

Az egészségügyi kiadások kereslet-oldali meghatározó tényezőinek vizsgálata a gazdasági és pénzügyi fenntarthatóság tükrében

Az egészségügyi kiadások alakulása mögött keresleti és a kínálati oldalról egyaránt a hatások komple rendszere húzódik meg. Ezeket a befolyásoló tényezőket számos keresztmetszeti és idő-soros vizsgálatban elemezték az elmúlt 50 évben. Kiterjedt szakirodalma van a kereslet-oldali meghatározó tényezők hatásmechanizmusának, mint például a demográfia (népességméret, életkor és nemi struktúra, várható élettartam, egészséges életévek), epidemiológiai jellemzők (morbiditás, halál közelsége) és társadalmi-gazdasági összefüggések (GDP, életkörülmények). Jelen tanulmány célja ezeknek a kereslet-oldali tényezőknek az összefoglalása.

Az egészségügyi kiadások gyorsabban nőttek, mint a GDP számos OECD országban, és ez az állapot nem tartható fenn korlátlan ideig. Mivel e növekedés ütemét elsősorban a közfinanszírozott komponens határozta meg, ezért nagy jelentősége van a fenntarthatóság szempontjából annak a kérdésnek, hogy milyen elvek mentén döntenek arról, hogy mennyi állami forrást kell felhasználni az egészségügyi ellátás finanszírozásához egy adott időpontban. Ez a döntés a gazdasági fenntarthatóságtól és a fiskális fenntarthatóságtól függ (Thomson et al., 2009). A két fogalom azonban gyakran összekeveredik, ezért hasznos, ha világosan elkülönítjük őket egymástól.

A gazdasági fenntarthatóság az egészségügyi kiadások GDP arányos növekedésével függ össze: az egészségügyi kiadások gazdaságilag fenntarthatónak tekinthetők, ha az értékük meghaladja a használdozatot, azaz azt az értéket, amelyre szert lehetett volna tenni, ha a kiadások más területeken realizálódtak volna (akár a magánszektorban, akár a közkiadások más területein). Amíg ez a helyzet áll fenn, addig az egészségügyi kiadások növekedése indokolt a társadalmi jólét szempontjából, és az egészségügyi ellátórendszer garantálja az egészségügyi kiadások költséghatékonyosságát. A gazdasági fenntarthatóság biztosítása hosszú távú kihívás, mellyel minden országnak szembe kell néznie.

A pénzügyi (vagy fiskális) fenntarthatóság általában arra vonatkozik, hogy milyen mértékben fedezik az állami kiadások növekedését a társadalom erőforrásai. Ezért az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatósága kifejezetten az egészségügyi ellátásokhoz szükséges közkiadások finanszírozására vonatkozik. Egy gazdaságilag fenntartható egészségügyi rendszer pénzügyileg fenntarthatatlanná válhat, ha a kormány nem képes finanszírozni az egészségügyi ellátást amiatt, hogy képtelen elegendő bevételt generálni (adók vagy a kötelező egészségügyi hozzájárulás formájában), és az egyéb állami kiadásokon sem tud elegendőt spórolni erre a célra.

Három módon lehet megbirkózni a költségvetési fenntarthatóság problémájával (Thomson et al., 2009). Az első lehetőség az, hogy növeljék az állami bevételeket addig a pontig, ahol az egészségügyi rendszer kötelezettségeinek eleget tudnak tenni, de ez politikailag nehéz lehet, amikor a fiskális nyomás szintje magas, mint az EU sok országában. A másik lehetőség az egészségügyi rendszer kötelezettségeinek enyhítése a lefedettség csökkentésén keresztül (növelve a költségek megosztását, csökkentve a hozzáférést a lakosság egyes csoportjai számára), de ez kockára tenné az egészségügyi rendszerek alapértékeit. A harmadik lehetőség pedig, hogy javítsák az egészségügyi rendszerek értékteremtő képességét olyan reformintézkedések bevezetésével, melyek az egészségügyi ellátás hatékonyságának, eredményességének minőségének növelését célozzák azáltal, hogy fokozzák az ösztönzőket a betegek, a szolgáltatók és szabályozók számára.

Azonban az utóbbi megközelítés – bár lehet, hogy garantálni tudja az egészségügyi kiadások gazdasági fenntarthatóságát – gyakran csupán közép és hosszú távon produkál pozitív hatásokat a pénzügyi fenntarthatóságot illetően. Ha a költségvetési korlátok szorítanak (főleg olyan országokban, ahol magas az államadósság és nagy a költségvetési hiány), az olyan egészségügyi kiadásokat, amelyek haszna meghaladja a költségeket (pl a megelőzésbe történő befektetések) el kell halasztani a gazdasági feltételek miatt. Több OECD ország is ebben a helyzetben van.

Előregedés

Világszerte egyre gyorsabban öregszik a társadalom, és hazánk is az öregedő társadalmak közé sorolható. Ez a demográfiai változás lehetőségeket és kihívásokat egyaránt tartalmaz. A legtöbb ember hosszú, egészséges életre törekszik, és ha ez megvalósul, akkor az idősök gazdasági, szociális, kulturális és családi szempontból egyaránt értékes tagjai lesznek a társadalomnak. Kihívásként jelenik meg azonban, hogy az idősödő népesség csökkenő munkaerőt képez, miközben növekvő igényt támaszt az egészségügyi és szociális ellátások, illetve nyugdíjak iránt. A társadalmi előregedés olyan viselkedésbeli változásokat is hoz az egyének szintjén, amelyeknek szintén vannak gazdasági következményei: a nők egyre nagyobb arányban vesznek részt a munkaerő-piacon, ahogy a fertilitás csökken, a megtakarítások mértéke és az iskolázottság aránya a lakosságon belül növekszik a várható élettartam emelkedésével (Blom et al., 2010).

Bár némi bizonyosságunk már van afelől, hogy a társadalom előregedése növeli az egészségügyi és szociális ellátások költségeit, az még mindig nem egyértelmű, hogy mekkora terhet ró ez a demográfiai változás az egészségügyi rendszerekre, illetve a döntéshozók milyen intézkedésekkel reagálhatnak az egészségügy fenntarthatósága érdekében.

A népesség előregedéséhez kapcsolódó kihívások nagy része a viselkedés és a népességpolitikai stratégiák megvál-

toztatásával kezelhető, ám ehhez olyan átfogó közegészségügyi paradigmaváltásra van szükség, mely választ ad az idősök szükségleteire, vágyaira, képességeire a változó demográfiai környezetben. Az előregedés kérdésére megfelelő választ adó stratégiák és irányvonalak kidolgozását azonban több tényező nehezíti. Egyrészt a fiziológiai változás, mely az egyén öregedésével együtt jár komplex jelenség, ami csak lazán kötődik a kronológiai életkorhoz (Kirkwood, 2008). Másrészt az idősök szükségleteit célzó stratégiáknak több alpopulációt kell figyelembe venniük, mert például az idősök egy része folytatni szeretné a részvételt a szociális és munkapiaci tevékenységekben hasonlóan a fiatalabb generációkhoz, míg másik részüknek viszont lényeges egészségügyi és szociális ellátásra, gondozásra van szüksége, és alacsony a képessége a kötelezettségekben való részvételre – ezt a diverzitást viszont már igen nehéz egy egyszerű stratégiai keretbe integrálni.

Az élettartam meghosszabbodásának egyik magyarázatát az adja, hogy a 20. század fordulóján a közegészségügyben jelentős javulások következtek be, ezek különösen az anya- és csecsemőkori halandóságot javították. A tisztább vízellátás, a csatornázás, a tej pasztörözése, a jelentős társadalmi-gazdasági fejlődés, az oltóanyagok és az oktatási évek jelentős növekedése a túlélés jelentős javulásához vezetett. Ezután az 1930-as és 1940-es években az antibiotikumok bevezetése, a még újabb vakcinák, a biztonságos vérátömlesztés és természetesen sok más orvos technológiai és nem

gyógyászati fejlesztés további jelentős javulást eredményezett a csecsemők és felnőttek túlélésében (Sebastiani et al. (2012).

Az öregség maga nem jár fokozott egészségügyi kiadásokkal – sokkal inkább az idős koraal járó fogyatékoság és a rossz egészségi állapot az, ami drága. Tehát az alapvető kérdés az, hogy az emberek egészségesebben öregednek-e, mint korábban (és így az orvosi kiadások nem növekednek olyan gyorsan, mint amilyen az előregedés üteme). Lényeges lenne tehát választ kapni arra a kérdésre, hogy a várható élettartam meghosszabbodása milyen mértékben jelenti a betegségekől korlátozottan eltöltött életevek számának növekedését. Ha elérhető lenne az egészséges öregedés, akkor az emberek kronológiai életkorának megnövekedése nem vezet majd az egészségügyi kiadások növekedéséhez. Ha azonban az öregedő társadalmakat az jellemzi, hogy a népesség élettartamának meghosszabbodása több betegségben eltöltött évnek felel meg, akkor ez az egészségügyi szolgáltatások iránti egyre nagyobb kereslethez vezet. Az egészségügyi ellátás iránti igény egyrészt intenzívebbé válik, másrészt az élettartam során hosszabb ideig jelentkezik, növelve ezáltal az élettartam során igénybevett egészségügyi ellátás költségeit.

Több tanulmány is kimutatta, hogy a halál közelsége az, ami az egészségügyi kiadásokat meghatározza, és nem az öregedés önmagában (például Zweifel et al., 1999; Zweifel et al., 2004). Ezeknek a kutatásoknak az eredményei azt

mutatják, hogy az élettartam során felmerülő egészségügyi kiadások nagy része a halál előtti egy évben jelentkezik. Ezért a kor önmagában nem jó előrejelzője az egészségügyi kiadások emelkedésének; a halál közelségét (függetlenül az elhalálozott korától) is be kell venni a modellbe, amikor az egészségügyi kiadások jövőbeli alakulását szeretnénk előrejelezni. Ezek a megállapítások főként az akut ellátás kiadásaira érvényesek. Amikor a hosszú távú ápolás kiadásait vizsgálták, akkor a kornak sokkal nagyobb magyarázóereje volt. A gyengeség és fogyatékoság meredeken emelkedik időskorban, különösen a nagyon idősök (80 év felett) korcsoportjában, amely a népesség leggyorsabban növekvő szegmense lesz a következő évtizedekben. Azaz előregedő társadalmakban a hosszú távú ápolás egészségügyi kiadásai egyre nagyobb terhet fognak helyezni a költségvetésekre a jövőben, veszélyeztetve az egészségügyi finanszírozásának fenntarthatóságát.

A fent leírtak mellett az öregedésnek van egy indirekt hatása is, méghozzá az, hogy az időskori függőségi ráta növekedéséhez vezet. Ennek a demográfiai mutatónak az emelkedése azt jelenti, hogy a jövőben kevesebb munkaképes ember fog hozzájárulni az állami egészségügyi kiadások finanszírozásához, miközben az egyre nagyobb arányban megjelenő idősök miatt több erőforrásra lenne szükség ebben a szektorban. Igaz azonban, hogy az aktív öregedés ezt a hatást ellensúlyozhatja. Az aktív és az egészséges öregedés szinte elválaszthatatlanok egymástól, hiszen csak akkor lehet hosz-

szabb ideig foglalkoztatni az időseket, ha azok egészségesek.

Az idős kori egészség és működési funkciók közel 25%-a genetikailag determinált (Brooks-Wilson, 2013), másrészt az élettartam hosszát nagyban befolyásolja az élet során tanúsított egészségügyi viselkedés és egyenlőtlenség halmozott hatása is (González, 2014). Tehát ha valaki szegény családból vagy egy marginalizált szociális csoportból származik, ahol az oktatáshoz való hozzáférés nehezebb volt, valószínűbb, hogy idős korára betegségektől korlátozottá válik, és korábbi mortalitás jellemzi.

A stratégiák kidolgozásánál figyelemmel kell lenni arra, hogy a beavatkozások ne élesítsék ezeket az egyenlőtlenségeket. Például egy gyakran alkalmazott válaszlépés a várható élettartam növekedésére a nyugdíjkorhatár növelése. Az USA-ban végzett kutatás (Merrill Lynch, 2014) eredményei szerint a népesség lényeges hányadának valamilyen formában igénye van munkára a tradicionális nyugdíjkorhatár elérése után is, azonban az idős munkavállalók alkalmazása számos korlátba ütközik. Ide tartozik a munkáltatók negatív hozzáállása és az idősök új technológiák használatára való kiképzésének nehézségei. Ha ezeket a korlátokat figyelmen kívül hagyják, akkor a nyugdíjkorhatár növelése kockázatot jelent a rendszer finanszírozhatóságára. A nyugdíjakhoz való hozzáférés késleltetése főként az alacsonyabb szocio-gazdasági státuszú idősök számára jelent nagyobb kihívást, akik amellett, hogy nagyobb valószínű-

séggel fognak egészségügyi gondokkal küzdeni, gyakran a fizikailag legmegterhelőbb területeken dolgoznak, és általában kevesebb alternatív munkalehetőség áll rendelkezésükre. A népesség elöregedését célzó közegészségügyi stratégiák számára tehát nagy kihívást jelent egyaránt biztosítani a gazdasági fenntarthatóságot és az egészségügyi méltányosságot.

Ezeket a komplex kihívásokat súlyosbítják a tudásbeli hiányosságok. Például habár az idős korban még várható élettartam hosszabbodik a világ majdnem minden országában, máig tisztázatlan az így nyert életevek minősége (Crimmins et al., 2011). Még mindig nem tudjuk megmondani a döntéshozóknak, hogy az emberek hosszabb és egészségesebb életet élnek-e, vagy csupán hosszabb morbiditási periódust tapasztalnak.

Az időskori betegségstruktúrára a krónikus betegségek dominanciája jellemző, és a kor előrehaladtával egyszerre több betegség is megjelenik (Majercsik, 2016). Ezt a halmozott kórállapotot nevezik multimorbiditásnak. Ez a terápiás rendszerek továbbfejlesztését igényli a geriátriai ellátásban és gyógyításban egyaránt, mivel az egyszerre fellépő többfajta betegség kezelése, melyek sokszoros kölcsönhatásban vannak egymással, új problémákat vet fel.

Függetlenül attól, hogy mennyire hatékonyan lehet megelőzni vagy késleltetni ezeket a megbetegedéseket, sok idős embert elkerülhetetlenül érinteni fognak. Olyan tökéletesített, továbbfejlesztett rendszerre van szükség, mely ezeknek a krónikus betegségeknek a

következményeit megfelelően kezelni tudja. Egy ilyen rendszer felépítésének egyik korlátja az a hosszú ideje létező felfogás, miszerint a krónikus betegségek terhe egyedi betegségekbe tevődik össze, melyeket legjobb egymástól függetlenül kezelni. A valóságban azonban valószínűbb, hogy az idősek összetett, egyidejűleg létező, kölcsönös kapcsolatban lévő egészségügyi problémákkal küzdenek, és ez a multimorbiditás általában a különböző élettani funkciók elvesztésében és átfogó geriátriai szindrómákban nyilvánul meg, például időskori gyengeség, illetve a kognitív funkciók, az egyensúly, a kontinencia károsodása (Lee et al., 2009). Ezen kórképek funkcionális vizsgálatai jobb előrejelzői a túlélésnek, mint a betegségek jelenléte vagy száma (Lordos et al., 2008), így az a tény, hogy az átfogó értékelés és koordinált ellátás, vagyis a holisztikus szemléletmód biztosítja a legjobb eredményeket az idősebb felnőttek esetében nem lehet meglepő (Majercsik, 2016, Ellis et al., 2011).

Ezen kívül a nem fertőző krónikus betegségeknek tulajdonított fontosság nem szabad, hogy elnyomja az egyéb egészségügyi problémákat. Bár nem sok információ áll rendelkezésre az időseket terhelő fertőző betegségek súlyának felmérésével kapcsolatban, ezek a rendellenességek egyértelműen továbbra is fontos morbiditási és mortalitási oknak számítanak az idősebb lakosság számára, különösen az alacsony és közepes jövedelmű országokban. Az elavult felfogás az idősebb korosztály viselkedésével kapcsolatban korlátoz-

hatja az adott választ erre a problémára. Például az idősebbek (különösen azok, akik nem házások) gyakran ki vannak zárva a HIV szűrőprogramokból vagy a biztonságos nemi élettel kapcsolatos tanácsadásból azon felfogás miatt, hogy ők már nem tekinthetők szexuálisan aktívoknak. Ugyanakkor a HIV fertőzöttek is tovább élnek, ezáltal egyre nagyobb a valószínűsége annak, hogy a szexuálisan aktív idős embert is érinti a HIV-expozíció mint potenciális szexuális partnert (Cordery et al., 2011). Ahhoz, hogy azok a szolgáltatások is, melyek a HIV és más fertőző betegségek megelőzésére és kezelésére irányulnak, maximális hatást tudjanak kifejteni, hozzá kell őket igazítani a változó demográfiai környezethez.

Habár a védőoltások képesek csökkenteni a fertőző megbetegedések terhet az élettartam során, az immunfunkció, különösen a T-sejt aktivitás a kor előrehaladtával csökken. Ez egyben azt is jelenti, hogy az élet későbbi szakaszaiban a szervezet válaszütemei a különböző új fertőzésekre és oltásokra csökkennek. Továbbá a gyulladáshoz kapcsolódó citokinek szérumszintjének a korral kapcsolatos növekedése összefüggésben van olyan kimenetekkel, mint csonttörékenység, atherosclerosis, szarkopénia. Ezeknek a tendenciáknak az újraértelmezése az idős korosztály számára innovatív beavatkozási módszerek kifejlesztéséhez vezethet a jövőben (McElhaney et al., 2012).

A társadalmi előregedés átfogó megértése a kutatásnál kezdődik. Azonban a legtöbb bevált mechanizmust, melyet a klinikai beavatkozások fejlesztésére

és értékelésére alkalmaznak, nem igazították hozzá a népesség előregedéséhez. Habár az idősebbek a leggyakoribb felhasználói a különböző gyógyszereknek, mégis általában ezt a korcsoportot kihagyják a klinikai kísérletekből (Gurwitz et al., 2011). Emellett az idősök károsodott fiziológiai állapota miatt az eredmények, következtetések, melyekre a fiatalabb populációkon elvégzett tesztek alapján jutnak, nem mindig alkalmazhatóak az ő esetükben is. Innovatív megközelítésekre van szükség ezeknek a különbségeknek az áthidalásához, az optimális kezelése kiválasztásához olyan idős betegek számára, akik több rendellenességtől is szenvednek egyidőben, és ahhoz, hogy a mellékhatásokat minimalizálni lehessen.

Az egészségi állapot

Az egészségügyi kiadások dinamikája szorosan kapcsolódik a népesség egészségi állapotának evolúciójához. A megbetegedésekben és a fogyatékosságban bekövetkező jövőbeni változások három fő tényező hatásától függenek: az öregedés (függetlenül attól, hogy a hosszabb élettartamot kíséri-e vagy sem majd hosszabb jó egészségben eltöltött időszak), az életmód (az egészségtelen viselkedés erős hatással van sok nem fertőző betegség előfordulására), illetve az éghajlatváltozás és a hozzá szorosan kötődő globalizáció.

A mortalitás és morbiditás közötti kapcsolatnak jelentős elméleti és empirikus szakirodalma van. A kutatók a várható élettartamot két részre bontot-

ták, egy egészségben eltöltött időszakra, amikor a morbiditás alacsony, és egy magas morbiditású szakaszra az élet végének közeledtével. Az epidemiológiai átmenet elméletét elsőként Abdel Omran vezette be (1971, 2005), és lényegében arra világít rá, hogy hosszú időperspektívában tekintve a megbetegedési és halálzási minták változnak. Ezek a trendek szorosan kötődnek a társadalomban végbemenő demográfiai, gazdasági és szociológiai folyamatokhoz, mivel ezek a folyamatok egyrészt befolyásoló tényezők, másrészt következményei az epidemiológiai átmenetnek. Az egymást követő generációk várható élettartamában, a halálzásuk fő okaiban és a megbetegedések gyakoriságában változás következett be. Például a fertőzések miatt jelentkező pandémiák a modern társadalmakban veszítettek gyakoriságukból és veszélyességükből, a megbetegedések és a halálzás fő okozói mára már a degeneratív és ember-okozta betegségek lettek (Omran, 1971, 2005).

A nemzetközi kutatások eredményei némileg vegyes képet mutatnak. Az orvostudományi és gazdasági fejlődés hatására a várható élettartam meghosszabbodott, a népesség egészsége javult, de ugyanakkor bizonyos egészségügyi problémák, morbiditási és fogyatékosági okok gyakoribbá váltak. Például egyes fogyatékoságot okozó körülmény incidenciájának növekedése (demencia, mozgásszervi megbetegedések) együtt járt mások előfordulási gyakoriságának csökkenésével (szív- és érrendszeri, valamint a krónikus légzőszervi betegségek) (Európai Bizottság, 2012, 2014).

Az epidemiológiai átmenet a túlélés esélyeit növelte, így demográfiai változást hozott. A demográfiai átmenettel pedig a népesség korstruktúrája változott, és ez visszahat az ok-specifikus mortalitási ráták alakulására. A fertilitás csökkenése és az élettartam meghosszabbodása az idős korosztály teljes népességen belüli részarányának növekedéséhez vezetett. A nem fertőző betegségek okozta halálzás kockázata a kor előrehaladtával nő, részben mivel a kockázati tényezőknek való kitettség meghosszabbodik. A nagyarányú elhízás, a rossz táplálkozás, a káros alkoholfogyasztás, a dohányzás és a fizikai aktivitás hiánya a meghosszabbodott élettartam során halmozódik, és ezek kapcsolatban vannak a nem fertőző betegségek (szív- és érrendszeri betegségek, a rák, a cukorbetegség és a légzőszervi problémák) előfordulásának gyakoriságával (United Nations, 2012). Az idősök számára különösen a kognitív hanyatlás vált napjaink egyik legnagyobb egészségügyi veszélyforrásává (Bishop et al. 2010).

A nem fertőző megbetegedések gyakorisága csökkenthető az életmód megváltoztatásával, az egészséget támogató környezet kialakításával és olyan intézkedésekkel, melyek az egészségre ható gazdasági és szociológiai befolyásoló tényezőket javítják. Ha már bekövetkezett a megbetegedés, ezek az intézkedések és a hatékony, időben elvégzett kezelések és rehabilitáció akkor is fontosak, hiszen ezáltal sok esetben megelőzhető a betegség krónikussá válása és a rokkantság kialakulása. A fizikai tevé-

kenység a krónikus megbetegedésekre pozitív hatással van, például csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát, a váz- és csontrendszeri egészséget javítja, a depresszió tüneteit enyhíti. A dohányzásról való leszokás, a testmozgás növelése, a helyes táplálkozás, mely csökkenti a testsúlyt, több mint 60%-kal csökkentheti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát (WHO, 2005)

Az epidemiológiai elmélettel a hazai kutatások is foglalkoztak. Kovács (2011) a népesség egyes társadalmi csoportjainak halálozási mintáit vizsgálva 1971 és 2008 közötti időszakban azt nézte, hogy az epidemiológiai átmenet elmélete mennyiben segít hozzá a magyarországi halandóság legutóbbi évtizedekben kialakult trendjeinek megértéséhez. Ebben a kutatásban az iskolai végzettség szerinti különbségek álltak a középpontban. Eredményei szerint a nyolcvanas évek elején kezdődött meg a magasabb iskolai végzettségűek életmód-faktorokhoz köthető halálozásának javulása, és kevésbé határozottan, de 2005-ben jelent meg egy hasonló tendencia az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében. Szintén jelentős korszakhatárnak tekinthető az 1990-es évek második fele, amelynek során a szűrhető-kezelhető tumoros halálozásban az alacsonyabb iskolai végzettségűek hátrányos helyzete kialakult. (Kovács, 2011)

Bálint (2016) tanulmánya halandósági tábla alapú módszerek segítségével vizsgálja a halandóság alakulását az 1965 és 2014 között Magyarországon. A szerző arra a következtetésre jutott, hogy

Magyarországon az időskorú női népesség halandóságának javulása 1990-et követően vett lendületet, addig mindössze egy év nyereség keletkezett, 2014-re pedig ez az érték 3,6 évre emelkedett. Az időszak egésze alatt megszerzett élettartam-nyereség közel fele (46,1%) az idősebb életkorhoz köthető halandóság javulásának eredménye. A kutatás hangsúlyozza azt is, hogy a nyereség nagyobb része (2,1 év) a legidősebb időseknél, a 75 év felettiéknél keletkezett. A férfiaknál az időskori halandóság csökkenése az ezredfordulót követő időszak fejleménye, az ekkor elért 1,7 évnyi javulás a teljes nyereség közel harmadát (30,9%-át) tette ki.

Három fő hipotézist dolgoztak ki a szakirodalomban a népesség egészségi állapotában bekövetkező változások magyarázására, illetve a várható élettartam és a morbiditás lehetséges jövőbeli kölcsönhatásainak az előrejelzésére (24 ábra).

1. A „Megbetegedés növekedés hipotézise” (Gruenberg, 1977) szerint a születéskor várható élettartam növekedése a rossz egészségben eltöltött életevek számának jelentős emelkedésével párosul, miközben az egészséges életevek száma szinte alig emelkedik, azaz a társadalmon belül növekedni fog az egészségügyi problémákkal tartósan együtt élő időskorúak részaránya. Az elmélet szerint tehát bár az orvosi technológia fejlődése növeli a krónikus betegek túlélési esélyét, és ez által a születéskor várható élettartamukat is, de mindezt az egészségi állapot javulása nélkül. A rossz egészségi állapotban leélt életevek számában

bekövetkező nagymértékű növekedés jelentős terhet róhat az államok egészségügyi kasszáira.

2. A „Dinamikus egyensúly hipotézise” (Manton, 1982) szerint az egészségesen várható életévek száma ugyanolyan mértékben nő, mint a születéskor várható élettartam, miközben a rossz egészségi állapotban eltöltött életévek száma változatlan.

3. A „Megbetegedés csökkenés hipotézise” abból indul ki, hogy az életszínvonal és az egészséges életmód javulásával az egészségi állapot romlása később következik be, és kevesebb ideig is tart, azaz a dinamikus egyensúly állapothoz képest jelentősen csökken a rossz egészségben eltöltött életévek száma, miközben az egészséges életévek száma és a születéskor várható élettartam jelentősen nő. Az elméletet Fries vezette be 1980-ban megjelent tanulmányával, mintegy ellentételezéseként az akkorigiban elterjedt paradigmának, miszerint a megnövekedő élettartam elkerülhetetlen következménye a krónikus betegségekkel terhelt életévek számának növekedése. A szerző a következőképpen definiálja hipotézisét: „az életkor, amikor az öregedés és a krónikus betegségek első tünetei megjelennek, gyorsabban nőhet, mint a várható élettartam” (Fries és Chakravarty, 2011). Fries a jellemző betegségek alapján három korszakot különböztet meg a 20. század és az ezt követő időszakok során: egy fertőző betegségekkel jellemezhető korszakot, melyet egy krónikus betegségekkel jellemezhető időszak követ, majd ezt egy olyan korszak követi, melyben maga a

megöregedés jelenti a fő egészségügyi problémát (Fries, 2005). Az öregedést a létfontosságú szervek maximális funkcionalitásának csökkenésével definiálja, és azt állítja, hogy ez a hanyatlás bekövetkezik, még mielőtt bármilyen krónikus megbetegedés jelentkezne. A szerző természetes halálnak nevezi azt, amikor a halál azért következik be, mert a szervek működőképessége annyira lecsökken, hogy az életet már nem tudják fenntartani, azonban semmilyen betegséggel nem magyarázható ez a hanyatlás, csak és kizárólag a megöregedés okozza.

Fries abból a feltételezésből indult ki, miszerint ha a betegségek miatti korai halálozás nullához közeledik, akkor a várható élettartam növekedése lassulni fog, mivel az orvostudomány nem képes megállítani az öregedést. Az elmélete szerint egy bizonyos határon túl már nem le lehet növelni az emberi élet hosszát, az élettartam genetikailag kódolt. Mivel azonban az életmódbeli pozitív változások, a szociális és gazdasági körülmények javulása és az orvoslás csökkenteni képes a krónikus betegségek terhét a korlátozott hosszúságú élettartam alatt, ezért a halál előtti betegséggel terhelt periódus hossza csökken. A következő generációk idősei egészségesebbek lesznek, mint a múltban voltak a hasonló korúak.

A morbiditás legújabb tendenciáiról szóló bizonyítékok meglehetősen konzisztensek, és általában a megbetegedés csökkenés hipotézist támasztják alá. Számos fejlett országban az elmúlt években az idősek körében a morbiditás mérséklődött. Romeu Gordo (2011) az

Egyesült Államok adatain vizsgálta az 1924 és 1947 között született népességet, és arra a következtetésre jutott, hogy a későbbi generációk kevésbé szenvedtek funkcionális problémáktól. Cutler et al. (2013) a Medicare adatbázis alapján szolgáltak bizonyítékkal a megbetegedés csökkenés hipotézise mellett. Eredményeik azt mutatják, hogy 1991 és 2009 között a fogyatékoságmentes élettartam meghosszabbodott, míg a fogyatékosággal terhelt időszak lerövidült, a morbiditás tehát az élet legvégén tömörült. Számításaik szerint 1992 és 2005 között a 65 évesen várható élettartam 0,7 évet növekedett, a fogyatékoságmentesen várható élettartam viszont 1,6 évvel lett rövidebb (8,7 évről 7,8 évre csökkent). Mivel az egészségesen várható élettartam gyorsabban növekedett (8,8 évről 10,4 évre), mint amilyen ritmusban nőtt a várható élettartam, így a morbiditás részaránya a teljes élettartam alatt csökkent, a rokkantsággal, betegségekkel terhelt időszak a halál előtti rövidebb szakaszra koncentráldott (Cutler et al., 2013).

Andersen et al. (2012) a nagyon hosszú élettartamú egyének esetében (100 és 119 év közöttiek) elemezték a kapcsolatot a kor, morbiditás és rokkantság között. Az eredményeik azt mutatják, hogy minél idősebb a korcsoport, annál később jelentkeztek a korról összefüggő betegségek például rák, szív- és érrendszeri betegségek, demencia, stroke, illetve annál később következett be a kognitív és funkcionális hanyatlás. Az a tény jól mutatja azt, hogy mennyire különböznek a nagyon idős kort megélt

egyének betegségektől mentes túlélési tapasztalatai az általános populációhoz képest, hogy a vizsgált betegségcsoportok tüneteinek megjelenése az ő esetükben későbbi volt, mint a generációjuk átlagos életkora a halál bekövetkezésekor.

Seeman et al. (2010), akik 1988 és 2004 között elemezték a fogyatékoság alakulását az idős amerikai népesség körében, nem jutottak ennyire egyértelmű eredményre. Úgy találták, hogy a fogyatékoság előfordulása megnőtt az elemzett periódus során minden korcsoport esetében, a legidősebbeket kivéve. A 60-69 éves korcsoport esetében szignifikánsan megnőtt a fogyatékoság minden típusának a terhe, a 70 - 79 éves korosztály esetében már nem tapasztaltak szignifikáns növekedést, a 80 év fölöttiek esetében pedig az időbeli tendenciák azt mutatták, hogy a funkcionális korlátozottságnak kisebb az előfordulási aránya a későbbi generációk esetében.

Jagger et al. (2015) 1991 és 2011 közötti időszakban elemezték a 65 éven felüliek esetében várható élettartamot Angliában. Eredményeik azt mutatták, hogy a 65 évesen várható élettartam a nők esetében 3,6 míg a férfiak esetében 4,5 évvel növekedett a vizsgált periódus alatt. Ezt a folyamatot a kognitív fogyatékoság csökkenése, a vélt egészség javulása és az egészségesen eltöltött élettartam hosszának növekedése kísérte. A szerzők a kognitív fogyatékoság és a vélt egészségi állapot esetében igazolták a megbetegedés csökkenés hipotézist, míg a korlátozottság a dinamikus egyensúly mintáját követte. A kognitív fogyatékoság esetében a csökkenést

csak a népesség egészére tudták bizonyítani, hiszen a nők a 65 évesen várható élettartamuk kisebb hányadát töltik egészségesen, mint korábban, tehát az ő esetükben megnövekedett a mérsékelt korlátozottsággal és súlyosan korlátozott állapotban töltött életevek száma. A tanulmány arra is rávilágít, hogy habár a népesség egészének egészségi állapota javult, mégis nőtt a megbetegedések gyakorisága. Ezt azzal magyarázzák, hogy amint öregszik a társadalom, úgy egyre nő az idős korosztályok létszáma, vagyis azoknak az embereknek a száma, akik krónikus betegségek kockázatának leginkább ki vannak téve, tehát abszolút értékben nőtt az egészségtelen emberek száma (Jagger et al., 2015).

Bár sok krónikus betegség, például az ízületi gyulladás, a cukorbetegség és a rák előfordulása megnövekedett, a bizonyítékok azt mutatják, hogy a betegségek átlagos súlyossága csökken, így a betegség nagyobb előfordulási gyakorisága nem jelenti a fogyatékoság növekedését (Crimmins, 2004).

Ha összekapcsoljuk az epidemiológiai átmenet fent említett három szcenárióját az egészségügyi kiadásokkal, akkor azt feltételezhetjük, hogy abban az esetben, ha a megbetegedés növekedés hipotézise érvényesül, akkor a magasabb költséggel terhelt időszak meghosszabbodik, mivel az emberek több ideig szenvednek a krónikus betegségektől életük során, mint korábban. Ha viszont a megbetegedés csökkenés hipotézise szerint következik be az epidemiológiai átmenet, akkor a magasabb egészségügyi költségekkel jellemezhető

morbidityási időszak rövidebb lesz, és ez közvetlenül a halál bekövetkezése előtt jelentkezik csupán.

A kapcsolat azonban lehet, hogy nem ilyen egyértelmű. Az egészségi állapotban bekövetkezett javulást okozhatja az egészségügyi rendszer fokozottabb igénybevétele, a gyógyászati beavatkozások hatékonyságának növekedése, az egészségesebb életmód vagy ezeknek a folyamatoknak valamilyen kombinációja. Az egészségügyi kiadások aszerint változnak, hogy mi okozza az egészségi állapot javulását. Az egészségi állapot javulása tehát nem jár együtt szükségszerűen az egészségügyi költségek csökkenésével.

Az egészségügyi kiadások dinamikája szorosan kapcsolódik a népesség egészségi állapotának evolúciójához. Ha a társadalmon belül növekedni fog a krónikus egészségügyi problémákkal tartósan együtt élő időskorúak részaránya, akkor hiába javult a betegek túlélési esélye, a rossz egészségi állapotban leélt életevek számában bekövetkező nagymértékű növekedés jelentős terhet róhat az államok egészségügyi kasszáira.

Az is köztudott, hogy léteznek speciálisan idős korra jellemző betegségek. Az idősek számára különösen a kognitív hanyatlás vált napjaink egyik legnagyobb egészségügyi veszélyforrásává. A várható élettartam növekedésével együtt nőtt a kognitív hanyatlás és demencia előfordulási gyakorisága, főként Alzheimer-kór formájában, mely ma már az Egyesült Államokban a 85 év feletiek csaknem 50%-át érinti (Bishop et al. 2010). A World Alzheimer 2015 Je-

lentés szerint az Alzheimer-kór és más hasonló klinikai profilú demenciák a becslések szerint 46,8 millió embert érintenek világszerte, és ez a szám minden 20 évben meg fog duplázódni. A demencia globális költsége 818 milliárd USD a becslés szerint, 2018-ra pedig ez az összeg már az 1 trilliót is meg fogja haladni. A demencia gyakorisága a kor előrehaladtával exponenciálisan nő, az életkor 6,3 évnyi növekedése a betegség gyakoriságának a duplázódásával jár. Míg a 60-64 éves korosztály esetében 1000 főre 3,9 megbetegedés jut, addig a 90 év felettiéknél ez a szám 104,8 (Alzheimer's Disease International, 2015). A növekvő élettartam tehát a demencia egyre nagyobb kockázatával jár együtt, és ez a kór egyelőre nem megelőzhető és nem is gyógyítható. A társadalom elöregedése a demenciával küzdő emberek számának gyors növekedéséhez vezet, aminek nagyon erős hatása lesz a hosszú távú gondozás iránti keresletre.

A gazdasági és orvostudományi fejlődést, amely meghosszabbította az élettartamot, bizonyos életstílusbeli trendek is kísérik, amelyek hozzájárulnak a krónikus betegségek, mint például a cukorbetegség, a szívbetegség és a rák kialakulásához (OECD, 2010). A nagyarányú elhízás, a rossz táplálkozás, a káros alkoholfogyasztás, a dohányzás és a fizikai aktivitás hiánya egyre jelentősebb lesz, és ezek kapcsolatban vannak a nem fertőző betegségek előfordulásának gyakoriságával (szív- és érrendszeri betegségek, a rák, a cukorbetegség és a légzőszervi problémák). Ezek a beteg-

ségcsoportok jelentik a fő mortalitási és morbiditási okokat (WHO, 2011).

A klímaváltozás hatásai, a kockázat és a kár nem egyenletesen oszlik meg, és egyes társadalmi csoportokra nagyobb hatással van, mint másokra. A népesség struktúrája és dinamikája nagyban befolyásolja a klímaváltozás káros hatásainak milyenségét és ezekre a hatásokra adott válaszreakciókat. A népesség nagyságának, összetételének, földrajzi elhelyezkedésének, mobilitásának változásával együtt változik a kockázatoknak való kitettség mértéke, a sebezhetőség és az alkalmazkodási képesség (United Nations Population Fund, 2011). Az idősök és gyerekek képezik a kockázatoknak leginkább kitett társadalmi csoportokat, mivel nehezebben tudnak felkészülni, megbirkózni és alkalmazkodni a változó környezeti körülményekhez, így például fokozottan érzékenyek a hőmérséklet emelkedésére (Knowlton et al., 2009). Az öregedés, önmagában a 65. életév betöltése nem teszi az embert sebezhetővé, a szocio-kulturális elemek és a fiziológiai erőnlét, súlyosbítva a klímaváltozás negatív hatásaival eredményezik a nagyobb érzékenységet (Filiberto et al., 2010). Az idősödéssel járó fizikai változások, a már meglévő krónikus betegségek, gyógyszeres kezelések, a testhőmérséklet-szabályozó képességének csökkenése miatt reagál ez a társadalmi csoport érzékenyebben a klímaváltozás kedvezőtlen hatásaira.

A globalizáció az egészségügyben is technikai, technológiai fejlődést hozott. Az új technológiai eljárások, medicinának gyorsabban jutnak el egyik országból a

másikba, ami hozzájárul a kórházi ellátás, a gyógyszerellátottság javulásához, és ezáltal az egészségi állapot javulásához.

Ugyanakkor a globalizáció számos olyan megbetegedést is magával hozott, amelyek évtizedekkel ezelőtt nem voltak ismeretesek. A globalizált világban a fertőző betegségek, mint például a tuberkulózis könnyebben utazhatnak az országok között, a pandémiás helyzetek könnyebben kialakulhatnak (Európai Bizottság, 2010). Ennek a folyamatnak viszont költségnövelő hatása van, nemcsak azért, mert a megbetegedetteket gyógyítani kell, hanem azért is, mert a prevencióra, az egészséges táplálkozásra a jövőben többet kell költeni.

Az önkormányzatok hatáskörébe tartozó egészségügyi szolgáltatások kiemelkedő szerepet játszanak a lakosság egészségi állapotának javulásában, a születéskor várható élettartam meghosszabbodásában és az egészségesen eltöltött életevek számának növekedésében.

A 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól a helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok közé sorolja az egészségügyi alapellátást és az egészséges életmód segítségét célzó szolgáltatásokat, valamint a környezetegészségügyet (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása, rovar- és rágcsálóirtás). Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 5. § (1) bekezdése alapján a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a házi-

orvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, és az iskolaegészségügyi ellátásról.

Mivel az alapellátás az önkormányzatok hatáskörébe tartozik, ezért jelentős szerep hárul rájuk az egészségfejlesztés, a betegségek megelőzése, korai stádiumban történő felismerése és gyógyítása területén. Az alapellátás az a szintje az egészségügyi szolgáltatásoknak, amely biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. Az egészségügyi ellátásoknak ez az a szintje, amelyik a leginkább képes a lakosság egészének az átfogására, itt valósul meg a legtöbb orvos-beteg találkozás (Fadgyas-Freyler és Korponai, 2016). Ezért itt van lehetőség leginkább a betegségmegelőzésre, hiszen a szűrővizsgálatokat, az egészségügyi állapotfelméréseket, a betegségekkel szembeni immunizációt (járványos betegségek, bizonyos rosszindulatú daganatok elleni vakcinálásokat) főként itt lehet elvégezni, és ezáltal befolyásolni a lakosság egészségi állapotának javulását.

A rendszernek ezen a szintjén van leginkább mód a lakosság egészségügyi magatartásának kialakítására, az egészségkultúra befolyásolására. Fontos szerepet játszanak az önkormányzatok a lakosság egészséggel, betegségekkel kapcsolatos ismeretnek bővítésében, a

táplálkozási szokások változtatásában, a fizikai aktivitás növelésében, a káros szenvedélyek visszaszorításában. A betegségek jelentős hányada vezethető vissza a helytelen életmódra, a betegségek kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők és káros hatásaik kiküszöbölése által a lakosság egészségmagatartásában jelentős javulást lehet elérni. Ez képezi az önkormányzatok egyik legfontosabb és leghatékonyabb profilaktikus tevékenységét.

Az egészséget befolyásoló lakóhelyi, környezeti tényezők javításával, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges megfelelő infrastrukturális feltételrendszer biztosításával, javításával, a lakosság egészséggel kapcsolatos attitűdjének befolyásolásával jelentős és hosszú távú eredményeket lehet elérni a helyi közösségek életében.

A jövedelem és a betegek elvárásainak növekedése

A nemzeti jövedelem, illetve a nagyon növekedésével a lakosság elvárásai emelkedni fognak, és ezért az egészségügyi kiadások is emelkednek, függetlenül attól, hogy miként változik a gyógyítás iránti szükséglet. A jóléti társadalmakban a lakosság újabb, hatékonyabb és esetleg drágább egészségügyi technológiák igénybevételére vágyik, és emiatt az orvoslás egyre távolabb kerül a klasszikus értelemben vett szükséges és elégséges kezeléstől. Ráadásul a lakosság egyre inkább tudatában van az orvosi műhibáknak, és hajlamosabbak a

panasztevésre és pereskedésre gondatlanság esetén (Európai Bizottság, 2010).

Az egészségügyi ellátásokat igénybevevő népesség demográfiai struktúrájának változása befolyással lehet az egészségügyi piac árára is. Ez jelentkezhet az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet ár-rugalmasságának változása vagy az orvoskeresés intenzitásának változása miatt. Felvetődik a kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatások keresletének ár-rugalmassága csökkenni fog-e az előregedés miatt? Az intuíciónak azt sugallja, hogy igen. Jellemző magatartás ugyanis, hogy hosszú évek alatt kialakított szokásaikon és életvitelükön nem szívesen változtatnak az idősek, és komolyabb változtatásokra pusztán az árak változása nem motiválja őket. Ez az egészségükkel, és betegségeik kezelésével kapcsolatos szokásaikra is igaz – természetesen csak abban az esetben, ha anyagi körülményeik lehetővé teszik ezt számukra. Ha erre a megfigyelésre alapozunk, akkor az várható, hogy az idős korúak számának növekedése, vagyis az előregedés, az ár-rugalmasság csökkenését is magával hozza az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet terén.

A kezelték általában hajlamosak második véleményt is kikérni, vagy esetleg megváltoztatni a kezelő orvosukat. Ha ez a hajlandóság csökken, akkor ez növeli az árak színvonalát az egészségügyi piacon. Mivel az idősebbeknek több idejük volt arra, hogy kapcsolatot alakítsanak ki az orvosukkal, az intuíciónak azt sugallja, hogy az orvoskeresés intenzitása csökkenni fog az előregedés hatására (Westerhout, 2014), tehát csökkennek

az árak is. Ugyanakkor egy ezzel el-
lentetés, árnövelő hatással is számolha-
tunk az előregedés következményeként:
Vroomen és Zweifel (2011) ugyanis az
egészségbiztosítási piacra igazolta, hogy
a krónikus betegségekben szenvedők
kevésbé hajlandóak hűsésesnek marad-
ni az orvosokhoz, és mivel az előrege-
déssel együtt jár a krónikus betegségek-
ben szenvedők számának a növekedése,
ezért az orvoskeresés intenzitása is nő.

Általában ha az ár elasticitása vala-
mely termék keresletének csökken, ak-
kor a termék ára emelkedni fog. Ez azon-
ban nem érvényes akkor, ha az árakat
központilag határozzák meg, ahogyan ez
sok esetben előfordul az egészségügyi
piacokon. Továbbá az alacsonyabb ár-
rugalmasság és a kisebb orvoskeresési
intenzitás nagyobb teret enged a kíná-
lat által indukált kereslet számára, ami
az egészségügyi költségek növekedését
idézi elő a magasabb fogyasztás által.

Több empirikus tanulmány is foglal-
kozott a jövedelem és egészségügyi ki-
adások közötti ok-okozati összefüggés-
sel (például Getzen, 2000, Acemoglu et
al., 2009). Arra a következtetésre jutot-
tak, hogy „az egészségügyi ellátás egyé-
ni szükséglet és nemzeti luxus”. Ez azt
jelenti, hogy az egészségügyi kiadások
nagyon rugalmatlanok egyéni szinten,
de nemzeti szinten a jövedelemmel (az
egy főre jutó GDP-vel) szembeni rugal-
masságuk meghaladja az egységet.

A kutatások nagy része a GDP köz-
vetlen hatásával foglalkozik. Azonban
fordított irányban is van kapcsolat a két
mutató között, hiszen a GDP is függ a
maga során az egészségügyi kiadások-

tól, és a népesség egészségi állapotától.
(Erdil és Yetkiner 2009).

A szociális változások

A társadalmi előregedés nem egy el-
szigetelt folyamat, hanem összefüggés-
ben és kölcsönhatásban áll számos más
társadalmi folyamattal, amelyek együt-
tesen alakítják a generációk dinamikáját.
A stratégiaalkotás szempontjából kulcs-
fontosságú, hogy ezeket az interakciókat
megértsük.

Első tényezőként vegyük az idős
korúak változó társadalmi státuszát. A
stratégiák jellemzően szakaszokra oszt-
ják az emberi élettartamot – általában
gyermek- és diákkorra, munkaképes
korra és nyugdíjas korra –, amely fel-
bontásnak az alapját a kronológiai élet-
kor és a társadalmi szerepek képezik, és
amely jóval kevésbé veszi figyelembe az
egyének fizikai állapotát. Ez azonban túl
merev határokat jelöl ki ahhoz, hogy az
idősödő emberek rugalmasabb társadal-
mi szerepekben is feltűnjenek – márpe-
dig napjainkra egyre erőteljesebb igény
mutatkozik erre a részükről (Age Wave,
2011). Erre a jelenségre az egészség-
ügyi, szociális és gazdaságpolitikának
reagálnia kellene, és ahelyett, hogy még
inkább rögzíti az elavult sztereotípiákat
az idősekkel kapcsolatban, támogatni
kellene ilyen irányú törekvéseiket.

Második tényezőként a családok tipi-
kus összetételének változását említhet-
jük. Az idősek ennek a változó családi
környezetnek a fő kárvallottjai: a tér-
beli mobilitás lehetőségeinek rohamos
növekedésével a fiatalabb generációk

fizikailag távol kerülnek az idősektől, akik emiatt egyre nagyobb magánynak vannak kitéve. A múltban jellemző többgenerációs nagycsaládokkal szemben mára a családi egységek atomizálódása vált általánossá, és egyes európai uniós országokban a 65 év feletti nőknek már közel a fele egyedül él (Tomassini et al., 2004). A hagyományos, szüleiktől látott életvezetési mintákat feladva ezért az idősek alkalmazkodni igyekeznek, és új életformát keresnek, küszködve eközben azzal a kihívással, hogy jóval kevesebb erőforráshoz jutnak hozzá a korábbi generációkhoz képest a háztartások erőforrásaiból. Ez növeli körükben az elszigetelődést, és vele párhuzamosan a depresszió és öngyilkosság kockázatát is.

A nemi szerepek változása csak tovább bonyolítja ezeket a vitákat, és újabb alakító tényezőként jelenik meg a generációk dinamikájában. Gondoljunk csak arra, hogy a legtöbb kultúra a nőknek tradicionális szerepet jelöl ki, amely szerep korlátozza elhelyezkedési lehetőségeiket a formális munkaerőpiacon, és ezáltal a szegénység, az erőszak és az időskori rossz egészségi állapot nagyobb kockázatának teszi ki őket. Ezzel egy időben csökkenti a minőségi egészségügyi ellátásokhoz, szociális szolgáltatásokhoz és nyugdíjakhoz való hozzáférésüket is. A munkaerőpiacon a nők nagyobb fokú részvétele segíthet áthidalni ezeket a méltánytalan különbségeket, aminek kézzel fogható szociogazdasági haszna lesz, azonban a hagyományos családi szerepeket veszélybe sodorja, így korlátozza a családok azon

képességét, hogy informális ellátást biztosítsanak a család idős tagjainak (Masseria és Mossialos, 2006), pedig erre az igény a fentebb elmondott okok miatt éppen hogy egyre nagyobbá válik.

Összegzés

Az EU országok számára komoly kihívást jelent, hogy az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát biztosítsák úgy, hogy ezek alapvető értékeit ne veszélyeztessék (univerzális lefedettség, szolidaritás a finanszírozásban, egyenlő hozzáférés és a magas színvonalú egészségügyi ellátás) (Thomson et al., 2009).

Az egészségügy finanszírozása ma a társadalom egyik alapvető problémájaként jelenik meg ezért, és szembe kell nézni azzal, hogy az egészségügyi és szociális rendszereknek igazodnia kell az előregedő társadalom komplex problémáihoz. A társadalom előregedésén túlmenően az egészségügyi ellátórendszereknek arra a kérdésre is választ kell adniuk, hogy miképpen enyhíthető az ellentét az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető között, hiszen egyre gyorsabban fejlődnek a terápiás lehetőségek, miközben az egészségügy finanszírozására korlátos források állnak rendelkezésre. Mindez azt jelenti, hogy e téren rövid időn belül paradigmaváltásra van szükség,

**KOCZOR-KEUL MELINDA
MOLNÁR TAMÁS**

Irodalomjegyzék

- Acemoglu D, Finkelstein A, Notowidigdo M. (2009): Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks, CEPR Discussion Papers No. 7255. <https://economics.mit.edu/files/10404> [letöltve: 2017 április]
- Age Wave. SunAmerica retirement re-set. <https://www-1012.aig.com/pdf/retirement-re-set-study/retirement-re-set-study-report.pdf> [letöltve: 2017 április]
- Andersen S.L. et al. (2012): Health Span Approximates Life Span Among Many Supercentenarians: Compression of Morbidity at the Approximate Limit of Life Span, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 67A(4)395–405. PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309876/> [letöltve: 2017. május]
- Bálint L. (2016): Mennyire illeszkedik a magyar halandóság alakulása az epidemiológiai átmenet elméleteihez? *Demográfia*, 2016. 59. évf. 1. szám, 5–57 file:///C:/Users/User/Downloads/2684-2530-1-PB.pdf [letöltve: 2017. május]
- Bishop N.A., Lu T., Yankner B.A. (2010): Neural mechanisms of ageing and cognitive decline, *NATURE*, Vol 464|25 March 2010 http://www.utdallas.edu/~tres/aging_seminar2011/Bishop.2010.pdf [letöltve: 2017. március]
- Bloom D.E., Canning D., Finlay J. (2010): Population aging and economic growth in Asia. In: Ito T, Rose A, eds. *The economic consequences of demographic change in east Asia*. Chicago: University of Chicago Press: 61–89. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_40.pdf [letöltve: 2017. március]
- Brooks-Wilson A.R. (2013): Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet*, 132: 1323–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898394/> [letöltve: 2017. március]
- Cordery D.V., Cooper D.A. (2011): Optimal antiretroviral therapy for aging. *Sex Health*; 8: 534–40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22127040> [letöltve: 2017. március]
- Crimmins, E.M. (2004): Trends in the Health of the Elderly. *Annual Review of Public Health* 25:79–98. http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Crimmins_AnnRevPublicHealth_2004-2764809986/Crimmins_AnnRevPublicHealth_2004.pdf [letöltve: 2017. március]
- Crimmins, E.M., Beltrán-Sánchez H. (2011): “Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity?” *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 66B.1 75–86. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001754/> [letöltve: 2017. május]
- Cutler, D.M., Ghosh K., Landrum M.B. (2013): Evidence for Significant Compression of Morbidity In the Elderly U.S. Population. Working Paper 19268. National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/chapters/c12966.pdf> [letöltve: 2017. május]
- Erdil, E., Yetkiner, I.H., 2009. The Granger-causality between health care expenditure and output: a panel data approach. In *Applied Economics*. Taylor & Francis, pp. 511-518. <https://ideas.repec.org/a/taf/applec/v41y2009i4p511-518.html> [letöltve: 2017 április]
- European Commission (2014): The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060) *European Economy* 8/2014, European Union, Brussels. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf [letöltve: 2017. április]
- European Commission (2012): The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060), *European Economy* 2/2012, European Union, Brussels. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf
- European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2010): Joint Report on Health Systems, prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG), *European Economy, Occasional Papers* 74, Brussels. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_

paper/2010/op74_en.htm [letöltve: 2017. március]

Fadgyas-Freyler P., Korponai Gy. (2016): Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár beteghez köthető természetbeni kiadásai a 2015. év során, IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XV. Évfolyam, Egészség-Gazdaságtan Különszám 2016. Június <https://www.imeonline.hu/tmp/ac29d22c0c836ce848bdbe8ed8f452a1.pdf> [letöltve: 2017. október]

Filiberto D. et al. (2010): Older People and Climate Change: Vulnerability and Health Effects, *Generations*, Vol. 33, no. 4, pp. 19–25, *Journal of the American Society on Aging*. <http://www.asaging.org/blog/older-people-and-climate-change-vulnerability-and-health-effects> [letöltve: 2017. március]

Fries J.F. (2005): The Compression of Morbidity, *The Milbank Quarterly* 83.4, 801–823. PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690269/> [letöltve: 2017. május]

Fries, J.F., Bruce B., Chakravarty E. (2011). Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress, *Journal of Aging Research*, 2011: e261702. <https://www.hindawi.com/journals/jar/2011/261702/> [letöltve: 2017. május]

Getzen T.E. (2000): Health care is an individual necessity and a national luxury: Applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures, *Journal of Health Economics*, 19(2), 2000: 259–270

González-González C. et al. (2014): Mortality Inequality among Older Adults in Mexico: The Combined Role of Infectious and Chronic Diseases, *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health* 35.2, 89–95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048961/> [letöltve: 2017. március]

Gruenberg E.M. (1977): The Failures of Success, *The Milbank Quarterly* 2005, 83.4, 779–800. PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690285/> [letöltve: 2017. május]

Gurwitz J.H., Goldberg R.J. (2011): Age-Based Exclusions From Cardiovascular Clinical Trials: Implications for Elderly Individuals (and for All of Us) Comment on “The Persistent Exclusion of Older Patients From Ongoing

Clinical Trials Regarding Heart Failure”. *Arch Intern Med*.

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/226857> [letöltve: 2017. március]

Jagger C., Matthews F.E., Wohland P., Fouweather T., Stephan B.C.M., Robinson L., Arthur A., Brayne C. (2015): A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II, *The Lancet*, 6736, 15, 1–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4761658/> [letöltve: 2017. május]

Kirkwood T.B. (2008): A systematic look at an old problem, *Nature* 451: 644–47. <http://www.nature.com/scitable/content/A-systematic-look-at-an-old-problem-12272> [letöltve: 2017. március]

Knowlton K., et al. (2009): The 2006 California heat wave: impacts on hospitalizations and emergency department visits, *Environmental Health Perspective* 2009 Jan;117(1): 61–67 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627866/> [letöltve: 2017. április]

Kovács K. (2011): Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971–2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete Központi Statisztikai Hivatal Népeség-tudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései 92. Budapest, 2011/2 <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasisjelentesek/article/viewFile/378/121>

Lee P.G., Cigolle C., Blaum C. (2009): The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 511–16. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/66116> [letöltve: 2017. március]

Lordos E.F., Herrmann F.R., Robine J.M., et al. (2008): Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*; 11: 829–36. <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/rej.2008.0721> [letöltve: 2017. március]

Majercsik E. (2016): Multimorbiditás időskorban, *Rehabilitáció* 26(3): 126–129. http://www.rehab.hu/upload/rehab/magazine/rh1603_4_7.pdf [letöltve: 2017. március]

- Manton K.G. (1982): Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 60, No. 2 (Spring, 1982), pp. 183-244 Published by: Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2016650217/Manton_1982_MMFAQ.pdf [letöltve: 2017. május]
- Masseria C., Mossialos E. (2006): How much care for older people will be needed? What can policies do to avoid or reduce dependency and to ensure that adequate care will be available? European Commission, <http://ec.europa.eu/social/BlockServlet?docId=3891&langId=en> [letöltve: 2017 április]
- McElhaney J.E. et al. (2012): The Unmet Need in the Elderly: How Immunosenescence, CMV Infection, Co-Morbidities and Frailty Are a Challenge for the Development of More Effective Influenza Vaccines, *Vaccine* 30.12, 2060–2067. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345132/> [letöltve: 2017. március]
- Merrill Lynch (2014): Work in retirement: Myths and motivations. http://agewave.com/wp-content/uploads/2016/07/2014-ML-AW-Work-in-Retirement_Myths-and-Motivations.pdf [letöltve: 2017. március]
- OECD (2010): Value for money in health spending, OECD Health Policy Studies, Paris, <https://www.oecd.org/berlin/46201464.pdf> [letöltve: 2017 április]
- Omran, A.R. (1971/2005): The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly* 83(4):731–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/> [letöltve: 2017. május]
- Romeu Gordo, L. (2011): Compression of morbidity and the labour supply of older people, *Applied Economics*, 43: 503–513. https://www.researchgate.net/publication/227606654_Compression_of_Morbidity_and_the_Labor_Supply_of_Older_People [letöltve: 2017. május]
- Sebastiani P., Perls T.T. (2012): The Genetics of Extreme Longevity: Lessons from the New England Centenarian Study, *Frontiers in Genetics* 3, 277. PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510428/#fn1> [letöltve: 2017. március]
- Seeman T.E., Merkin S.S., Crimmins E.M., Karlamangla A.S. (2010): Disability Trends Among Older Americans: National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *American Journal of Public Health: January 2010, Vol. 100, No. 1*, pp. 100-107.
- Thomson S., Foubister T., Figueras J., Kutzin J., Permanand G., Bryndová L. (2009): Addressing financial sustainability in health systems, Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf [letöltve: 2017. március]
- Tomassini C., Glaser K., Wolf D.A., Broese van Groenou M.I., Grundy E. (2004): Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*, No. 115, Spring 2004 <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/2016105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/population-trends-rd/population-trends/no--115--spring-2004/index.html> [letöltve: 2017 április]
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012): Changing Levels and Trends in Mortality: the role of patterns of death by cause (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/318).
- United Nations Population Fund UNFPA (2011): Annual Report 2011 Delivering Results in a World of 7 Billion http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/16434%20UNFPA%20AR_FINAL_Ev11.pdf [letöltve: 2017 április]
- Vroomen J. MacNeil, Zweifel P. (2011): Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German? *The European Journal of Health Economics*, 12(1):87-95. <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10198-010-0248-0> [letöltve: 2017. április]
- Westerhout E. (2014): Population aging and health care expenditure growth, , In: Harper, S. & Hamblin, K. (eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- World Health Organization (2005): Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. 2005 <http://www.who.int/>

chp/chronic_disease_report/en/ [letöltve: 2017. május]

World Health Organization (2011): Global status report on noncommunicable diseases 2010, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ [letöltve: 2017 április]

World Alzheimer Report (2015): The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends, Published by Alzheimer's Disease International (ADI), London. September 2015.

<https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015summary.pdf> [letöltve: 2017. március]

Zweifel P., Felder S, Meier M. (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, Health Economics, vol. 8

Zweifel P., Felder S. Werblow A. (2004): Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the "Red Herring", Geneva Papers on Risk and Insurance, vol. 29.

[https://www.genevaassociation.org/media/242394/ga2004_gp29\(4\)_zweifel,%20felderwerblow.pdf](https://www.genevaassociation.org/media/242394/ga2004_gp29(4)_zweifel,%20felderwerblow.pdf) [letöltve: 2017. május]

