

# LIPPAI LÁSZLÓ<sup>1</sup>

## A testalkat jelentősége a gazdaságban

A táplálkozás az emberi élet egyik központi tevékenysége. Ennek megfelelően gazdasági jelentősége is kiemelkedő. A táplálkozásnak azonban nemcsak a különböző élelmiszerek piaca szempontjából van gazdasági jelentősége. A táplálkozási szokások jelentős mértékben befolyásolják testsúlyt, napjainkban tendenciaszerűen inkább az elhízás irányába.

Az egészségügyi rendszer hatékonyságát messzemenően befolyásolja a lakosság életmódja. Ahhoz, hogy az elhízással járó gazdasági problémák érthetőek legyenek, feltétlenül szükséges az egészségügy, a gazdaság és a lakosság életmódja közötti kapcsolat bemutatása.

Jelen tanulmány az elhízással, illetve a testalkati sztereotípiákkal kapcsolatos gazdaságtani következmények rövid áttekintésére vállalkozik. Az egészség-gazdaságtani és a munkaerő-gazdálkodási problémák mellett, az elhízással járó fogyasztói magatartás vizsgálata is gazdaságtani jelentőséggel bír.

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I10, J70

**Kulcsszavak:** egészség, testalkati sztereotípia, diszkrimináció

### 1. Bevezetés

A modern egészségtudományok határozottan elkülönítik egymástól a megromlott egészség helyreállítására szakosodott egészségügyet az egészség megőrzésére, illetve az egészséges életvitel kialakításának támogatására szolgáló egészségfejlesztéstől. A modern egészségügyi intézményrendszer működésének gazdasági szempontú elemzése könyvtárnyi terjedeleme rűg. Viszont az egészség megőrzésével közvetlenül kapcsolatos termékek, szolgáltatások gazdasági háttérmechanizmusainak feltárása igencsak gyermekcipőben jár (Mihályi, 2003). Ennek egyik oka lehet a téma rendkívüli komplexitása is. Napjainkra a testi, lelki és szociális egészség ígéretére, látszatának kialakítására vagy tényleges javítására tőkeerős vállalkozások specializálódtak. A szépségipar, a turizmus, a gyógyturizmus, a wellness és a fitness jegyében indult vállalkozások, a sportszergyártó cégek, valamint a vitamin- és ásványianyag kiegészítőket gyártó és forgalmazó gyógyszercégek csak néhány kiragadott példát jelentenek. Azonban a forgalomba kerülő termékek, szolgáltatások közvetlenül és közvetve is jelentős hatást gyakorolnak életmódunkra, így egészségi állapotunkra is. Kulcsfontosságú lenne tehát az „egészségpiac” a meghatározása, működési valamint szabályozási mechanizmusainak feltárása is.

---

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Közgazdaságtani Doktori Iskola

Testsúlyunkkal kapcsolatos hiedelmeink, attitűdjeink az énképünk és önértékelésünk szempontjából különleges jelentőséggel bírnak. Az orvosi értelemben egészségesnek tekintett testmagasság / testsúly / testzsírszázalék arány nagymértékben eltérhet a kulturálisan meghatározott ideáltól. A testideál történelmi koronként, életkoronként valamint nemenként is nagyfokú változatosságot mutat. Az egyén viszont a szociális közegében meghatározó testideált normának tekinti, ahhoz több-kevesebb sikerrel igazodni próbál.

A külső gazdasági hatások fogalma alkalmas eszközt kínál arra, hogy egy gazdasági szituáció egészséggel kapcsolatos hatásait modellezni tudjuk. A fogyasztási externália esetében, mikor is a fogyasztóra közvetlenül hat egy másik szereplő termelése vagy fogyasztása, a helyzet egyértelmű: a két szereplő közötti elkerülhetetlen interakciónak jelentős hatása van a fogyasztó testi, lelki vagy szociális jólétére. Ez azonban nem piaci adásvétel tárgya, vagy legalábbis nem magától értetődően az.

Hasonlóképpen, a termelési externália esetében, egy vállalat termelési lehetőségeit is messzemenően befolyásolhatja egy másik termelő vagy fogyasztó döntése. A dohányzás egészségkárosító hatásának ellensúlyozásáért indult kártérítési perek sikerén felbuzdulva már indult próbaper gyorséttermi láncok ellen is, a fő termék hizlaló hatása miatt. A dohányzás

## **2. Egészség-gazdaságtani alapok: az egészségügyi rendszer hatékonyságának és a lakosság életmódjának kényes kapcsolata**

Kornai János (1998) sokszor idézett, az egészségügy reformjáról szóló meghatározó műve sok szempontból támpontot, illetve kapcsolódási pontot kínál az egészség piacának definiálásához is. A továbbiakban azt elemzem, hogy azokat az axiómákat, amelyeket Kornai a magyar egészségügy működésének elemzésére felállított, milyen mértékben lehet az egészség piacának meghatározásához felhasználni.

Az egészségügy társadalmi alrendszere, bármennyire furcsán hangzik is, viszonylag hálás terepe a közgazdaságtani elemzéseknek. Zárt intézményrendszerrel van szó, amelyben a folyamatok inputja és outputja jól azonosítható, és több-kevesebb sikerrel számszerűsíthető is. Alkalmas terepévé válhat a kvantifikáló, absztrakt közgazdaságtani gondolkodásnak. Így a neoklasszikus közgazdaságtani eszköztár többsége, megszorításokkal ugyan, de használható.

Az egészségügyi közgazdaságtan nehézségei azonban ezeknél a megszorításoknál kezdődnek. A neoklasszikus eszköztár alkalmazhatóságát leginkább az egészség fogalmának komplexitása korlátozza. Az egészségre, mint termékre nem értelmezhető például a gazdasági

totálkár fogalma. Az egészség gazdasági értékének meghatározása során így a piaci ár nem szolgálhat olyan támpontként, mint más piacok esetében. Az egészség, mint érték a társadalmi esélyegyenlőség egyik dimenziójaként is jelen van a modern társadalmakban, ami az állami szerepvállalást hangsúlyosabbá, a gazdasági racionalitás teljes jogú érvényesítését viszont lehetetlenné teszi.

Kornai János az egészségügyi rendszer logikáját egy axiomatikus rendszerben képezi le, amelyben az etikai alapelvek, társadalmi értékek éppúgy szerepet kapnak, mint a gazdasági racionalitás.

Elsőként az *egyéni szuverenitás* elvét fejti ki. Posztulátuma szerint a demokratikus társadalmakban elsősorban az egyén felelős a saját életéért. Nem szabadna rákényszerülnie arra, hogy egyéb választási lehetőségek híján, egy bürokratikus állami gépezettől várjon a segítséget szorultabb élethelyzeteiben. Az egyéni szuverenitást, kezdeményezőkészséget a poszt-socialista országok többségében még ma is leginkább az korlátozza, hogy az állami bürokrácia túl sok erőforrás felett rendelkezik. Ez eleve kizárja a választás lehetőségét, amely viszont mindenfajta, gazdasági értelemben vett verseny alapját képezi. Ezért az egyéni szuverenitás elvének érvényesítését a gazdasági racionalitás és a demokratikus értékek mentén is fontosnak tartja Kornai az egészségügy területén.

Az egyéni szuverenitás érvényesítése, a választási lehetőség biztosítása azonban nem kezdődhet csak az egészségügyben akkor, ha az egyén egészségéről van szó. Az egészségesélyek egyenlősége nem merülhet ki abban, hogy mindenki egyforma eséllyel juthat be az egészségügyi ellátó rendszerbe (bár ez sem lenne kis teljesítmény!). A hosszú távon tartósan egészséget biztosító életmód kialakítására kellene mindenkinek esélyt biztosítani. Egy modern demokráciában azonban ezt sem lehet senkire rákényszeríteni (vö. „egészségfasizmus”, „health fascism” jelensége), viszont az egészséget életmódot, mint elérhető választási lehetőséget, minden állampolgár számára biztosítani kell (WHO, Health for All).

Kornai művében a második elv a *szolidaritás*: a társadalmi redisztribúcióban a szenvedők segítségének érvényesítése. Ez is szorosan összefügg az egészség fogalmával: Garai művében (Garai, 1997) a méltóság az emberhez még méltó lét minimumát jelenti. Az adott társadalom által létminimumként definiált életszínvonalban az egészséges életvitel lehetőségének is benne kellene lennie, és a társadalmi morál szintjén benne is van.

Az egészségügyi közgazdaságtan egyik kulcskérdése az egészségügyi rendszer *hatékonyságra ösztönzése*. Egészségfejlesztési szempontból a tényleges feladat az, hogy

miként lehet az emberekben az egészségügyi szolgáltatások hatékony igénybevételének szokását kialakítani. Ha az állampolgárok tudatosabban élik meg saját egészségi állapotukat, akkor biztosabban tesznek különbséget az egészség és a betegség között, a határeseti problémák esetében nagyobb felelősséget vállalnak és tudatosabban törekednek egészségük helyreállítására. Továbbá, csak végképp indokolt esetben veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Ha viszont igénybe veszik, akkor a legteljesebb mértékben együttműködnek az egészségügyi személyzettel. Ez a magatartás lényegesen befolyásolja az egészségügyi rendszer keresleti oldalát. A kínálati oldalról viszont gyakran nem veszik figyelembe, hogy az egészségügyi intézmény maga is egy veszélyes munkahely. E munkahely hatékonyságát növelheti az is, ha a munkahelyi egészségfejlesztés szempontjai a kórházakban is megjelennek (WHO – Egészséges kórházak projekt). Kínálati oldalról, orvosi és közgazdaságtani megfontolások alapján a legnagyobb dilemmát az jelenti, hogy vagy az orvosi szempontok érvényesülnek – ekkor az orvosi ellátás költségei korlátlanul elszabadulhatnak – vagy pedig a gazdasági racionalitás szempontjai érvényesülnek, ami viszont az egészségügyi ellátás színvonalát ronthatja. Ebből a csapdából jelenthet kiutat az egészség-invesztáció, ami egyrészt csökkenti az egészségügyi rendszerre nehezedő keresleti nyomást, másrészt az egy ellátottra jutó fajlagos költségkeret növekedésével javíthatja az ellátás színvonalát. Más szóval, az egészségügyi rendszer finanszírozási paradoxonát az adja, hogy az egészségügyi intézményrendszer költséghatékonyságát a rendszeren kívüli tényezők optimalizálásával lehet a leghatékonyabban elérni.

*Mindez új feladatokat ró a jóléti szektorért felelősséget vállaló államra. A paternalisztikus, választási lehetőséget nem biztosító monopólium helyett az állam a fair piaci verseny biztosítékává kell váljon: a törvényi szabályozás kialakítása és érvényesítése révén, a felügyeleti funkciójának hathatós érvényesítése révén. Ugyanakkor, miután az egészség-egészelegyenlőség továbbra is állami felelősség (ha nem is közvetlenül állami feladat!), ezért az állam véisztartalék, végső biztosíték szerepkörének továbbra is meg kell maradnia. Sajnálatos módon a programorientált Nemzeti Népegészségügyi programban ez kevésbé érvényesül.*

Az egészségügyi rendszer *átláthatósága* szintén kulcskérdés. Kornai szerint világossá kell tenni a kapcsolatot az adófizetés és a jóléti szolgáltatások finanszírozása között. Erre szolgálhat a betegnek kiállított számla az egészségügyi szolgáltatás bekerülési költségeiről. Továbbá, a járulékfizető állampolgárok szorosabb, informatikailag támogatott nyilvántartása is egyértelművé teheti a betegek számára is, hogy az egészségügy nem ingyenes, hanem a havonta fizetett egészségügyi járulékával, egyfajta biztosításként, ő maga is folyamatosan

finanszírozza. Az átláthatóság kialakítására azonban makrotársadalmi szinten is szükség van: akár úgy, hogy a gyakorlati egészségügyi reformintézkedéseket nyílt és jól informált vita kísérelje, akár úgy, hogy pártok nyíltan, konkrét programok formájában köteleződjének el programok mellett.

A participációs elv erősítése az egészségfejlesztésben is fontos szempont. Az egészségfejlesztő projektek megvalósításának egyik legfontosabb tapasztalata az, hogy szervezeti szintű beavatkozásokat nem lehet a szervezet tagjainak participatív bevonása nélkül sikeresen végrehajtani.

Az *időigényesség* az egészségügyi reform és az egészségfejlesztés meghatározó jellemzője. Egyrészt, az új tulajdonformák, szervezetek, versenyszituációk kialakításához idő és meghatározó állami szerepvállalás kell. Másrészt, ezek a reformok, új törekvések hosszú távon fejtik ki hatásukat, ezért parlamenti ciklusokon átívelő, társadalmi konszenzust tükröző reformprogramokra van szükség a beteg ellátásának javításában éppúgy, mint az egészséges emberek kondícióinak fejlesztésében.

Gazdasági szempontból azonban az is fontos, hogy lesz-e fedezet az egészségügyi reformok finanszírozására. Kornai álláspontja az, hogy a gazdaság tartós növekedése teremtheti meg a pénzügyi alapját a jóléti szektor működtetésének: éppen ezért *harmonikus növekedésre* van szükség ezen a téren is. Elégé radikális nézőpontokat eredményez az, ha csak a gazdasági növekedés szerepét hangsúlyozzuk, de az sem vezet reális képhez, ha a jóléti szektor nyakló nélküli finanszírozása a cél.

Ebből a szempontból az egészségfejlesztés szerepe speciális. Az egészségüggyel kapcsolatos kiadásokat leginkább költségként tartjuk számon, a humán tőke egyfajta karbantartási költségként. Ugyanakkor, az egészség megőrzése és az egészségfejlesztés inkább beruházásként tartható számon.

A gazdaság és a jóléti szektor harmonikus fejlődésének elvárásából fakad a *fenntartható finanszírozás* igénye. A demográfiai tendenciák következtében a jóléti állam terhei folyamatosan, mértani haladvány szerint növekednek, ugyanakkor a lassabb ütemben gyarapodó, szűkös társadalmi erőforrásokkal továbbra is gazdálkodni kell.

### **3. Az egészség különleges termék**

Közgazdasági elemzők feltételezik, hogy a fogyasztói döntések során az egészségnek különleges helye van a preferenciasorban, ami betegség esetén jelentősen át is struktúrázódhat

(Kornai, 1998). Ugyanakkor az egészségnek nincs piaci értéke: nem igazában fejezhető ki pénzben az egészség vagy néhány további életév értéke, így az elveszített egészséget kompenzáló kárpótlás mértéke sem.

Az egészség speciális fontossága miatt erős társadalmi igény van arra, hogy mindenki egyforma eséllyel élhessen egészséges életet, ami legszembetűnőbben az egészséghez kapcsolódó szolgáltatások *egyenlő hozzáférése*nek igényében nyilvánul meg. A hozzáférés mértéke részét képezi egyfajta társadalmi létminimumnak, az emberhez még méltó társadalmi lét egyik összetevője (Garai, 1997).

Az egészséghez kapcsolódó szolgáltatások jellegéből fakadóan elkerülhetetlenül fellép az *információs aszimmetria*. Ez minden olyan piacra jellemző folyamat, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. 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.

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 *monopolhelyezete*, amelyet gyakran a célszerű szervezéssel indokolnak a rendszer alakítói. Az orvosi kamarák és gyakran a biztosítótársaságok is a monopolhelyzet fenntartásában érdekeltek (Kornai, 1998).

Az egészségpiac esetében a vevő kiszolgáltatottsága szintén kimutatható, hiszen az adott termék, szolgáltatás hatása rajta jelentkezik, így a kockázat mértéke is nagyobb. Az információs aszimmetria pedig legalább olyan mértékű, ha nem nagyobb, mint az egészségügyi szolgáltatások esetében.

Jelentős különbséget lehet felfedezni az erkölcsi kockázat és a piaci szelekció kérdésében. 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 beteg kevésbé érdekelt egészségének megőrzésében, az egészséges életmód

kialakításában, a szűrővizsgálatokban való részvételre, miután az ellátás „ingyenes”. Ez az egészségügyi szolgáltatások túlhasználására csábítja. Ugyanakkor az orvosok sem érdekeltek az egészségügyi szolgáltatások költségeinek korlátozásában.

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.

A WHO definíciója szerint az egészség nem pusztán a betegség hiányát, hanem a testi, lelki és szociális *jól-lét* (well-being) állapotát jelenti. Az egészség fogalmának meghatározását nehezíti a viszonylagossága, ezért tágabb értelemben egészségnek az tekinthető, akinek testi és lelki működése – életkorát és nemét figyelembe véve – összhangban van az őt körülvevő társadalom elvárásaival (Mihályi, 2003). Ez a komplex egészségfogalom is jelzi már, hogy az egészség megteremtését és fejlesztését nem lehet pusztán az egészségügy feladataként számon tartani. Ennél komplexebb társadalmi kérdésről van szó.

A modern társadalmak dinamikája a következő társadalmi alrendszerek különbségeivel írható le: gazdaság, politika és közigazgatás, tudomány, oktatás, vallás, egészségügy és a család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak; minden egyes alrendszer kielégít bizonyos szükségleteket 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 hatással van a sikeres üzletmenet folyamataira és logikájára. Éppen ezért, ha a beteg munkások növekvő száma vagy a fogyasztók számának csökkenése kedvezőtlen gazdasági kilátásokhoz vezet, akkor erre rendkívül érzékenyen fog reagálni. A társadalmi alrendszer reakciója azonban gazdasági logikát követ, ehhez nem feltétlenül szükséges a külvilág értékeit magáévá tennie (Grossmann és Scala, 1993).

A modern társadalmak egészségügyi rendszere főként a betegségre fókuszál. 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. A gondok valahol ott kezdődnek, hogy „az alapján véve nem piaci egészségügyi rendszer egy piaci elven működő egészség-szektorba van beágyazva” (Mihályi, 2003. 22. old.).

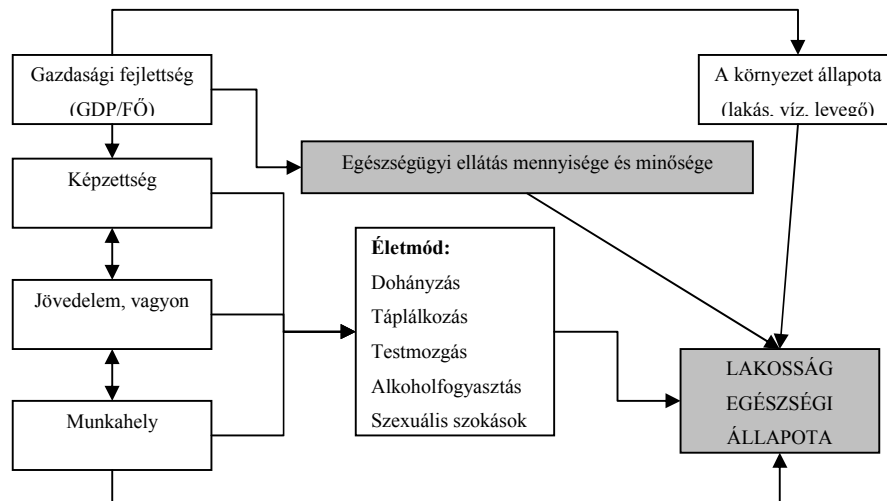
Az egészségügyi rendszer gazdasági kérdései a neoklasszikus közgazdaságtan eszközeivel jól leírhatóak. A ráfordítások és az eredmények jól elhatárolhatóak egymástól. A ráfordítások indikátoraként az orvosok létszámát, az ápolók állományát és a kórházi ágyak számát szokták alkalmazni. Az egészségügyi rendszer teljesítményét pedig az orvos-beteg találkozások és a kórházban töltött napok számával, valamint az elfogyasztott gyógyszerek mennyiségével szokták mérni. Ugyanakkor az is igaz, hogy a közgazdaságtani törvényszerűségek sajátos módon működnek az egészségügyi rendszerben. Könyvtárnyi irodalom foglalkozik azzal, hogy a fogyasztói szuverenitás csorbulása, az információs aszimmetria, a monopolhelyzetek, az egészségügyi szolgáltatások árképzésének sajátosságai, valamint más jellemzők mentén miben tér el az egészségügy más, gazdasági és piaci helyzetektől. Ez nehéz terület, de többé – kevésbé azért még kezelhető a modern közgazdaságtan eszközeivel.

A probléma ott kezdődik, hogy a XX. század második felére világossá vált, hogy az egészségügyre is jellemző a csökkenő hozadék törvénye. Vagyis, az orvostudomány fejlettségi szintjét és az adott társadalomban általánossá vált életmódot adottnak véve az inputok (orvos létszám, ápolói létszám, kórházi ágy) bővítésének határhözama meglehetősen kicsi (Mihályi, 2003). A nehézségeket tetézi, ha a politikai és gazdasági döntéshozók, egészségügyi szakemberek az egészséget azonosítják az egészségügyi rendszerrel. A veszélyt súlyosbítja, hogy az egészségügyi rendszerrel ellentétben az egészség nehezebben érhető tetten neoklasszikus közgazdaságtani eszközökkel.

### **1. ábra**

Az egészségügy helye a társadalmi viszonyok rendszerében





Forrás: Mihályi, 2003. 87. old.

Kornai hivatkozik egy 1993-as világbanki elemzésre, amely a várható élettartam és az egészségügyi kiadások valós adatainak eltérését ábrázolja a GDP és az iskolázottság alapján becsült értékektől. Megdöbbentő, hogy Kína a becsülnél 1%-al kevesebb egészségügyi kiadással is 10 évvel a becsült várható élettartam felett teljesített, míg az Egyesült Államok a becsülnél 5%-al több egészségügyi kiadással is 5 évvel alulmúlta a várható élettartam becsült értékét. Nem ismerek ezzel foglalkozó kvantitatív forrásmunkát, de valószínű, hogy a két ország egészségügyének eltérő költséghatékonyságában a két ország lakosságának eltérő életmódja is döntő szerepet játszhat. Csak egy adat: 2004-re az amerikai felnőttek körében az orvosi értelemben elhízottak száma 29% fölé emelkedett (Chou, 2004). Ebből adódóan lehet, hogy érdemes lenne egy olyan mutatószámot kifejleszteni, amely az országok lakosságának egészségtelen életmódjából fakadó egészségügyi többletterhelést teszi összehasonlíthatóvá. Talán a fenti példa is érzékelteti, hogy a várható élettartam sajnos erre nem alkalmas.

#### 4. A táplálkozás, a testsúly és a gazdaság kapcsolata

A táplálkozás kiemelt szerepet tölt be az ember életében, hiszen a bölcsőtől a sírig a legjelentősebb társas és kellemes tevékenységek többsége az evés és ivás élménye köré összpontosul. Több, mint pusztán biológiai szükségletkielégítés, gazdag szimbolikus, morális és kulturális jelentése van.

Evolúciós perspektívából szemlélve a Homo sapiens 100-130.000 éves faj, életmódjának meghatározó elemei azonban a legalább 2,5 millió éves Homo habilisig

visszavezethetőek. Így kijelenthető, hogy a Homo Sapiens létezésének döntő hányadában vadászó- gyűjtögető életmódot folytatott. Azután kb. 10.000 évvel ezelőtt egy *agrikulturális forradalom* kezdődött. Ehhez a sarki jég visszahúzódása, illetve viszonylagos klimatikus stabilitás kellett.

Biológiai szempontból kijelenthető, hogy a mai ember még nem alkalmazkodott az azóta bekövetkezett változásokhoz. Táplálkozási szempontból is még mindig a a 2,4 millió évvel ezelőtti ökológiai niche-hez kellene alkalmazkodnia. Ma az emberi népesség túlnyomórészt városokban, falvakban él, és az ezzel járó társadalmi létforma az egészségünk szempontjából az optimális szint alatt van. („vadászó- gyűjtögető”- hipotézis).

Táplálkozásunk evolúciós gyökereinek feltárásában a nomád néptörzsek vizsgálata sokat segíthet. Ezekből a kutatásokból tudjuk, hogy például a busmanok 2 órát, az ausztrál őslakosok 4,5 órát töltenek ételgyűjtéssel. Az elfogyasztott ételeik 75%-a növényi, 25%-a pedig állati eredetű (Marks et al, 2000).

A természetes ökoszisztéma összetételben is másféle táplálékot nyújt. A közhiedelemmel ellentétben a kutatók arra következtetnek, hogy a táplálék sokféle és bőséges volt. Az észak amerikai indiánok például növények százait fogyasztották, Afrikában pedig több, mint 13.000 féle ehető rovar van. Emellett az afrikai őslakosok 19-féle nagyobb földi állatot, 76-féle madarat, 37-féle halat, 39-féle rákot és 82-féle növényt fogyasztottak. Ez a táplálkozás ásványi anyagban és energiatartalomban is gazdagnak tekinthető (Fieldhouse, 1996).

A mezőgazdasági forradalom kb. 10.000 éve kezdődött a Közel-Kelet folyódeltái és termékeny völgyei mentén. Megjelent a termelt búza, árpa és más gabonafélék; domesztikált állatok: bárány és kecske; megjelent a vagyon és a földtulajdon. A népsűrűség drámaian megnőtt, a táplálkozás kevésbé változatos, ugyanakkor kiegyensúlyozottabb lett. Ennek következtében a hiányos táplálkozás, az anémia és az oszteoporózis esélye nőtt, és csökkent a napi tevékenység energiafelhasználási szintje. A falusi és városi életmód terjedésével nőtt a bélfertőzések és a légzőszervi megbetegedések, valamint a járványok veszélye (Marks et al, 2000).

Napjainkban a közegészségügyi helyzet javulása mellett számos problémával is szembe kell néznünk. A technikai fejlődés hozzájárul a munkakímélő eszközök terjedéséhez, és a munka hatékonyságának javításához, de egészségünkre gyakorolt hatása nem mindig pozitív. A gyorsuló ütemű fejlődés következtében hosszabb a munkaidő, nagyobb a stressz, és

a munkakímélő eszközök terjedése következtében kisebb a napi energiafelhasználás vadászó-gyűjtögető őseink idejéhez képest (Marks et al, 2000).

A készételek és a félkész ételek terjedése, a szabadidő csökkenése az ételkészítést a konyhából az élelmiszeriparba helyezi át. A nagyrészt még ismeretlen hatású, genetikailag manipulált élelmiszerek egyre nagyobb teret kapnak, főként az Egyesült Államokban.

A kultúránkban meghatározó étkezési szokásokat az élet korai szakaszában sajátítjuk el, hosszú távú és ellenáll a változásnak. A gyermekkori gyakorlat képezi az alapját a teljes élettartam során meghatározó táplálkozási szokásoknak. Az étkezési és ivási szokások a gyermekkori családi szocializáció központi elemét adják. Fontos kiemelni, hogy a családi dinamikának nagy szerepe van még a serdülők ételválasztásában is. erre utal például az anorexia nervosa kialakulásának mechanizmusa is (Marks et al., 2000).

Rozin „családi paradoxon” hipotézise szerint a középső adolescenciára kialakult ételpreferencia marad meg felnőttkorra is, különösen a snack-, az édesség- és a zöldség-gyümölcs fogyasztás tekintetében (Rozin, 1996).

Az étellekkel kapcsolatos nyilvános viták legtöbbször tudományos eredmények alapján robbannak ki. Gyakran ezeket az eredményeket nem könnyű interpretálni. Sokszor fordul elő az, hogy végeredményben pánikhoz vagy a hivatalok tekintélyvesztéséhez vagy más negatív következményekhez vezet (GM- ételek, adalékanyagok).

## 5. Testalkat és testalkati sztereotípiák

A testalkat és a személyiség összefüggésének gondolata hosszú múltra tekint vissza. A nyugati kultúrkörben számos utalás található arra, hogy embertársaink megítélésében többé-kevésbé nyíltan, de szerepet játszik testalkatuk is.

*Tedd, hogy kövér nép foglaljon körül,  
És síkfejű s kik éjjel alszanak.  
E Cassius ott sovány, éhes színű;  
Sokat tünődik s ily ember veszélyes.*

*(Shakespeare: Julius Caesar)*

A testalkat és a személyiség közti valós, biológiai kapcsolat napjaink személyiséglélektani kutatásai alapján nem igazolható (Carver és Scheier, 1998). Egy ilyen

összefüggés a személyiségvonások kialakulásában az öröklött tényezők szerepét hangsúlyosan helyezné előtérbe. A személyiségpszichológusok nem vonják kétségbe azt, hogy a társadalmi környezettel kölcsönhatásban a biológiai, öröklött tényezők is befolyásolják személyiségvonásainkat. Az öröklődés dominánsan meghatározó szerepét azonban csak néhány személyiségvonás esetében sikerült igazolni. Speciális módszertani eszközökkel végzett kutatások során az aktivitási szint, a szociabilitás és a frusztrációra adott érzelmi reakciók esetében sikerült kimutatni, hogy a születéstől kezdve jól azonosítható viselkedésmintákban jelennek meg, kora gyermekkorban nem változnak a tapasztalat hatására és csupán viszonylag idősebb korban módosulhatnak a tapasztalat hatására (Buss és Plomin, 1984).

Személyiségvonásaink többsége kapcsán tehát még a biológiai meghatározottság döntő jellege sem igazolható, nemhogy az, hogy a személyiségvonásainkat kódoló gének bármilyen formában is kapcsolódva öröklődnének a testalkatot meghatározó génekkel. Így a testalkat és a személyiség közti kapcsolatra, amennyiben van ilyen, más, szocializációs magyarázatot kell keresnünk.

William Sheldon 1942-ben a fenti témakörben kezdett nagy vitát kiváltó kutatássorozatot. Ennek keretében kidolgozott egy olyan tipológiát, mely testalkati és lelki alkati típusok leírására volt alkalmas. Vizsgálatának célja az volt, hogy korának mérés technikai színvonalán kifinomultnak számító módszerekkel igazolja a testalkat és a pszichés alkat (temperamentum) korrelációját. A két változó között igen magas korrelációt talált, melyet későbbi vizsgálatok is megerősítettek (Carver és Scheier, 1998).

Ma már a személyiségpszichológusok nem látják igazolhatónak, hogy a több ezer személyiségvonás kölcsönhatásából kialakuló komplex emberi személyiséget jelentős információvesztés nélkül kategorizálni lehetne három elnagyolt, esetlegesen meghatározott „temperamentum” mentén. A testalkat és a temperamentum szoros kapcsolatát mutató, meggyőző eredmények viszont arra utalnak, hogy Sheldon rábukkant valamire. Sheldon kutatási témáját, mai ismereteink alapján, a testalkat és a személyiség kapcsolatára vonatkozó *laikus elvárások* feltárására tett első, tudományos igényű kísérletnek tekinthetjük (Carver és Scheier, 1998). A fenti jellegű laikus elvárások kialakulása mögött viszont a szociálpszichológiából ismert sztereotípiák húzódnak meg leginkább.

A sztereotípiák a társadalmi kategorizáció eredményeként alakulhatnak ki. Az a világ, melyben mindennapjainkat éljük, folyamatosan olyan mennyiségű információval áraszt el bennünket, melynek tökéletes feldolgozására – észlelésére – az emberi idegrendszer

kapacitása nem elegendő. Ezért az érzékszerveink révén felfogott információözönt az észlelés során, bizonyos egyszerűsítő, szűrő illetve torzító folyamatok révén mérsékeljük. Az észlelés egyszerűsítésének egyik formája a kategorizáció, melynek során a világ általunk észlelt bizonyos elemeit valamilyen jelentésteli struktúra alapján együvé soroljuk (Hewstone et al., 1999). A „kutya” kategóriája például alkalmas arra, hogy a lehető legváltozatosabb méretű, színű, alakú és súlyú élőlények azonosítását lehetővé tegye. Jelentésteli attól lesz, hogy a „kutya” kategóriájához számunkra fontos attribútumokat tudunk társítani (pl. „harap”), így időben fel tudunk készülni az éppen szükséges viselkedésminták mozgósítására.

A szociális megismerés során is, hasonló okokból, szociális kategóriákba sorolhatjuk be az embereket. A társadalmi kategorizáció alapja a társas csoport, amelybe a *társas szempontból jelentéssel bíró közös jellemzőkkel* rendelkező embereket soroljuk be. Ilyen jellemző lehet a nem, az életkor, az etnikai hovatartozás, a foglalkozás, de adott esetben a testalkat is (Smith és Mackie, 2004). Társadalmi kategorizációról akkor beszélhetünk, ha egy ember megismerése során megelégszünk azzal, hogy egy társas csoport tagjaként tekintünk rá, és eltekintünk attól, hogy őt mint megismételhetetlen egyént megismerjük. Ez sokszor hasznos, mert megkönnyíti számunkra, hogy adott esetben számunkra idegen emberekkel is hatékonyan tudjunk interakcióba lépni. Ugyanakkor a társadalmi kategorizáció teszi lehetővé a diszkriminációt, az előítélet megjelenését is (Smith és Mackie, 2004).

A sztereotípiát az adott társadalmi kategória „tipikus” képviselőjének tulajdonított jellegzetességeket foglalja magában. Van egy jól meghatározható, konszenzusos „kép” arról, hogy egy „üzletembernek” milyen öltözete van és mi a jellegzetes tevékenysége. De ehhez a képhez burkolt személyiségelméleteket is társítunk: milyen személyiségvonásokkal rendelkezik, hogyan viselkedik másokkal és érzéseket vált ki a többiekben.

Az, hogy mire milyen sztereotípiát alapján gondolunk, messzemenően függ attól, hogy az éppen aktuális szituáció milyen szociális kategorizációt indított el. Egy adott emberhez másként fogunk viszonyulni, ha a „roma” sztereotípiát aktivizálódott bennünk vele kapcsolatban, ahhoz képest, ha „közgazdászként” gondolunk rá. És a „roma közgazdász” is azt fogja tapasztalni, hogy attól függően, hogy valaki „romának” vagy „közgazdásznak” tekinti, másként fog hozzá viszonyulni, eltérő stílusú kommunikációt folytat vele stb.

A testalkattal kapcsolatos sztereotípiákról a pszichológia is nagyon keveset tud. A már említett Sheldon, aki 1942-ben a lelki alkat és a testalkat viszonyát vizsgálta, az alábbi tipológiát alakította ki:

- a szomatotípus (testalkati): az embrionális csíralemezek alapján állapít meg endomorf (kövér), mezomorf (izmos) és ektomorf (sovány) kategóriákat. Egy embert azzal lehet jellemezni, hogy a három típus milyen mértékben van jelen.
- b temperamentum (pszichés alkat): viszcerotónia : nyugalom, türelem, szociabilitás, kiegyensúlyozottság; szomatotónia: bátorság, energikusság, kockázat keresése, aktivitás keresése, cerebrotónia: fizikai és érzelmi visszafogottság, titkolódzás, saját világba való visszavonulás (Carver és Scheier, 1998).

Noha Sheldon, eredeti hipotézisét – miszerint a testalkat és a lelki alkat között jelentős korreláció van - módszertani megalapozottság hiányában nem tudta igazolni, a fenti elmélet a testalkatokkal kapcsolatos sztereotípiákra kiváló eligazítást ad.

Érdekes módon, ahogy a későbbiekben látható, a testalkati sztereotípiák munkaerőpiaci jelentőségét gazdaságtani kutatások is igazolták.

## 6. Az obesitas és közgazdaságtani vonatkozásai

Az obesitas, a túlsúlyosság kiemelt fontosságú „jóléti betegség”. Az 1990-es évek végén az USA-ban minden 5-ik személy túlsúlyos. Ez a 30 évvel ezelőtti állapot megduplázódását jelenti. Európában a lakosság 11% alacsony súlyú, 48% normál súlyú, 31 % túlsúlyos és 10% obesitasban szenvedett 1997-ben. A túlsúlyosság szoros kapcsolatban van a társadalmi osztállyal is. Az alacsonyabb társadalmi osztályokban a férfiak esetében 50%-al, a nők esetében pedig 100%-al nagyobb az elhízottak aránya, mint a felsőbb társadalmi osztályokban (European Commission, 1999).

A túlsúlyosság kialakulásának okai változatosak. Az emberek a fizikai mozgás tekintetében kevésbé aktívak, mint korábban. A férfiak esetében 10-ből 7, a nők esetében 10-ből 8 személy nem végzett elég testedzést ahhoz, hogy egészséges maradjon, holott a 80%-uk egészségesnek gondolta magát. A jövedelem is fontos tényező, mivel erős kapcsolatban van a táplálkozás minőségével, alacsony bevételű háztartásokban az étel gyakran tartalék, amiből kispórolják az alkohol, a dohányzás és a kifizetendő számlák árát (European Commission, 1999).

Az utóbbi néhány évtizedben a „kövérség” és a „soványság” dominálja a táplálkozással kapcsolatos beszélgetéseket. A fogyókúrázók többségénél a probléma az, hogy ő érzi magát túlsúlyosnak, nem pedig az, hogy ténylegesen elhízott volna. A „fogyókúraipar” viszont nem tesz ténylegesen különbséget a kettő között. A nők 55%-a akart magának soványabb testet egy európai felmérés során, és csak 37%-a választotta azt a testalkatot ideálisnak, ahová magát is sorolta. Az ideális és a valós kép közötti különbség jelentősebb volt a nőknél. A népesség 1%-a volt túl sovány és mégis fogyni próbált. A soványan is fogyni kívánók 90%-a nő volt: 15-24 év között 53%; 25-34 év között 24%; középisk. végzettségű 53%; felsőfokú 40% (European Commission, 1999).

Egger és Swinborn szerint a test zsírállományának egyensúlya három tényezőtől alakul ki: biológiai, viselkedéses és környezeti tényezőkből. Az ökológiai megközelítés szerint a kövérség nem betegség, hanem természetes következménye egy olyan környezetben létezésnek, mely kövérséget produkál. A mai társadalom túl magasan generálja a zsírbevitel egyensúlyi szintjét az általános aktivitási szinthez képest.

Externáliának hívjuk a piacon kompenzálatlan, pozitív vagy negatív gazdasági hatást, amely befolyásolja egy termék értékét vagy egy harmadik személy jólétét. Az elkövetkező

néhány példa azt szemlélteti, hogy a testsúlynak, illetve a testsúllyal kapcsolatos sztereotípiáknak milyen külső gazdasági hatásai lehetnek.

A gazdasági célzatú tömegkommunikációban, például a marketingben a testsúllyal kapcsolatos sztereotípiák jól bevált eszköznek számítanak. Ugyanakkor viszonylag kevésé foglalkoznak azzal, hogy a hirdetés hatékonyságán túl a nézők önértékelésére, hangulatára milyen módon hatnak ezek a hirdetések. Ezt a negatív externáliát próbálta meg Birkeland kísérleti körülmények között reprodukálni (Birkeland et al., 2005). Ebben a vizsgálatban 138 főiskolai hallgató saját testképével kapcsolatos attitűdöket és hangulatát követték nyomon egy szépségápolási terméket propagáló hirdetés megtekintése után. Az egyik kísérleti változó az volt, hogy a terméket népszerűsíti-e egy vonzó divatmodell vagy nem. Különböző vizsgálati módszerekkel kimutatták, hogy a hallgatók esetében a vonzó divatmodell megtekintése csökkenti a saját testükkel kapcsolatos elégedettséget, valamint negatív hangulatot kelt. Ugyanez a hatás magának a szépségápolási terméknek az exponálása után nem volt kimutatható.

Ugyanakkor az elhízás különböző krónikus megbetegedések nagyobb arányával társul: a túlsúlyos emberek egészségügyi ellátása többbe kerül. Amerikai becslések szerint az életciklusra számított orvosi költségek a diabetes, a magas koleszterinszint, a szív- és koronária megbetegedések miatt közel 10.000 dollárral magasabbak. A fogyás anyagi következményei is jelentősek: becslések szerint a testsúly 10%-os csökkenése az élettartamra számított orvosi költségeket 2.200 - 5.300 dollárral csökkentheti (Bhattacharya és Sood, é. n).

Azonban, a végiggondolatlan váltás a táplálkozás esetében depresszióhoz, extrém esetben öngyilkossághoz is vezethet a testsúly változásának fizikális, és a testkép változásának pszichológiai hatásai miatt. Ezért felkészülten kell a médiaüzeneteket is megfogalmazni (Marks et al., 2000).

Egy francia kutatásban a munkanélküliség és az obesitas kapcsolata jelentősnek bizonyult (Paraponaris, Saliba és Ventelou, 2005). Felnőttek körében sikerült kimutatniuk, hogy minél inkább eltért valaki (felfelé) a BMI átlagától, annál több évet volt munkanélküli. A 20 éven felüli korosztály esetében az is kimutatható volt, hogy a munkanélküliségi periódus után az újbóli elhelyezkedés valószínűsége szignifikánsan alacsonyabb volt a túlsúlyos emberek körében (Paraponaris, Saliba és Ventelou, 2005).

Egy másik, finn kutatás szintén a fenti következtetésre jutott, viszont kiemelte a nemi különbségeket is: kimutatható volt, hogy az elhízott nők hatványozott gazdasági és társadalmi hátrányokkal szembesülnek.



Egy vizsgálatban 3-5 éves korcsoportban vizsgálták a különböző testfelépítéssel kapcsolatos attitűdöket (Cramer és Steinwert, 1998). Többféle, életkori sajátosságoknak megfelelő mérőeszközök használatával már ebben az életkorban is kimutatható volt a túlsúlyhoz kapcsolódó negatív attitűd, testalkati stigmatizáció. Az idősebb gyermekek esetében ez a tendencia kifejezettebb volt, de már a 3 éves gyermekek esetében is világosan kimutatható volt. A kutatók megállapítása szerint a „kövér rossz” kulturális sztereotípiá pervazív hatását mutatja ez az eredmény. Érdekes módon a túlsúlyos óvodások körében erősebben kimutatható volt ez a tendencia (Cramer és Steinwert, 1998). A karcsúság szerepe nem ennyire evidens más társadalmakban, ahol az erő és a jólét szimbóluma is lehet a jól megtermett egyén.

Lakdawalla és Phillipson arra tett kísérletet, hogy kimutassa: a napjaink tapasztalható „obesitas járvány” maga is egy negatív externália: a mezőgazdasági termelésben bekövetkezett technológiai változások és a folyamatosan csökkenő élelmiszerárak a népesség BMI szerinti eloszlásában kedvezőtlen változásokhoz vezetett. Elméletük szerint a testsúlyban bekövetkezett epidemiológiai változások 40%-a vezethető le a kínálati oldalnak, vagyis a mezőgazdasági innováció következtében bekövetkező árcsökkenésnek. A maradék 60% azonban a keresleti oldalon bekövetkező technológiai változásoknak köszönhető: például a házimunkával és az ipari termelő munkával járó fizikai aktivitás csökkenésének (Lakdawalla és Phillipson, 2002).

Jolls megfogalmazása szerint a *racionális választás* standard ökonómiai modellje három korlátlan tényezőre épít, mégpedig a korlátlan racionalitásra, a korlátlan akaraterőre és az önérdek korlátlan érvényesítésére. A korlátozott racionalitás következtében az emberek nem mindig képesek arra, hogy adekvát módon interpretálják a környezeti lehetőségeket. A korlátozott akaraterő a saját tervek követésének viszonylag gyakori sikertelenségében tükröződik. Az önérdek korlátozottsága pedig abban a tendenciában nyilvánul meg, hogy gyakran olyan helyzetben is megfigyelhető altruista magatartás, ahol annak visszatérése nem várható (idézi Monterosso és Ainslie, 2006; Rabin, 2002).

Az elhízással kapcsolatos fogyasztói döntésekben a korlátozott önkontroll komoly problémát jelenthet. Az emberek túl sok lehetőség közül kell választani, melyek közvetlen határkölsége kicsi, de a hosszútávú határhaszna nagy. A korlátozott önkontrollal néhánnyal még meg tudna küzdeni, de nem minddel. A rövidlátó megközelítés miatt egy kísértésnek ellen tud állni, de a másik kísértéssel szembeni ellenállása gyengül (Stutzer és Frey, 2006).

## Irodalomjegyzék

- Bhattacharya, J. – Sood, N. (é. n.): *Health insurance, obesity and its economic costs*. In: The Economics of Obesity: A Report on the Workshop Held at USDA's Economic Research Service. <http://www.ers.usda.gov/publications/efan04004/>
- Birkeland, R. et al. (2005): *Media exposure, mood, and body image dissatisfaction: an experimental test of person versus product priming*. In: *Body image* (2) 53-61.
- Buss, A. H., Plomin, R. (1984): *Temperament. Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. (1998): *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó. Budapest
- Cramer, P. – Steinwert, T. (1998): *Thin is good, fat is bad: how early does it begin?* In: *Journal of Applied Developmental Psychology*. 19 (3). 429-451.
- Egger, G. – Swinburn, B. (1997): *An acological approach to the obesity pandemic*. In *British Medical Journal*. 315. 477-480.
- European Commission (1999): *Pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health*. Luxemburg. EC. DGV/F.3.
- Fieldhouse, P. (1996): *Food and Nutrition: Customs and Culture*, 2nd edn. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Garai László (1997): *Általános gazdaságpszichológia*. JATEPress. Szeged.
- Grossmann, R. – Scala, K. (1993): *Health promotion and organizational development. Developing settings for health*. WHO/EUROPE, IFF. Vienna.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J., Stephenson, G. M. et al., (1999): *Közgazdasági és Jogi könyvkiadó*. Budapest.
- Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról*. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*. Budapest.
- Lakdawalla, D. - Phillipson, T. (2002): *The growth of obesity and technological change: A theoretical and empirical examination*. In: NBER WORKING PAPER SERIES. <http://www.nber.org/papers/w8946>
- 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.

- Monterosso, J., Ainslie, J., The behavioral economics of will in recovery from addiction, *Drug Alcohol Dependence* (2006), doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.004
- Paraponaris, A., Saliba, B. és Ventelou, B. (2005): *Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey*. In: *Economics and Human Biology* 3 (2005) 241–258
- Rabin, M. (2002) A perspective on psychology and economics. *European Economic Review* 46 (2002) 657 – 685
- Rosin, P. (1996): *Sociocultural influences on human food selection*. In: Capaldi, E. D. (ed.): *Why We Eat What We Eat: The Psychology of Eating*. Washington. D. C. APA 233-63.
- Schultz, T. W. (1983): *Beruházás az emberi tőkébe*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Stutzer, A; Frey, B. S. (2006): *What Happiness Research Can Tell Us About Self-Control Problems And Utility Misprediction*. Working Paper No. 267