

A civilek szerepe az egészségi állapot javításában egészség-egyenlőtlenségek csökkentésében és az egészségpolitikák alakításában

II. tananyagrészt

Dr. Vitrai József

Kaposvári Csilla

Bevezető megjegyzés

A téma feldolgozását közös feladatok segítik. A közös feladatmegoldás során 3-5 fős csoportok együtt kidolgozzák a megoldást, majd az egyikük ismerteti a csoport együttesen kialakított álláspontját.

1. Közös munka

- Dr. Kovácsnak, aki az egyik pécsi klinikán dolgozik, feltűnik, hogy az utóbbi időben elhunytak között többen ugyanabból a Somogy megyei faluból, X-ből érkeztek a kórházba. Megkéri epidemiológus barátját, hogy a KSH adatait felhasználva ellenőrizze le, valóban magasabb-e a halandóság abban a faluban. A gyanú igazolódik: X faluban az utóbbi öt évben kétszeres a halandóság a megyei átlaghoz viszonyítva.
- Kérdés: Miért fontos foglalkozni az egészség-egyenlőtlenségekkel?

Megjegyzés

A feladat az egészség-egyenlőtlenség jelentőségének megvilágítására irányul. A példában szereplő „X falu” helyett tetszőleges megválasztott településnév használható. A „KSH” a Központi Statisztikai Hivatalt rövidíti.

Amikor a csoportok ismertetik válaszukat a kérdésre, a beszélgetést vezető előadó kiegészítő kérdésekkel arra törekedjen, hogy a résztvevők több szempontból is próbáljanak választ találni. Így érdemes felvetni az egyének és a családok nézőpontján kívül, a falu vagy a megye önkormányzatának, a háziorvos, a térségi egészségügyi intézmények, gazdasági szereplők esetleges érintettségét. .

Miért fontos foglalkozni az egészség-egyenlőtlenségekkel?

1. Etikai szempontból:
 - a) Csökkenthető a társadalmi igazságtalanság
2. Egészségügyi szempontból:
 - a) Bizonyíték arra, hogy javítható a kedvezőtlen helyzetű csoportok egészsége
 - b) Növelhető az egészségügyi rendszer sikeressége
 - c) Az egyenlőtlenség maga is kórokozó
3. Gazdasági szempontból:
 - a) Az erőforrás-felhasználás javításával növelhető az egészségügy hatékonysága
 - b) Egyenlőtlenség csökkentése növeli a gazdaság hatékonyságát
 - c) „Oki terápia” alkalmazható, ami növeli a fenntarthatóságot

Jelentés egy egészségben elmaradott országból...



Megjegyzés

2.a) ponthoz:

Egy jobb egészségi állapotú csoport létezése igazolja, hogy javítható a hátrányos helyzetű csoportokban élők egészsége.

2.b) ponthoz:

Mivel az egészségügy működtetésének az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott elsődleges célja a lakosság egészségének javítása egy társadalom minden csoportjában, az egyenlőtlenség csökkenése a cél felé haladást igazolja, azaz a sikerességét bizonyítja,

2.c) ponthoz:

Sokszorosan igazolt tudományos tény, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek hozzájárulnak a hátrányos helyzetűek egészségének megromlásához.

3.a) ponthoz:

Ha változatlan nagyságú egészségügyi költségvetés mellett eredményesebb az egészségügy (az egészség-egyenlőtlenség csökkentése miatt), akkor hatékonyabb is, hiszen egységnyi ráfordítással több eredményt ér el.

3.b) ponthoz:

Kutatások sora igazolta, hogy a társadalmi erőforrások felhasználása annál hatékonyabb, minél egyenletesebb azok elosztása. Minél egyenlőbb eséllyel lehet egy társadalomban hozzáférni a közös forrásokhoz (tanulás, beosztás, hivatal, stb.), annál inkább a tehetségtől függ, kik irányítanak, tanítanak, vezetnek, ami pedig növeli a társadalom eredményességét.

3.c) ponthoz: Belátható, hogy ha az egészség-egyenlőtlenség okinak (pl. erőforrásokhoz egyenlő hozzáférés való javítása) megszüntetése hatásosabb, mint ha csak a tüneti kezelést (hátrányos helyzetűeket célzó egészségügyi ellátás megerősítése) alkalmazzuk. Az okok kezelése felszabadít erőforrásokat, így hozzájárul a fenntarthatósághoz.

Erről a dióról a „Jelentés egy egészségben elmaradott országból...” előadásra ugrunk.



Jelentés egy egészségben elmaradott országból...

Egészségjelentés – 2010

Készítették: Vitrai József, Bakacs Márta, Juhász Attila, Kaposvári Csilla, Nagy Csilla

Véleményezték: Amberger Erzsébet, Bagdy Emőke, Bálint Géza, Boldizsár Ferenc, Buda Béla, Csépe Péter, Felvinczi Katalin, Füzesi Zsuzsanna, Gyárfás Iván, Harangozó Judit, Hoffer Gábor, Kapócs Gábor, Kopp Mária, Kullmann Lajos, Páldy Anna, Rácz József, Vokó Zoltán, Zajkás Gábor

Megjegyzés

Az „Egészségjelentés – 2010” előadás bemutatásának indoklásához:

Mielőtt arról kezdünk el részletesebben beszélni, hogy hogyan csökkenthető Magyarországon az egészség-egyenlőtlenség, célszerű röviden áttekinteni, milyen egyáltalán a magyar lakosság egészsége. Ehhez nézzük meg az EgészségMonitor 2010-ben készített egészségjelentésének összefoglalóját!

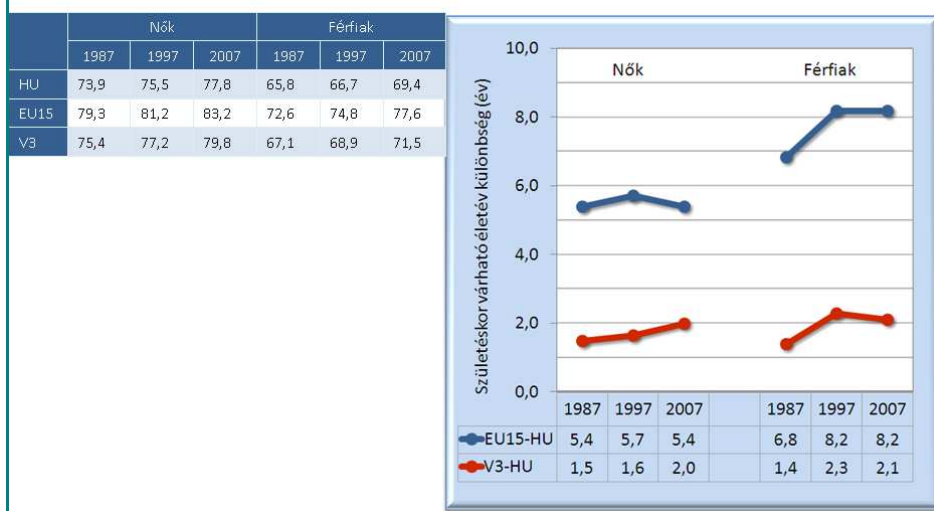
Hogyan értékeltük a lakosság egészségét?

- Nemzetközi ajánlásoknak megfelelő mutatókkal
- Időbeli változásokat is figyelembe véve
- Referencia országokkal összevetve
 - EU15 („ahol jó lenne tartanunk”)
 - Visegrádi országok („ahol lennünk kellene”)
- Vizsgálandó területek:
 - Halandóság
 - Egészségi állapot, betegségek gyakorisága
 - Egyenlőtlenségek

Megjegyzés

Az egészségjelentés legfontosabb módszertani jellemzői – sok külső szakbíráló bevonásán kívül – a körültekintő, hiteles elemzést erősítik.

Születéskor várható élettartam



Megjegyzés

A baloldali táblázat a vizsgált mutató értékeinek időbeli változását mutatja Magyarországra valamint a visegrádi és az EU15 átlagát. A jobboldali ábra a magyar adatoknak a referencia országcsoporthoz számított különbség időbeli változását.

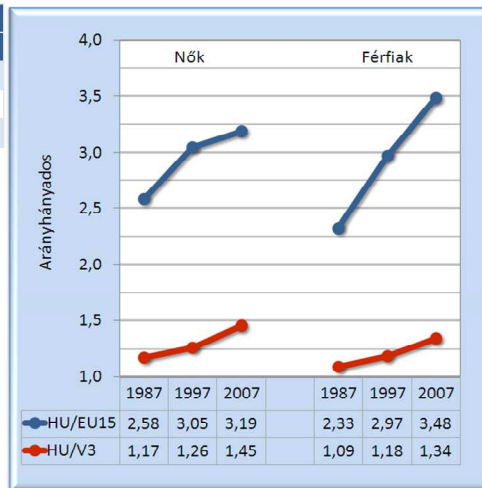
1987-től 2007-ig a magyar lányok születéskor várható élettartama közel 4 évvel, 74 évről 78 évre növekedett. Az EU15 országokban született lányok 2007-ben átlagosan majdnem 5,5, a V3 országokban pedig átlagosan 2 évvel hosszabb életre számíthattak a magyarokénál. Lemaradásunk az eltelt húsz évben nem csökkent: az EU15 országokhoz viszonyított különbség 2007-ben ugyanannyi volt, mint 1987-ben, a V3 országokhoz képest még kissé nőtt is.

Az újszülött magyar fiúk várható élethossza a vizsgált húsz év alatt a lányokénál kevésbé, 3,5 évvel nőtt, 2007-ben 69,4 év volt. Az EU15 országokban született fiúkra a magyaroknál átlagosan több mint 8 évvel, a V3 országokban pedig átlagosan 2 évvel hosszabb élettartam várt 2007-ben. A különbség a vizsgált húsz év során mindkét ország csoporthoz viszonyítva megnövekedett.

Keringési betegségek okozta korai halálozás

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	98,6	80,6	57,0	252,5	223,8	179,3
EU15	38,2	26,4	17,9	108,6	75,3	51,5
V3	84,2	63,9	39,3	231,9	188,9	133,6

100 ezer 65 év alatti lakosra, korra standardizálva

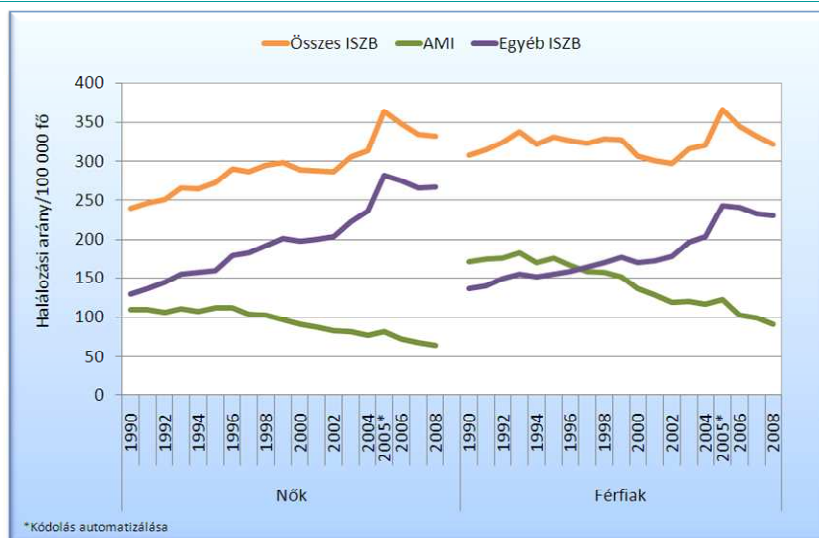


Megjegyzés

Hazánkban a keringési betegségek standardizált halandósága 100 ezer 65 évnél fiatalabb nőre 99 volt 1987-ben, ami 2007-re több mint 40%-kal, 57-re mérséklődött. A tetemes javulás ellenére ez a halandósági szint az EU15 átlagának több mint 3-szorosa, a V3 átlagának közel 1,5-szerese volt. A vizsgált időszakban tapasztalt magyarországi javulás lassúbb ütemű volt, mint a többi országban, emiatt elmaradásunk 1987-óta növekedett.

Férfiaknál hasonló tendenciák figyelhetők meg: húsz év alatt a halandóság 253-ról 179-re, 30%-kal csökkent. A 2007-es magyar halandóság az EU15 átlagának 3,5-szerese, a V3 átlagának pedig mintegy 1,3-szorosa volt. A mérsékelt magyar javulás következtében a férfiak lemaradása is megnövekedett.

Ischaemiás szívbetegségek okozta korai halálozás



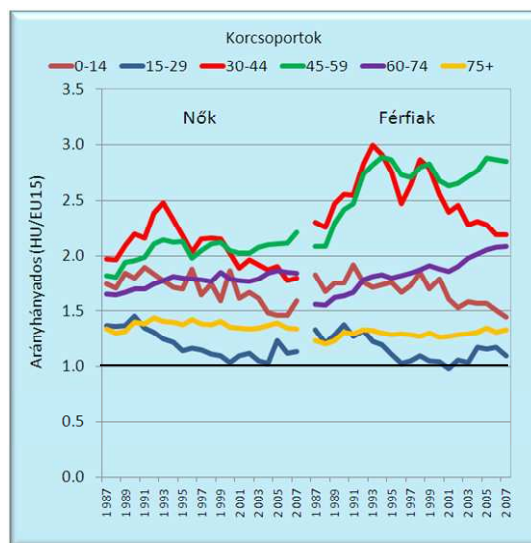
Megjegyzés

Magyarországon 1987-ben az ebben a betegségben elhunyt 65 évnél fiatalabb nők standardizált halálozása 100 ezer főre 37 volt, 2007-ben pedig 24, ami húsz év alatt 35%-os javulásnak felel meg. A komoly csökkenés ellenére ez a halálozási szint az EU15 átlagánál 4-szer, a V3 átlagánál 2-szer volt magasabb. A húsz évvel korábbi értékekhez képest a lemaradás tovább nőtt.

A férfiaknál hasonló tendencia volt megfigyelhető: húsz éve 100 ezer 65 év alatti férfira számítva 136 haláleset fordult elő, 2007-ben már csak 94, ami a kiindulási adathoz viszonyítva 30%-os javulásnak felel meg. A magyar halandóság – jelentős csökkenése ellenére – 2007-ben az EU15 átlagának közel 3,5-szerese, a V3 átlagának pedig 1,7-szerese volt. A magyar férfiak húsz évvel korábbi hátrányos helyzete is tovább romlott.

Az akut myocardialis infarktus (AMI) okozta halálozás utóbbi évtizedben megfigyelhető csökkenését gyakran a magyar egészségügyi ellátórendszer sikertörténeteként értelmezik. A tárgyilagos értékelés érdekében érdemes az AMI-val párhuzamosan az egyéb ischaemiás szívbetegségek (ISZB) alakulását is szemügyre venni. Az adatok azt mutatják, hogy miközben az AMI halálozás 1990 és 2008 között a nőknél közel 40%-kal, férfiaknál mintegy 50%-kal csökkent, az egyéb ISZB halálozás a nőknél több mint 200%-kal, férfiaknál 170%-kal emelkedett. A két változás eredőjeként tíz év alatt az összes ISZB okozta halálozás nőknél 40%-kal nőtt, a férfiaknál gyakorlatilag változatlan maradt.

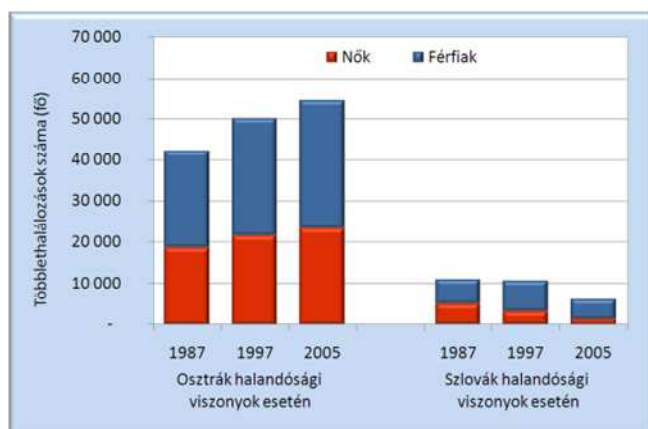
Korcsoporthalándóság összevetése az EU15 országokkal



Megjegyzés

A magyarországi születéskor várható élettartamnak a vizsgált időszakban megfigyelhető növekedése a hazai halandósági viszonyok javulását jelzik. A különböző korosztályok számára azonban ez a javulás eltérő mértékű volt. 1987-hez viszonyítva legnagyobb csökkenést – mind a nőknél, mind a férfiaknál – a legfiatalabbak halandósága mutatta, a legkisebb javulást pedig a 45-59 évesek körében lehetett kimutatni. Az eltelt húsz év alatt a halandóság nem javult folyamatosan, sőt a '90-es évek elején még romlott is! A halandóság növekedése leginkább a munkaképes korúakat érintette, kiemelkedően a 30-44 éveseket. Ha a magyar korcsoporthalándóságot az EU15 országok megfelelő átlagával hasonlítjuk össze, megállapítható, hogy a 45-59 és a 60-74 éves korosztály relatív helyzete a nőknél csekélyebb, a férfiaknál jelentősebb mértékben romlott az eltelt húsz év alatt.

Többlethalálozás osztrák és szlovák halandósággal számolva



	1987-2005
Osztrák halandósággal számolva	1 000 000
Szlovák halandósággal számolva	200 000

Megjegyzés

Azt feltételezve, hogy Magyarországon az EU15-öt képviselő Ausztria halandóságával számolhattunk volna, akkor húsz éve 42 ezer, tíz éve 50 ezer és 2005-ben közel 55 ezer fővel kevesebb hazai haláleset történt volna egy év alatt. Ha a V3 országokat képviselő szlovák halandósággal számolunk, akkor 1987-ben és 1997-ban kerekítve 11 ezerrel kevesebben haltak volna meg Magyarországon azokban az években, de 2005-re hátrányunk már „csak” 6000 főt tett volna ki. A vizsgált időszakra (1987-2005) összesítve, a többlethalálozás az osztrák halandóságot feltételezve közel 1 millió, a szlovák halandósággal számolva pedig 200 ezer fő lett volna. E többlet értékeléséhez fontos megjegyezni, hogy a magyarországi halandóság egészen a '70-es évek közepéig az osztrákhöz és a szlovákhöz hasonló szinten állt.

A halandóság összevetése az EU15 és a V3 országokkal, 2007

Egészségmutató	Nők			Férfiak		
	magyar adat	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva	magyar adat	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Születéskor várható élettartam (években)	78,0 J	-5,5 -	-2 R	69,5 J	-8 R	-2 R
Csecsemőhalandóság (%-ben)	5,6 J	160% J	120 R	6,2 J	150% J	110% -
Többlethalálozás 2005-ben ²		23 400 R	1 400 J		31 200 R	4 800 J
Keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás	57 J	320% R	150% R	179 J	350% R	130% R
Ischaemiás szívbetegség okozta korai halálozás	37 J	400% R	190% R	136 J	350% R	170% R
Akut myocardialis infarktus okozta halálozás	46 J	180% R	140% R	107 J	200% R	130% R
Rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás	96 -	170% R	130% R	172 -	220% R	150% R
Légcső-, hörgő- és tüdőrák okozta korai halálozás	24 J	260% R	210% R	62 -	260% R	160% R
Emésztőrendszer betegségei okozta korai halálozás	28 -	380% -	270% -	82 R	470% -	230% -
Külső okok miatti korai halálozás	19 J	170% J	120% J	80 J	210% J	100% J
Öngyilkosság miatti korai halálozás	7 J	170% J	210% J	31 J	250% J	150% J
Alkoholfogyasztáshoz köthető halálozás	59 J	200% -	160% J	200 J	250% R	140% J
Dohányzáshoz köthető halálozás	320 J	250% R	160% -	640 J	250% R	150% R

Megjegyzés

Bár az eltelt két évtizedben a magyar halálozási mutatók javultak, a magyarok életkilátásai szinte valamennyi összehasonlításban rosszabbak, mint átlagosan az EU15 vagy a V3 lakosaié. Lemaradásunk 1987 óta általában még növekedett is – nem számítva néhány kevésbé jelentős halálozási mutatót. Az eltelt húsz év során Magyarországon a halandóság nem javult folyamatosan, sőt, a '90-es évek elején még romlott is. A halálozások felét okozó keringési és a negyedét okozó daganatos betegségekből megfigyelhető jelentős és növekvő leszakadás okolható elsősorban a magyarok jóval rövidebb várható élettartamáért.

Az egészségi állapot összevetése az EU15 és a V3 országokkal, 2006



Egészségmutató	magyar adat (%)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak ítélik aránya	15	250%	140%
Napi tevékenységükben erősen korlátozottak aránya	11	170%	170%
Cukorbeteg aránya	7	120%	130%
Asztmában szenvedők aránya	6	80%	120%
Magasvérnyomásban szenvedők aránya	27	150%	120%
Mozgásszervi betegségben szenvedők aránya	33	150%	140%
Daganatos betegségben szenvedők aránya	2	70%	120%
Agyérbetegségben szenvedők aránya	5	220%	460%
Krónikus szorongásban, depresszióban szenvedők aránya	10	110%	100%

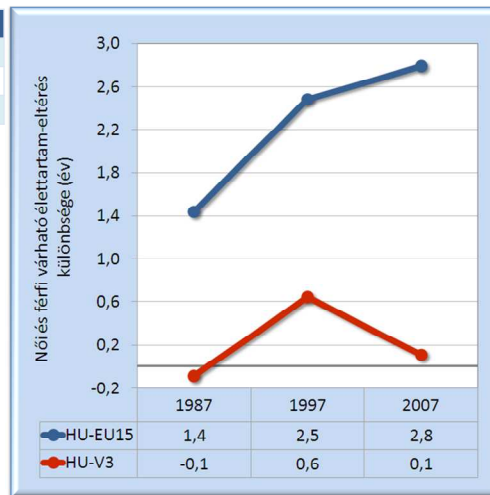
Megjegyzés

A többi európai országhoz viszonyított magasabb halandósággal összhangban a betegségek előfordulását tekintve is nagy az elmaradásunk. Az adatok azt mutatják, hogy az asztmát leszámítva mindegyik vizsgált betegség esetén rosszabb a helyzet Magyarországon, mint a referencia országokban. A keringési betegségek kiemelkedő jelentősége itt is megfigyelhető, hiszen a többi országhoz képest jóval gyakoribbak az agyérbetegségek valamint a magasvérnyomás. A mozgásszervi betegségek magas arányú előfordulása is figyelemre méltó. A daganatos betegségeknek az EU15 országokhoz képest átlagosan alacsonyabb gyakorisága és egyidejűleg magasabb halandósága feltehetően azt jelzi, hogy Magyarországon kevesebben élnek ilyen betegséggel, azaz a daganatos betegek – nyugati társaikkal összevetve – rövidebb ideig élnek.

Női és férfi várható élettartam-eltérés összevetése az EU15 és a V3 országokkal



	1987	1997	2007
HU	8,2	8,9	8,4
EU15	6,7	6,4	5,6
V3	8,3	8,2	8,3



Megjegyzés

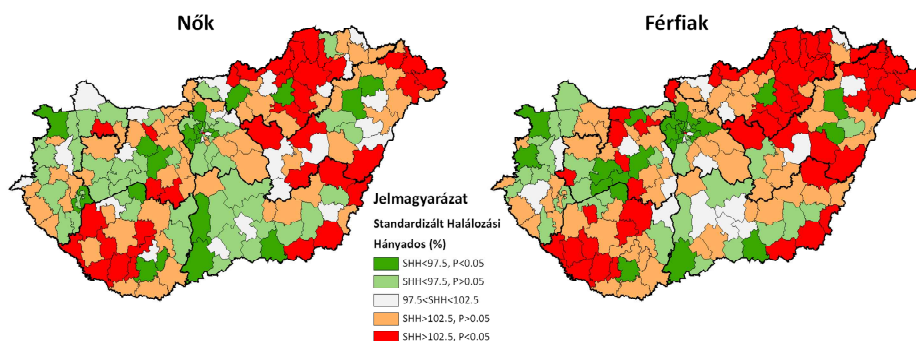
Magyarországon 2007-ben az újszülött fiúk közel 8,5 évvel kevesebb életévre számíthattak, mint a leányok. Húsz évvel korábban a fiúk hátránya valamivel kisebb volt, azóta a különbség közel 3%-kal nőtt. 2007-ben az EU15 országokban ez a különbség átlagosan mintegy 3 évvel kevesebb volt, mint hazánkban. Magyarország lemaradása e téren 1987 óta növekedett, hiszen a női-férfi élettartam-különbség akkor még csak 1,5 évvel volt több az EU15 átlagánál. A V3 átlagához viszonyítva ebben a mutatóban lényeges változás nem történt.



Magyarországon a vizsgált időszakban, 2001 és 2008 között a 100 ezer 75 év alatti nőre számított elkerülhető halálozás ötödével, 163-ról 128-ra csökkent. Mivel ez idő alatt a nem elkerülhető halálozás is lecsökkent, az elkerülhető halálozásnak az összes korai halálozásban képviselt aránya alig változott: a 2001-es 39%-ról a 2008-as 35%-ra mérsékelődött.

13

Az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlenségei, 2006-2008



A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét.

Megjegyzés

Az elkerülhető halálozás térségi mintázata átfedést mutat a társadalmi-gazdasági helyzetet jellemző deprivációs index térségi mintázatával. Az elemzés mindkét nem esetében erős kapcsolatot ($p < 0,001$) mutatott ki a társadalmi-gazdasági helyzet és az elkerülhető halálozás között. Az elkerülhető halálozás kockázata a depriváció emelkedésével (azaz a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetének romlásával) együtt emelkedő tendenciát mutatott. A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, a férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét. A legkedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségek elkerülhető halálozása a nők esetében 17%-kal, a férfiaknál 22%-kal haladta meg az országos szintet, míg a legjobb helyzetű kistérségekben a nőknél 16%-kal, a férfiaknál pedig 25%-kal volt alacsonyabb a nem-specifikus országos halálozásnál.

Elkerülhető halálozás az EU15 országokban

	Standardizált halálozási arány 100 000 főre (2000/02)				Standardizált halálozási arány 100 000 főre (2000/02)		
	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás*	Elkerülhető részaránya		Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás*	Elkerülhető részaránya
Nők				Férfiak			
Spanyolország	184	72	39%	Svédország	366	91	25%
Finnország	219	77	35%	Finnország	493	131	26%
Franciaország	208	78	38%	Hollandia	447	131	29%
Svédország	220	78	36%	Egyesült Királyság	437	132	30%
Olaszország	197	81	41%	Írország	504	140	28%
Ausztria	225	90	40%	Olaszország	399	144	36%
Németország	236	92	39%	Franciaország	485	150	31%
Hollandia	260	100	39%	Németország	472	150	32%
Portugália	245	103	42%	Ausztria	456	151	33%
Egyesült Királyság	268	105	39%	Spanyolország	440	153	35%
Írország	287	114	40%	Portugália	535	194	36%
Lengyelország	333	130	39%	Csehország	661	234	35%
Magyarország	410	184	45%	Lengyelország	794	260	33%
Csehország	313	238	76%	Magyarország	931	379	41%

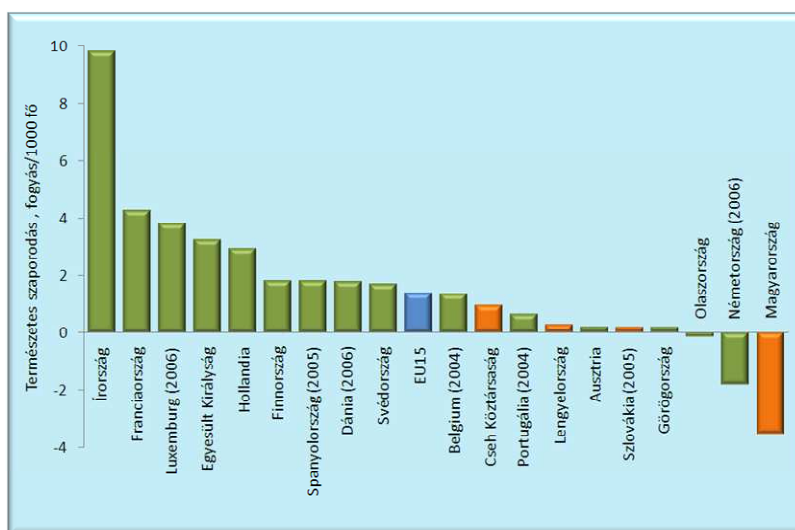
Elkerülhető halálozás az OECD európai tagországaiban

Ország	Elkerülhető halálozás (2002/03)	
	Nők	Férfiak
Franciaország	57.4	72.62
Spanyolország	60.39	87.75
Olaszország	65.09	83.49
Svédország	66.90	89.85
Görögország	67.81	101.13
Finnország	68.06	119.77
Ausztria	70.54	99.30
Norvégia	70.94	88.79
Németország	75.14	105.8
Hollandia	75.81	88.03
Portugália	85.13	124.78
Írország	88.58	118.44
Egyesült Királyság	89.64	116.62
Dánia	96.31	105.48
Magyarország	158.41	264.54

Megjegyzés

Az elkerülhető halálozásra vonatkozó összehasonlítható nemzetközi adatok azt bizonyítják, hogy a '90-es években az európai országok döntő többségében az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás folyamatosan csökkent. Ha az EU15 és a V3 országainak elkerülhető halálozás rangsorában hazánk a nőknél az utolsó előtti, a férfiaknál az utolsó helyen állt. Az első helyen álló Svédországhoz képest a magyar elkerülhető halálozás a nőknél 2,2-szeres, a férfiaknál 2,5-szeres többletet mutatott. Az OECD tagországok halálozási rangsorában hazánk mindkét nemben az utolsó helyen végzett. A legjobb helyezést elérő Franciaország halandósági szintjének a magyar érték a nőknél 2,8-szer, a férfiaknál 3,6-szer nagyobb volt.

A természetes növekedés/fogyás összevetése az EU15 és a V3 országokkal



Megjegyzés

A kimagaslóan magas halandóság, valamint a vizsgált országoknál alacsonyabb születésszám következményeként Magyarország – a 2007-es népességi adatok alapján – a referencia országokhoz képest kiemelkedően fogyó népességű ország, azaz a halálozások és a születések 1000 lakosra vetített különbsége hazánkban a legnagyobb az EU15 és a V3 országok közül. A közhiedelemmel ellentétben a magyar népesség a többi országhoz viszonyítva, a kor szerinti összetétele alapján nem tekinthető előregedettnak, hiszen sem a 15 év alattiak, sem a 65 év felettiek aránya nem tér el lényegesen a vizsgált országok átlagától.

Milyen okok húzódnak meg a leszakadó magyarországi egészségi állapot mögött?

- Életmód
- Egészséges választás feltételei
- Pszichoszociális környezet
- Társadalmi-gazdasági-politikai környezet
- Egészségügyi-, szociális ellátórendszer

Megjegyzés

A nemzetközi és a hazai kutatások eredményei alapján feltételezhető, hogy a magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapotáért különböző tényezők lehetnek felelősek:

Elsőként az egészséget közvetlenül befolyásoló egészségkárosító életmód a többi országhoz képest jelentős hazai elterjedtsége hibáztatható. Szerepét a túlzott alkoholfogyasztáshoz és a dohányzáshoz köthető, a referencia országokéhoz viszonyított magas halandóság meggyőzően bizonyítja. A keringési betegségek kiugróan magas halandóságához – ezeken túl – az egészségtelen táplálkozás, és a testmozgás hiánya is hozzájárulhat.

A helytelen egészségmagatartás hátterében jórészt az egészségnevelés és egészségfejlesztés modern és eredményes módszerei elterjedtségének hiányosságai, az e célokra fordított összegek elégtelensége valamint az egészséges életmódhoz szükséges információkhoz, termékekhez, szolgáltatásokhoz, sportolási lehetőségekhez való korlátozott hozzáférés állnak. Az egészséges választások további akadálya a helyes döntéshez szükséges ismeretek és a kellő motiváció hiánya.

A kisebb és nagyobb közösségekben az egyént érő stressz, az általános érték- és bizalomhiány, a támogató közösségek, az emberi szolidaritás gyakori hiánya, a kapcsolatokat sokszor romboló kommunikációs "kultúra", az asszertív konfliktuskezelés nehézsége, a negatív gondolkodás, az emberek közti ellentéteket szító közhangulat, a széles körű stigma és diszkrimináció egyaránt hozzájárul a lelki és testi egészségünk megromlásához. A fokozott stressz ugyanis nem csak lelki betegségekhez vezet. A depresszió és a stressz közvetlenül járul hozzá testi betegségek kiváltásához és rosszabbodásához. A környezeti stresszek hatásai pedig a gén-környezet kölcsönhatás révén a következő generációknak is átadódnak.

Az egészséget ily módon károsító pszichoszociális környezet kialakulásában a magyar társadalom szerkezete, politikai és jogi intézményrendszere, az ország gazdasága, gazdasági teljesítménye, foglalkoztatási és jövedelmi viszonyai, de még a közlekedési és információs infrastruktúra is szerepet játszik. Ezek együttesen határozzák meg továbbá az egyéneknek a

hatalomhoz, az erőforrásokhoz, és ezáltal az egészséges életmód feltételeihez való hozzáférést is.

A gazdasági-politikai környezet, a társadalmi infrastruktúra felsorolt elemei az egészségügyi és szociális rendszerek nem megfelelő működtetése keresztül közvetve is okolhatók a magyar lakosság Európától leszakadó egészségéért.

A finn példa

- 1970-ben a 65 évnél fiatalabb finn férfiak halandósága 660/100 ezer, Magyarországon 570/100 ezer
- 2008-ban ott 290, nálunk 570
- 1972-ben Észak-Karélia projekt: átfogó társadalmi-gazdasági-egészségügyi változások
- Pekka Puska professzor: "Egyáltalán nem volt könnyű! Egyidejűleg figyelembe kellett vennünk kulturális, gazdasági és egészségügyi problémákat, és megoldásukhoz szükség volt az összes döntéshozó szerv bevonására, a politikum segítségére is."

Megjegyzés

Míg 1970-ben a 65 évnél fiatalabb finn férfiak halandósága 660/100 ezer, addig Magyarországon csupán 570/100 ezer volt. 2008-ban ugyanez az érték azonban ott 290-re csökkent, míg nálunk 570 maradt! Az ő sikereik azt igazolják, hogy nekünk is sikerülhet. Finnországban 1972-ben indult az Észak-Karélia néven ismertté vált projekt, amely átfogó társadalmi-gazdasági-egészségügyi változások révén produkálta ezt az eredményt. Ha az egészségügyben és más területeken dolgozó szakemberek együtt, összehangoltan cselekszenek, Magyarország is elérhet ilyen sikert. Pekka Puska professzor, aki 25 évig vezette az Észak-Karélia projektet, 2010 februárjában egy kérdésre így válaszolt: "Egyáltalán nem volt könnyű! Egyidejűleg figyelembe kellett vennünk kulturális, gazdasági és egészségügyi problémákat, és megoldásukhoz szükség volt az összes döntéshozó szerv bevonására, a politikum segítségére is."

Itt visszaugrunk az egyenlőtlenség témájára.

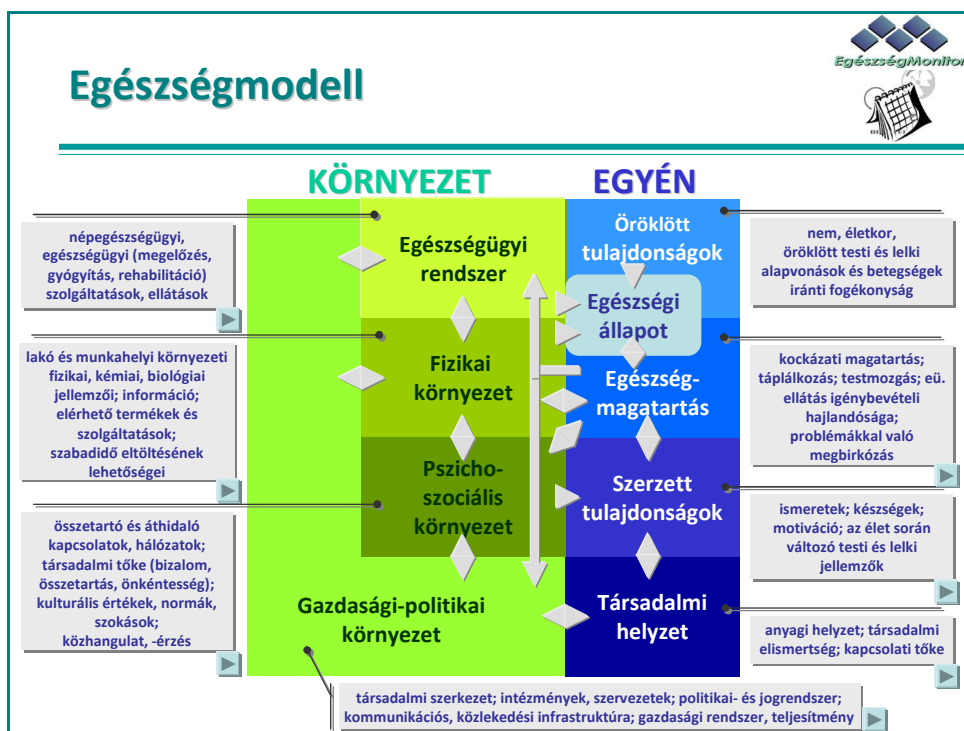
2. Közös munka

- Mitől egészségesebb az egyik ember, és mitől betegebb a másik?
- Mi befolyásolja az egészséget?
- Hogyan javítható az egészség?
- Ki és mit tehet azért, hogy az emberek egészségesebbek legyenek?

Megjegyzés

A csoportmunka célja az, hogy a résztvevők elgondolkodjanak azon, mitől különbözik az egyének egészsége, mi befolyásolhatja azt. Kiegészítő kérdésekkel elősegíthetjük, hogy minél szélesebb körben keressenek befolyásoló tényezőket, és felismerjék azok sokféleségét, összetett ok-okozati kapcsolatrendszerét.

A befolyásoló tényezők azonosítása mellett – ha szükséges – meg kell próbálni rávezetni a résztvevőket arra, hogy egy-egy tényező kedvező irányú javítása javíthatja az egészséget. Feltétlenül érdemes felvetni, mi módon idézhető elő a befolyásoló tényezők kedvező változása.



Megjegyzés

Egy személy egészségi állapota az öröklött és szerzett egyéni tulajdonságain túl, a környezetnek a személyre kifejtett és az adott időpontig összegződött hatásának következménye. Az egészséget befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét a szakemberek ún. egészségmodellekben jelenítik meg. E modellek lehetőséget kínálnak e rendkívül összetett jelenség elemzésére, értelmezésére.

Az egészség-egyenlőtlenségekhez vezető lehetséges okok illetve a különböző egészséget befolyásoló tényezők szerepének tisztázásához vegyük szemügyre a korábban mások által publikált modellek alapján kialakított egészségmodellt. Az egészségi állapotot közvetlenül meghatározzák öröklött biológiai tulajdonságaink, életkorunk, nemünk, vagy a betegségekre való fogékonyságunk. Ugyancsak közvetlen hatással van egészségmagatartásunk, de nemcsak a túlzott alkoholfogyasztás vagy a dohányzás, hanem például az egészségügyi ellátás igénybevételének hajlandósága vagy a problémákkal való megküzdés is.

- Európában a férfiak halandóságában megfigyelt országok közti különbségek 22%-a a dohányzáshoz, 11%-a az alkoholfogyasztáshoz köthető. [Mackenbach és mtsai., 2008]
- A magyar férfiak születéskor várható élettartamának az EU15 országokhoz viszonyított 5,3 éves elmaradásából a gyakoribb dohányzás 2,6 évet, a magasabb alkohol-fogyasztás 1,8 évet tett ki. [Zatoński és mtsai., 2008]
- Olyan lakóhelyi környezetben, ahol nagyobb az egészséges termékek helyi kínálata és jobb a gyalogos közlekedés feltételei alacsonyabb az elhízás gyakorisága. [Stafford és mtsai., 2007; Frank és mtsai., 2007; Harrington és Elliott, 2009; Pouliou és Elliott, 2010]

Az élet során szerzett tulajdonságaink, készségeink az egészségmagatartások keresztül közvetve játszanak szerepet egészségünk alakulásában. Jól ismert az iskolázottságnak vagy a motivációnak az egészségi állapotban való meghatározó szerepe.

- 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint a 8 osztályt végzettel összehasonlítva egyharmada annak az esélye, hogy egy felsőfokú végzettségű úgy véli, keveset vagy semmit sem tehet a saját egészségéért. [Boros, 2005]
- Az iskolázottság és a halandósági egyenlőtlenség között erős összefüggés mutatható ki: az alacsony végzettségű, gazdaságilag aktív 45-54 éves férfiak halálozási esélye több mint négyszerese a felsőfokú végzettségűek körében tapasztaltakénál! [Bakacs és mtsai., 2008]
- A krónikus betegségek gyakoriságára vonatkozó legnagyobb egyenlőtlenséget Portugáliában tapasztalták: az alacsony iskolázottságú férfiaknak esélye 54%-kal, nőknél pedig 96%-kal meghaladta a magasabb iskolázottságúakét. Magyarországon ez lényegesen alacsonyabb, 27% illetve 37% volt. [Eikemo és mtsai., 2008a]

Az egyén társadalmi helyzete, mint a családi állapot vagy a hivatali pozíció az előző két tényezőcsoporton keresztül hat az egészségre.

- A társadalmi helyzet, szubjektív – önmegítélésen alapuló, vagy rövidebben: vélt – szociális státusszal mérve, mindkét nemnél, de a férfiaknál hangsúlyosabban összefüggést mutatott a középkorúak mortalitásával. [Kopp és mtsai., 2005]
- Az idősebb férfiaknál a szubjektív szociális státusz összefüggést mutatott a vélt egészséggel, depresszióval és a krónikus betegségek előfordulásával, a nőknél ezeken kívül a cukorbetegséggel, a HDL koleszterinnel. [Demakakos és mtsai., 2008]
- A jövedelem egészségi állapotra kifejtett (abszolút) hatás nem lineáris: szegényebbeknél nagyobb. [Jen és mtsai., 2009b]

A környezeti tényezők közül az egészségügy szerepe nem igényel különösebb magyarázatot.

- Minden 6. magyar beteg hátrányos megkülönböztetést tapasztalt az ellátás körülményeiben (bánásmód, döntési szabadság, titoktartás, kommunikáció, az ellátáshoz való jutás ideje, szociális tér, fizikai tér, orvosválasztás) . [Vitrai, 2007]
- Azok aránya, akik a legalacsonyabb jövedelmi ötödben arról számoltak be, hogy szükségét látták, de a várható költségek miatt mégsem tudtak egészségügyi ellátást igénybe venni, 0%-tól (Egyesült Királyság) 18%-ig (Portugália) változott. Magyarországon az alacsony jövedelmi kategóriába tartozók között ezek aránya 4,3% volt, és ezzel a vizsgált 20 ország között az ötödik legmagasabb arányt képviseltük. [OECD, *Health at a Glance 2009*]

Hasonlóan, a fizikai környezet meghatározó szerepe jól ismert, bár itt kiemelendő, hogy a hagyományosnál tágabban értelmezve ide sorolhatók az egészséges élet olyan feltételei, mint a fizikai aktivitást támogató környezet, az egészséges táplálék elérhetősége is.

- A testmozgást támogató környezet és az egészséges ételkészítés elérhetősége több 38%-kal csökkentette a 2. típusú diabéteszt (kiegyenlítve korra, nemre, családi előfordulásra, etnikumra, jövedelemre, vagyonra, iskolázottságra, alkoholfogyasztásra, dohányzásra) [Amy és mtsai 2009]
- Sétát támogató környezetben átlagosan 70 perccel több testmozgást mértek és az elhízás is kisebb gyakorisággal fordult elő, mint a gyaloglást nem támogató lakókörnyezetben. [Brian 2003]
- A közparkok mozgást támogató szolgáltatásai pozitívan függenek össze a testmozgással, függetlenül a kényelmi szinttől. [Kaczynski 2008]

Az előző közvetlen hatást jelentő környezeti tényezők mellett ma már egyre nagyobb hangsúlyt kap a közvetett hatású pszicho-szociális környezet. Az egyént körülvevő kisebb-nagyobb közösségeket jellemző kapcsolatok rendszere, a társadalmi- és kulturális tőke. A lakosság kirívóan rossz egészségének egyik magyarázata éppen a szétesett magyar társadalom lehet, amelyet a közintézményekbe, a másokba vetett bizalom hiánya, a más csoportokkal való szembenállás, az önismerethiány és önértékelési zavar, az általános elégedetlenség és a széleskörű reményvesztettség jellemez.

- Olyan környéken, ahol az alkohol és drog függőség illetve mentális betegségek aránya alacsony, ott nagyobb stressz-tompító közösségi mechanizmusok mutathatók ki. Akik olyan környéken laknak, amelyre a kisebb társas támogatottság, de nagyobb izoláció jellemző, magasabb valószínűséggel szenvednek a vizsgált betegségekből. [Stockdale és mtsai. 2007]
- Jobb vélt egészségre számíthat az, akire a kiterjedt munkahelyi vagy baráti kapcsolatrendszer, az intenzív hitéleti vagy hobbi-klub aktivitás, a másokba vetett bizalom, a közösségért vállalt önkéntes munka jellemző. [Beaudoin, 2009]
- Ahol a társadalmi tőke, a pszichoszociális stressz magasabb, ott a morbiditás és a halandóság egyaránt alacsonyabb. [Kawachi és mtsai., 1997; Skrabski és mtsai., 2004; Kopp és mtsai., 2006]
- Több mint 50 ország adatainak elemzése alapján igazolható, hogy a jövedelmi helyzetnek a vélt egészségre kifejtett hatása eltérő a Hofstede kulturális dimenziói (individualista/kollektivisták illetve horizontális/vertikális) alapján 4 csoportba osztott országokban. A hatalomtól való távolság és bizonytalanság elkerülése dimenziók ugyanis felerősítik a jövedelmi helyzet és a vélt egészség közötti negatív kapcsolatot. [Mansur és mtsai., 2009]

Végül a gazdasági-politikai környezet, mondhatni a társadalmi infrastruktúra, amely – a biológiaiit leszámítva – a valamennyi tényezőcsoportra jelentős hatással van. Ide tartozik többek között a társadalom felépítése, a politikai és jogrendszer, a tulajdonviszonyok és a

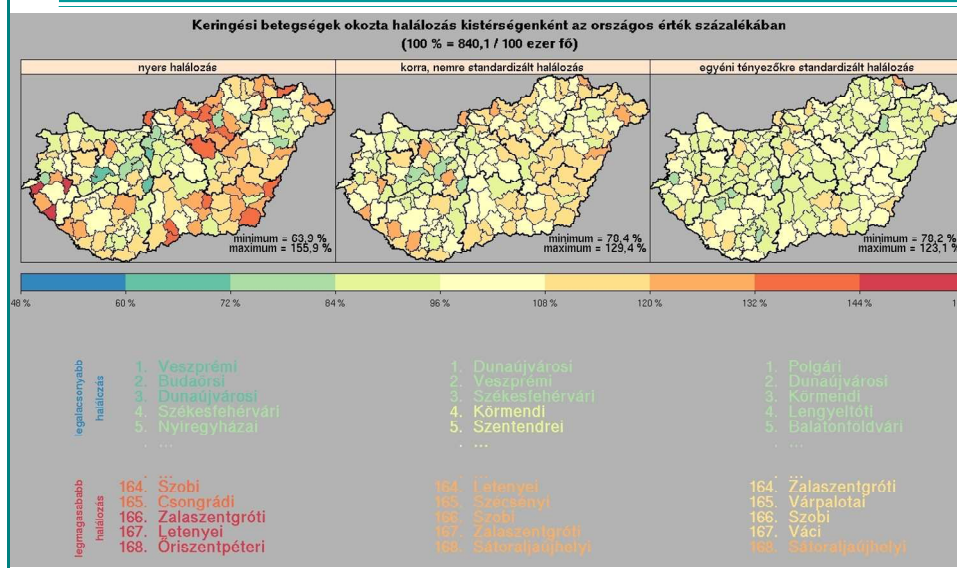
gazdaság is. Mindezek befolyásolják az egyént és környezetét, az életkörülményeket, ahol születik, felnő, dolgozik, és végül megöregszik az ember.

- Közel 70 különböző fejlettségű országra kiterjedő kutatás eredményei alapján: a háztartások jövedelmi egyenlőtlenségei nem növelik a rossz vélt egészség esélyét (sőt csökkentik!), „Wilkinson hipotézise nem igazolódott, mivel nincs szignifikáns összefüggés az egészség és a jövedelmi egyenlőtlenség között azután, hogy az egyéni tényezők hatását kiszűrjük.” [Jen és mtsai., 2009b]
- Ugyanezen felmérés adatainak többszintű elemzésével a vizsgált 45 ország egyes csoportjaiban viszont igazolni tudták Wilkinson hipotézisét. [Mansyur és mtsai., 2008]
- A jövedelmi egyenlőtlenség és az egészség közötti kutatások és a kapcsolódó vita azért értelmetlen erőforrás-pazarlás, mert a kimenttől függetlenül igazolt, hogy a jövedelmi különbségek csökkentése kedvezően hat az egészségre (az abszolút hatás miatt). A gazdaság és az egészség között feltételezett hosszú ok-okozati láncolat vizsgálata helyett a közvetlenebb vagy a közelebbi tényezők hatásának elemzése célszerű. [Zimmerman, 2008]
- Közel 60 millió egyén adatainak elemzésére alapozott foglaló meta-análízis részben megerősíti a jövedelmi egyenlőtlenség negatív hatására vonatkozó feltételezést: nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségű mellett a hatás erősebb, és csak egy egyenlőtlenségi küszöb ($Gini=0,3$) felett érvényesül. Bár a hatás kicsinek bizonyult, de mivel az egész populációt érinti, jelentősége – amennyiben az ok-okozati kapcsolat igaz – nem elhanyagolható. [Kondo és mtsai., 2009]
- Több mint 170 ország adatainak elemzése alapján, a demokrácia fejlettsége pozitív, a politikai rendszer instabilitása negatív összefüggést mutat az egyén egészségével. Míg a demokrácia hatását a jövedelem, addig a politikai rendszer változékonyságát az egészségügyi rendszer közvetíti. [Klomp és de Haan, 2009]
- Az egyéni és környezeti tényezőket külön kezelő többszintű elemzéssel alapján az összes variancia 90%-a egyénekhez, 10%-a a szociális ellátó rendszer típusához (skandináv, angolszász, bismarcki, dél-európai és kelet-európai) köthető. [Eikemo és mtsai., 2008b]

Az egészségi állapotot befolyásoló egyéni és környezeti tényezők közötti kölcsönhatások igen bonyolult rendszert alkotnak, ezek figyelmen kívül hagyása az elemzések eredményeinek értelmezési nehézségeihez vezethet. Egyetlen ilyen példa az egészségi állapot és a társadalmi helyzet közötti oda-vissza hatás: alacsonyabb státusszal járó rosszabb életkörülmények rosszabb egészséget okoznak, és fordítva, a megromlott egészség a munkaképesség megromlása miatt alacsonyabb státuszt eredményez.

Kiemelendő továbbá, hogy az egyes befolyásoló tényezők egészséget meghatározó szerepe a különböző életszakaszokban más és más lehet, ami tovább nehezíti az egészségi állapotot meghatározó tényezők hatásainak szétbontását, elemzését.

Keringési halandóság kistérségi különbségei, 2001-2003

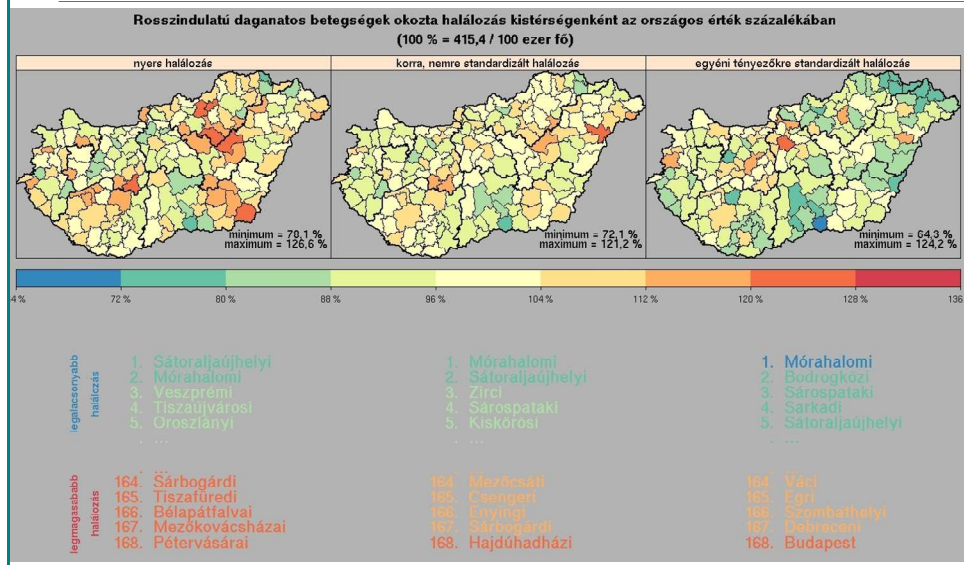


Megjegyzés

A nyers halálozási adatok szerint a legmagasabb kistérségi halandóság (Öriszentpéteri) mintegy 60%-kal haladta meg az országos átlagot, míg a legalacsonyabb ((Veszprémi), kevesebb, mint 65% volt. A kor és nem szerinti standardizálás eredményeképpen az egyenlőtlenség némileg csökkent, kisebb lett az eltérés: a nyers adatoknál közel 100%-os tartomány (max-min), a standardizálás után már csak mintegy 50%-re mérséklődött. Azaz a nyers adatokon kimutatott egyenlőtlenség fele részben a kistérségek lakosságának kor és nem szerinti összetételében jelentkező különbség okozta. Ha a lakosság iskolázottságára és a foglalkoztatottságára is kiegyenlítjük a halálozási adatokat, akkor az egyenlőtlenség némileg tovább csökken (max-min 45%).

Megállapítható tehát, hogy a keringési betegségek okozta halandóságban kimutatható földrajzi egyenlőtlenségek felét a kistérségek lakossági összetétele okozza, de az egyéni tényezőknél túl a lakóhely (kistérség) társadalmi-gazdasági viszonyai is meghatározó szerepet játszanak a földrajzi egyenlőtlenségek kialakulásában.

Daganatos halandóság kistérségi különbségei, 2001-2003



Megjegyzés

A keringési betegségekhez hasonló a daganatos betegségek okozta halandóság földrajzi egyenlőtlenségei, de az egyenlőtlenség jóval kisebb mértékű. A halandóság nyers, korra és nemre standardizált valamint a az iskolázottság és a foglalkoztatottsági státuszra történő kiegyenlítés utáni adatok max-min különbségei 50%-50%-60%.

Levonható a következtetés: a daganatos halandóság esetében nem az egyéni különbségek játszanak szerepet, mert az azokra történt kiegyenlítés nem csökkentette a földrajzi egyenlőtlenségeket. Ennél a betegségnél tapasztalt egyenlőtlenségek tehát inkább a lakóhely környezeti tényezőinek különbségeihez köthetők.

Mi az egészség-egyenlőtlenség?

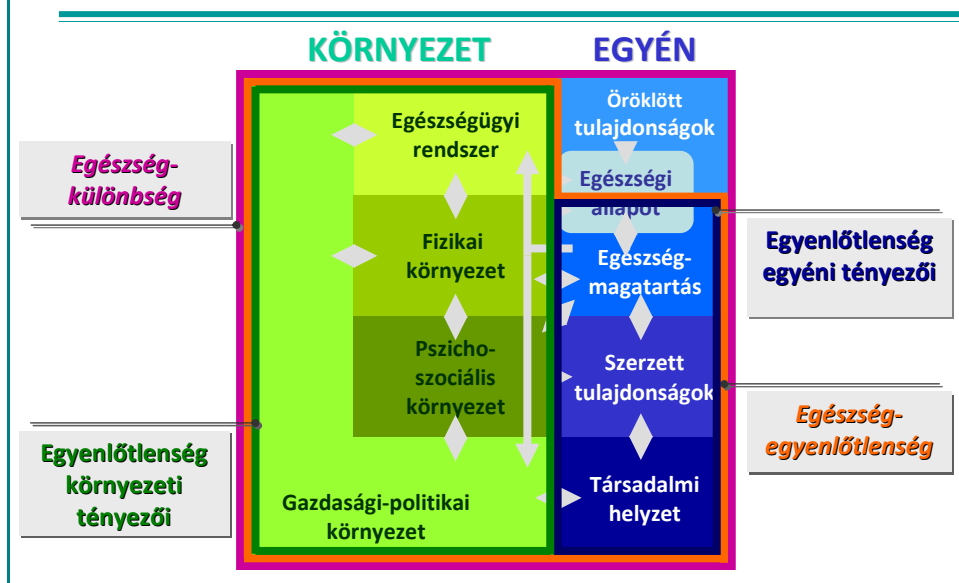
- Egyes társadalmi, demográfiai vagy földrajzi lakosságcsoporthoz egészsége közötti olyan szisztematikus különbség, amelyet egy adott társadalom **elkerülhetőnek** és emiatt **igazságtalannak** tart.
- Szinonimák
 - „egészségi állapot egyenlőtlenségei” [Orosz, 2004; Kovács, 2006],
 - „az egészséggel kapcsolatos esélyegyenlőség” [Susánszky és Szántó, 2005],
 - „az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség” [Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot, 2008],
 - „méltánytalan vagy elkerülhető egészségi egyenlőtlenség” [Kósa, 2010]

Megjegyzés

A csoportok egészségének különbségét angolul inequality, disparity, variability szavakkal jelölik, míg az inequity-vel jelölt fogalmat magyarra egyenlőtlenségként fordítjuk.

Látható, a magyar szóhasználat sem mondható egységesnek, főként a szociális szektorban elterjedt méltányosság és esélyegyenlőség kifejezések miatt.

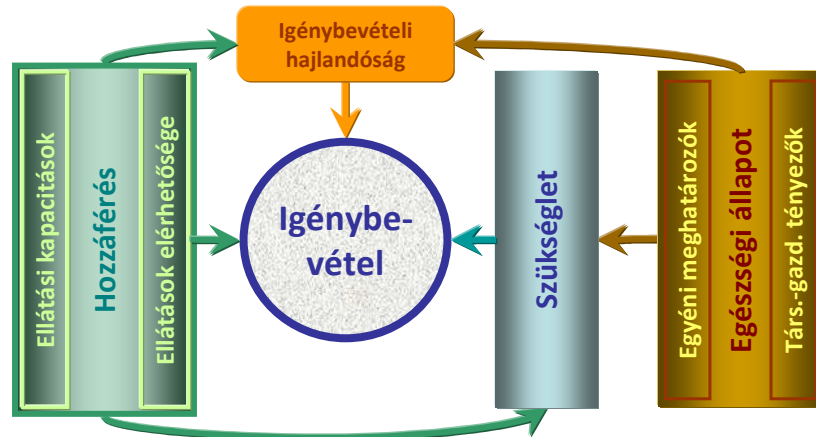
Egészség-egyenlőtlenség modell



Megjegyzés

Mint azt korábbi meghatározásban megfogalmaztuk, az eltérő biológiai adottságokból fakadó eltéréseken túl kimutatott, így elkerülhetőnek és egy adott társadalomban igazságtalannak tartott egészségbeli egyenlőtlenségek jelölésére az egészség-egyenlőtlenségek fogalmát használjuk. Az egyenlőtlenségeket okozó tényezőket az ábrán a narancssárga vonal határolja körül. Kék színnel az egyéni, zöld színnel a környezeti tényezőket kereteztük be. Megjegyezzük, az egyszerűség kedvéért feltételeztük, hogy valamennyi nem biológiai tényező hatásához köthető eltérés társadalmilag nem elfogadott, azaz a narancsszínnel keretezett tényezők egyenlőtlenségeket okoznak.

Egészségügyi ellátás igénybevételének modellje



Megjegyzés

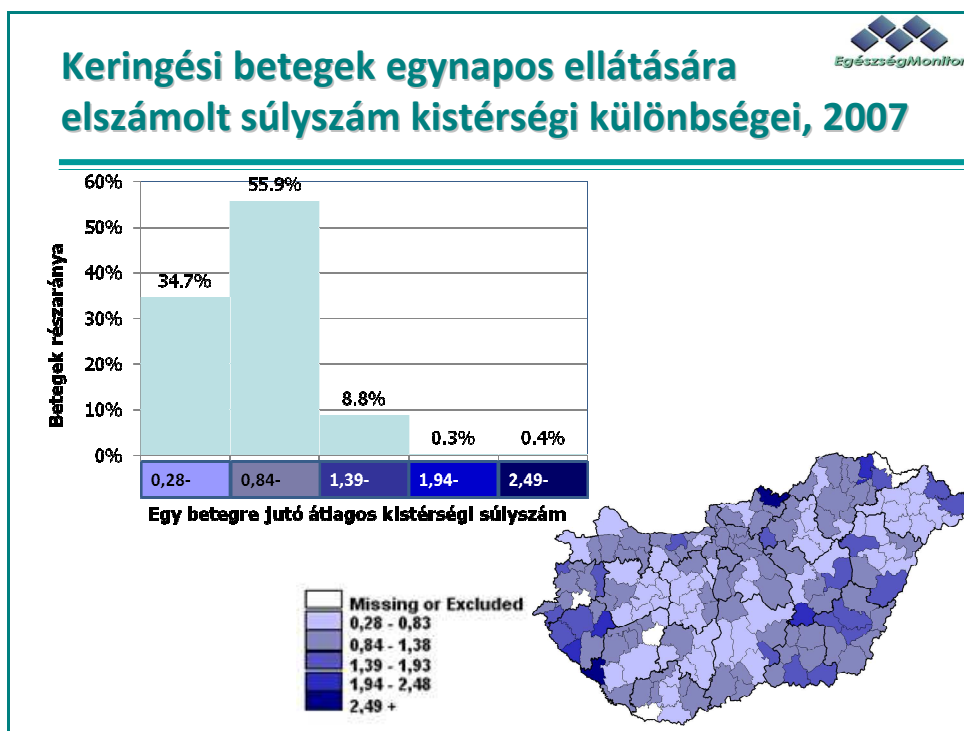
Az ellátás igénybevételét elsősorban az ellátási szükséglet határozza meg. Ahhoz, hogy az ellátási szükséglet igénybevételt célzó cselekvést, szokásos kifejezéssel az orvoshoz fordulást eredményezzen, az adott személynek fel kell tudni ismernie a megjelenő szükségletet, továbbá ki kell alakulnia benne az ellátás igénybevételére irányuló szándéknak is. A modellben igénybevételi hajlandósággént foglaltuk össze ezeket az előfeltételeket, és amelyeket főképpen az egyén egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos ismeretei, egészségtudatossága, anyagi helyzete, családi és munkahelyi körülményei befolyásolnak. (Az ábrán barna nyíl jelöli ezeket a hatásokat.) Hajlandóságát az ellátás igénybevételére azonban környezeti tényezők is befolyásolják: az egészségüggyel korábban kapcsolatba került egyén jó vagy rossz tapasztalatai által. (Felül zöld nyíl jelöli ezt a hatást.) Hiszen az előzőleg szerzett kellemes tapasztalatok bátorítólag hatnak, amikor valaki azt fontolgatja, hogy elmenjen-e az orvoshoz, de a korábban megtapasztalt kellemetlenségek elkerülésre sarkalnak, és az emiatt elmaradó kezelések tovább súlyosbíthatják az egészségi állapotot. (Alsó zöld nyíl.)

Magát az ellátási szükségletet az egészségi állapot kedvezőtlen változása okozza, és e változások – mint a már korábban bemutatott egészség-modell részletezi – számos, egyidejűleg ható egyéni és környezeti tényezőhöz köthetők.

Amennyiben az egyén felismeri ellátási szükségletét és hajlandó is felkeresni egy egészségügyi szolgáltatót, vagyis hogy az orvossal való találkozás létrejöjjön különböző egyéb feltételeknek is teljesülniük kell, hiszen az igénybevételt számos további, környezeti tényező elősegítheti vagy gátolhatja.

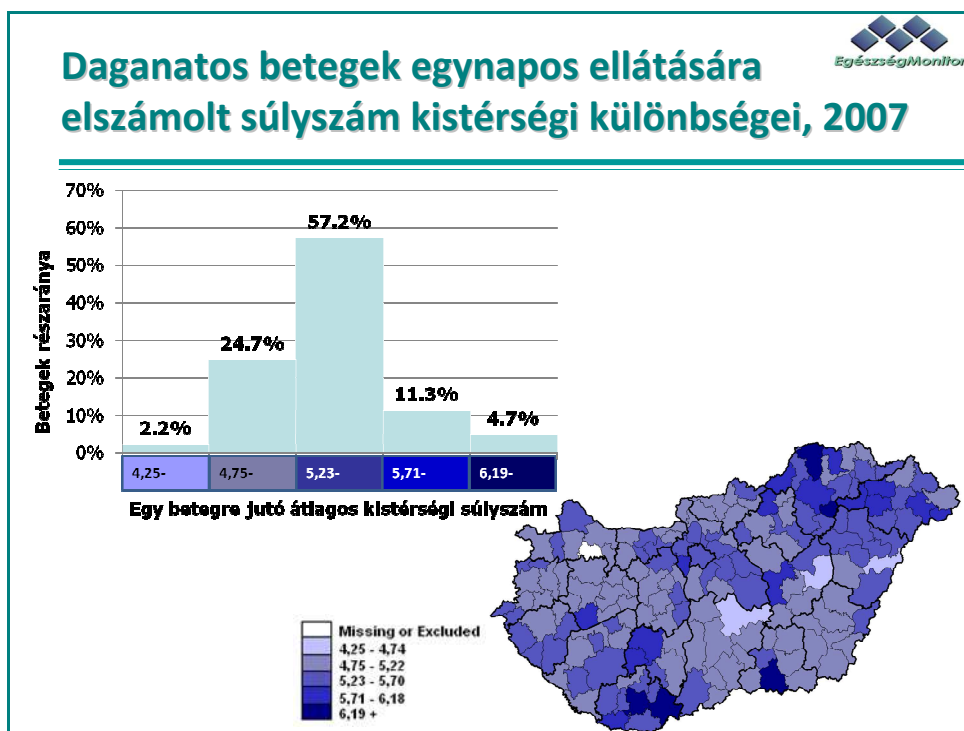
Először is a szükséglet kielégítéséhez megfelelő minőségű és mennyiségű kapacitásoknak adott helyen és időben rendelkezésre kell állnia. Másodszor az rendelkezésre álló kapacitásoknak elérhetőeknek kell lennie. Az elérhetőséget lényegében az ellátás körülményei határozzák meg. Legfontosabbak ezek közül: a fizikai és időbeli megközelíthetőség (mint a közlekedési eszközök és utazási idő, rendelési idő), az igénybevétellel járó költségek (vizitdíj,

telefon és utazási költségek), döntési szabadság (orvosválasztás, kezelési alternatívák-, idő és hely választhatósága) az eljárások áttekinthetősége, egyszerűsége (adminisztrációs kötelezettségek, tájékoztatás), az ellátás „emberi környezete”, vagyis a bánásmód (méltóság, intimitás, megkülönböztetés), fizikai környezete (tér, tisztaság, eszközök), társas környezete (látogatási, kommunikációs lehetőségek).



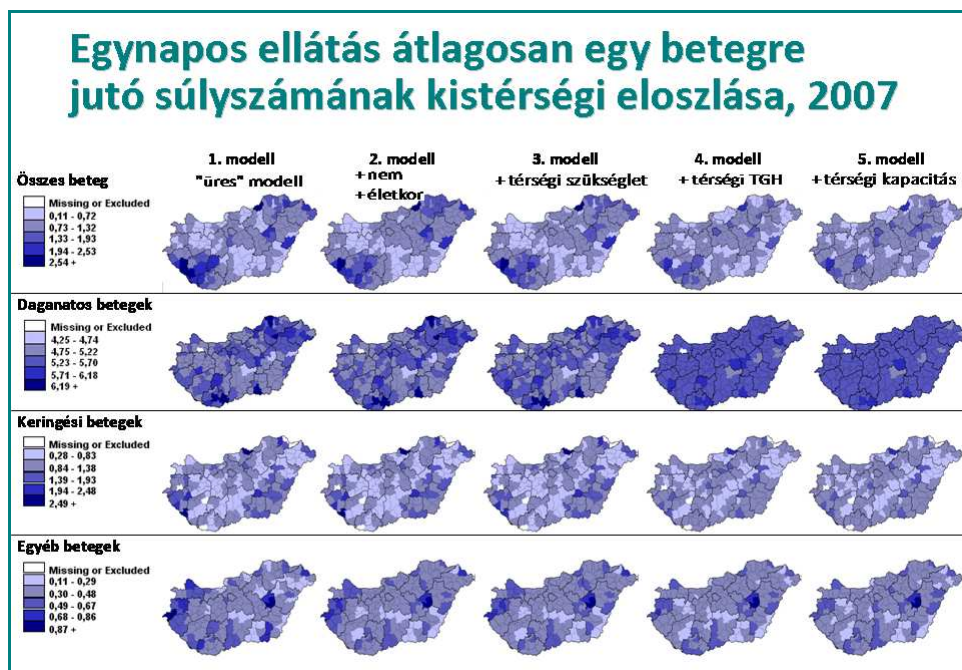
Megjegyzés

Megvizsgálva az egy kistérségben egy beteg egynapos ellátására átlagosan elszámolt súlyszám földrajzi egyenlőtlenségét, azt tapasztalhatjuk, hogy van olyan kistérség, ahol az OEP átlagosan 3-4 szer többet fordít keringési betegek egynapos ellátására, mint máshol. A finanszírozás igen egyenlőtlenül oszlik meg a betegek között, hiszen az ellátott betegek 90%-nak egynapos ellátása esetében az OEP az átlagosnál kevesebb súlyszámnak megfelelő összeget térít. Arra következtethetünk, hogy a szűkös erőforrások elosztásában súlyos egyenlőtlenségek tapasztalhatók.



Megjegyzés

A daganatos betegeknél, szemben a keringési betegeknél tapasztalttal, az egynapos ellátás finanszírozásában nem figyelhető meg finanszírozási egyenlőtlenség, hiszen átlagos súlyszámot térít az OEP a betegek közel 60%-a esetében, és az átlag alatt illetve feletti súlyszámot arányosan egyre kevesebb beteg esetében számoltak el.



Megjegyzés

Az egy betegre vetített átlagos súlysúlyok (ami az ellátásért az OEP-től kapott díjat meghatározta) az egynapos ellátás adatai alapján kistérségenként számottevően különböztek. A legnagyobb átlagos kistérségi súlysúly 8-szorosa volt a legkisebbnek. Valamennyi kistérséget együtt figyelembe véve a keringési betegek finanszírozása mutatta a legnagyobb eltérést: itt a teljes lakosság felét képviselő kistérségekre csupán a kifizetett térítés 35%-a jutott. Ezzel szemben a daganatos betegek egynapos ellátásának finanszírozásában jóval kisebb kistérségi különbségek mutatkoztak, mivel a lakosság felét képviselő kistérségekre a kifizetett térítés 45%-a jutott, és a földrajzi eloszlás is egyenletesebb volt.

A lépésenként elvégzett többszintű statisztikai elemzések során a szükségletre korrigálás a nyers igénybevételi adatokra kimutatott kistérségi különbségeket lecsökkentette, és a földrajzi megoszlás mintázatát megváltoztatta mindkét ellátási formában, különösen a daganatos és a keringési betegek vonatkozásán. Az egynapos ellátásokra elszámolt átlagos súlysúlyok kistérségi egyenlőtlenségeit a vizsgált mutatókkal történő korrekció összességében a daganatos betegeknek 30%-ára, a keringési betegeknek 60%-ára csökkentette. A finanszírozás kistérségi egyenlőtlenségeit a két kiemelt betegcsoportban a lakosság kor és nem szerinti összetételének eltérésein túl különböző befolyásoló tényezők okozták: míg a daganatos betegeknek a lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági jellemzőinek túlsúlya mellett valamennyi tényező, addig a keringési betegeknek csupán a társadalmi-gazdasági környezet játszott jelentős szerepet.

3. Közös munka

- Hogyan csökkenthető az egészség-egyenlőtlenség?
- Ki és mit tehet azért, hogy csökkenjenek az egészség-egyenlőtlenségek?
- Mitől csökkenne X falu egészségének a megyei átlaghoz képest tapasztalható elmaradása?
- Kik lehetnek a főszereplők?

Megjegyzés

Megismerve az egészség-egyenlőtlenségek fogalmát, okait felmerülnek a dián látható kérdések. X falu problémájára gondolva a feladat megoldása során végi kellene gondolni kik és mit tehetnének az egyenlőtlenségek csökkentéséért.

Szüntessük meg az egyenlőtlenségek szakadékát egy generáció alatt! WHO 2008

A WHO ajánlása a fellelhető valamennyi evidenciát, tapasztalatot felhasználva készült el sok száz szakember több éves munkája eredményeképpen. A tudományos bizonyítékok körütekintő elemzés alapján a szakemberek a WHO nevében három fő feladatot jelöltek ki a nemzetközi szervezetek, a nemzeti kormányok, az adományozók illetve a civil szervezetek számára: (1) Javítsuk a mindennapi életkörülményeket! (2) Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását! (3) Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel hatását! A dokumentum e három javaslat alá rendezve, tíz témában, témánként több konkrét beavatkozási lépést fogalmaz meg:

1. JAVASLAT: Javítsuk a mindennapi életkörülményeket!

Olyan döntések szükségesek, amelyek eredményeképpen javul a lányok és asszonyok jólléte valamint azok a körülmények, amelyek között gyermekeik megszületnek, továbbá elismerik a korai fejlődési szakasz és az iskoláztatás jelentőségét, javulnak az élet- és munkakörülmények, megfelelő feltételeket biztosítanak az aktív és békés öregkori élethez.

Egyenlőség az élet kezdetén

- A kormányzat biztosítson mindenki számára minőségi korai fejlesztési szolgáltatás – függetlenül fizetési képességüktől!
- A kormányzat biztosítson olyan minőségi oktatást, amely illeszkedik a gyermekek fizikai/szociális/ valamint nyelvi/kognitív fejlettségéhez, már óvodáskortól kezdődően!
- A kormányzat biztosítson mindenki számára kötelező minőségi alap- és középszintű oktatást, a fizetési képességtől függetlenül, külön figyelmet szentelve a beiskolázási nehézségekre, az oktatásból kiesőkre!

Egészséges lakóhely, egészséges ember

- A helyi önkormányzatok és a civil szervezetek, a kormány támogatásával valósítsanak meg helyi részvételi kormányzást, amely lehetővé teszi a közösség számára, hogy a helyi kormányzat partnereként egészségesebbé és biztonságosabbá válják lakóhelyük!
- A központi és helyi kormányzat, a civil szervezetekkel együttműködve mindenki számára elérhető minőségi lakhatást biztosító településfejlesztést valósítson meg!
- A helyi kormányzat a civil szervezeteket bevonva olyan településfejlesztést végezzen, amely megfelelő közlekedésfejlesztés révén elősegíti a fizikai aktivitást, az egészséges termékek hozzáféréseinek növelésével hozzájárul az egészséges táplálkozás elterjedéséhez, a környezet megfelelő kialakításával, az alkoholárusítás korlátozásával csökkenti az erőszakot és a bűnözést!
- A központi és helyi kormányzat megfelelő programok bevezetésével biztosítson a vidéki lakosság számára mezőgazdasági megművelésre alkalmas földterületeket és munkalehetőséget egész évre, megfelelő kereskedelmi lehetőségeket, valamint az egészség védelmét elősegítő egészségügyi ellátást, oktatást, közlekedést és egyéb közszolgáltatást!
- A kormányok és a nemzetközi szervezetek dolgozzanak ki ajánlásokat a klíma-változás egészség-egyenlőtlenséget érintő hatásainak csökkentését célzó mezőgazdasági, közlekedési, ipari, hulladék-gazdálkodási intézkedésekre!

Igazságos foglalkoztatás, tisztességes munkalehetőség • A kormányzat állítsa politikájának és fejlesztési stratégiájának középpontjába a teljes és igazságos foglalkoztatottságot és a tisztességes munkalehetőséget, ehhez partnerként vonja be a dolgozók képviselőit! • A kormány olyan gazdasági és foglalkoztatási politikát folytasson, amely biztonságos munkahelyet és a tisztességes életvitelhez szükséges bért biztosít! • A kormány biztosítsa azokat a kapacitásokat, amelyek betartatják a mindenki számára járó igazságos foglalkoztatottságot és a tisztességes munkát előíró szabályokat! • A kormány csökkentse a munkahely elvesztésének fenyegetettségét olyan jogalkotással és politikával, amely a tisztességes életvitelhez szükséges bért és társadalombiztosítást biztosító informális, ideiglenes, és részfoglalkozási lehetőséget tesz lehetővé! • A munkáltatók alkalmazzanak minden formális és informális dolgozóra érvényes munkaegészségügyi és –biztonsági szabályokat és programokat, beleértve a munkahelyi stressz és –ártalmak elleni védelmet!
Szociális védelem egész életen át • A kormány és, ahol szükséges, a civil szervezetek, a munkáltatók együttműködésével terjessze ki mindenkire a szociális védelmet az egészséges életvitelhez szükséges szinten! Építsen ki tartalék védelmet azok számára, akik esetleg kiesnek az általános szociális védőhálón! • A kormány és, ahol szükséges, civil szervezetek, munkáltatók együttműködésével terjessze ki a szociális védő rendszert az informális dolgozókra és a háztartásbeliekre is!
Általános egészségügyi szolgáltatás • A kormány a civil szervezetekkel együttműködve építsen ki mindenki számára minőségi szolgáltatást nyújtó, az alapellátásra fókuszáló ellátórendszert! • A kormány biztosítson alapvetően adóból/járulékból finanszírozott egészségügyet, amely függetlenül a rászoruló anyagi helyzetétől mindenki számára ellátást nyújt, és egyidejűleg minimalizálja a hálapénz jellegű kiadást! • A kormány fejlessze az egészségügyi humánkapacitást, gondoskodjon a kiegyensúlyozott területi kapacitáselosztásról!

2. JAVASLAT: Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását!

A társadalom szerveződését kell úgy alakítani, hogy az egészség-egyenlőtlenség és a mindennapi életkörülményekben mutatkozó méltánytalan különbségek lecsökkenjenek. Ehhez erős, elhivatott és alkalmas kapacitásokkal illetve megfelelő anyagi forrásokkal rendelkező civil társadalomra van szükség. Ennek olyan megerősített kormányzás a feltétele, mely elismeri és támogatja a civil szervezeteket, az elszámoltatható magánszférát, a közért tevékenykedő embereket.

Egészség-egyenlőséget minden szakpolitikába, rendszerbe és programba
• A Parlament tűzze ki célul a kormánynak, hogy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóra irányuló programmal csökkentse az egészség-egyenlőtlenséget! • Az egész kormányzat tekintse feladatának és megfelelő eljárásrendet kialakítva munkálkodjon együtt az egészség javításán és az egyenlőtlenség csökkentésén, az eredményekről pedig számoljon be a Parlamentnek! • A kormány intézményesítse az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők monitorozását, valamint a kormányzati döntések egészség-hatás vizsgálatát! • A kormány építse be egészségügyi szakpolitikájába az egészség társadalmi-gazdasági meghatározó tényezőire vonatkozó tudományos ismereteket!
Igazságos finanszírozás
• A kormány fejlessze a progresszív adózási rendszert! • A központi és a helyi kormányzat a civil szervezetekkel együttműködve vezessen be összkormányzati finanszírozást a társadalmi-gazdasági tényezők egészséget támogató változtatására! • A kormány folyamatosan ellenőrizze, hogy a közpénz-felhasználás területi és társadalmi csoportokra vonatkozóan méltányosan történik-e!
Felelősség a piacokért
• A kormány biztosítsa, hogy az egészségügy képviselői részt vegyenek a hazai és nemzetközi gazdasági tárgyalásokon! • A kormány erősítse a közszereplők meghatározó szerepét az egészséget alapvetően érintő termékek előállításában és szolgáltatások nyújtásában valamint azok ellenőrzésében!
Nemek egyenlősége
• A kormány megfelelő jogszabály-alkotással biztosítsa a nemek egyenlőségét és a megkülönböztetés tilalmát! • A kormány működtessen olyan intézményt, amelyik figyelemmel kíséri a nemi egyenlőséget érintő politikát, programokat, intézményi kereteket! • A kormány fejlessze a lányok és asszonyok oktatását, képzését! • A kormány és a munkáltatók biztosítsanak a nőknek a férfiakkal egyenlő bért és munkalehetőséget! • A kormány a civil szervezeteket bevonva fejlessze a mindenki által igénybe vehető nőgyógyászati és szülészeti szolgáltatásokat és programokat!
A civil társadalom politikai szerepének megerősítése
• A kormány fejlessze úgy a politikai- és jogrendszert, hogy az mindenki számára egyenlő lehetőséget biztosítson! • A kormány biztosítson politikai képviseletet a kisebbségeknek szükségleteik, igényeik és jogaik érvényre juttatásához! • A kormány biztosítson igazságos képviseletet minden társadalmi csoportnak az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalban valamint azok végrehajtásában és értékelésében! • A kormány támogassa az egészség-egyenlőtlenségét célzó civil kezdeményezéseket!

3. JAVASLAT: Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel hatását!

A probléma felismerése és az egyenlőtlenség vizsgálata nélkülözhetetlen a beavatkozáshoz. A WHO és a nemzeti kormányok felállítanak egy olyan monitorozó rendszert, amely figyelemmel kíséri az egészség-egyenlőtlenséget és azt befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőket illetve az ezeket érintő politikák hatásait. Az ehhez szükséges szervezetek és erőforrások biztosításához fejleszteni kell a releváns döntéshozói és szakértői ismereteket. A kapcsolódó népegészségügyi kutatások megerősítése ugyancsak elengedhetetlen.

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira vonatkozó monitorozás, képzés, kutatás

- A kormány működtessen egészség-egyenlőtlenséget monitorozó rendszert és a társadalmi-gazdasági meghatározókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtést!
- Az ország kutatástámogatási testületei különítsenek el forrást a társadalmi-gazdasági meghatározók illetve az egészség-egyenlőtlenség kutatására, és a bizonyítékok közzétételére!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek az egészségügyi szakember képzés tananyagának kötelező része legyen!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy a nem egészségügyi oktatásban és képzésben résztvevők illetve a lakosság körében növekedjenek az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek!
- A kormány növelje valamennyi szektor a döntéshozóinak illetve tervezőinek ismereteit az intézkedéseknek az egészség-egyenlőtlenségre vonatkozó hatásainak elemzéséhez!

Egyenlő és egészséges életkezdet

Szülői készséget fejlesztő / korai fejlődést segítő közösségi programok (pl. Skócia, Hollandia, Ausztrália)

- Témák
 - Egészség
 - Nyelv
 - Szocializáció
 - Táplálkozás, szoptatás
 - Korai fejlesztés
 - Ismeretek
 - Kognitív funkciók
- Hátrányos helyzetű, alacsony iskolázottságú, fiatal szülők bevonásával
 - Speciálisan képzett egészségügyi-szociális munkás családlátogatás,
 - Községi házból csoportos szülő-gyerek foglalkozások
 - Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása
 - Egészségügyi alapellátással egybekötött komplex programok

Megjegyzés

Az egészség társadalmi egyenlőtlenségei csökkentésének egyik kiemelt területe az egyenlő és egészséges életkezdet. Ezen projektek egyik legfontosabb üzenete a készségek fejlesztésének fontossága. Nem elég a pusztán információra alapuló ismeretterjesztés vagy információs egészségfejlesztő kampány, az ilyen típusú programok ugyanis bizonyítottan kevésbé hatásosak az alacsonyabb társadalmi osztályokban, ezáltal még növelik is az egyenlőtlenségeket! A komplex, készségfejlesztésre épülő beavatkozások sikeresebbnek bizonyulnak, jelen esetben az egészségesebb táplálkozás, gyereknevelés készségeit gyakorolására és ismereteket, hozzáférést biztosít a komplex megközelítésű program.

Egészséges közösség

Tilburg hátrányos helyzetű közösségei, Hollandia – „Egyenlő egészség-egyenlő lehetőségek” kezdeményezés

- Fókusz: táplálkozás, fizikai aktivitás (elhízás megelőzés), lakhatás
- Alulról felfelé megközelítés
- Célcsoport: teljes lakosság
- 10 éves projekt
- Stratégia: kapacitás építés, közösségi munka, oktatás és információ, egészséges szociális és fizikai környezet
- Résztvevők: helyi önkormányzat és 4 helyi intézmény, NGO-k
- Aktivitási területek
 - Kerületi egészségnap
 - „Beszélgetések ebéddidőben” tematikus összejövetelek
 - Gyalogló klub
 - Gyerek főzőklub
 - Olcsó és jó ételek
 - Reggeli találkozók közösségi központokban, iskolákban reggeli-játékok
 - Fizikai aktivitás hét
 - Poszterek az elhízással kapcsolatban, elhízással kapcsolatos programok
 - Egészség rovat a helyi újságban
 - Helyi fesztiválon interaktív szekció a táplálkozással kapcsolatban
 - Stresszkezelés

Megjegyzés:

Statisztikák mutatták, hogy az alacsony társadalmi helyzetű lakosok átlagosan mintegy 4 évvel hamarabb halnak és 12 évvel rövidebb egészséges életet élnek a magasabb társadalmi helyzetű lakosokhoz képest. Ráadásul ezek az egészség-egyenlőtlenségek nem csökkentek az utóbbi időben. Egyre több kutatás igazolja mindemellett, hogy a hagyományos és szimpla egészségfejlesztés egyáltalán nem hatékony az alacsony szociális helyzetű csoportoknál. Ezért egy olyan beavatkozást terveztek az elkerülhető halálozási egyenlőtlenségek csökkentésére, amely pozitívan befolyásolja a lakókörnyezet és a közösség egészséggel kapcsolatos aspektusait – egészséges szociális, közösségi és fizikai környezet.

Egészséges lakhatás

Liverpool: Egészséges otthon program

- Cél: a kiemelkedően magas (téli) többlethalálozás megelőzése
- Célcsoport: leghátrányosabb helyzetű lakosság bérelt lakásokban
- Városi bizottság és az egészségügyi alapellátási szolgálat együttműködésével
- A legrosszabb állapotban lévő lakások azonosítása és felmérése
- Egészség és biztonság szempontú értékelése
- Tűzvédelem és energiatakarékosági szempontok
- Személyre szabott felújítási terv készítése és kivitelezése
- Egészségi állapot felmérés és egészség megőrzési tanácsok
- A lakók megismertetése az elérhető egészségügyi szolgáltatásokkal
- Több intézmény és más szereplő pl. helyi tűzoltóság, egészségügyi ellátó központok, háziorvosok bevonásával

Megjegyzés

A statisztikák azt találták, hogy Liverpoolban az országos értékekhez képest igen magas a korai halálozás és megbetegedések aránya, melyek a város leghátrányosabb helyzetű területein tapasztalható rossz lakhatási körülményeknek és az otthoni baleseteknek volt betudható. Mindezek mellett a 2004-2007-es időszakban Liverpoolban volt az egyik legmagasabb a téli többlethalálozás az Egyesült Királyságban. Ezért a helyi egészségügyi alapellátási intézet felkérte a városi tanácsot, hogy az Egészséges Lakhatás Programban való részvétel segítségével csökkentsék az egészség-egyenlőtlenségeket.

Az összetett program, láthatóan nem egy tényezőre koncentrál, hanem a lakhatási feltételek javítása mellett a városban elérhető egyébként sokféle egészségügyi ellátás igénybe vételére is ösztönzi a célcsoportot. Mindemellett a célcsoport aktív részvételére épít, és ehhez különféle lehetőségeket kínál. A tanácsadási és nevelési elemek integrált részei a programnak, az egészségfejlesztés és a baleset-megelőzési oktatás formájában. Kiemelendő továbbá az a széleskörű intézményi összefogás, ami a program interszektoriális jellegéből fakadóan is alapvető fontosságú. Jó példa arra is, hogy a helyi egészségügyi ellátó intézet – felismerve egy egészségproblémát – kezdeményez egy másik területen. További információ: www.liverpool.gov.uk/healthyhomes

Egészséges lakóhely és környezet (1.)

Anglia: Egészséges kerület/városrész program

- Célok: elhízás és ezen keresztül az egyenlőtlenségek csökkentése
 - Az egészséges választáshoz való hozzáférés növelése
 - Sétára és kerékpározásra alkalmas területek kialakítása és a hozzáférés javítása
 - Egészséges ételválasztékhoz való hozzáférés elősegítése
- Célcsoport: bevándorolt gyerekek és felnőttek, alacsony jövedelműek

Megjegyzés

Az Egészséges Kerület Program (Healthy Borough) a Kelet-Londoni Tower Hamlets kerületben – amely az egyik majdnem teljesen etnikai kisebbség által lakott terület (bangladesi, szomáliai bevándorlók) – tapasztalható egészség-egyenlőtlenség csökkentését célozza. Köztudott, hogy az elhízás sokkal gyakoribb az alacsony társadalmi és hátrányos helyzetű csoportok körében, és maga az elhízás környezeti és egyéni tényezők együttes eredményeként alakul ki. Ezt a programot programtervezés szempontjából is érdemes részletes bemutatni.

Egészséges lakóhely és környezet (2.)

- Komplex: 15 célzott projekt
 - Stratégiai terv sétáló és bicikli úthálózatok kialakítására
 - Minőségi járda és bicikli utak az aktív utazás elősegítése érdekében
 - Egészséges város tervezés: a helyi fejlesztési koncepcióba kerüljön be az egészség és jóllét szempontjai
 - Parkok és nyitott terek a fizikai aktivitás és közösségfejlesztés érdekében
 - Aktív játék programok
 - Nők és lányok úszás program
 - Egészséges élelmiszerek bolthálózat
 - Egészséges élelmiszerek és táplálkozás – egészségfejlesztő programok, az egészséges ételekhez való hozzáférés segítése a munkahelyeken, iskolákban, kollégiumokban
 - Közösségi részvételre alapozva

Megjegyzés

A program jó példa arra, hogy hogyan érdemes vegyíteni az általános és a célzott beavatkozásokat egy program keretén belül. A megcélzott egészségprobléma itt, az elhízás, és az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése igényli az integrált és egymást erősítő sokféle megközelítést és beavatkozást. A programban összesen 15 különféle projekt fut többféle területen.

A közösség bevonása minden szinten alapvető fontosságú pl. a programon belül a közösségek pályázhatnak, hogy saját ötletüket megvalósíthassák

Programértékelés történik rövid és hosszútávon, része az Egészséges Városok országos program előrehaladása és megvalósítása értékelésének is. További információ: www.onetowerhamlets.net/healthy_borough.aspx

5. Közös munka

Tervezzen egy egészség-egyenlőtlenséget csökkentő programot X faluban!

- Probléma/beavatkozási terület meghatározása
- Ki lenne a célcsoport?
- Kiket vonna be?
- Milyen módszereket javasolna?
- Milyen kapacitást hozna létre?
- Mivel tenné fenntarthatóvá a programot?

Megjegyzés

A közös munka során a csoportok – szem előtt tartva a dián látható szempontokat – megpróbálnak javaslatokat kidolgozni X faluval kapcsolatos konkrét beavatkozásokra és a javasolt tevékenységek végrehajtóira.