

LIPPAI LÁSZLÓ¹

Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések elemzése a lehetőségelmélet tükrében

Az egészség-gazdaságtani folyamatok modellezésében gyakran használt egészségtermelési elmélet (M. Grossman) az egészségtudományok illetve a döntésemélet fejlődése következtében jelentős mértékben továbbfejleszhető.

Tversky és Kahneman lehetőségelméletének adaptálása az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntésekre az egészségtermelési teória magyarázó erejének kiterjesztését kínálja fel.

A lehetőségelmélet előfeltételeinek beépítése az egészségtermelési modellbe, úgymint a referenciapontok kialakítása, illetve az egyes kimenetek előjelének jelentősége, alkalmassá teszik azt az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos nyereségek és veszteségek rendszerezésére.

Az így kialakuló problémakörök messzemenően befolyásolják az egészséget érintő fogyasztói döntéseket. Az egyes problémakörökhöz speciális és jól azonosítható fogyasztói igények tartoznak, melyek elemzése az egészség-gazdaságtani folyamatok mélyebb megértéséhez elengedhetetlenek.

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I12, I18

Kulcsszavak: egészség-beruházási döntések, egészségügy, prevenció, egészségipar

1. Bevezetés

Az egészségügyi közgazdaságtan szerepe egyre jelentősebb az egészségpolitikai döntéshozatali folyamatokban. Az egészségpolitikára azonban a közgazdasági szempontok mellett más tényezők is hatást gyakorolnak, így például az egészségtudományok fejlődése is. Így napjainkban kezd el a politikában is érvényesülni az egészségtudományokban már megindult szemléletváltási folyamat, miszerint a megromlott egészség helyreállítására szakosodott egészségügyet az egészség megőrzésére, illetve az egészséges életvitel kialakításának támogatására szolgáló egészségfejlesztéstől elkülönülten kell kezelni. Meggyőződésem, hogy ehhez a fejleményhez a közgazdaságtani gondolkodásnak is előbb-utóbb alkalmazkodnia kell. Ezért vállalkoztam arra, hogy az egészség-beruházási döntések gazdasági vonatkozásainak feltárásával próbálkozzam. Tisztában vagyok azzal, hogy az általam felvázolt kép *közel sem teljes*, célom csupán annak illusztrálása volt, hogy ez a terület is bevonható a közgazdasági elemzés hatókörébe.

Tételezzük fel, hogy bizonyos döntéseink – nevezzük ezeket egészség-beruházási döntéseknek – teljes mértékben meghatározzák magunk vagy mások egészségét. Ebben az

¹ Szegedi Tudományegyetem, Közgazdaságtani Doktori Iskola

esetben, haszonmaximalizáló döntéshozót feltételezve, a következő tényezők definiálása szükséges: ki a *döntéshozó* és milyen hatóköre van; milyen *problémater*ben kell a döntéseit meghoznia, vagyis mi a kiinduló- és kívánatos célállapot, illetve mekkora a problémater időhorizontja; milyen *cselekvési alternatívák* azonosíthatóak, illetve milyen pontosan határozható meg *az egyes alternatívák szubjektív várható hasznossága* (Simon, 1983).

2. A döntéshozó hatóköre az egészség-beruházási döntésekben

A döntéshozó meghatározásával kapcsolatban nem beszélhetünk egységes álláspontról a szakirodalomban. Michael Grossman 1972-ben, azóta sok vitát indukáló egészségkeresleti modelljében a döntéshozó az egyén, döntésének hatóköre saját egészségére terjed ki. Grossman szerint az egyén fogyasztási és beruházási döntéseivel képes befolyásolni egészségét (Grossman, 2004). Az egészségkeresleti modell egyik továbbfejlesztésében az egyén, a munkavállaló egészségét már két döntéshozó határozza meg: a család és a munkáltató. A modellben olyan háromszemélyes háztartás szerepel, amely egységként cselekedve hozza meg a részét képező családtagra, a munkavállalóra (férj) vonatkozó allokációs döntéseit. Az egyik döntéshozó tehát az összehangoltan cselekvő család. A másik döntéshozó a munkáltató, akiről feltételezik, hogy nyereségesebb beruháznia a munkavállaló egészségébe, mert a beteg munkavállaló helyettesítése jobban csökkenti profitját. Mindkét döntéshozó esetében feltételezik, hogy a képesek megvalósítani olyan cselekvési alternatívákat, melyek meghatározzák a munkavállaló egészségét (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002). Azonban, úgy tűnik, hogy mindkét modell esetében a döntéshozó(k) definiálása az egészség-beruházási problémater azonosításának függvénye volt.

3. Az egészség-beruházási döntések problémater

Az egészség-beruházási döntések problématerének elemzése során az egyik legfontosabb kérdés, milyen dimenzió(k) mentén törekszenek az egyes elméletalkotók arra, hogy jelenlegi és a kívánt célpozíció közötti különbséget meghatározzák.

Grossman egészségkeresleti modelljében a problémater központi dimenziója az egészségkészlet. Az egészségkészlet időmennyiség, amelyet munkavégzésre így jövedelmünk növelésére fordíthatunk. Felfogásában az egészségkészlet születéskor maximális, az életkor előrehaladtával viszont bizonyos beruházások hiányában folyamatosan csökken. Grossman

vitatott megfogalmazásában az egészségben töltött napok száma csökkenhet olyan szintre, hogy a racionális, haszonmaximalizáló egyén inkább halált „választja” (Lepp-Gazdag és Brandtmüller, 2005; Grossman, 2004).

Grossman a fogyasztó jövedelmét befolyásoló tényezőként tartotta számon az egészségkészletet. Minden olyan munkanap, amikor a munkavállaló nem egészséges, csökkenti a jövedelmet. Az egészségkészlet így tehát olyan erőforrás, „... amelyet a gazdasági rendszer termel ki és amelyet más javak és szolgáltatások előállításához használnak fel”, tehát tőkejóság (Kopányi, 2002. 395. old). Feltételezi, hogy a munkavállalónak racionális egészséget termelni, hiszen csak így használhatja fel tudástőkéjét más javak és szolgáltatások előállításához, és hosszú távon csak így maximalizálhatja elérhető jövedelmét.

Grossman legfontosabb – teljesen még nem bizonyított – hipotézisének azt tartja, hogy a formális iskolázottság – a tudástőkébe történt beruházás mennyisége – pozitívan befolyásolja az egészségtőkét. A humán tőke e két megnyilvánulási formája közti szoros pozitív korrelációt számos vizsgálat igazolta, ez azonban még nem igazolja azt a kauzális kapcsolatot, melyre modelljében is épít (Grossman, 2004). Felismeri, hogy az egyén egészség termelése input-oldalon (szabadidő és bizonyos jóságok beszerzésének költségével jár (Lepp-Gazdag és Brandtmüller, 2005). Az egészség-beruházási döntés outputja, célállapota a hosszútávon maximalizált jövőbeli egészségkészlet, melyet az egyén szubjektív egészségérezetként észlel (Grossman, 2004).

Bolin, Jacobson és Lindgren kibővített egészségkeresleti modellje lényegében nem változtat a problémater egészségkészlet dimenzióján. Annyiban finomítanak rajta, hogy egyrészt beépítik Jacobson eredményét, miszerint család *nem* törekszik az egészségtőke egyenlő elosztására, hanem olyan helyzet kialakítását célozza meg, ahol az egyes családtagok egészségkészletét megőrző beruházás határkölsége egyenlő a határhasznával. Továbbá, beépítik a problématerbe a munkáltatói szempontokat, hiszen a munkavállaló megbetegedése termelés kieséssel, továbbá többnyire nem előre tervezhető költségekkel jár: pl. helyettesítő munkaerő toborzása és munkabére, táppénz, kártérítés stb. (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002).

Mindkét modellben az egészség-beruházás megtérülése az egészségkészlet-vesztés költségének elmaradásából származik. Ez a biomedicinális egészségfogalmat képezi le, miszerint az egészség nem más, mint a betegség pusztá hiánya.

4. A munkavállalói egészség-beruházások cselekvési alternatívái

Az egészség-beruházások cselekvési alternatíváinak definiálásával a korábban említett egészségkeresleti modellek alapján véve nem foglalkoznak. Grossman tesz néhány utalást arra, hogy az egészség-beruházás nemcsak az egészségügyi ellátás igénybevételében, hanem más módon is történhet (élelem, mozgás), de a problémátér szofisztikált megközelítéséhez képest nem túl rendszerezett módon. Az egészség-beruházási döntések pontos leírásához azonban, megítélésem szerint, mindenféleképpen szükséges a cselekvési alternatívák valamiféle kategorizációja. Ebben döntő szerephez jut az egészségügy kompetenciájának behatárolása. Ez döntő fontosságú az „egészség – betegség” dimenzió mentén zajló gazdasági tevékenység jellegének azonosítása során is. Az egészség – betegség határvonal mentén hozott döntéseinket leginkább egy egészség-mátrix keretében lehetne jellemezni. Az egészség-mátrixot egy „szubjektív – laikus”, valamint egy „objektív – szakmai” kritérium mentén lehet felállítani.

1. táblázat

Egészség-mátrix

		„laikus” kritérium – a közérzet szubjektív megítélése	
		betegségérzet	jóllét
orvosi kritérium: objektíven diagnosztizált betegség	„van” – diagnosztizáltan beteg	1) betegségérzettel kísért betegség, megrendült egészség	2) jóllét érzése betegséggel
	„nincs” – orvosilag egészséges	3) betegség nélküli rossz közérzet	4) jóllét betegség nélkül

Forrás: Naidoo és Wills, 1999. nyomán

Az egyes cselekvési alternatívák egymástól igen eltérő piacok fogyasztójává teszik a döntéshozót – legyen akár munkavállaló, akár munkáltató. A továbbiakban, a teljesség igénye nélkül a munkavállaló szempontjából próbálom az egyes cselekvési alternatívák piacának jellemzőit rendszerezni.

1. a) *Betegségérzettel kísért betegség munkavállalói oldalról.*

„A betegség a megrendült egészségnek az az objektív állapota, amelyet meghatározott és mások által elfogadott bizonyítékok alapján lehet igazolni” (Naidoo és Wills, 1999. 5.

old.). Ez a cselekvési alternatíva mindenképpen az egészségügy kompetenciakörébe tartozik. Az egészségügyi ellátás olyan termékek és szolgáltatások összessége, amelyek elsődleges célja a gyógyítás, vagyis a megrendült egészségi állapot helyreállítása, vagy legalábbis a további egészségromlás megakadályozása.

Az egészségügyi ellátás iránti kereslet és a kínálat összehangolódási folyamatában az árrendszernek döntő szerepe van, ezért az egészségügyi ellátás piacáról beszélhetünk. Az egészségügyi közgazdaságtan egyik legfontosabb megállapítása, hogy az egészségügyi piac *nem* felel meg a tökéletesen versenyző piac kritériumainak. Ezek a teljesítetlen szempontok szolgálnak alapul a sajátos piac specialitásainak leírásához.

Egyrészt az egészségügyi ellátás iránti kereslet *származtatott kereslet*. Az egészségnek nincs csereértéke, vagyis közvetlenül nem vásárolható. Csereértéke az egészségügyi terméknek vagy szolgáltatásnak van melynek hasznossága az egészség (Brandtmüller és Lepp-Gazdag, 2005). Az egészség-mátrixból adódóan az egészségügyi piac termékeire és szolgáltatásaira olyan fogyasztóknak van kereslete, akik szubjektíven betegnek érzik magukat és diagnosztizálhatóan betegek is. Így a fogyasztóvá válást alapvetően két tényező befolyásolja: az orvoshoz fordulási hajlandóság és a kínálati oldalt képviselő orvos döntése („ügynök-modell”). A „rossz közérzetű” fogyasztók száma a magyar lakosság körében is messze meghaladja azok számát, akik végül ténylegesen is orvoshoz fordulnak. Ugyanakkor az „orvosi szakvélemény” már önmagában is egy egészségügyi szolgáltatás, mégpedig nem is olcsó. Az orvos szakvéleménye alapján kerülhet valaki „betegstátusba”, annak minden jogi, társadalmi és gazdasági következményével együtt. Az adott emberre vonatkozó diagnózis dönti el, hogy az orvoshoz fordulók közül ki milyen egészségügyi szolgáltatás fogyasztójává válhat a továbbiakban, mentesül-e átmenetileg a munkavégzés alól stb. (Naidoo és Wills, 1999.).

Az egészségügyben az eladó-vevő viszonyra általában jellemző információs aszimmetria fokozott mértékben jelentkezik. A tökéletesen versenyző piaci helyzet – vagyis amikor az eladó, illetve a vevő is ugyanannyi információval rendelkezik a tranzakció tárgyáról – irreálisnak tűnik a legtöbb egészségügyi közgazdász számára. Ebben az esetben a piaci tranzakcióban részt vevő felek egyike sem rendelkezhetne olyan információval, melynek révén lehetősége nyílik piaci előny szerzésére (Blomquist és Léger, 2004). Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a

káros mellékhatások valószínűségéről. A keresleti oldal a betegekből és a biztosítótársaságokból tevődik össze. Ha az egészségügyi szolgáltatások piaca tökéletesen versenyző feltételek mellett működne, akkor a szolgáltató számára teljes mértékben közömbös lenne, hogy egy adott betegnek hány egységnyi terméket ad el, illetve nem lenne oka arra, hogy információit kiaknázva további termékegységek eladására törekedjen. Az orvosoknak van erre lehetőségük, ezért az egészségügyi piacának leírására leginkább a monopolisztikus versenyt tartják alkalmas keretnek (Blomquist és Léger, 2004).

A *beteg kiszolgáltatottsága* tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett: a tudástöbbletből, amely részben az aszimmetrikus információkból fakad; a nagyobb döntési lehetőségéből; ugyanakkor a beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre a törvényi szabályozás, az orvosi kultúra, az etikus hozzáállás és az anyagi ösztönzés adhat módot. A beteg kiszolgáltatottságát tovább erősíti az egészségügyi szolgáltatók *monopolhelyzete*, amelyet gyakran a célszerű szervezéssel indokolnak a rendszer alakítói. Az orvosi kamarák és gyakran a biztosítótársaságok is a monopolhelyzet fenntartásában érdekeltek (Kornai, 1998).

Az információs asszimmetria miatt a bizalom az orvos – beteg kapcsolat kritikus pontja. Minél nagyobb költséggel jár az inkompetens szolgáltató okozta kár (például orvosi műhiba), annál inkább nő a bizalom szerepe a szolgáltató megítélésében. Swan kutatásából világosan kitűnik, hogy a betegek többsége nem rendelkezik kellő szakértelemmel az orvostudomány terén, ezért kénytelen bízni abban, hogy orvosa kompetens és az érdekeiknek megfelelően jár el. (Swan et al., 1999).

Johnson és Grayson a szolgáltatók és fogyasztók kapcsolatában a bizalom kognitív és affektív dimenziójának jelentőségét emeli ki (Johnson és Grayson, 2005). A fogyasztói bizalom kognitív aspektusa alatt leginkább a szolgáltató kompetenciájába és megbízhatóságába vetett hitet vagy meggyőződést értjük. A bizalom kognitív dimenziója teszi lehetővé az előrejelzést arra vonatkozóan, hogy a szolgáltató milyen valószínűséggel fogja a kínált szolgáltatás kötelezettségeit teljesíteni. Ez a tudás részben a szolgáltató szituációbeli viselkedésének megfigyeléséből származik, másrészt azokból a hírekből, melyek más fogyasztóktól átszűrődtek.

Továbbá, a tökéletesen versenyző piac kialakulását gátolja az is, hogy az egészségügyi ellátás igénybevitelével kapcsolatban nagy a *bizonytalanság*. Ez elsősorban abban nyilvánul meg, hogy az egészségügyi ellátás igénybevétele általában nem tervezhető a fogyasztók

számára (Brandtmüller és Lepp-Gazdag, 2005). Az egészségügyi biztosításokban, és ez alól tulajdonképpen a társadalombiztosítás sem kivétel, fokozattan érvényesül az erkölcsi kockázat (moral hazard): vagyis minél jobban fedezi a biztosítás a kárt, annál gyengébb a biztosított ösztönzése a kár megelőzésére. A fogyasztó kevésbé érdekelt egészségének megőrzésében, az egészséges életmód kialakításában, a szűrővizsgálatokban való részvételben, mivel az ellátás „ingyenes”. Ez az egészségügyi szolgáltatások túlhasználására csábítja. Ugyanakkor az orvosok sem érdekeltek az egészségügyi szolgáltatások költségeinek korlátozásában (Kornai, 1998).

Az egalitarizmus miatt az egészségügy terén a társadalom morális szempontból igen érzékeny az amúgy elkerülhetetlen *piaci szelekcióra*. Törvényszerű, hogy minden gazdasági mechanizmus valamilyen módon szelektál a potenciális fogyasztók között. Ugyanakkor éppen az egészség különleges értéke miatt az egészségügyi szolgáltatásokban ez a fajta szelekció nem tolerálható.

Az egészségügyi rendszer elsődleges célja a gyógyítás, vagyis az egészségi állapot helyreállítása vagy stabilizálása. Alapjában véve a szakképzett alkalmazottakkal gyógyító munkát végző intézmények alkotják ezt a rendszert, de ide tartozik az otthonápolás, a természetgyógyászat, a közegészségügy és a balesetvédelem, balesetmegelőzés is. Ebből a teljesség igénye nélkül megszületett felsorolásból is látszik, hogy egy rendkívül sokszínű területről van szó. Ez a rendszer integrálódik be egy nagyon komoly súllyal rendelkező egészség-szektorba. Az egészség-szektorba az egészségügyi rendszeren kívül beletartozik a: gyógyszergyártás, a gyógyszer nagykereskedelem, az orvosi berendezések és műszerek gyártása, a tág értelemben vett gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása, a keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi és biztosítói támogatások is (Mihályi, 2003).

Az egészségügyi rendszer gazdasági kérdései a neoklasszikus közgazdaságtan eszközeivel viszonylag jól leírhatóak. A ráfordítások és az eredmények jól elhatárolhatóak egymástól. A ráfordítások indikátoraként az orvosok létszámát, az ápolók állományát és a kórházi ágyak számát szokták alkalmazni. Az egészségügyi rendszer teljesítményét pedig az orvos-beteg találkozások és a kórházban töltött napok számával, valamint az elfogyasztott gyógyszerek mennyiségével mérik.

1. b) Betegségérzettel kísért betegség munkáltatói oldalról.

A munkavállaló gyógyítása nem feladata a munkáltatónak, bár finanszírozásából részt vállalhat, továbbá munkavállaló megbetegedéséből adódó termelőkiesés költségei profitjának csökkenését okozza.

2. a) *Jóllét érzése betegséggel a munkavállaló oldaláról.*

Ez a terület leginkább a szűrővizsgálatok kapcsán kerül az egészségügyi közgazdaságtan homlokterébe. Alapvetően ez is orvosi kompetenciakörbe tartozik, azonban az 1) alternatívához képest teljesen más szemléletmódot igényel. Itt a keresleti oldalt a teljes lakosság vagy annak szakmai szempontok szerint szűrt rétege (rizikócsoportja) képezi. A lakossági szűrővizsgálatok gyakori célja, hogy a megcélzott betegségben csökkenjen a halálozási ráta. A szűrésre alkalmas orvosi módszerek lehetővé teszik az általában súlyos betegség korai felismerését. Az egészségügyi közgazdaságtan szempontjából a legfontosabb kérdés a szűrővizsgálatok finanszírozhatósága, valamint a kiszűrt betegek ellátáshoz szükséges szolgáltatási kapacitás felmérése. A szűrés és a kiszűrt betegek időben történő ellátása egyformán szükséges ahhoz, hogy a szűrővizsgálatoktól remélt életévnyereséget realizálni lehessen. A kínálati oldal adott, a szolgáltatást legtöbbször az egészségügyi ellátó rendszer nyújtja. A kereslet kialakítása viszont Magyarországon is komoly egészségmarketing erőfeszítéseket igényel. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Népegészségügyi Programjának költségvetése legnagyobbbrészt szűrővizsgálatok finanszírozására szolgál, így a szűrővizsgálatok legnagyobb megrendelője az állam. Az állampolgár „ügynökeként” mérlegeli, hogy milyen típusú szűrővizsgálatokat finanszíroz (és milyeneket nem). Ugyanakkor, marketing szempontból, a szűrővizsgálatok legnagyobb nehézségét az jelenti, hogy magukat betegnek nem érző embereket kell az egészségügyi ellátó rendszerbe „csábítani”. A szűrővizsgálatok iránti igény felkeltése jelenti a legnagyobb feladatot.

Nyugat-Európai példák mutatják, hogy a jól szervezett szűrővizsgálatok jelentős mértékben képesek növelni az egészségügyi ellátó rendszer hatékonyságát és eredményességét is (Boncz és mtsai, 2005). Az időben felismert betegség időben elkezdett kezelése olcsóbb, gyorsabb, a beteg számára kevésbé megterhelő és a megromlott egészség helyreállításának valószínűsége nagyobb is. Azonban, a szűrővizsgálatok – orvosi és gazdasági okok miatt is – gyakran csak a súlyos betegségek feltárására irányulnak. A lakosság egészségét, várható élettartamát döntően befolyásoló életmódra, életkörülményekre nincsenek hatással, így az egészségügy csökkenő hozadékát hosszú távon nem képesek ellensúlyozni.

2. b) Jólét érzése betegséggel a munkáltató oldaláról.

A munkahelyi megterhelések káros egészségügyi hatásainak csökkentésével elsősorban foglalkozás-egészségügy foglalkozik. A tradicionális foglalkozás-egészségügy elsősorban a fizikai és vegyi veszélyeztető tényezőkre koncentrál, szorosan együttműködve a munkavédelmi szakemberekkel. Korszerű változatában már mentálhigiénés szolgáltatások is szerepet kapnak.

Magyarországon törvény rendelkezik arról (1993. évi XCIII. Törvény a munkavédelemről), hogy a munkáltatónak szervezett munkavégzés keretében foglalkoztatott munkavállalója számára foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást kell biztosítani. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást a munkáltató saját fenntartású rendelőben, illetve egészségügyi alapellátó intézménnyel kötött szerződéssel. A szolgáltatás finanszírozásáról a munkáltató köteles gondoskodni. A foglalkozás-egészségügyben dolgozó egészségügyi személyzet legfontosabb feladata a munkahellyel illetve a munkavégzéssel összefüggő megbetegedések megelőzése, vagyis a prevenció. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatásnak szerepe van a munkaerő-kiválasztásban, illetve az állomány többé-kevésbé rendszeres felmérésében, szűrésében.

3. a) Betegség nélküli rossz közérzet munkavállalói oldalról.

A „betegség nélküli” jelző arra vonatkozik, hogy orvosilag diagnosztizált betegség nélküli rossz közérzethez kapcsolódó cselekvési alternatívák gazdasági vonatkozásairól lesz szó a továbbiakban. Kínálati oldalról sok gazdasági szereplő próbálja kielégíteni a rossz közérzetű, ám biomedicinális szempontból (még) nem beteg fogyasztók igényeit. Ebben a cselekvési alternatívában olyan termékek fogyasztása kerül előtérbe, mint a nem-vényköteles (OTC) gyógyszereké és a kimutatottan egészségkárosító termékeké (dohánytermékek, alkohol, illegális pszichoaktív szerek).

A nem-vényköteles (OTC) gyógyszerek piaca.

1998-ban a vény nélkül kapható cikkek világforgalma közel 75 milliárd dollárt tett ki. Az érintett termékek köre igen széles: vitamin és táplálkozás kiegészítő termékek, megfázás és allergia ellenes szerek, fájdalomcsillapítók, altatók, dohányzásról leszoktató szerek tartoznak ide (Mihályi, 2003). A vényköteles gyógyszerekkel szemben ezeket a termékeket lehet széles körben reklámozni, bár a hozzáférhetőségük országonként más és más törvényi szabályozás alá esik. Így a piaci verseny érvényesülésének lehetőségei igen eltérőek: vannak országok, ahol a versenyt erősítik (nincs belépési korlát, árverseny stb.)

Egészségkárosító termékek.

A dohányzás, az alkohol-, illetve pszichoaktív szerek piacának érdekes problémája az, hogy a (racionális) fogyasztó miként kalkulálja ezen – egyébként is árrugalmatlan keresletű – luxuscikkek jelenbeli hasznosságát a termék árához és a jövőben felmerülő egészség-készlet veszteség költségeihez képest.

Miért dohányoznak a munkavállalók? A dohányfüst fő hatóanyaga, a nikotin, a cigarettafüstben lévő kis mennyiségben is komoly pszichofiziológiai hatásokkal jár: nyugtató és irritáció csökkentő hatása mellett megnövekedett éberséget és aktívabb mentális folyamatokat eredményez. A stimuláló és relaxáló hatás e speciális keverékét nikotin-paradoxonnak nevezzük (Marks, 2002). Emellett a munkahelyi dohányzás gyakori indoka a munkarutin megszakítása, valamint a közös cigarettázás közösségteremtő jellege („cigarettaszünet”). Összegezve, a dohányzás – a legtöbb egészségkárosító termékkel ellentétben – átmenetileg emeli a munkaképességet (stresszcsökkentéssel és a szellemi teljesítőképesség növelésével) ugyanakkor hosszútávon igen nagy valószínűséggel bír jelentős egészségkárosító hatással. A munkavállaló szempontjából tehát az egészségkárosító termékek fogyasztásakor az idői diszkontálásnak igen nagy szerepe lehet.

3. b) Betegség nélküli rossz közérzet munkáltatói oldalról.

Az egészségkárosító termékek (dohányáru, alkohol és más pszichoaktív szerek) munkáltatói szempontból is komoly problémát jelentenek (még akkor is, ha ilyen termékeket gyárt vagy forgalmaz). Az alkohol- és drogfogyasztás jelentős mértékben rontja a munkavállalók munkaképességét, és növeli az üzemi balesetek valószínűségét. Emellett hosszú távon csökkenti a jelentős költséggel kiképzett, tapasztalt munkaerő-állomány aktív éveinek számát. Ez a tudásintenzív iparágakban különösen nagy problémát jelent. Ugyanakkor e termékek munkahelyi fogyasztását képes csak legfeljebb szabályozni a munkáltató. Erre a felismerésre épülnek a tradicionális munkahelyi egészségfejlesztő programok. A munkahelyi egészségfejlesztés alapkoncepciója az, hogy a munkavállaló egészség-készletének megőrzése alapvetően a munkavállaló felelőssége, de a munkáltatónak is érdeke. Ezért az alkalmazott módszerek is elsősorban a munkavállalót célozzák meg – többé-kevésbé korszerű programokkal. Így kívánják csökkenteni az egyéni veszélyeztetettséget edukációval (prevenációs előadások), készségfejlesztéssel (stresszkezelő tréningek, relaxáció) és egyéb támogató programokkal (fogyókúrák programok stb.). A munkáltató számára ezek a programok akkor térülnek meg, ha hiányzások mértéke és az

egészségügyi költségek csökkennek, illetve tartósan alacsonyak. A hagyományos preventív programok közös jellemzője, hogy rizikómagatartás-orientált. Ezek a programok az egészségkárosító életmód kioltására helyezik a fő hangsúlyt, hagyományos módszereik azonban az egészséges életmód kialakításában kevés segítséget nyújtanak.

4) *Jóllét betegség nélkül.*

Napjainkra a testi, lelki és szociális egészség ígéretére, látszatának kialakítására vagy tényleges javítására tökéreos vállalkozások specializálódtak. A szépségipar, a turizmus, a gyógyturizmus, a wellness és a fitness jegyében indult vállalkozások, a sportszergyártó cégek, valamint a táplálékkiegészítőket gyártó és forgalmazó (nem gyógyszergyártó) cégek, csak néhány kiragadott példát jelentenek. Azonban a többi kereskedelmi forgalomba kerülő termék, szolgáltatás – közvetlenül és közvetve – is jelentős hatást gyakorol életmódunkra, így egészségünkre is. Nem véletlen, hogy a WHO a szegénységet, mint az egészséget befolyásoló jelentős tényezőt tartja számon (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

A tradicionális munkahelyi egészségfejlesztésben a munkavállaló egészségkészletének megőrzését *teljes mértékben a munkavállaló felelősségének* tekintik. Azonban, korábban már részletezett indokok miatt, egyes munkáltatók részben átvállalják a munkavállaló egészségberuházási költségeit. Ez leggyakrabban a vállalat ösztönzésmentes keretében történik. Az egészséges termék vagy szolgáltatás ebben az esetben a vállalati juttatások részét képezi, célja a munkavállaló teljesítményének befolyásolása (uszodabérlettől a jutalomüdülésig...).

Azonba, a gyakorlatban ezek a juttatások gyakran esetlegesek, így – átfogó koncepció hiányában – nem mindig érik el a kívánt hatást. Erre kínál megoldást az egészségpénztárak megjelenése. A Magyarországon működő kb. 40 egészségpénztár tevékenysége kb. 200.000 munkavállalóra terjed ki napjainkban (OEFI, é. n.). Ezek a pénztárak nemcsak az egészségberuházások – termékek, szolgáltatások – finanszírozását teszik lehetővé, hanem segítséget nyújtanak piaci információs aszimmetria csökkentésében, így javítva a fogyasztó alkupozícióját.

Kenkel és Supina a munkahelyi egészségfejlesztő programok létének valószínűségét befolyásoló tényezőket vizsgálta (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002). Eredményeik szerint nagy létszámú vállalatoknál, a női munkavállalók magasabb aránya és alacsony fluktuációs ráta mellett nagyobb eséllyel volt található munkahelyi egészségfejlesztő programok.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos vállalati döntések során azt mérlegelik, hogy az egészségfejlesztő ráfordítások megtérülnek-e a vállalat versenyképességének javulásával. A munkahelyi egészségfejlesztés eredményeként csökkennek a betegségekhez kapcsolódó kiadások, nő a vállalat termelékenysége. A beruházás hasznából a munkáltató, a munkavállaló és az egészségügyi ellátórendszer egyaránt részesül. A vállalati előny azonban – a fluktuációs és betegállományi statisztika javulásán túl – a versenyképesség javulásában is tükröződik: pozitív munkahelyi légkör, növekvő innovációs hajlam, a termelékenység javulása érhető el. A jól végzett munkahelyi egészségfejlesztés javítja a vállalat pozícióit az ügyfelek körében és a munkaerőpiacon egyaránt (OEFI, é. n.).

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP) egy olyan vízió megvalósítása érdekében jött létre 1996-ban, amely szervesen illeszkedik a cikk elején vázolt új egészségpolitikai trendbe. A munkahelyi egészségfejlesztés tehát olyan modern vállalati stratégia, melynek célja, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jól-létet.

A tradicionális munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállaló egészségkészletének megőrzését teljes mértékben a munkavállaló felelősségének tekinti. A korszerű munkahelyi egészségfejlesztés azonban már a munkáltató egészségfejlesztési kompetenciáját is figyelembe veszi. Az új koncepció módszerei „egészségfejlesztő munkahely” kialakításához segítik hozzá a munkáltatót. Az „egészségfejlesztő munkahely” elnevezés nem pusztán játék a szavakkal, egy gyökeresen új vállalati emberi erőforrásgazdálkodást takar. Az egészségfejlesztő munkahelyben gondolkozó döntéshozók felismerték hogy a vállalat egy olyan meghatározó szociális környezetet jelent munkavállalók számára, amely messzemenően befolyásolja az aktív felnőtt lakosság egészségesélyeit. A tartós munkahelyi megterhelés (pl. stressz), valamint a testi és pszichés egészségromlás közötti összefüggés felismerése nem újkeletű. Az egyén életmódját messzemenően meghatározza az a szervezeti környezet – elsősorban a szervezeti kultúra – amelyben mindennapjait éli. Ezért, ha a munkavállalók életmódját – és egészség-készletét – befolyásolni szeretnénk, akkor a vállalat szervezeti kultúrájának változása is gyakran elengedhetetlen (Grossman és Scala, 1993). Az egészségfejlesztő munkahely elsődleges célja a munkahelyi pszichoszociális megterhelés csökkentése; a csoportkohézió, illetve a társas támogatás (social support) erősítése, illetve a munkavállalói elkötelezettség növelése a szervezeti célokkal kapcsolat. A szervezeti kultúra részét képező értékek és normák is messzemenően befolyásolják a munkavállalók életmódját.

A szervezeti és vezetői normák befolyásának részletes tárgyalására azonban, területi korlátok miatt, most részletesen nem térnek ki. Illusztrációként csak a munkahelyi stressz csökkentésével kapcsolatos egészségfejlesztő lehetőségeket vázolnám fel.

A munkahely pszichoszociális megterhelését nagymértékben csökkentheti, ha a munkáltató hajlandó a termelésben használt technológia módosítására. A munkavégző teamen belüli feladatrotáció átgondolt bevezetése jelentős mértékben csökkentheti a nagy mentális igénybevételt jelentő feladatkörökkel járó stresszt, ami lehetővé teszi a megterhelés tartós egészségkárosító hatásának minimalizálását. Nem (csak) az történik tehát csupán, hogy a munkavállaló kompetenciáját fejlesztjük azért, hogy a stresszel való megküzdési készsége erősödjön, hanem magát a munkahelyet is megváltoztatjuk olyan módon, hogy kevésbé legyen stresszkeltő (Karasek és Theorell, 1990). Erre viszont csak akkor van lehetőség, ha javul a szervezeti kommunikáció, és a munkavállalóknak van véleménynyilvánítási lehetősége (voice-giving) a munkakörüket érintő szervezeti döntésekben. Szervezetpszichológiai kutatások alapján kijelenthető, hogy a fent leírt participációs döntéshozatali mechanizmus erősíti a szervezeti döntések iránti elkötelezettséget, ugyanakkor pozitív hatása van a munkavállalók mentális egészségére is (Karasek és Theorell, 1990; Grossman és Scala, 1993). A munkahelyi stressz befolyásolja a munkavállalók testi egészségét is (pl. szív- és érrendszeri megbetegedések, Marks, 2000) és egészségmagatartását is (pl. dohányzás, (Ruhm, 2005)).

Munkáltatói szempontból azonban a lényeg az, hogy a hatékony egészségfejlesztő intervenció nemcsak a termelőkiesés valószínűségének csökkentését szolgálja, hanem a munkavállalói elégedettség és a szervezeti kommunikáció javítása révén erősíti a vállalat versenyképességét és növeli a profitot. A tudásintenzív iparágakban a munkaerőpiaci pozíció és profitmaximalizálás szempontjából ez döntő fontosságú.

5. A munkavállaló egészség-beruházási döntései

Az egészség-beruházási döntések problémateré kapcsán már esett szó Grossman egészségkészlet koncepciójáról, miszerint az egészségkészlet időmennyiség, amelyet munkavégzésre (jövedelmünk növelésére) fordíthatunk. Az egészségkészlet születéskor maximális, az életkor előrehaladtával viszont bizonyos beruházások hiányában folyamatosan csökken. Grossman megközelítése szerint az egészséges életmód jelenbeli költségek és jövőbeli előnyök választásaként interpretálható. Jelenbeli költségként a tényleges ráfordítást

(pl. egy sportszer megvásárlását) és a használdozat-költséget tartotta számon. Jövőbeli előnyként a mortalitási és morbiditási változók javulását adta meg. Mikroökonómiai megközelítésben, a egészség-beruházás jövőbeli hozamáért cserébe a jelenbeli fogyasztás hasznosságáról mondunk le. A fő kérdés az, hogy miért különbözik az egyének, családok egészség-beruházási hajlandósága. Grossman szerint a magyarázat az időpreferenciában tapasztalható eltérésekben rejlik. A magas egészség-beruházási hajlandósági személyek időpreferenciája más, előnyben részesítik az egészségtőke jövőbeni értékének hasznosságát a jelenbeli fogyasztás hasznosságával szemben (Grossman, 1972; Mihályi, 2003).

Grossman modellje, véleményem szerint, csak részben alkalmas a munkavállalói egészség-beruházási döntések elemzésére. Különösebb indoklás nélkül feltételezi, hogy az egészséget munkaképes időként interpretálható. A továbbá az abszolút referenciapontot jelentő felső idői korlát beépítésével az egészség-beruházási problémateret *veszteségkerülési értelmezési keretben* fogalmazza meg. Az egészség-beruházások legfőbb célja így az egészségkészlet veszteségének minimalizálása lenne. Ez a megközelítés nem kínál sok lehetőséget arra, hogy a korábban vázolt cselekvési alternatívákban hozott egészség-beruházási döntések komplexitását leképezze.

Az egészség, mint munkára fordítható idő kritikája. Blair a középosztálybeli szellemi munkát végző „fehérgalléros”, és a kétkezi „kék-galléros” munkát végző munkavállalók egészségfogalma közötti különbségeket vizsgálta. Azt találta, hogy a kék-galléros munkások koncepciója leginkább „haszonelvű egészségszemléletként” jellemezhető. Ők sokkal inkább a fizikális egészségi állapotra helyezik a hangsúlyt, az egészség számukra a betegség hiánya, a munkaképesség és betegségérzet, rossz közérzet hiánya egész nap.

A középosztálybeli, szellemi munkát végző munkavállalók esetében „az egészség, mint érték” szemlélet azonosítható leginkább. Ennek következtében a mentális állapot szerepe nagyobb az egészség megítélésében. Az egészségfogalom sokkal személyorientáltabb, a jó közérzet érzete a meghatározó, valamint az, hogy legyen energiája arra, hogy a szabadidejét kellemesen el tudja tölteni (Marks, 2000). Célszerű lenne tehát az egészséget – munkavállalói kontextusban – a munkaképesség szubjektív érzeteként interpretálni.

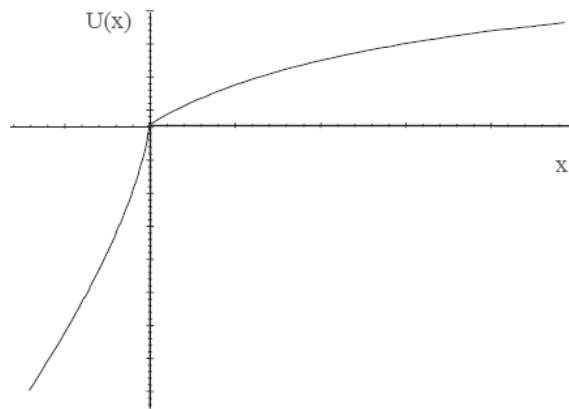
Az egészség-beruházási döntések referenciakeretének hiánya. Tversky és Kahneman a lehetőségelmélettel a bizonytalan döntési helyzetekben tanúsított döntéshozói viselkedés leíró modelljét alkották meg. Elméletükben a várható hasznosság (SEU) modellt fejlesztették tovább. Ebben a teóriában az egyén döntéshelyzetben *lehetőségek* közül választ. Egy lehetőség a világ két lehetséges állapotát, az alternatíva lehetséges kimeneteinek párját

tartalmazza. A lehetőségelméletben is az egyes kimenetek valószínűségének és hasznosságának szorzatát vesszük figyelembe, ugyanakkor a kimenetek valószínűségét torzítjuk is, valamilyen nem valószínűségi döntési súllyal. Empirikus vizsgálatok azt találták, hogy a kimenetekhez kapcsolódó valószínűségek súlyozása fordított S-alakú görbével jellemezhető, ahol a kisebb valószínűségek súlya nagyobb, a nagyobb valószínűségű eseményeké pedig kisebb. Így a kis valószínűségeket túlzott döntési súllyal, a közepes és nagy valószínűségeket túl kis súllyal vesszük figyelembe. A nagyon kis valószínűségű kimenetek elhanyagolása is kimutatható jelenség (Doctor, J. N. et al., 2004)

Továbbá, a lehetőségelmélet előjel-függőséget tételez fel: a kimeneteket egy referenciaponthoz viszonyítjuk, és ez alapján észleljük őket nyereségnek vagy veszteségnek. Az 1. ábrán látható hasznosságfüggvény azt mutatja, hogy egy adott mértékű veszteséget abszolút értékben túlértékelünk az azonos mértékű nyereség hasznosságához képest. A függvény konvex a nyereségek és konkáv a veszteségek szempontjából (Zoltayné, 2002).

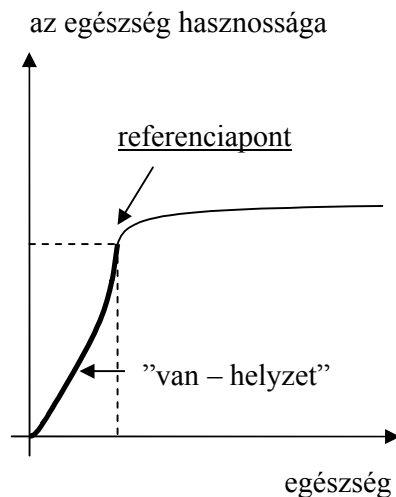
1. ábra

Egy hipotetikus hasznosságfüggvény



A *vesztéséckerülés* (loss aversion) azt jelenti, hogy az emberek érzékenyebbek a veszteségre, mint a nyereségre. Ugyanakkor mindhárom tényezőt (referenciapont, nyereség, veszteség) befolyásolja a keretezési hatás. A keretezési hatás azt mutatja, hogy a döntési helyzet megfogalmazása befolyással van döntéseinkre. A nyereség és a veszteség terminusaiban megfogalmazott szituáció más-más kimenetek preferenciáját hozhatja magával, még akkor is, ha a kimenetek várható hasznossága egyébként megegyezik (Tversky és Kahneman, 1991). Hogyan alkalmazható a lehetőségelmélet az egészség-beruházási döntések esetében?

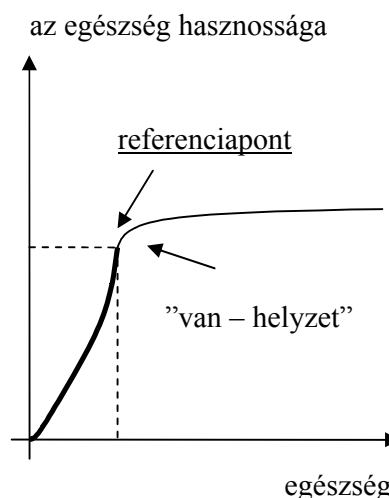
a) *A betegségérzettel kísért betegség* alternatíva esetében a problémátér értelmezési keretét a következők szerint fogalmazhatjuk meg. A referenciapontot a megbetegedés előtti egészség (munkaképesség) és annak hasznossági szintje képezi. A lehetséges egészség-beruházási – azaz gyógyító jellegű – lehetőségeket aszerint értékeljük, hogy az egészségünk a „van-helyzetből” milyen valószínűséggel tér vissza a referenciapontba. A veszteségerülés fokozottan érvényesül, hiszen az elérhető legnagyobb nyereség zérus, minden más kimenet értéke ez alatt helyezkedik el,



ezért az egyes kimenetek valószínűségének torzítása erősebb. A „van-helyzet” megfogalmazása szubjektív (közérzet) és objektív (orvosi) szempontok alapján történik. A

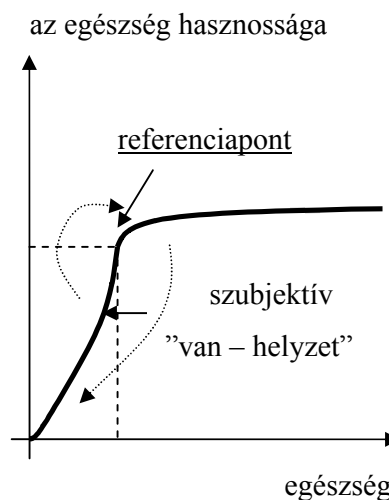
lehetséges kimenetek hasznosságának intervalluma pedig a referenciaponttól a zéruspontig terjed.

b) A „jóllét érzése betegséggel” alternatíva problématerében a referenciapont és a „van-helyzet” egybeesik. Az egyes döntési lehetőségeket viszont itt is jövőbeli veszteségek valószínűségeként fogalmazzuk meg. Egy szűrővizsgálat esetében vállaljuk annak valószínűségét, hogy számunkra még érzékelhetetlen stádiumban azonosítanak egy betegséget. Egy szűrővizsgálat hasznosságát az így feltárható betegség potenciális hasznosságvesztésének mértéke szabja meg. A szűrővizsgálatok elmulasztásának kimenete viszont a veszteségek elhalasztására kínál lehetőséget. A



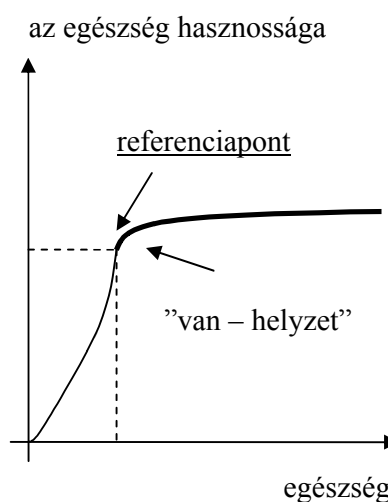
racionális időbeli választás leírása az idői diszkontálás segítségével történik. Ez egy szubjektív leszámítolási hányados, ami befolyásolja a jövőbeli kimenetek értékét. Ez alapján vehető össze a jövőbeli fogyasztás értéke a jelenbeli fogyasztásával. Herrnstein kutatási alapján kijelenthető, hogy a leszámítolási hányados nem objektív és nem állandó. Nagyobb jutalom esetében türelmesebbek vagyunk, tehát számít a jutalom nagysága. A hosszú várakozási időt jobban viseljük, tehát az időtartam is számít. Valamint, a veszteségek elhalasztását jobban viseljük, tehát a kimenet előjele szintén fontos (Zoltayné, 2002). Ezek a tényezők messzemenően befolyásolhatják a szűrővizsgálatok keresletét.

c) A „rossz közérzet betegség nélkül” alternatíva esetében a lehetséges kimenetek nem fogalmazhatók meg tisztán nyereségként, vagy tisztán a veszteségként. Minden kimenet vegyes, bizonyos mértékű nyereség és veszteség adott valószínűségű kombinációjából áll. Az alternatívába tartozó termékek alapján az is prognosztizálható, hogy a nyereség főként rövidtávon a veszteség viszont főként hosszútávon jelentkezik. További különbség, hogy a „van-helyzet” objektív és szubjektív szempontjai szétválnak. A döntéshozó orvosi



szempontból nem beteg, szubjektíven viszont egészségromlásnak minősíti helyzetét. A helyzetet bonyolítja a rövid távú nyereség általában biztos, a hosszú távú veszteség viszont elég nagy valószínűségű, de jóval bizonytalanabb. Pl. a dohányzás esetében a *bizonyossági hatás* következtében a szinte biztos nyereséget felértékeljük (nikotin paradoxon), ugyanakkor a bizonytalanabb (észlelhető) egészségkárosodás valószínűségét leértékeljük.

d) A „jóllét betegség nélkül” alternatíva esetében a nyereség terminusaiban fogalmazzuk meg a problémateret, ahol az optimális kimenettel referenciapontunk fölé juthatunk. Azonban, a lehetőségelmélettel összhangban, az egységnyi egészségnyereséghez társuló hasznosságváltozás kisebb, mint a egységnyi egészségromláshoz társuló hasznosságváltozás. Ez az alternatíva Grossman modelljében nem fogalmazható meg teljesen, továbbá általában kimarad az egészség-gazdaságtannal foglalkozó közgazdászok kutatásaiból.



6. A munkavállaló egészség-beruházási döntéseit befolyásoló egyéb tényezők

A munkavállalók egészség-beruházási döntéseit erőteljesen befolyásolja az a szocioökonómiai környezet, ahol ez a döntés megszületik.

Luhmani megközelítésben, a modern társadalmak dinamikája a következő társadalmi alrendszerekből tevődik össze: gazdaság, politika és közigazgatás, tudomány, oktatás, vallás, egészségügy és a család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak; minden egyes alrendszer bizonyos szükségleteket elégít ki más alrendszerek felé (Grossmann és Scala, 1993). Egy társadalmi alrendszer minden külső hatást a saját nézőpontjából értékeli. A gazdaság társadalmi alrendszere például csak akkor veszi figyelembe az egészséggel és a környezetvédelemmel kapcsolatos társadalmi párbeszédet, ha az befolyásolja a profitot. Ha egy vállalat gyártási technológiája olyan mértékben veszélyezteti a munkások egészségét, hogy az a profitot is csökkenti, vagy ha a termék társadalmi megítélésének változása elmozdítja a piaci keresleti görbét, akkor ez a szektor rendkívül érzékenyen fog reagálni. A

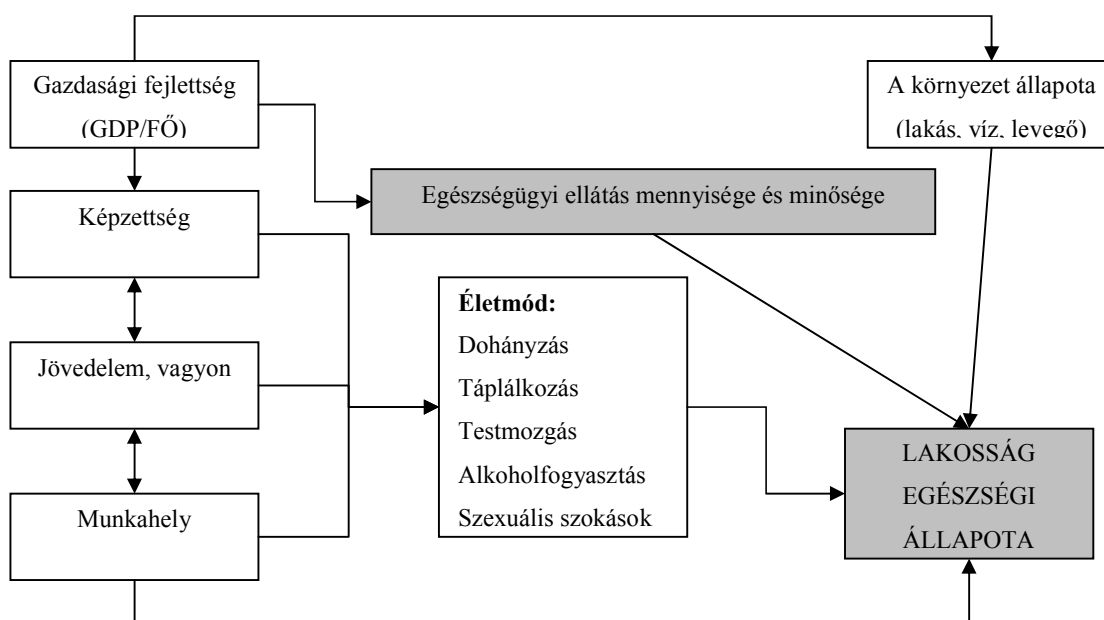
társadalmi alrendszer reakciója azonban ekkor is gazdasági logikát követ, nem szükséges más értékeket magáévá tennie (Grossmann és Scala, 1993).

A modern társadalmak egészségügyi rendszerének gyakorlatát a *biomedicinális szemléletmód* határozza meg. Ez a szemléletmód erőteljesen betegségcentrikus: a tünetekben megnyilvánuló egészségromlás minél hatásosabb és (költség-) hatékonyabb helyreállítására törekszik. Az egészségromlás mögött elsősorban biológiai kauzalitást feltételez és ennek megfelelő intervenciós módszertant alakított ki. A biomedicinális szemléletmód az egészségromlás helyreállításában rendkívül hatékonynak bizonyult: az elmúlt évszázadok orvostudományi fejlődése jelentős eredményeket mutathat fel. A különböző diagnosztikai és (farmako-)terápiás eljárások folyamatos fejlődése jelentős javuláshoz vezetett az orvosi beavatkozások hatásosságában.

Ugyanakkor a XX. század utolsó évtizedeiben egyre lényegesebbé vált a politikai döntéshozók és elemzők számára, hogy az egészségügyi ellátásra is érvényes a csökkenő hozadék törvénye. Ha az orvostudomány fejlettségi szintjét és az adott társadalomban általánossá vált életmódot adottnak vesszük, akkor az inputok (orvos létszám, ápolói létszám, kórházi ágy) bővítésének határhozama, vagyis a társadalom egészségnyeresége folyamatosan csökken (Mihályi, 2003).

2. ábra

Az egészségügy helye a társadalmi viszonyok rendszerében



Forrás: Mihályi, 2003. 87. old.

A fenti ábra azt mutatja be, hogy a lakosság egészségi állapotára az egészségügyi ellátás színvonalának viszonylag korlátozott hatása van. Az érett piacgazdaságokban az iskolázottság, a fogyasztási szokások, a jövedelem, a munkanélküliség vagy a munkakörülmények változásai kimutathatóan erősebb hatással voltak a mortalitási és morbiditási mutatókra (lásd. pl. „Black Report”). Ugyanakkor az is nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségügyi ellátó rendszer kiépítettségében – az orvostudomány mai fejlettségi foka és a társadalom adott életmódja mellett – van egy határ, amely felett az egészségügyi kiadások (alap- és szakellátás) volumenének növelése társadalmi szinten már nem jár szignifikáns hozadékkal. Ezt nevezik a népegészségügyben *epidemiológiai korszakváltásnak*: amíg a fertőző járványos betegségek jelentik egy társadalomban a vezető halálokat, addig kis ráfordítással jelentős eredmény érhető el. A viszonylag fejlett egészségügyi ellátással rendelkező társadalmakban azonban az életmóddal összefüggésben kialakuló krónikus-degeneratív megbetegedések jelentik a fő gondot. Ezekkel kapcsolatban az orvostudomány nem tud védőoltásokhoz hasonlítható hatékonyságú módszereket felmutatni (Mihályi, 2003).

Ez hívta életre az egészségfejlesztés koncepcióját, melyet az 1986-ban megrendezésre került ottawai WHO konferencián alakítottak világméretű programmá. Az Ottawa Chartaként ismert dokumentum az egészséget már nem pusztán a betegség hiányának tekinti, ahogy az egészségügyben meghatározó biomedicinális szemléletmódból következne. Ehelyett hangsúlyozza az egészség soktényezős – biológiai, pszichés, szociális, ökonómiai és ökológiai – modelljének fontosságát. A szélesebb egészségkonceptió új módszertant követelt meg: az egészségfejlesztést, amely a gyógyításon kívül minden olyan egészségjavító eljárást magában foglal „... amely során minden ember egyre fokozottabb mértékben válik képessé saját erőforrásai hatékonyabb mozgósítására, s ezzel saját egészségi állapotát a lehető legmagasabb szintre emelheti” (Ottawa Charter For Health Promotion, 1986). Az új szemléletmód mellett a magyar egészségpolitika is elkötelezte magát az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló országgyűlési határozattal.

Az új szemléletmód szerint az egészség nemcsak az egészségügy felelőssége, hanem minden társadalmi alrendszeret érintő, komplex kérdéskör. Ezt illusztrálhatja például a brit kutatók által azonosított „egészséglépcső” (health gradient) jelensége. Az alacsony szocioökonómiai státusz egészségi állapotra, illetve egészségmagatartásra gyakorolt hatását Marks a következőkben összegzi. Az alacsony szocioökonómiai státuszú családba születő gyermekek hátránya már a születésükkor azonosítható. Az anya hiányos táplálkozása, gyakran

egészségkárosító életmódja (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) miatt jellemző az alacsony születési súly. Pszichés fejlődése veszélyeztetettebb, mert nagyobb arányú a családok instabilitása, a gyermekbántalmazás, a szülők dohányzása, a szülők italozása prognosztizálhatóan rosszabb iskolai teljesítményhez vezet. Testi fejlődését hátráltatja elégtelen táplálkozása, a megfigyelhető szülői testedzés hiányának hatása, továbbá a rossz hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz. Felnőttkorban jellemző az alacsony jövedelmű, szegényes háztartás, amelynek környezete túlsúlyos, a környezetszennyezés ártalmi erőteljesebben hatnak. A munkanélküliség, illetve munkahely esetében fokozottabb munkahelyi ártalmak, erős dohányosság, a testedzés hiánya, komoly italozás, kevesebb önkontroll (a közlekedési balesetek és erőszakos bűncselekmények nagyobb aránya) rontják az életkilátásokat. Továbbá, közösségi szinten gyengébb társadalmi szolidaritás figyelhető meg. Ezek a hátrányok a mortalitási és várható életkori mutatókban is tetten érhetőek. Az *egészséglépcső* akkor jelent meg, amikor a mortalitási mutatókat a szocioökonómiai státusz alapján ábrázolták. Ekkor az egyre alacsonyabb szocioökonómiai státuszú csoportokban fokozatosan emelkedő mortalitási értékeket mutattak (Black Report, 1980; Marks et al., 2000). Később ezt a jelenséget, más fejlett országokban (pl. USA) is azonosították (Marks et al., 2000).

Mindez azt jelenti, hogy az egyén, vállalat vagy gazdaság egészségtökéjének elemzésekor nem lehet elegendő pusztán az egészségügyi mutatószámok (ágyszám, orvosok és nővérek száma, egészségügyi költségvetés) figyelembe vétele. Ruhm elemzése egy amerikai rizikómagatartást vizsgáló kutatásról (BRFSS –Behavioral Risk Factor Surveillance System) azt sugallja, hogy a lakosság egészségi állapotának változása erősen korrelál az életmód változásaival, amely mögött gyakran a gazdasági körülmények változása húzódik meg. Empirikus vizsgálata szerint, amikor gazdasági körülmények *átmenetileg* romlanak, akkor javul a munkavállalók egészségi állapota (Ruhm, 2005). Csökken néhány mortalitási mutató (pl. a szív- és érrendszeri megbetegedésből adódó halálozás), továbbá az egészségkárosító magatartásformákban is javulás figyelhető meg, főként a dohányzás, a túlsúly és az inaktivitás terén. Vagyis *átmeneti* recesszió idején, amikor az amerikai munkavállalók többségének munkaideje csökken, akkor kevesebbet dohányoznak, többet adnak le súlyfeleslegükből és testmozgásra is több időt szánnak. Ez, Ruhm elemzése szerint, azért következik be, mert a szabadidő mennyiségének növekedésével az egészségtermelő aktivitások költsége is csökken. Az egészségmagatartás változása alapvetően két okra vezethető vissza. Egyrészt a munkaórák csökkenésével csökken a munkahelyi stressz is, így

kevésbé van szükség olyan egészségkárosító módon stresszcsökkentő módszerekre, mint a dohányzás vagy az italozás. Másrészt a munkaórák csökkenésével kieső jövedelemnek is szerepe lehet.

Ez a jelenség fordítva is kimutatható, az *átmeneti* fellendülések során romlanak a fenti mutatók. Azonban, a fizikai egészség romlása *hosszútávon* nem jár együtt a permanens gazdasági növekedéssel. A jelenség oka, hogy a fogyasztás, az idő-allokáció és a termelési döntések hosszú távon jóval rugalmasabbak, mint rövidtávon (Ruhm, 2005).

Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy bár a testi egészséggel összefüggő egészségmutatók javulnak átmeneti recessziók idején, a mentális egészség átmeneti és permanens recesszió idején is hanyatlik.

7. Következtetések

Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések fenti felfogása az egészség-gazdaságtani szereplők igényeinek és döntéseinek szélesebb körű leképezését teszi lehetővé.

Az így kitágult elemzési horizont azonban az egészség-gazdaságtani problémakör komplexitását is növelte. Ez mindenképpen a szektorspecifikus, illetve a cselekvési alternatíva - specifikus elemzések szükségességére hívja fel a figyelmet, amelyek azonban az egészség-gazdaságtani elemzések módszertani eszköztárának jelentős bővítése nélkül nem kivitelezhetők.

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna – Lippai László (2001): *Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen*. In: Új pedagógiai szemle. LI. évf. 2001. május
- Bolin, K., Jacobson, L. – Lindgren, B. (2002): *Employer investments in employee health. Implications for the family as health producer*. In: Journal of Health Economics. 21. 563-583. old.
- Boncz Imre és mtsai (2005): *A lakossági méhnyak-, emlő- és colorectalis szűrővizsgálatok egészség-gazdaságtani vonatkozásai*. In: Gulácsi László (szerk.) (2005): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.

- Brandtmüller Ágnes – Lepp-Gazdag Anikó (2005): *Az egészségügyi ellátás mint közgazdasági jószág, és az egészségügyi ellátás piaca*. In: Gulácsi László (szerk.) (2005): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
- Doctor, J. N. et al (2004): *A new and more robust test of QALYs*. In: *Journal of Health Economics* 23. 353–367 pp.
- Garai László (1997): *Általános gazdaságpszichológia*. JATEPress. Szeged.
- Grossman, M. (2004): *The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection*. In: *Journal of Health Economics*. 23. 629-636. old.
- Grossman, M. (1972): *On the concept of health capital and the demand for health*. In *Journal of Political Economy*. 80. 223-255. old.
- Grossmann, R. – Scala, K. (1993): *Health promotion and organizational development. Developing settings for health*. WHO/EUROPE, IFF. Vienna.
- Inequalities in Health, Midlesex, Penguin (1982). Black Report: http://www.ucel.ac.uk/shield/black_report/default.html
- Johnson, D, Grayson, K., (2005): *Cognitive and affective trust in service relationships*. *Journal of Business Research* 58, 500– 507
- Karasek, R. és Theorell, T (1990): *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books. New York.
- Kopányi Mihály (szerk.) (2000): *Mikroökonómia*. KJK KERSZÖV. Budapest.
- Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Leisen, B. és Hyman, M. R. (2004): *Antecedents and consequences of trust in a service provider. The case of primary physicians*. In: *Journal of Business Research*. 57. szám 990-999. old.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*. Sage Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi.
- Mihályi Péter (2003): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanában*. Veszprémi Egyetemi Kiadó. Veszprém.
- Naidoo, J. – Wills, J (1999): *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó RT. Budapest.
- Országos Egészségfejlesztési Intézet (é. n.): *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. Bp.

- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). In: *Health Promotion* 1 (4): iii-v.
- Ruhm, C. J. (2005): *Healthy living in hard times*. In: *Journal of Health Economics* 24. 341–363 old.
- Simon, H. A (1983): *Reason in human affairs*. Stanford University Press. Stanford. 7-35. old.
- Swan, J. E. – Bowers, M. R. – Richardson, L. D. (1999): *Customer trust in the salesperson: an integrative review and metaanalysis of empirical literature*. In: *Journal of Business Research*. 44. szám. 93-107. old.
- Szilágyi Tibor (2003): *Profitaddikció – a nemzetközi dohánycégek megtelepedése Magyarországon*. In: *Egészségnevelés*. 44. 197-205. old.
- Zoltayné Paprika Zita (2002): *Döntéelmélet*. Alinea Kiadó. Budapest.