer, 1996, 73: 1006-1012
- [53] Public Health Service
National Toxicology Program „10th Report on Carcinogens” U.S. Department of Health and Human Services December, 2002
- [54] Autier P et al. Cutaneous malignant melanoma and exposure to sunlamp or sunbeds: an EORTC multicenter case-control study in Belgium, France and Germany International Journal of Cancer vol.58; 1994 809-813
- [55] Chen et al. Sunlamp use and risk of cutaneous malignant melanoma: a population based case-control study in Connecticut USA International Journal of Epidemiology Vol.27, 1998; 758-765
- [56] DG Bal et al. American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology 2nd edition 1995; 40–63
- [57] Hunter DJ, Willett WC Diet, body build and breast cancer Annual Review of Nutrition 1994; 14:393-418
- [58] Trichopolou A, Katsouganni K, Stuver S et al. Consumption of olive oil and specific food groups in relation to breast cancer risk in Greece Journal of the National Cancer Institute 1995; 87:110-115
- [59] Johnson WN Az orális carcinomák etiológiája és rizikófaktorai, különös tekintettel a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra Magyar Onkológia 45. kötet 2. szám 2001
- [60] Szalai Júlia Az egészségügy betegségei Közgazdasági és Jogi Könykiadó Budapest, 1986
- [61] C Smith, M Pratt Cardiovascular disease In R Browson, P Remington and F Davis (editors) Chronic disease epidemiology and control American Public Health Association Washington, 1993
- [62] Dr. Marton Éva A rendszeres testmozgás jelentősége az egészségmegőrzésben <http://www.ujdieat.hu>
- [63] MJ Stampfer, FB Hu, JE Manson, EB Rimm, WC Willett Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle The New England Journal of Medicine July 6, 2002
- [64] AR Toll Exercise to Reduce Cardiovascular Risk – How Much is Enough? The New England Journal of Medicine November 7, 2002
- [65] Ladik János Az emberiség fő problémái a 21. században és azok megoldási lehetőségei Fizikai Szemle 2000/3.
- [66] Krecz Ágnes Kiaknázatlan erőforrások
KÖVET és TTMK Hírlevél 1999 nyár Zölden és nyereségesen

- [67] World Energy Outlook 2002 International Energy Agency
- [68] Key World Energy Statistics from the International Energy Agency IEA Paris, 2000
- [69] B Guegele, M Ritter, M Mareckova Greenhouse gas emission trend sin Europe 1990–2000
European Environmental Agency European Topic Center on Air and Climate Change
Topic Report 7/2000 Copenhagen, 2000
- [70] Renewable Energy Policy in IEA Countries International Energy Agency, Paris
- [71] Sylvia Medina, Antoni Placencia, Páldy Anna (szerk.) Levegőszennyezés és közegészségügy Európában
APHEIS (Air Pollution and Health: A European Information System) 2002
- [72] Health Concerns and examples of Health Vulnerabilities
Health Canada, 2003 <http://www.hc-sc.gc.ca>
- [73] National Air Toxics Assessment, 2002
U.S. Environmental Protection Agency <http://www.epa.gov>
- [74] CA Pope, RT Burnett, MJ Thun, EE Calle, D Krewski, K Ito, GD Thurston Lung Cancer, Cardiopulmonary
Mortality and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution
Journal of the American Medical Association Vol.287, No9 1132-1141 March 6, 2002
- [75] Dockery DW, Pope CA Acute Respiratory Effects of Particulate Air Pollution
Annual Review Public Health, 1994, Vol. 15; 107-132
- [76] World Resources 1998-99 (Environmental Changes and Human Health)
World resources Institute, UNEP, UNDP and The World Bank
Oxford University Press, 1998 <http://www.wri.org>
- [77] Rob McConwell, Kiros Berhane, Frank Gilliard et al. Asthma in exercising chikdren exposed to ozone: a
cohort study The Lancet 2002 January Volume 359, Issue 9304, Page 386
- [78] WDI tables World Bank Environment Pollution, 1995
- [79] Muir C, Waterhouse J, Mack T, Powell J, Whalen S (editors) Cancer Incidence in Five Continents
International Agency for Research on Cancer, 1987 IARC Sci. Pub. No. 88 Volume V. Lyon, France
- [80] Environmental protection Agency Cancer Risk From Outdoor Exposure to Air Toxics Volume 1, Final
Report Research Triangle Park, NC (USA): EPA, 1990
- [81] Yach, 2001
National Cancer Control Programs Policies and managerial guidelines (2nd edition) WHO Geneva, 2002
- [82] Gupta PC Survey of sociodemographic characteristics of tobacco use among 99598 individuals in Bombay,
India using handheld computers Tobacco Control 5: 114-120, 1996
- [83] Zeynep Or Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: a Pooled, Cross-Country, Time-
Series Analysis OECD Economic Studies No.30, 2000/1
- [84] Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases
Report of the Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO Geneva, 2003
- [85] Riitta-Liisa Heikkinen Growing Older – Staying Well
Aging and physical activity in everyday life WHO Aging and Health Program, 2002
- [86] Frisch RE, Wysack G, Albright NL et al. Lower prevalence of breast cancer and cancers of the
reproductive system among former college athletes compared with no-athletes
British Journal of Cancer 1985; 52: 885-891

- [87] EE Calle, C Rodriguez, K Walker–Thurmond, M Thun Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults The New England Journal of Medicine 2003; 348:1625-38
- [88] OECD Data Show Health Expenditures at an All-time High 23/06/2003 <http://www.oecd.org>
- [89] OECD Health Data 2003 <http://www.oecd.org>
- [90] Oded Bar-Or Juvenile Obesity, Physical Activity and Lifestyle Changes: Cornerstones for Prevention and Management The Physician and Sportsmedicine – VOL. 28 – No. 11 – November 2000, 51-58
- [92] Stunkard AJ, Wadden TA (Editors) Obesity: Theory and Therapy
Second Edition New York: Raven Press, 1993
- [93] National Institutes of Health Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults
Bethesda, Maryland: Department of Health and Human Services, National Heart, Lung and Blood Institute, 1998
- [94] Michaud DS, Giovannucci E, Willett WC, Colditz GA, Stumpfer MJ, Fuchs CS Physical Activity, Obesity, Height and the Risk of Pancreatic Cancer The Journal of the American Medical Association 2001;286: 921-929
- [95] Mainnis KJ, Franklin BA, Rippe JM Counseling for Physical Activity in Overweight and Obese Patients American Family Physician March 15, 2003 <http://www.aafp.org>
- [96] Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General
United States Department of Health and Human Services, 1996
- [97] European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity <http://www.reumahiitto.fi>
- [98] Allin P, Rossi Mosi B Sport Participation in Europe Compass, 1999 London, UK Sport 1999
- [99] Health and Health Behavior among Young People Health Behavior in School-aged Children: a WHO Cross-National Study International Report WHO, 2000
- [100] Puska P et al. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases Bulletin of the WHO, 1998, 76: 419-425
- [101] Lee M-J, Popkin BM, Kim S The unique aspects of the nutrition transition in South Korea: the retention of healthful elements in their traditional diet Public Health Nutrition, 2002, 5: 197-203
- [102] Kim SW, Moon SJ, Popkin BM The nutrition transition in South Korea
American Journal of Clinical Nutrition, 2002, 71: 44-53
- [103] Láng István A colorectalis carcinoma előfordulása és kezelési gyakorlata Magyarországon
Orvostovábbképző Szemle – Különszám 2000 November
- [104] Giovannucci E, Stampfer M, Colditz GA et al. Folate, methionine and alcohol intake and risk of colorectal adenoma Journal of the National Cancer Institute 1993; 85:875-84
- [105] World Cancer Research Fund American Institute for Cancer Research, 1997
- [106] LeMarchand L, Kolonel LN, Wilkens LR et al. Animal fat consumption and prostate cancer, a prospective study in Hawaii Epidemiology 1994; 5:276-82
- [107] Giovannucci E, Rimm EB, Colditz GA et al. A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer Journal of the National Cancer Institute 1993; 85:1571-79
- [108] Schatzkin A, Lanza E, Corle D, Lance P et al. Lack of Effect of a Low-Fat, High-Fiber Diet on the Recurrence of Colorectal Adenomas The New England Journal of Medicine 2000, 342: 1149-1155
- [109] Alberts DS, Martinez ME, Roe DJ et al. Lack of Effect of a High-Fiber Cereal Supplement on the Recurrence of Colorectal Adenomas The New England Journal of Medicine 2000, 342: 1156-1162

- [110] Negri E, Franceschi S, Bosetti C et al. Selected micronutrients and oral and pharyngeal cancer
International Journal of Cancer 2000; 86:122-127
- [111] MacMahon S et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias
The Lancet, 1990; 335: 765-774
- [112] Hooper L et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease Cochrane Database of Systematic Review, 2003 (1)
- [113] Hu F et al. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men
American Journal of Clinical Nutrition, 2000, 72: 912-921
- [114] Kannel WB Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment Journal of the American medical Association, 1996, 275: 1571-1576
- [115] Davey – Smith G et al. Physical activity and cause specific mortality in the Whitehall Study Public Health, 2000, 114: 308-315
- [116] Diabetes Prevention Program research Group reduction in the incidence of type II. Diabetes with lifestyle intervention or metformin The New England Journal of Medicine, 2002, 346: 343-403
- [117] Tuomilehto J et al. Prevention of type II. diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance The New England Journal of Medicine, 2001, 344: 1343-1350
- [118] Stampfer MJ et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle
The New England Journal of Medicine, 2000, 343: 16-22
- [119] Hu FB et al. Diet, lifestyle and the risk of type II. diabetes mellitus in women
The New England Journal of Medicine, 2001, 345: 790-797
- [120] Key TJ The effect of diet on risk of cancer The Lancet, 2002, 360: 861-868
- [121] Harold G. Koenig, Michael E. McCulloch & David B. Larson Handbook of Religion and Health
Oxford University Press Oxford, New York, 2001
- [122] Harold G. Koenig, Harvey J. Cohen The Link Between Religion and Health
Psychoimmunology and the Faith Factor Oxford University Press, 2002
- [123] Harvard Health Letter/ May 2002 Religion: Sending Prayers: Does it help?
- [124] Gartner J, Larson DB, Allen G Religious commitment and mental health
A review of the empirical literature Journal of Psychology and Theology 1991; 19:6-25
- [125] DM Zuckerman, SV Kasl, AM Ostfield Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor
American Journal of Epidemiology 1994; 119:410-23
- [126] Levin JS and Vanderpool HY Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health?
Toward an epidemiology of religion Social Science Medicine 1987; 24:589-600
- [127] Jeff Levin God, Faith and Health: Exploring the Spirituality – Healing Connection
John Wiley & Sons, New York 2001
- [128] Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips American Journal of Psychiatry 1990; 147:758-760
- [129] Duke University Medical Center <http://dukemednews.duke.edu/news/article.php?id=5056>
- [130] Poloma MM, Pendleton BF The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being Journal of Psychology and Theology 1991; 19:71-83

- [131] Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM Religion and psychological distress in a community sample *Social Science medicine* 1991; 32:1257-62
- [132] Larson D, Larson S The Forgotten Factor in Physical and Mental Health: What Does the Research Shows? National Institute for Healthcare Research Arlington, VA 1992
- [133] Comstock GW, Partridge KB Church attendance and health
Journal of Chronic Disease 1972; 25:665-72
- [134] Stack S The Effect of the Decline in Institutionalised Religion on Suicide, 1954–1978
Journal for Scientific Study of Religion 1983; 22:239-52
- [135] Larson DW, Koenig HG, Kaplan BH et al. The Impact of Religion on Men's Blood Pressure
Journal of Religion and Health 1989, 28: 265-278
- [136] Jonathan Rosenblum Why do residents of religious Israeli city live longer?
Jewish Bulletin of Northern California May 18, 2001
- [137] Larson DB Religious involvement
in: Rekers G (Editor) *Family Building* Regal Ventura, CA, 1985
- [138] Barrett DD & Johnson TM Status of Global Mission, 2003, in context of the 20th and 21st centuries
International Bulletin of Missionary Research, January 2003
- [139] World Values Survey 1991–1997 Ronald F Inglehart (editor)
Institute for Social Research at the University of Michigan
- [140] Diane Swanbrow Study of worldwide rates of religiosity, church attendance
University of Michigan December, 1997
- [141] International Social Survey Program (ISSP)
National Opinion Research Center (NORC) University of Chicago
(a felmérések eredményei megtalálhatóak a www.religioustolerance.org weboldalon)
- [142] Religion Watch January 1997; 8
- [143] More evidence that Britain lacks faith
External World Television Network News Brief 1999–December–16 <http://www.cwnews.com>
- [144] World Churches Handbook <http://www.teal.org.uk>
- [145] Christian Network <http://www.cnetwork.co.uk>
- [146] The World Bank Curbing the epidemic
Governments and the economic of tobacco control Washington DC: World Bank, 1999
- [147] Barnum H The economic burden of the global trade in tobacco *Tobacco Control* 1994; 3:358-61
- [148] Haas EM Nutritional Program for Nicotine Detoxification www.healthy.net/asp/templates/book.asp
- [149] Taylor HJ, Lowell CD, Hurt RD, Croghan IT Trend sin smoking-related diseases
Postgraduate Medicine Vol.104 No.6 December, 1998
- [150] The UK smoking epidemic: Deaths in 1995 Health Education Authority London, 1998
- [151] Smoking and the young The Royal College of Physicians London, 1992
- [152] Coronary Heart Disease Guidance for Implementing the Preventive Aspects of the National Service Framework The Health Department Agency, London
- [153] British Dental Hygienists' Association Smoking Related Diseases <http://www.bdha.org.uk>
- [154] American Lung Association Fact Sheet Smoking March, 2003 <http://www.lungusa.org/tobacco>

- [155] International Agency for Research on Cancer Tobacco smoking
Lyon: IARC, 1986 (Monographie 38.)
- [156] Doll R, Hill AB Smoking and Carcinoma of the Lung
Preliminary Report British Medical Journal 1950; ii:739-748
- [157] U.S. Department of Health and Human Services
Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A report of the Surgeon General
Washington DC Office on Smoking and Health 1989; DHHS publication (CDC) 89-8411
- [158] Doll R, Hill AB The mortality of doctors in related of their smoking habits
A preliminary report British Medical Journal 1954; i:1451-55
- [159] Doll R, Hill AB Lung cancer and other causes of death in relation to smoking
A second report on the mortality of British doctors British Medical Journal 1956; ii:1071-76
- [160] Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I Mortality in relation to smoking: 40 years' observations
on male British doctors British Medical Journal 1994; 309:901-11
- [161] Bolliger CT, Fagerström KO (editors) The Tobacco Epidemic
Progress in respiratory Research Vol.28, 1997
- [162] Johnson BE Tobacco and lung cancer Primary Care 1998; 25:279-291
- [163] Editorials: Davis MP There and back again lung cancer screening Chest 1997; 11:532-4
- [164] Ostoros Gyula (szerk.) A tüdőrák és a mellhártya elsődleges rosszindulatú megbetegedéseinek
diagnosztikája és kezelése Irányelvek 2001 Medicina Thoracalis 2001/54.
- [165] Cancer facts and figures, 1994 American Cancer Society ACS Atlanta, 1995
- [166] Cigarettes: What the Warning Label Doesn't Tell You The First Comprehensive Guide to the Health
Consequences of Smoking ACSH, 1996
- [167] American Cancer Society – Cancer Prevention Study I. and II. (idézi [149])
- [168] Takezaki T, Hirose K, Inoue M, Hamajima N, Yatabe Y, Mitsudomi T, Sugiura T, Kuroishi T & Tajima K
Dietary factors and lung cancer risk in Japanese: with special reference to fish consumption and
adenocarcinomas British Journal of Cancer 2001; 84:1199-1206
- [169] Kennedy TC et al. Cytopathological analysis of sputum in patients with airflow obstruction and significant
smoking histories Cancer Research 1996; 56:4673-78
- [170] Petty TL Lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease
Hematologic Oncology Clinic North America 1997; 11:531-541
- [171] Doll R, Peto R Mortality in Relation to Smoking: 20 years' observations on male British doctors
British Medical Journal 1976; 2:1525-36
- [172] Willett WC, Green A, Stampfer MJ et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease
among women who smoke cigarettes The New England Journal of Medicine 1987; 317:1303-09
- [173] Wannamethee SG, Shaper AG, Whineup PH et al. Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged
men Journal of American Medical Association 1995; 274:155-160
- [174] Rantahallio P, Laura E, Koiranen M A 28 year follow up mortality among women who smoked during
pregnancy British Medical Journal 1995; 274:155-160
- [175] Joanna M Zakrzewska Oral cancer British Medical Journal 1999; 318:1051-54

- [176] Boyle P, Macfarlane GJ, Zheng T et al. Recent advances in epidemiology of head and neck cancer *Current Opinion in Oncology* 1992; 4:471-77
- [177] Dikshit RP, Kanhere S Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population-based case-control study in Bhopal, India *International Journal of Epidemiology* 2000, 29: 609-614
- [178] Macfarlane GJ, Boyle P, Evestifeeva T, Robertson C, Sculdy C Rising trends of oral cancer mortality among males worldwide: the return of an old public health problem *Cancer Causes Control* 1994, 5: 259-265
- [179] International Agency for Research on Cancer Alcoholic beverages Lyon: IARC, 1989 (Monographie 42.)
- [180] Hol tart az Onkológia? Kovács Edina beszélgetése Láng Istvánnal *Recept* 2003/ 8: 15-18
- [181] Jovanovic A, Schutten EA, Kostense PJ et al. Tobacco and alcohol related to the anatomic site of oral squamous cell carcinoma *Journal of Oral Pathology & Medicine* 1993; 22:459-462
- [182] Jaber MA, Porter SR, Gilthorpe MS et al. Risk factors for oral epithelium dysplasia – the role of smoking and alcohol *Oral Oncology* 1999; 35:151-156
- [183] International Agency for Research on Cancer Alcohol Drinking Lyon: IARC, 1988 (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic)
- [184] Franceschi S, Talamari R, Barra S et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx and oesophagus in Northern Italy *Cancer Researches* 1990; 50: 6502-7
- [185] Blot WJ Alcohol and cancer *Cancer Researches* 1992; 52: 2119-23
- [186] Moreno-Lopez LA, Esparza-Gomez GC et al. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking and alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain *Oral Oncology* 2000; 36:170-174
- [187] Bray I, Brennan P Projections of alcohol- and tobacco- related cancer mortality in Central-Europe *International Journal of Cancer* 2000; 87:122-128
- [188] Heineman EF, Hoar Zahm S, McLaughlin JK, Vaught JB Increased risk of colorectal cancer among smokers: results of a 26 year follow-up of US veterans and review *International Journal of Cancer* 1995; 59:728-738
- [189] List of Disease and Dysfunction Associated with Alcohol Abuse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No.14. PH 302 October 1991
- [190] Boffetta P, Garfinkel L Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study *Epidemiology* 1990, 1: 342-348
- [191] Wetterling T, Veltrup C, Driessen M and John U Drinking pattern and alcohol-related medical disorders *Alcohol and Alcoholism* 1999, 34: 330-336
- [192] Lloyd G. One Hundred Alcoholic Doctors: a 21-Year Follow-up *Alcohol and Alcoholism* 2002, 37: 370-374
- [193] Khan KN, Yatsushashi H Effect of alcohol consumption on the progression of hepatitis C virus infection and risk of hepatocellular carcinoma in Japanese Patients *Alcohol and Alcoholism* 2000, 35: 286-295
- [194] Jarque-López A, Gonzales-Reimers E, Rodriguez-Moreno F et al. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit *Alcohol and Alcoholism* 2001, 36: 335-338
- [195] Hindle I, Downer MC, Moles DR, Speight PM Is alcohol responsible for more oral cancer? *Oral Oncology* 2000; 36:328-333

- [196] Hindle I PhD Thesis University of London, 1997
- [197] Zavras AI, Douglass CW, Joshipura K et al. Smoking and alcohol in the etiology of oral cancer: gender-specific risk profiles in the South of Greece *Oral Oncology* 2001, 37: 28-35
- [198] Hewelilyn CD, Linhlater K, Bell J et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997 *Oral Oncology* 2003, 39: 106-114
- [199] Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer *Cancer Researches* 1988; 48:3282-87
- [200] Pelletier S, Vauche E, Aicler R et al. Wine consumption is not associated with a decreased risk of alcoholic cirrhosis in heavy drinkers *Alcohol and Alcoholism* 2002, 37: 618-621
- [201] Zheng T, Boyle P, Hu HF et al. Tobacco smoking, alcohol and risk of oral cancer: a case-control study in Beijing, People's Republic of China *Cancer Causes Control* 1990; 1:173-9
- [202] Longnecker MP Alcoholic beverage consumption in relation to breast cancer: meta-analysis and review *Cancer Causes Control* 1994, 5: 73-82
- [203] Gaziano JM, Gaziano TA, Glynn RJ et al. Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physician's Health Study enrollment cohort *Journal of American Coll Cardiology* 2000, 35: 96-105
- [204] Agarwaj DP Cardioprotective effects of light-moderate consumption of alcohol: a review of putative mechanisms *Alcohol and Alcoholism* 2002, 37: 409-415
- [205] Fuchs CS, Stampfer MJ, Coldits GA et al. Alcohol Consumption and Mortality among Women *The New England Journal of Medicine* 1995; 332: 1245-1250
- [206] Gronbach M, Deis A, Sorensen TIA et al. Influence of sex, age, body mass index, and smoking on alcohol intake and mortality *The British Medical Journal* 1994, 308: 302-306
- [207] Shaper AG Alcohol intake and mortality *The British Medical Journal* 1994, 308: 598
- [208] Wannamethee G, Shaper AG Men who do not drink: a report from the British regional heart study *International Journal of Epidemiology* 1988, 17: 201-210
- [209] Shaper AG, Phillips AN, Picock SJ, Walker M Alcohol and ischaemic heart disease in middle-aged British men *The British Medical Journal* 1987, 294: 1287-1289
- [210] Klatsky AL, Armstrong MA, Friedmann GD Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers *American Journal of Cardiology* 1990, 66: 1237-1242
- [211] Valmadrid CT, Klein R, Moss SE et al. Alcohol intake and the risk of CHD mortality in persons with older-onset diabetes mellitus *Jozrnal of the Americain Medical Association* 1999, 282: 239-246
- [212] Solomon CG, Hu FB, Stampfer MJ et al. Moderate alcohol consumption and risk of CHD among women with type 2 diabetes mellitus *Circulation*, 2000, 102: 494-499
- [213] Berger K, Ajani UA, Kase CS et al. Light- to moderate alcohol consumption and the risk of stroke among US male physicians *The New England Journal of Medicine* 1999, 341: 1557-1564
- [214] Katzenstein PJ Introduction: Domestic and International Forces and Strategies of Foreign Economic Policy In: Katzenstein PJ (editor) *Between Power and Plenty* The university of Wisconsin Press, Medison
- [215] PP Barros The black box of health care expenditure growth determinants *Health economy* 1998/7.
- [216] TE Getzen Population aging and the growth of health expenditures *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1992/47.

- [217] P Zweifel – M. Ferrari Is there a Sisyphus Syndrome in Health Care? In P Zweifel and HE Frech III. eds. Health Economics Worldwide Kluwer Academic Publishers Amsterdam, 1992
- [218] J O’Connell The relationship between health expenditures and the age structures of the population in OECD countries Health Economy 1996
- [219] DM Cutler, E Meara The medical costs of the young and old: a forty-year perspective In Frontiers in the Economics of Ageing, Wise DA (ed) University of Chicago Press: Chicago 1998
- [220] Conceptual and policy issues The World Bank, 2001 <http://www.worldbank.org/hnp/hsd/documents/Aging>
- [221] FC Pampel- B. Williamson Jóléti kiadások a fejlett ipari demokráciákban 1950-1980 In Csaba Iván- Tóth István György (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1999
- [222] Kornai János A szocialista rendszer HVG Kiadói Rt, 1993
- [223] Polányi Károly A gazdaság, mint intézményesített folyamat In: Polányi Károly gazdaságtörténeti munkái Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem, 1976

Izrael

- [1] Facts about Israel Health & Social Services
Ministry of Foreign Affairs of Israel <http://www.mfa.il>
- [2] Nira Reiss The Health Care of the Arabs in Israel Westview Press, 1991
- [3] Histadrut Encyclopedia of the Orient <http://i-cias.com/e.o>
- [4] The Jewish Agency for Israel
- [5] Clalit Health Services The Story of Clalit <http://www.clalit.org>
- [6] Israel at Fifty 1948–1998 Ministry of Foreign Affairs of Israel <http://www.mfa.il>
- [7] Highlights on Health in Israel WHO Regional Office for Europe, 1996
- [8] National Institute of Israel Background, 2003 <http://www.btl.gov.il/English/overview.htm>
- [9] Barbara Swirski, Hatim Kanaaneh and Amy Avgar Health Care in Israel
The Israel Equality Monitor Issue No.9 November 1998 http://www.adva.org/health98_eng.pdf
- [10] Bruce Rosen, Nira Shamai Financing and resource Allocation in Israeli Health Care
JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1997
- [11] Bin Nun G, Ben Ori D Trends in the national expenditure on health
Ministry of Health Jerusalem, 1997
- [12] Jeffrey Barg Comparing U.S. & Israeli Health Care Systems Physician’s New Digest, June 1998
- [13] Bruce Rosen, Reuven Steiner Recent Trend in Sick Fund Market Shares and Transfers among Sick Funds
JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1996
- [14] Revital Gross, Nurit Nired, Selomo Boussidon Decentralization of Kupat Holim Clalit Primary Care Clinics in the Negev 1991-1993. The influence on Expenditure, Staff, Clinic Services and Patient Satisfaction
JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1995
- [15] Siegel–Itzkovich J New health minister faces crisis in Israel British Medical Journal 1994; 308:1658-59
- [16] Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A Israel’s basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit British Medical Journal 1998; 317:1000-1004
- [17] Chinitz D, Israeli A Health reform and rationing in Israel Health Affairs 1997; 16:205-210

- [18] Shalev C, Chinitz D In search of equity, efficiency, universality and comprehensiveness: health reform and managed competition in Israel Dalhousie Law Journal 1997; Fall:553-582
- [19] Revital Gross, Bruce Rosen, David Chinitz Evaluating the Israeli Health Care Reform: Strategy, Challenges and Lessons Health Policy, vol.45(2), August 1998
- [20] Shuli Brandi Supplemental and Commercial health Insurance in Israel – 1996: A Comparative Survey; Analysis of Changes in the Market and Examination of Policy Alternatives JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1996
- [21] Siegel–Itzkovich J Israel introduces national health insurance system British Medical Journal 1995; 310:212-213
- [22] Developments and trends in social security 1993 – 1995 International Social Security Review Volume 49, 2/1996 ISSA, Geneva
- [23] Revital Gross, Bruce Rosen, Arye Shiron Israel's health system since the National Insurance Law JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1999
- [24] Bruce Rosen, Michal Iwancovsky, Ya'ahov New Changes in the Sick Fund Economy, Sick Fund Revenues and Expenditures before and after the Introduction of national Health Insurance JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1998 <http://www.jdc.org.il/brookdale/pages/health>
- [25] Bruce Rosen Price Competition and the 1998 „Budget Arrangement Law” JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1998
- [26] Judy Siegel-Itzkovich Israel places restrictions on health funds BMJ 1997;315:501-504
- [27] Judy Siegel-Itzkovich Israel's doctors take industrial action BMJ, May 13, 2000 www.findarticles.com/cf-0/m0999/7245_320/62648633/pl/article.jhtml
- [28] Judy Siegel-Itzkovich Doctors' strike in Israel may be good for health BMJ 2000; 320:1561
- [29] D. Chernichovsky and S. Markovitz Aging and aggregate costs of medical care: conceptual and policy issues The World Bank, 2001 <http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/documents/Aging>
- [30] Uri Yanay, Allan Borowski Vendégmunkások Izraelben Eszmélet 48. <http://eszmélet.tripod.com/48/yanay48.html>
- [31] Condor J Foreign Workers in Israel: The Problem and its Economic – Political Solution Jerusalem, Israel: National Insurance Institute
- [32] Judy Siegel-Itzkovich Israel gives health cover to children of illegal workers BMJ 2001, 322:512
- [33] Israeli public health nurses strike, halting prevention care, in bid to save patients who rely on world class family health service Jerusalem Post April 6, 2003 http://www.nursingadvocacy.org/news/2003apr6_jerusalem.post.html
- [34] Shlomo Swirski, Ety Konor-Attias Two Years of Destructive Politics Critique of the Budget Proposal for Israel for Fiscal 2004 November, 2003 <http://www.adva.org/Budget2004TwoYearsDestructivePolicies.htm>
- [35] Shlomo Swirski, Ety Konor-Attias Two Years of Destructive Politics Critique of the Budget Proposal for Israel for Fiscal 2004 from a Gender Perspective November, 2003 <http://www.adva.org/Budget2004GenderEnglish.htm>

Hollandia

- [1] The Health Insurance System in the Netherlands Status as of January 2002
Ministerie von Volksgezondheid, Welzijn en Sport NI The Hague, March 2002 <http://www.minvws.nl>
- [2] Dutch Healthcare System Zorgverzekeraars Nederland
<http://www.zn.nl/international/english/about-zn/dutchhealthcare/background.asp>
- [3] Health Care Systems in the EU A Comparative Study
European Parliament Directorate General for Research Working Paper European Parliament, Luxemburg, 1998
- [4] Dutch social security www.socialezekerheid.nl/english/content.html
- [5] Ed Westerhout The future of the Dutch health insurance system CPB (Centraal Plan Bureau) Report 99/4
http://www.cpb.nl/nl/cpbreport/1999_4/s2_2.pdf
- [6] A Question of Demand The reform of the health care system in the Netherlands
Ministerie von Volksgezondheid, Welzijn en Sport NI The Hague, March 2002
http://www.minvws.nl/images/brock-question-demand_tun11-45284.pdf
- [7] Marcel Smeets Dutch system reforms unclear until 2002 elections
News from AIM No.13. December 2001 http://www.aim_mutual.org/uk/index.htm
- [8] Dr. Elias Mossialos Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések
Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/4. szám
- [9] Nagy Júlia A több biztosítóra épülő egészségügyi modell hatásai Szocháló 2000
www.szochalo.hu/esely/esely1999nagyj04ny.htm
- [10] Egészségügyi menedzsment Különszám 2002
- [11] Körösi István A jóléti állam jövője Társadalombiztosítási és nyugdíjrendszerek az Európai Unióban
Európai szemmel 1997/4. szám
- [12] Csökkentik az egészségügyi költségvetést Hollandiában <http://index.hu/gazdasag/vilag/euro03530>
- [13] 2002: Dutch medicines expenditure grow by 8,3% News from AIM No.19. October 2003
www.aim_mutual.org/uk/index.htm
- [14] H. E. Akyurek – Kievits The Dutch Health Insurance Sector and EU Competition Law
2001 dec.
- [15] Szekszárdi Margit A holland egészségügyről Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994/4. szám

Egyesült Királyság

- [1] David D. Green A British Perspective in: Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Foundation, Washington
<http://www.heritage.org/library>
- [2] Balázs Péter Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (I. rész)
Előzmények és a kezdet Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/4. szám
- [3] Anthony de Jasay Az állam Osiris Kiadó, Budapest 2002
- [4] A. B. Atkinson Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv in: A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest 1999
- [5] Health Care Systems in Transition UK 1999 European Observatory on Health Care Systems, WHO
- [6] Allyson Pollock Bad Medicine (National Health Care System in Great Britain)

New Internationalist magazine, April 2003 http://www.thirdworldtraveler.com/Health/Bad_Medicine.html

[7] Balázs Péter Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (II. rész)

Orvosok és menedzserek a szervezetben Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/5. szám

[8] Health Care Systems in the EU A Comparative Study

European Parliament Directorate General for Research

Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN, November, 1998

[9] Health Care Systems and Health Market Reform in the G20 Countries

Ernst & Young, January, 2003

[10] Ann Dixon, Elias Mossialos (editors) Health Care Systems in eight countries: trends and challenges

Prepared by the European Observatory on Health Care Systems

The London School of Economics & Political Science, 2002

[11] Egészségügy az EU-ban és Magyarországon Egészségügyi menedzsment 2002, Különszám

[12] John Pantall: Minőségügyi kezdeményezések az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál

Egészségügyi menedzsment 1999/2. szám

[13] Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom

by Vincent Koen Economics Department Working Papers No. 256 OECD, 2000

[14] Elias Mosseialos: Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések

Egészségügyi Gazdasági Szemle 1997/4. szám

Egyesült Államok

[1] Orosz Éva Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái

Egészséges Magyarországért Egyesület, 2002

[2] Hans-Ulrich Deppe Ellentétes tendenciák érvényesülése Európa és az USA egészségpolitikájában

Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994; 32, 2:192-201

[3] Health Care System and Health Market Reform in the G20 Countries Prepared for the World economic Forum by Ernst and Young, January 2003 <http://www.ey.com>

[4] Health Care 2000 – How it got this way <http://www.yourdoctorinthefamily.com/grandtheory/section3>

[5] Who We Are Understanding the Blue Cross Blue Shield System

<http://www.bluecross.com/howeare/history.html>

[6] Boncz Imre-Dózsa Csaba- Nagy Balázs Irányított Betegellátási Modell

Informatika és menedzsment az Egészségügyben II. évfolyam 4. szám 2003 május

[7] E. S. Savas Privatizáció Hogyan vonuljon ki az állam a gazdaságból? Akadémiai Kiadó, Budapest 1993

[8] Sheery Glied Managed care In: Handbook of Health Economics, Volume 1. Elsevier Science B.V. 2000

[9] Managed care Fact Sheets <http://www.mcare.com/factsheets/mcolfnet.htm>

[10] Kornai János: Az egészségügy reformjáról KJK Budapest 1998

[11] PH Wagner – C Köck Az egészségügyi intézmények menedzsmentje Perfekt, 1999

[12] A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben Munkanyag a MeH és az USAID szervezésében Budapest 1998

[13] RE Moffit, P Maniere, DG Green, P Belien, J Hjertquist and F Breyer Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Foundation, Washington

<http://www.heritage.org/library>

[14] U.S. Census Bureau <http://www.census.gov>

[15] Lack of coverage: a long-term problem for most uninsured – January 2004 <http://www.kff.org/uninsured>

[16] Medicare, Medicaid Centers Services <http://www.cms.hhs.gov/publications/overview-medicare-medicaid/default3.asp>

[17] Medicare Fact Sheet Medicare at a glance March 2004 www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url

[18] Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group <http://www.cms.hhs.gov/review/supp/2001/table1.pdf>

[19] State Fiscal Conditions and Medicaid April 2004 www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url

[20] J. Adam Jövedelemegyenlőtlenségek és szegénység az Amerikai Egyesült Államokban Külgazdaság, XLIV.évf.,2000.szeptember

[21] Medicaid Eligibility Policy 2004 Poverty level guidelines

<http://www.cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/pov0104.pdf>

[22] James R. Tallon, Diane Rowland Faces of Medicaid www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url

[23] Medicare Bill Moves to President Bush for Enactment <http://bcbshealthissues.com>

[24] Employer Health Benefits 2003 Annual Survey

http://www.kff.org/insurance/ehbs2003_1_set.cfm

[25] Highlights Health Status and Determinants National Center for Health Statistics US, 2002

[26] Ed Cooper and Liz Taylor Comparing Health Care Systems

What makes sense for the US? Good Medicine, Fall 1994

[27] Albert Bela Janko Az amerikai egészségügy: a nagy port kavart HMO-k

Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001/1. szám

[28] Lukács József Az orvosok autonómiája az amerikai kórházakban

Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998/3. szám

[29] Simon Kis Gábor: Az amerikai Managed Care és a magyar irányított betegellátás

Egészségügyi menedzsment 2003/1-2. szám

Németország

[1] Health Care Systems in Transition Germany 2000

www.euro.who.int/document/68952.pdf

[2] OECD Health Data 2003, 3rd edition www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls

[3] Németország, MEDINFO, Nemzetközi Szakirodalmi Információs Osztály, Tájékoztató országtanulmány. Budapest, 2001.

[4] A “német modell” példáján, OECD jelentés az egészségügyről, Figyelő 1995. március 23.

[5] Gedeon Péter: Merre tart a német jóléti állam? Társadalombiztosítási alrendszerek Németországban. Közgazdasági Szemle, XLVIII.évf. 2011. február (130-149. o.)

[6] Health care systems in eight countries: trends and challenges European Observatory on Health Care Systems April, 2002.

[7] Think Healthcare <http://www.dkv.com>

[8] Egészségügyi menedzsment, 2002. különszám

- [9] Prof. Dr. Med. Hans-Ulrich Deppe: Németország egészségügyi ellátásának és egészségpolitikájának aktuális kérdései napjainkban, Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994 32.2
- [10] Dr. Balázs Péter Német egészségügy az 1990-es egyesítés után, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998 36.5
- [11] Weyer Béla Egészségügyi reform Németországban HVG 2003. augusztus 2.

Csehország

- [1] Healthcare Systems in Transition Czech Republic 2001, WHO
<http://www.euro.int/document/e74483.pdf>
- [2] World Health Organization, Health for All Database, 2002
- [3] Benedict Ágnes A cseh egészségügyi reform Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000.38.1. 83-98 old.
- [4] Guide to the Healthcare System in the Czech Republic, Prague 2002 <http://izpe.cz>
- [5] Válságban a cseh egészségügy <http://www.nethirlap.hu/rövidhir.php?hirid=3354>
- [6] <http://www.vega.medinfo.hu/weblap/orszagtan/csehhtml>
- [7] Galambos Andrea Ápolás határainkon túl http://www.c3.hu/-etinfo/info2210/2210_03html
- [8] Institute of Health Information and Statistics. Czech Republic. 2001. Statistical Yearbooks of the Czech Republic
- [9] OECD Health Database 2002 <http://www.oecd.org/health/healthdata>

3. rész

- [1] The European Health Report 2002 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
WHO Regional Publications, European Series, No. 97 <http://www.who.dk/document/e76907.pdf>
- [2] Új idők lexikona Singer és Wolfner irodalmi intézet, Budapest 1937
- [3] Hoffman István A közszolgáltatások nyújtása az ezredfordulón – különös tekintettel a kistérségi szolgáltatásokra IDEA, 2003
<http://web.b-m.hu/proba/elemez.nsf>
- [4] König Éva Közgazdasági alapismeretek és jóléti újraelosztás JATEPress, 1998
- [5] Szalai Júlia Az egészségügy betegségei Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1986
- [6] Pető Iván – Szakács Sándor A hazai gazdaság négy évtizedének története 1945-1985
Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1985
- [7] Orosz Éva Félúton vagy tévúton? Egészséges Magyarországért Egyesület
- [8] Az egészségügyi ellátásszervezésről szóló 2004. évi...törvényjavaslat Tervezet Budapest, 2004 április
<http://www.eszcsm.hu>
- [9] A térségi egészségszervező szolgálatról és regionális egészségfejlesztésről szóló 2004. évi...törvényjavaslat Tervezet Budapest, 2004. augusztus <http://www.eszcsm.hu>
- [10] Gáti Júlia Sürgősségi beavatkozás HVG 2004. április 24.
- [11] Gáti Júlia Törvénytervezet az egészségügyről HVG 2004. augusztus 21.

Táblázatok jegyzéke

1. Táblázat Összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában.....	11
2. Táblázat Egészségügyi kiadás US\$ PPP / fő.....	12
3. Táblázat Közkiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában (1960-2000)	16
4. Táblázat A két vezető halálok részaránya az összes halálozásban, % (2000)	19
5. Táblázat Születéskor várható élettartam (2001).....	22
6. Táblázat Születéskor várható egészséges élettartam (év) 2001	25
7. Táblázat Felfedezett és bejelentett új daganatok száma Magyarországon (1999-2000)	30
8. Táblázat Rákhálozás 1950-2000 (100 ezer lakosra eső standardizált gyakoriság)	31
9. Táblázat A rákos megbetegedések kialakulásában közrejátszó tényezők	34
10. Táblázat Daganatos megbetegedések miatti halálozások 1999.....	37
11. Táblázat Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozás 1998	40
12. Táblázat Néhány mutató (2001, vagy legutolsó rendelkezésre álló év)	42
13. Táblázat Üvegházhatású gázok kibocsátása (2001)	46
14. Táblázat Nitrogénoxidok kibocsátása (1999).....	47
15. Táblázat Széndioxid kibocsátás (ipari) 1999	47
16. Táblázat Szerves, víz-szennyező anyagok kibocsátása (1993)	48
17. Táblázat Domborzati viszonyok pontszámai	48
18. Táblázat A környezet szennyezettsége	49
19. Táblázat Természeti determináns pontszáma.....	50
20. Táblázat Testmozgás gyakorisága (a teljes lakosság %-ában).....	54
21. Táblázat Néhány élelmiszer fogyasztása (2000).....	60
22. Táblázat Táplálkozási szokások pontszáma.....	61
23. Táblázat Vallásosság (felnőtt népesség %-ában)	66
24. Táblázat Vallásosság pontszáma	68
25. Táblázat Dohányzó férfiak aránya %-ban (1988-1999 átlaga)	75
26. Táblázat Dohányzó nők aránya %-ban (1988-1999 átlaga).....	76
27. Táblázat Alkoholfogyasztás (liter / fő / év).....	81
28. Táblázat Káros szenvedélyek összevont pontszáma.....	82
29. Táblázat Társadalmi determináns pontszáma	82
30. Táblázat Egészségügyre fordított közkiadások, az összes egészségügyi kiadás %-ában (2000).....	83
31. Táblázat Szabadságjogok érvényesülésének értékelése az egyes országokban (1972-2002).....	85
32. Táblázat Politikai szabadságjogok (1972-2002)	85
33. Táblázat Egészségügyi kiadások alakulása néhány fejlett országban (1960-2001).....	87
34. Táblázat Egy főre jutó GDP és egészségügyi kiadás (US\$ PPP), valamint a közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadás %-ában.....	87
35. Táblázat Egy főre jutó egészségügyi közkiadás (2000).....	89
36. Táblázat Egészségügyi kiadás pontszáma.....	90
37. Táblázat 65 év feletti népesség aránya (2000)	91
38. Táblázat A biztosítottak számának alakulása 1935 -1956 (millió fő)	160
39. Táblázat Biztosítottak aránya a lakosság százalékában 1938 - 1970	160
40. Táblázat TBC- halandóság (10 ezer lakosra)	161
41. Táblázat A csecsemőhalandóság alakulása 1931 – 2002.....	161
42. Táblázat Csecsemőhalandóság néhány fejlett országban 1960 - 2002.....	161

43. Táblázat Kórházi ágyak száma (db) 1938 – 2002	162
44. Táblázat 10 ezer lakosra jutó gyógyintézeti ágyak száma (db) 1938 – 2002	162
45. Táblázat Orvosok számának alakulása 1938 – 2002 (fő)	163
46. Táblázat 10 ezer lakosra jutó orvosok száma 1938 – 1997 (fő).....	163
47. Táblázat Dolgozó orvosok száma (1000 lakosra) 1960 – 2002	163
48. Táblázat Születéskor várható átlagos élettartam (év) 1930 – 1998.....	164
49. Táblázat Születéskor várható átlagos élettartam néhány országban (év) 1960 – 2002	164

Mellékletek

Publikációk jegyzéke

1. Alapozó tanulmány a monetáris prognózis elkészítéséhez (Király Júliával, Molnár Lászlóval, Riecke Wernerrel és Werner Gáborral) Gazdaságkutató Intézet, 1991
2. Párhuzamos államéletrajzok a XX. Században
Heller Farkas Füzetek Közgazdaság- és Társadalomtudományi Folyóirat Gazdaságtörténeti Műhelytanulmányok I. évfolyam, 2003/1.
3. Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az Unión kívül (Vallyon Andreával) EU Working Papers 2003/2. A Budapesti Gazdasági Főiskola szakmai folyóirata VI. évfolyam, 2. szám
4. Egészségügyi rendszerek története, reformjai és jelenlegi problémái (Vallyon Andreával)
EU Working Papers 2003/3. A Budapesti Gazdasági Főiskola szakmai folyóirata VI. évfolyam, 3. szám
5. Hatékonyság és/vagy szolidaritás? (Vallyon Andreával)
Recept XV. Évfolyam, 4-5. szám 2004
6. Beteg egészségügyi rendszer – beteg lakosság (Vallyon Andreával)
Heller Farkas Füzetek Gazdaságtörténeti Műhelytanulmányok II. évfolyam, 2004/2.
7. Az Egyesült Királyság egészségügyi rendszerének rövid története
Recept XV. Évfolyam, 6-7. szám 2004
- 8–9. Hol jobb betegnek lenni? I. Az amerikai biztosítási rendszer
II. A német biztosítási rendszer
Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (megjelenés alatt)

Historical Roots of Health Care Systems' Present Efficiency (SUMMARY)

With that comparative study, I intended to find out the historical roots of present efficiency of health care systems in general, and also specifically in seven analyzed countries. In the first part, the health care system's efficiency is tried to be determined. Supposing, that the aim to attain is the good health condition of the population, four statistically measurable and comparable variables have been identified: life expectancy at birth, healthy life expectancy, cancer mortality and mortality due to cardiovascular diseases. Then, several determinants of people's health condition were specified, such as political-economic (freedom, government's health expenditures for example), social (like diet, physical activity, smoking habits, consumption of alcoholic drinks etc.), natural and demographic. My original hypothesis was that if there is deviation between the aim and the determinant variables, than it is attributable to the health care system itself: the financing sources and channels, institutional settlements, ownership structure, historical evolution, socially accepted moral principals, etc. It was found, that among the seven compared countries Israeli was the most, and Hungarian the less efficient health care system. As my basic objective in writing this recent essay was to find out the historical roots of different health care systems' recent efficiency, in the second part of the essay I tried to make accessible to readers of healthcare systems' history in six countries, namely The Czech Republic, Germany, Israel, The Netherlands, The United Kingdom and The United States of America.

In this part, I presented their some hundred years histories (mainly institutional history), attempts to reforms and also recent problems they face, finally pointing out the main healthcare structure types. My concept was to find out whether there is a relation between efficiency and the historical roots of the given countries' health systems, those roots being determinants of the present structure. Upon my researches I could establish the fact that in those countries (Germany, Israel, The Netherlands), where the system came into being on the base of solidarity, reciprocity, financed mainly by the state and where suppliers give services state founded, those are operating on the highest level of efficiency. United Kingdom and The United States are in the middle. While the 'Beveridge' type model is applied by the English, causing competition on supplier side, in America – due to the traditional market based system – the costs are lifted both from demand and supply side. At the end of the row were found The Czech Republic (initiating the German type system) and Hungary both former socialist countries, with large statutory social security systems which were operating with huge deficit and low efficiency during transition period. The third part of my essay presents the

institutional history of Hungarian health care system. Additional analyses of statistical data and a possible scenario of health care scheme's reform are also given.

Regarding efficiency, probably a mixture of statutory and private health insurance system, containing market elements and working with few, competing insurance funds/companies seems to be the best.

ÖSSZEFOGLALÓ

Az értekezésben, összehasonlító elemzés segítségével kísérletet tettem arra, hogy feltárjam az egészségügyi rendszerek mai hatékonyságának történeti gyökereit hét kiválasztott ország esetén. A dolgozat első részében megpróbáltam meghatározni, mit is jelent az egészségügyi rendszer hatékonysága. Abból a feltételezésből kiindulva, hogy a cél az emberek minél jobb egészségi állapotának elérése, négy statisztikailag mérhető és összehasonlítható mutatót választottam: születéskor várható élettartam, várható egészséges élettartam, daganatos megbetegedések miatti halálozás és végül szív- és érrendszeri megbetegedések mortalitása. Ezután az egészségi állapot meghatározói közül azonosítottam a legfontosabb determinánsokat, ezek: politikai-gazdasági (mint például szabadság, az egészségügyre fordított köz/állami kiadások), társadalmi (étkezési szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás stb.), természeti és demográfiai. Az volt a hipotézisem, hogy ha a cél- és a determináns változó értéke között jelentős eltérés van, annak oka az egészségügyi rendszerben, magában keresendő: a finanszírozási forrásokban és csatornáknban, az intézményi felépítésben, a tulajdonosi struktúrában, a történeti fejlődésben, a társadalmilag elfogadott morális elvekben, stb. Azt találtam, hogy az összehasonlított hét ország közül Izrael rendelkezett a leghatékonyabb, és Magyarország a legkevésbé hatékony egészségügyi rendszerrel. Tekintve, hogy kutatásaim és az értekezés megírásának fő célkitűzése az volt, hogy feltárjam az egymástól eltérő egészségügyi rendszerek jelenlegi hatékonyságának történeti gyökereit, a második részben az összehasonlított országok egészségügyi rendszerének történetével ismerkedhet meg az olvasó, nevezetesen Csehország, Hollandia, az Egyesült Királyság, Izrael, Németország és az Egyesült Államok szerepelnek. E fejezetben először végigkísértem – néhány esetben több száz éves – történetüket (elsősorban az intézménytörténetet), reformkísérleteiket, valamint ismertettem azokat a problémákat, amelyekkel most kell szembenézniük, majd pedig tipizálással próbálkoztam, azaz igyekeztem meghatározni az ily módon kirajzolódott rendszertípusokat. Célom az volt, hogy igazoljam a feltételezésemet, miszerint van kapcsolat az egészségügyi rendszerek jelenlegi hatékonysága és történelmi kialakulása között, ez utóbbi viszont meghatározó a jelen rendszer felépítésére, struktúrájára nézve. Azt találtam, hogy azokban az országokban a legmagasabb a hatékonyság, ahol a szolidaritáson, reciprocitáson (kölsönösségen) és önkéntességen alapul a rendszer, főként állami finanszírozással és szolgáltatókkal működve, ilyenek Németország,

Izrael és Hollandia. Az Egyesült Királyság és az Egyesült Államok találhatók középen. Míg az angol 'Beveridge modell' alapvetően társadalombiztosításra épül, de versenyelemekkel a kínálati oldalon, addig Amerikában – a hagyományosan piaci alapú rendszer miatt – mind keresleti, mint kínálati oldalról költségnövelő nyomás nehezedik a rendszerre. A sor végén Csehország (eredetileg német típusú rendszer) és Magyarország áll, mindkettő volt szocialista ország, kiterjedt társadalombiztosítással, mely az átmenet időszakában is hatalmas deficittel és alacsony hatékonysággal működött. Értekezésem harmadik fejezetében felvázolom a magyar egészségügyi rendszer történetét, statisztikai adatok elemzésével és egy lehetséges reformút bemutatásával bővítve. A fentiekből következően az valószínűsíthető, hogy a piaci elemeket nem nélkülöző, kevert (állami- és magán) egészségbiztosítási rendszer, egymással versengő biztosítókkal/alapokkal lehetne a leghatékonyabb.