

Egyenlítő, 2006. 4. sz., 24-27. o.

A Zöld könyv és a társadalmi tények¹

Ferge Zsuzsa

Szerkesztette: Galló Béla

(A megjelent változat tartalmazhat kisebb módosításokat.)

A Zöld könyv abból a nagyon valóságos és szomorú tényből indul ki, hogy Magyarországon átlagosan hat évvel rövidebb élet adatik nekünk, mint az európai polgárok átlagának. A Zöld könyv szerint – és ez az állítás jogos - ez teszi a reformot elkerülhetetlenné. A diagnózis igaz, de mennyire elegendő alap a terápiához?

A kiindulópontot nem csak a külföldről való lemaradás kellene, hogy jelentse. Figyelembe kellene venni azt is, hogy miként változott ez a különbség az elmúlt időben. Továbbá azt, hogy Magyarországon belül mennyire egységesen rossz vagy jó a helyzet, s milyen országon belüli differenciálódások léteznek. A mai helyzet valóban rosszabb, mint az EU tagországainak többségében. Ám az adat értelmezéséhez azt is tudni kell, hogy Magyarországon az élettartam romlásának hosszú trendje 1994 óta megállt, sőt azóta például a férfiak születéskor várható élettartama 4 évvel emelkedett. Az átlagot nézve tehát a helyzet lassan javul, s ezen az alapon nem is lenne indokolt sürgetni a reformot. Úgy tűnik, mintha a dolgok a mai feltételek mellett is rendbe jönnének.

Ezt a javuló képet azonban a halálozási adatok országon belüli differenciálódása igencsak megkérdőjelezi. A közelmúltban készült el az első olyan – kellő nagyságú mintára épülő, időben összehasonlító – elemzés, amely az egyének életkilátásait attól függően vizsgálta, hogy milyen az iskolai végzettségük. Régóta tudjuk már, hogy az életkilátások és az életfeltételek összefüggenek, vagyis hogy a szegények, a romák, vagy a segédmunkások hamarabb halnak, mint a jobb helyzetűek. Azt azonban csak sejtettük, hogy az utolsó másfél évtizedben a jó és rossz helyzetűek közötti árok szélesedett. De még ez is két módon történhetett volna: vagy úgy, hogy mindenki helyzete javul, s ezen belül a jobb helyzetűeké jobban, vagy úgy, hogy a rossz helyzet tovább romlik, a jó pedig javul.

Az első variáció, ami például a jövedelmeket illeti, eléggé ismert a nyugat-európai országokban. Nálunk is ilyesmi történt az iskolai végzettséggel. Hiszen ma már a szegény gyerekek többsége elvégzi a nyolc általánost, de mire ezt ők elérték, addigra a jobb helyzetűek többsége már nem áll meg az érettséginel, hanem diplomát is szerez – azaz az általános javulás ellenére az olló valószínűleg tovább nyílt. A halandóság esetében Magyarországon az

¹ A tanulmány 2006 augusztusa elején, röviddel a Zöld Könyv megjelenése után íródott. 2006 szeptember elején a kormány döntött bizonyos, módosításokról. Ezek főként a szolgáltatást igénybevevők fizetési kötelezettségeiről szólnak. Az itt tárgyalt alapkérdés nem került napirendre.

egyenlőtlenség növekedése azonban a rosszabb variánst követte. A javulás nem ért el mindenkit. Az olló 1988 óta úgy nyílt szét, hogy míg a jobb helyzetűek életésélyei tovább javultak, addig a legalacsonyabb végzettségűeké szignifikánsan romlottak. A javulás szoros korrelációban van az iskolai végzettséggel. A felsőfokú végzettségű 30 éves férfiak 1988-hoz képest 2004-ig 4,7 életévet nyertek, a középfokú végzettségűek csupán 3,4 évet, de az alacsony végzettségűek (általános iskola és legfőljebb szakmunkásképző) már csak 1 évet. Az alacsony végzettségűek viszont veszítettek és nem is keveset: 3,1 életévet. Hasonló tendenciák figyelhetők meg a nőknél is. A 80-as évek végén a diplomások előnye közel 9 év volt a legalacsonyabb végzettségű csoporttal szemben, s a 2000-es évek elejéig ez fokozatosan 17 évnnyire nőtt. A nőknél a különbség 4-ről 10 évre emelkedett. (1. tábla)

1. tábla. A 30 éves korban várható további élettartam alakulása, 1986-2004, néhány kiemelt évcsoport.

Férfiak

	Nincs alacsony	Alacsony	Középfok	Felsőfok	Összesen	Felsőfok és alacsony nélküliek közti különbség, (4 – 1)
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1986-1990	34,8	36,8	40,5	43,7	37,9	8,9
1991-1995 (mélypont)	32,0	35,7	40,9	44,7	37,1	12,7
2000-2004	31,9	37,8	43,9	48,4	39,6	16,5
Az utolsó és első periódus közti különbség	- 2,9	+1,0	+2,4	+4,7	+1,7	

Forrás: Kovács Katalin, Hablicsek László (2006) Iskolázottság és halandóság. Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutatóintézet, 2. táblázat, 17.old.

A rövidebb élettartam korábbi halálozást jelent: a legkevésbé iskolázott csoportban a 30 éves férfiak közel fele, a nők negyede meghal a nyugdíjkorhatár elérése előtt. A diplomások 91, ill. 94 százaléka megéri a nyugdíjas kort. Összefoglalva: a halandósági olló a magasabb végzettségűek javára minden más csoporthoz képest tovább nyílt, mi több, a legalacsonyabb végzettségűeknél úgy, hogy az ő helyzetük még abszolúte is romlott. Kérdés, kell-e erre a problémára reflektálnia az egészségügyi reformnak, és ha igen, hogyan?

A válasz attól függ, hogyan magyarázzuk a jelenséget. Minthogy a Zöld könyv csak az átlagos élettartam különbségre összpontosít, csakis ennek magyarázatát

keresi. A különbségnek ezek szerint két oka van: (1) „A magyar emberek rövidebb életének az egyik fő oka az, hogy *az elvárhatónál sokkal kevésbé törődünk egészségünkkel.*” (2) A rövidebb élet okai között a másik fontos ok: *az egészségügyi ellátórendszer állapota.*” A javasolt terápiák lényegében és főként e két ok hatását igyekeznek korrigálni. S valóban: ha csak az átlagos életkor lenne nálunk a más országok állampolgárainál rövidebb, ennyi talán elég is lenne. Az újabb adatok megértéséhez és a terápia kidolgozásához ez a magyarázat azonban kevés.

Önfelelősség, közfelelősség, igazságtalanság

A Zöld könyv először tág körben keresi a rövidebb élet okait. Úgy látja, „nem az ország gazdasági ereje a felelős érte”. Hivatkozik egyes, nálunk szegényebb országokra, amelyekben hosszabb az élet. Ezzel a „külső” okokat, az egyéntől független körülmények hatásvizsgálatát ki is meríti. A kört gyorsan szűkíti. Úgy látja, nem rajtunk kívüli feltételekben, hanem magunkban kell a hibát keresnünk. „Ha rajtunk múlik, milyen hosszán élünk és milyen minőségben, akkor a legsúlyosabb erkölcsi kötelességünk a valódi okokat feltárni és változtatni rajtuk. A magyar emberek rövidebb életének egyik fő oka az, hogy *az elvárhatónál sokkal kevésbé törődünk egészségünkkel...* Az öngondoskodás és a jövőnkért érzett felelősség sokkal kevésbé befolyásolja mindennapjainkat, mint ahogyan az szükséges lenne.” Csakhogy ezzel a verdikttel a Zöld könyv voltaképpen hosszú évtizedek hazai és külföldi egészségszociológiai kutatásainak eredményeit felülírja és a halál előtti egyenlőtlenségben a társadalmi összefüggések helyett az egyéni felelősségnek, az egyén „önhibájának” juttat kiemelkedő szerepet.

Persze az egyéni felelősség ügye fontos. Külön kutatásokat érdemelne, hogy nálunk, illetve másutt ez milyen kérdésekben működik, és milyen ügyekben nem. Kétségtelen, hogy az egészségtudatossággal akadnak bajok. A modern egészségtudatosságnak – kalóriák számlálása, rendszeres testedzés fontossága, alkohol-és füstmentes élet, stb. – Nyugaton sincs még hosszú múltja, és ez a kultúra még alig érkezett el hozzánk. Pontosabban úgy kellene fogalmaznunk, hogy a társadalom egy része egyre „egészségtudatosabb” – de az egészségre figyelés igen szűk körre korlátozódik. Azokra, akik megfelelő információkkal bírnak, s akad idejük az önmagukra figyelésre, van módjuk sportolásra, egészséges táplálkozásra, kikapcsolódásra, kiegészítő biztosítások befizetésére, és főként a kárt okozó megterhelések és a stressz elkerülésére. A többség azonban nincs ebben a helyzetben. Minden energiáját leköti a mindennapi megélhetés, azzal táplálkozik, amilyenre futja, olyan munkákat végez, amilyeneket kap. Közülük nagyon sokan élnek létbizonytalanságban, súlyos feszültségekkel terhesen, egészségre ártalmas lakáskörülmények között, miközben embert próbáló, egészségtelen munkát végeznek. Gyakran még

táppénzre sem mernek menni, nehogy munkájukat elveszítsék, illetve az orvost sem keresik fel időben. Betegségükkel többnyire csak akkor kezdenek foglalkozni, amikor már késő – már ha egyáltalán eljutnak a szakemberhez. A korai halálhoz vezető rossz körök gyakran kezdődnek a gyermekkorban. Sok kisgyerek lakik méltatlan körülmények közt, nem eleget és nem jól táplálkoznak, gyermekorvos ritkán látja őket. A védőnőnek pedig, aki szinte minden szegény családot felkeres - ha felismer valamilyen betegséget, felfedezi valamely képesség hiányát vagy észleli a lemaradást - többnyire nincs rá módja, hogy hozzásegítse az érintetteket a korai korrekcióhoz. Már csak azért sem, mert elérhető közelségben nincs elég szakember, a családnak meg nincs pénze az utazásra, ráadásul alig van információja arról, hogy kihez miért megy, mit kérhet és mit várhat. De ha mindezek ellenére a család végül el is jut a szakemberhez, akkor az többnyire túlterhelt. Márpedig az egészségtelen gyerekkori feltételek, vagy az időben nem kezelt gyerekkori problémák táptalajai számos későbbi betegségnek és a rossz egészségi állapotnak. Az egészség elhanyagolásában persze az is szerepet játszik, hogy ahol az adott életfeltételek miatt a ma is teljesen bizonytalan, ott a holnap fontossága mindig elhalványodik.

Ami pedig az öngondoskodást illeti, még egyszerűbb a helyzet. Az öngondoskodás röviden azt jelenti, hogy öreg napjainkra, illetve arra az időre, amikor betegek, vagy magatehetetlenek leszünk, anyagilag előtakarékossgal készüljünk fel. A tanács jó. Csakhát akinek a mai kenyér és a krumpli gond, aki a villanyszámláját már nem tudja pontosan fizetni, és aki (nem alaptalanul) úgy sejti, hogy nem él túl sokáig, annak miért, miből telne „előtakarékossga”, egy új, ismeretlen jövőre való felkészülésre?

Vagyis a felelőségek dolgát felül kell vizsgálni! A rövidebb élet okait valóban nem az ország kiadásainak alacsony arányában kell keresni, bár azért itt sincs minden megvilágítva. A könyv 7. oldalán közölt adatok például azt mutatják meg, hogy az OECD országokban az egészségügyi kiadások az össznemzeti termék mekkora részét teszik ki. Célszerű lett volna megmondani, hogy ezek az adatok a köz-és magánkiadásokat együtt tekintik. A kiugróan magas USA arány oka alapvetően a magánbiztosítás szokatlanul nagy szerepe, miközben a közkiadások aránya átlagos. Az USA az egészségügy termékeit és szolgáltatásait valóban főként magánjósággként kezeli, és az egészségügyi piacot a szokásos fogyasztási javak piacához hasonlónak tartja. Az európai tradícióban ezek inkább közjóságok, a piac pedig szokatlanul szigorúan szabályozott. Ez nem azt jelenti, hogy Európában nincs önfelelőség: hiszen vagy adót, vagy járulékot kötelező fizetni. Az egészségtudatosság terjedésének azonban nem az a fő magyarázata, hogy az óvatlant anyagi kár éri. Az új egészségkultúra terjedése és népszerűsége az élet jobb minősége iránti igényt jelzi – de csak abban a körben, ahol ez az érzékenység és igény megjelenhet.

Azonban bárhogy álljon a dolog Nyugaton, nálunk valóban szükség volna a nagyobb önfelelősségre - de emellett a nagyobb közfelelősségre is. Az újabb adatok fényében világos, hogy a korai halál és a beteges élet túl magas arányai nem az ország egészét, hanem nagyjából a lakosság 50-60 százalékát fenyegetik. Az ő rövidebb életüket közvetlenül nem az ország általános gazdasági helyzete befolyásolja, hanem, hogy ők azok, kik az ország forrásaiból – tisztességes munkalehetőségből, anyagi, kulturális, szimbolikus javaiból – hiányt szenvednek. Más szavakkal: szegénységben vagy szűkösségekben élnek. Még az önsorsrontó stressz-oldók – elsősorban a cigaretta és az alkohol - egy részének túlfogyasztása is a reménytelennek látszó, rossz körülményekkel függ össze. Sose lehet eleget idézni Eötvös Józsefet: „Nagy mentség a nyomorúság, s habár teli gyomorral szép s könnyű erényről s művelődésről szólni, ritka az, ki ha minden reménye megszűnt, nem süllyedne annyira, hogy végre minden szerencsére érdemtelenség ne látszanék”. A szegénységért olykor – igencsak ritkán – valóban az egyén lehet a felelős. A források egyenlőtlen és gyakorta igazságtalan elosztásának főfelelőse azonban a „társadalom” maga. Ezen belül a rossz körülmények hatása viszonylag jól elkülöníthető az egyenlőtlenségek önálló hatásától. Az egészségügyi kutatások ezen új irányát Magyarországon azonban szinte senki nem vizsgálja. Pedig az életesélyek ollójának szokatlan növekedésében ennek a tényezőnek is nagy lehet a szerepe. Wilkinson (1996, 1998, 2005) szerint a társadalmi egyenlőtlenségek nem csak az egyének szintjén hatnak, hanem a társadalom egészének szintjén is, és mintegy önálló, súlyosbító tényezőt jelentenek. Minél kisebbek egy országban a jövedelmi egyenlőtlenségek, annál jobbak az átlagos életkilátások, és annál kisebbek az életesély különbségek.² Az egyenlőtlenségek gyors emelkedése nálunk különösen indokolttá tenné ennek a hatásnak a kutatását.

A „potyautasok”

A Zöld könyv szerint az önfelelősség hiánya felel a finanszírozási gondokért is. „Legalább félmillióra tehető azoknak a száma, akik úgy veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, hogy nem fizetik meg a törvényes járulékot, vagyis ’potyautasok’”. Tagadhatatlanul igaz: sokan nem, vagy az indokoltnál kevesebbet fizetnek. Utóbbiak legalább biztosítottak, a nem-fizetők azonban nem azok. Tőlük az ellátásokat elvileg már ma is meg lehetne tagadni. Az egészségügyi kormányzatnak azonban megkerülhetetlen kötelessége rákérdeznie, hogy ki is ez a félmillió nem-fizető. A különböző szegénység-vizsgálatok szerint közülük legalább 2-300 ezren a kirekesztettség olyan szélsőséges formái között vegetálnak, hogy valószínűleg azt sem tudják, mi a

² Wilkinson RG (1996) *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality* (1996) Routledge: London.
Wilkinson RG, Marmot MG, (Editors) 1998. Second edition 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. WHO European Region: Copenhagen.

TAJ kártya, és még soha senki semmit nem közölt velük ennek szükségességéről, illetve feltételeiről. Ők a segélyhez nem jutó munkanélküliek³, az iskolából kimaradó gyerekek szülei, a hajléktalanná váló bujdoklók, stb. Ha pedig tudjuk, hogy vannak, akik a mai látóköron kívül esnek, akkor a kormányzat további megkerülhetetlen kötelessége hogy megkeresse őket, és megtalálja azt a módot, ahogyan bevonhatók a biztosításba, s felfedezze azt a jogcímet, amelynek alapján valaki fizetheti a járulékokat. A rosszhiszemű potyautas megbélyegzés mindent szolgál, csak egy beteg ország gyógyítását nem. A feladat az, hogy mindenkit be kell vonni az ellátásba. Ha tud, fizet magáért, ha nem, valaki átveszi ezt a felelősséget, ahogyan ez a regisztrált munkanélkülieknél vagy a gyes-en lévőknel ma is történik.

Nem nyugodhatunk bele abba a helyzetbe, hogy egy ekkora országon belül ilyen ordító különbségek legyenek az emberek életkilátásaiban. De ehhez el kell jutnunk azokhoz, akikhez ma nem jutunk el. Nem csak a kirekesztettekhez, hanem a lakosság rosszabbul iskolázott nagy csoportjaihoz is. Kérdezem: mennyire érzékeli, s kezeli ezt a problémát a könyv?

Az egészségügyi ellátórendszer összefüggése az élettartammal

A Zöld könyv a rövidebb élet második fontos okaként *az egészségügyi ellátórendszer* állapotát jelöli meg. A kérdés csak az, hogy az ellátórendszer hibái mennyiben adnak magyarázatot a rosszabb halandósági mutatókra. A könyv magyarázata az, hogy a vidéki életkilátások a rosszabbak, mert a vidék - kivált a szegény vidék - rosszabbul felszerelt orvossal, kórházzal, eszközökkel, mint Budapest, azaz a vidékiek rosszabb eséllyel jutnak ellátáshoz, főleg jó ellátáshoz. „Nem nyugodhatunk bele abba a helyzetbe – írják a szerzők - hogy egy ekkora országon belül ilyen ordító különbségek legyenek az emberek életkilátásaiban, és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés épp ott legyen a legrosszabb, ahol az emberek a legbetegebbek.” S minthogy a megyei és regionális egyenlőtlenségek egyben társadalmi különbségeket is takarnak, azt lehetne hinni, hogy az erőforrások tervezett regionális átcsoportosítása vagy a megyék közti kiigazítás magán az alapbajon is segít. Ám ez több, mint kétséges.

A Zöld könyv ugyanis csak régiós vagy megyei összesített adatokat idéz, ami azonban nem elég információ. Az iskolai végzettség mentén mutatkozó országos halandósági különbségek minden megyében, minden régióban megmutatkoznak. A megyék közötti különbségek, főleg az alacsony végzettségűeknél, jóval kisebbek, mint az eltérő iskolázottságú csoportok között, és kisebbek annál is,

³ Pelle József információja szerint, amit ezúton köszönök, a budapesti hajléktalanok mintegy felének semmilyen legális jövedelme, és semmilyen társadalombiztosítási jogosultsága nincs.

mint ami a megyék közti átlagos anyagi különbségek mentén várható lenne. Ugyanakkor az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek a megyéken belül jelentősek, és időbeni alakulásuk is hasonló az országoshoz. Az érettségivel alacsonyabb végzettségű csoportok várható élettartama 15 év alatt alig változott, a legalább érettségivel rendelkezőké minden megyében jelentősen javult. Budapesten a legnagyobb a szakadék-növekedés: a 80-as évek végén a két csoport közötti különbség 4 év volt, ez 11 évre nőtt a 2000-es évek elejére úgy, hogy a rosszabb iskolázottságú csoport 1 évet veszített. (2. tábla)

2. tábla

A 30 éves korban várható további élettartam alakulása iskolai végzettség szerint a vizsgált időszak elején és végén, Budapesten és néhány megyében. Férfiak

	1986-1990			2000-2004		
	Legfeljebb szakmunkás	Legalább középfok	Minden végzettség	Legfeljebb szakmunkás	Legalább középfok	Minden végzettség
Budapest	36,7	41,9	39,0	35,8	47,0	41,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	35,7	40,0	36,7	36,0	42,3	37,7
Csongrád	37,2	42,7	38,4	38,0	43,8	39,7
Győr-Moson-Sopron	38,5	41,5	39,3	38,8	45,5	39,7
Somogy	36,5	40,8	37,4	37,2	44,0	38,8
Szabolcs-Szatmár-Bereg	35,5	41,2	36,4	36,2	43,3	37,5

Forrás: Id. mű, részletek a 16.old., 1. táblázatból

Ezek az adatok megkérdőjelezik a Zöld könyv ama kiindulópontját, hogy a jól felszerelt helyeken jobbak az egészségügyi mutatók. Ha a jobb egészségügyi feltételrendszer így hatna, akkor érthetetlen lenne, hogy *a forrásokkal messze túl ellátottnak tekintett Budapesten csak a magasabb végzettségűeknél érzékelhető pozitív hatás, a rosszabb iskolai végzettségű csoportnál, amely a budapesti lakosság közel felét teszi ki, semmilyen pozitív hatás nincs. Sőt, mintha rosszabb lenne e csoport halandósága, mint amilyen korábban volt, vagy mint amilyen az egészségügyileg szegényesebben felszerelt megyékben.* Hasonló kérdések tömegét tehetjük fel jobban és rosszabbul ellátott megyékkel kapcsolatban. Más szavakkal: a halál előtti társadalmi egyenlőtlenségek immáron alaposan bizonyított tényeinek ismeretében csak félig igaz a terápiát megalapozó állítás. Igaz, hogy „a jelenlegi ellátórendszer torz és igazságtalan.” De tévedés, hogy „az igazságtalanságok legfőbb oka az egészségügyi kapacitások torz területi eloszlása.” Méltányosabb területi elosztásra szükség lehet, de más erőfeszítések nélkül az alapvető igazságtalanságon ez nem fog segíteni.