

EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK MAGYARORSZÁGON

Adatok az ellátási szükségletek térségi
egyenlőtlenségeinek becsléséhez



EgészségMonitor
Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Budapest, 2008. november

*Készült az
Egészségbiztosítási Felügyelet
megbízásából*

A kutatás vezetője: *Vitrai József*

A kutatás résztvevői: *Hermann Dóra*

Kabos Sándor

Kaposvári Csilla

Lőw András

Páthy Ádám

Várhalmi Zoltán

A tanulmány elérhető: www.egeszsegmonitor.hu valamint a www.ebf.hu honlapon

3. Vezetői összefoglaló

3.1 Miért fontos az egészség-egyenlőtlenség problémája?

A különböző földrajzi térségekben élők illetve társadalmi csoportokhoz tartozók egészsége gyakran nagyon eltérő. Az egészség-eltérések egy részét biológiai tényezők, más részét társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. Az eltérések biológiai okokkal nem magyarázható, egészség-egyenlőtlenségeknek nevezett része csökkenthető, és – mint azt tudományos bizonyítékok sora alátámasztja – az egész lakosság egészségének javítása érdekében csökkentendők is.

Az egészség-eltérések tulajdonképpen az ellátási szükségletekben jelentkező földrajzi vagy társadalmi különbségeket jelenítik meg a szakpolitika számára, míg az egészség-egyenlőtlenségek az egészség javítását célzó programokhoz, fejlesztésekhez nyújtanak megfelelő információt. Másképpen, az egészségben tapasztalható eltérések a „hol?” és a „mit?” kérdésre, az egyenlőtlenségek a „hogyan?” kérdésre adnak választ. Ezért a hazai egészség-eltérések feltérképezése egyfelől lehetőséget teremt a korlátozott egészségügyi erőforrások lakossági szükségletekhez igazodó elosztásához. A magyarországi egészség-egyenlőtlenségek ismeretében másfelől olyan intézkedéseket lehet bevezetni, melyek jelentősen javítani képesek az egész lakosság, de főképp a leginkább hátrányos társadalmi csoportok egészségét.

Régóta közismert, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők igen erősen befolyásolják az egészséget. Az egészség-egyenlőtlenséget számos egyidejűleg ható egyéni és környezeti tényező bonyolult összefüggésrendszere határozza meg, ezért csökkentéséhez elengedhetetlen a befolyásoló tényezők hatásának pontos ismerete. Ezen összetett hatásrendszer feltárása, azaz a hatékony szakpolitikai beavatkozásokhoz szükséges tények és tudás előállítása komoly módszertani kihívást jelent az egészség-információval foglalkozó szakemberek számára. Jelen kutatás a hazai egészség-eltérések és -egyenlőtlenségek feltérképezéséhez a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő módszertan kidolgozását, és az ezzel nyert első eredmények közreadását célozza.

3.2 Milyen újszerű megközelítéssel történt a hazai egészség-egyenlőtlenségek elemzése?

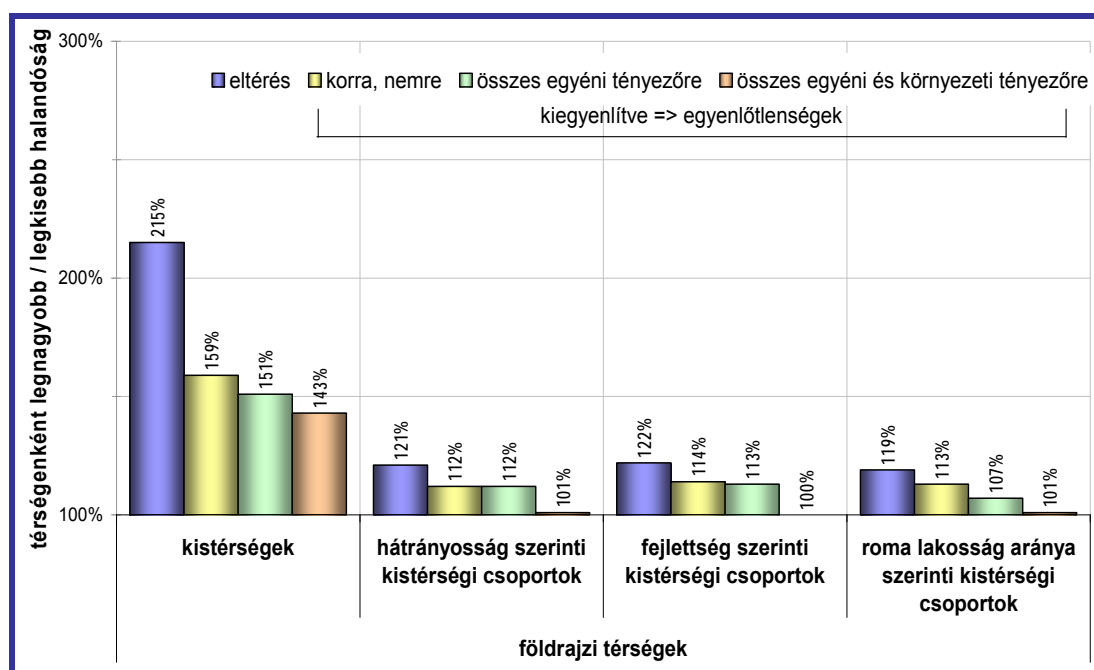
A kutatáshoz a 2001-2003 évekre vonatkozó egyéni *halandósági* és az *egészségi állapot megromlását* jellemző, az Országos Lakossági Egészségfelmérésből származó korlátozottsági adatokat használtuk. A vizsgált személyek *egyénenként* gyűjtött (nem aggregált) biológiai és társadalmi-gazdasági adatain túl *lakóhelyi környezetükre* vonatkozó, kistérségre illetve megyére aggregált társadalmi-gazdasági adatok is szerepeltek az elemzésekben. A kutatás során azt vizsgáltuk, hogy a halandóságot és az egészség megromlását hogyan befolyásolja az egyéni tényezők közül az életkor, a nem, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás (azaz hogy az illető dolgozik/ott vagy nem dolgozik/ott). Az egészség megromlása esetében az előzőeken túl az illető anyagi helyzete és társas támogatottsága (vagyis hogy az egyén mennyire számíthat családjá és barátai segítségére) is egyéni tényezőként szerepelt az elemzésben. A lakóhelyhez kapcsolható környezeti tényezők közül a kistérségek egészségügyi ellátására, gazdasági és demográfiai helyzetére, a pszicho-szociális és urbanizációs jellemzőikre vonatkozó összegző mutatóinak a halandóságra és a korlátozottságra gyakorolt hatását elemeztük. Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezők egymásra épült hatásrendszerének elemzése e két szintet elkülönülten kezelni képes *többszintű statisztikai modellek* segítségével történt. Ez a megközelítés lehetőséget nyújtott az egyéni és környezeti tényezők bonyolult hatásrendszerének felbontására és egy-egy tényezőcsoport önálló hatásának elemzésére.

Az egészség-eltérések és -egyenlőtlenségek földrajzi térségi elemzését *kistérségekre, megyékre* továbbá a *hátrányosság, a fejlettség és a roma lakosság aránya* szerint képzett *kistérségi csoportokra* végeztük el. A társadalmi csoportokra vonatkozó elemzéseket a nem, az életkor, az iskolázottság, a gazdasági aktivitás, valamint – a korlátozottság esetében – az anyagi helyzet és a társas támogatottság szerint képzett csoportokra végeztük el.

3.3 Melyek a legfontosabb eredmények?

A halandóság elemzésének eredményei azt mutatják, hogy a földrajzi térségek között igen jelentős *halandósági eltérések* voltak kimutathatók Magyarországon 2001-2003-ban. A legmagasabb halandóságú kistérségben az összhalálozás több mint kétszeres volt a legalacsonyabbhoz viszonyítva. (1. ábra) Jelentősen megváltozott a kép azonban azt követően, hogy a földrajzi térségek lakosságának egészségi állapotában megfigyelt *eltérésekből* erre alkalmas statisztikai eljárással kiszűrtük a térségek eltérő kor és nem szerinti összetételéből adódó különbségeket. Ezzel, vagyis a biológiai meghatározottságra visszavezethető különbségek kiegyenlítésével, a megváltoztatható és elfogadhatatlannak tekinthető *egyenlőtlenségek* földrajzi megoszlásáról nyertünk információt.

1. ábra: Földrajzi térségek között összhalálozásban mért halandósági eltérések és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



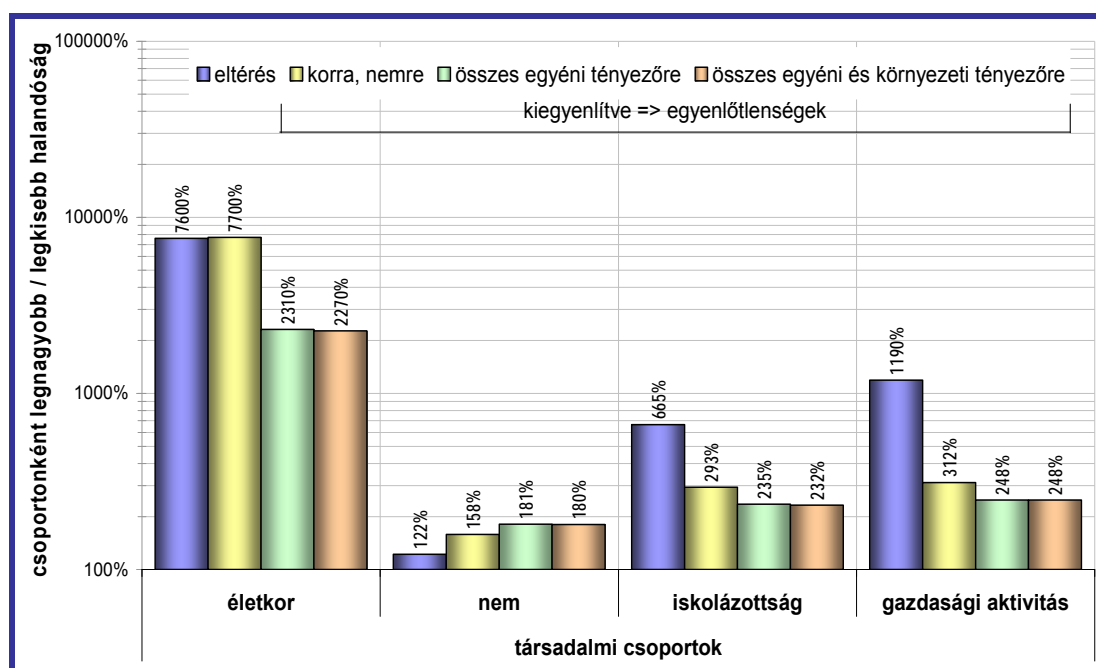
A térségek eltérő kor és nem szerinti összetételének különbségeinek kiegyenlítésével a legnagyobb és legkisebb halandóságú kistérségek közötti eltérések határozottan kisebbek lettek jelezvén, hogy az eltérések háttérben nagyrészt az idősebb lakosság eltérő aránya áll. A lakossági összetétel valamennyi vizsgált egyéni tényezőre, azaz a kor és nem mellett az iskolázottságra és a gazdasági aktivitásra is történő kiegyenlítésével az eltérések további csökkentek. Az egyéni tényezők mellé bevont lakóhelyi környezet, azaz a

kistérségek társadalmi-gazdasági helyzetében mért különbségek kiegyenlítése ugyancsak csökkenést okozott. Valamennyi vizsgált tényező mentén mért eltérések kiszűrését követően a legnagyobb és a legkisebb halandóságú kistérség közötti egyenlőtlenség közel másfélszeres maradt.

Megállapítható tehát, hogy a vizsgálatban szereplő egyéni és környezeti tényezők egyre bővülő körét figyelembe vevő kiegyenlítési lépések után a legnagyobb halandósági kistérség legkisebbhez viszonyított 50%-os többlethalálzásának okai tisztázásához további befolyásoló tényezők vizsgálata szükséges. A kistérségek hátrányossága, fejlettsége és roma lakossági aránya alapján képzett csoportjai között ugyanakkor a kiegyenlítési lépések után eltűntek a halandósági egyenlőtlenségek. E kistérségi csoportok halandósági egyenlőtlenségét – az elemzés eredményei szerint – a vizsgált tényezőkben mutatkozó különbségek okozták.

A vizsgált egyéni tényezők szerint képzett *társadalmi csoportok* között a földrajzi eltéréseket sokszorosán meghaladó halandósági eltérések és egyenlőtlenségek mutatkoztak. (2. ábra) Az ábrán jól látható, hogy az idős és fiatalok halandósága között közel 80-szoros volt az *eltérés*, a dolgozók illetve a nem dolgozók között 12-szeres és mintegy 7-szeres volt az alap- és a középfokú iskolázottságuk között.

2. ábra: Társadalmi csoportok között összhálalozásban mért eltérések és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A vizsgált társadalmi csoportok összetételének illetve lakóhelyi környezetükre történő kiegyenlítése a térségekkel szemben eltérő eredménnyel járt. Bár az *egyenlőtlenségek* itt is lecsökkentek, az iskolázottság és a gazdasági aktivitás szerint hátrányos társadalmi csoportokban a magasabb halandóság – valamennyi vizsgált egyéni és környezeti tényező hatásának kiegyenlítése után is – jelentős maradt. Arra lehet következtetni, hogy az egészséges étellel kapcsolatos társadalmi esélyegyenlőség hátterének részletesebb feltárásához és csökkentéséhez további társadalmi-gazdasági jellemzők bevonása és elemzése szükséges. Az életkori csoportok illetve a nők és férfiak esetében a fennmaradó halandósági egyenlőtlenségek biológiai meghatározottsággal könnyen megmagyarázható.

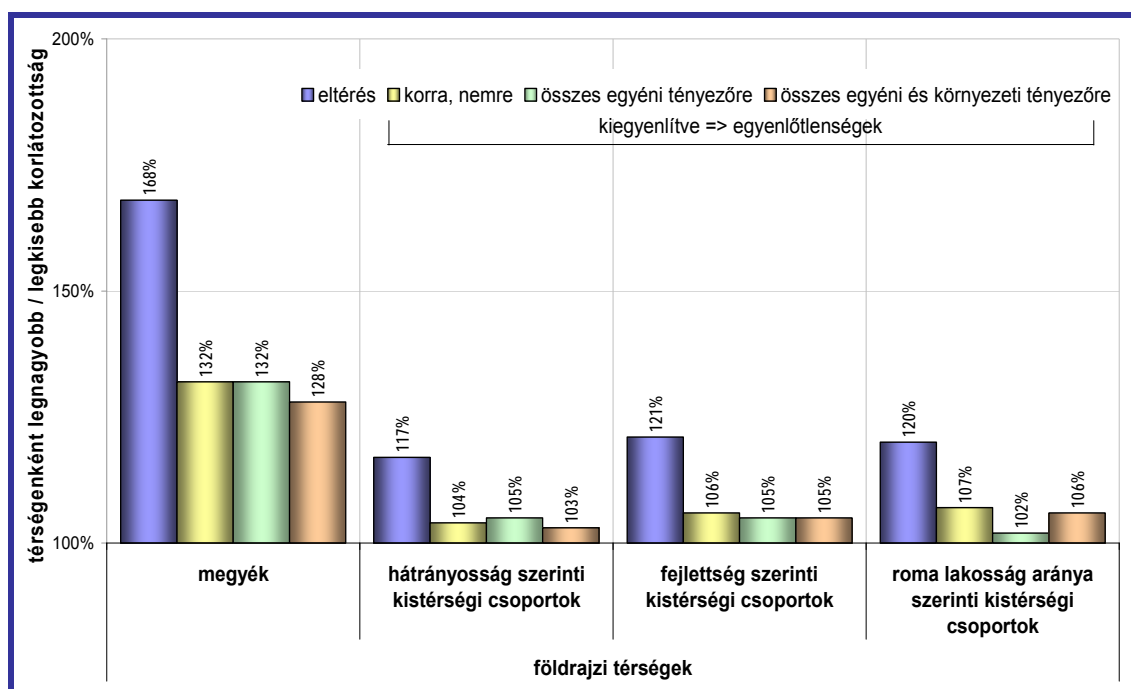
A *keringési halálozásban* a térségi és társadalmi csoportok közötti halandósági eltérések és egyenlőtlenségek az összhálózashoz hasonlóan alakultak. Két különbség azonban kiemelhető: a fiatalok és az idősek közötti halandósági eltérés a keringési halálozásban 5-szöröse, a dolgozók és nem-dolgozók közötti eltérés pedig kétszerese volt az összhálózásnál tapasztaltnál. A halandósági egyenlőtlenségek – az életkori hatás megemelkedett szintjét leszámítva – egészen hasonlóan alakultak.

A *daganatos halálozásban* tapasztalt eltérések és egyenlőtlenségek jellegzetes különbségeket mutattak mind az összhálózással, mind a keringési halálozással összevetve. Egyik fontos különbség, hogy a rosszindulatú daganatos betegségekben az iskolázottsági csoportok között kisebb volt a halandósági eltérés és egyenlőtlenség. A másik jellegzetesség az, hogy a kistérségek lakossági összetételének kiegyenlítése másfélszeresről kétszeresre növelte, a környezeti tényezőkre történő kiegyenlítés ismét lecsökkentette a halandósági egyenlőtlenségeket. Ez a tapasztalat a vizsgált környezeti tényezőknek a daganatos halandóságban betöltött sajátos szerepét igazolja. Az eredmények alapján a kiemelkedő gyakoriságú hazai daganatos halálozás okainak tisztázásához indokolt lenne a térségi halandóság többszintű elemzésének folytatása. Ugyancsak további kutatások szükségesek a legalacsonyabb iskolázottságú és a gazdaságilag inaktív csoportok magas halandósága mögött meghúzódó okok tisztázására, mivel a vizsgált egyéni és környezeti tényezők hatásainak kiszűrése sem csökkentette hátrányukat.

Az *egészség megromlása* miatti korlátozottság nyers adatai alapján míg Hevesben minden 3., Zalában csupán minden 5. lakos nem volt teljesen egészségesnek tekinthető, az *eltérés* közöttük 70%-os volt. A megyék lakosságának összetételében megfigyelt különbségek kiegyenlítését követően az egyenlőtlenség közöttük 30%-ra csökkent. Megállapítható, hogy ha Zala és Heves megye valamennyi vizsgált egyéni tényezőben hasonló lenne, akkor Zala minden 4., Heves minden 3. lakosa lenne korlátozott. Ebből arra következtethetünk, hogy a megyék lakossági összetétele komolyan hozzájárult a korlátozottsági kockázataik között megfigyelt különbségekhez.

A hátrányosság, a fejlettség illetve a roma lakosság aránya alapján képzett kistérségi csoportok között a lakossági összetétel kiegyenlítésének hatására eltűnnek az egészség megromlásában mért egyenlőtlenségek. (3. ábra) Feltételezhető, hogy az elérhető adatok térségi felbontása, illetve a túlságosan nagy kistérségi csoportok „átlagoló” hatása áll ezen eredmények háttérében.

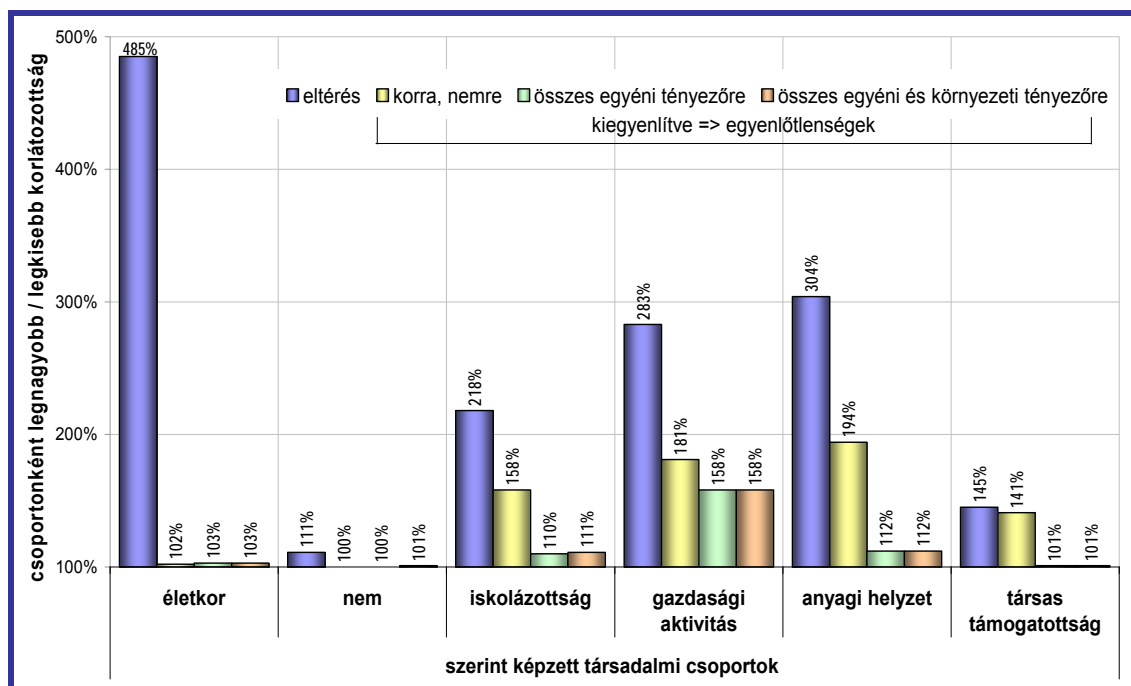
3. ábra: Földrajzi térségek között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért eltérések és egyenlőtlenségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A társadalmi csoportok egészség megromlása miatt fellépő korlátozottság összehasonlításának eredményei azt mutatják, hogy az eltérések és az egyenlőtlenségek közöttük a földrajzi térségekhez képest egészen különbözően alakultak. (4. ábra) Az ábrán jól látható, hogy az életkori csoportok egészségének megromlása közötti eltérést azok nembeli összetételének különbsége

magyarázta csupán, hiszen az arra történt kiegyenlítés eltüntette a korcsoportok közötti különbségeket. A többi társadalmi csoportban az életkor és a nem hatása nagy lehet, hiszen az ezekre az egyéni tényezőkre történt kiegyenlítés nagymértékben csökkentette a korlátozottsági eltéréseket. Jól látszik továbbá, hogy a többi egyéni tényező bevonása a kiegyenlítésbe mindegyik csoportban ugyancsak csökkentő szerepet játszott.

4. ábra: Társadalmi csoportok között az egészség megromlása miatti korlátozottságban mért eltérések és egyenlőségek a befolyásoló tényezők szerinti bontásban



A társadalmi csoportokban mért korlátozottsági egyenlőségekben a környezeti tényezők szerepe elenyésző lehetett, hiszen az azokra történő kiegyenlítés már nem csökkentette tovább az egyenlőség mértékét. Különösen a gazdasági aktivitásnál, de az iskolázottság és az anyagi helyzet esetében is további kutatások szükségesek valamennyi vizsgált tényezőre történt kiegyenlítés után megmaradt egyenlőségek okainak feltárásához.

3.4 Milyen következtetések vonhatók le?

- 1) A kutatás legfontosabb tapasztalatai szerint az egyéni tényezőknek az egészség-egyenlőtlenségekben betöltött szerepe döntő mértékben meghatározó. A lakóhelyi környezet hatása – beleértve az egészségügyi ellátás színvonalát is – nagyrészt az egyéni tényezőkön keresztül jut érvényre, a környezet közvetlen hatásának jelentősége másodlagosnak bizonyult. Olyan szakpolitikai intézkedések, amelyek nem veszik figyelembe az egyéni és a környezeti befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét, minden valószínűség szerint célt tévesztenek, vagy csak nagyon kis hatékonyságúak lehetnek.
- 2) Az egészség-egyenlőtlenség földrajzi és társadalmi megoszlásáról nyert adatait felhasználva lehetőség nyílik az egészségügyi erőforrás elosztását a lakossági szükségletekhez igazítani. A halandóság és a korlátozottság térségi eltérései alapján ugyanis megállapítható, hogy egy adott térségben becsült ellátási szükséglet kielégítéséhez mekkora és milyen összetételű egészségügyi erőforrás illetve milyen betegirányítás működtetése célszerű. Az erőforrások hatékony felhasználása mellett ugyanakkor a szükségletek jobb kielégítése révén – további források bevonás nélkül – komolyan javítható a lakosság elégedettsége. Ezzel nemcsak az ellátás minősége, színvonala emelhető, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége javítható. Ennek nélkülözhetetlen eszköze az egyenlőtlenség rendszeres monitorozása, és ennek eredményét bemutató egészség-egyenlőtlenségi jelentések.
- 3) Az elsőre talán újszerűnek tűnő eredményeket a kutatás két ritkábban alkalmazott statisztikai megközelítése magyarázza: az egészség-egyenlőtlenségeket befolyásoló egyéni és környezeti tényezők hatását egyidejűleg figyelembe vevő többváltozós elemzés valamint az összetett hatásrendszerének elemzésére alkalmas többszintű statisztikai modellek alkalmazása. Az eredmények alátámasztják a kutatók azon előfeltevéseit, hogy az egészséget befolyásoló tényezők bonyolult hatásrendszerének bonyolultabb statisztikai módszerekkel történő „felbontása” segíthet megérteni az egészség-egyenlőtlenségek sajátos okait és így megválaszolni a szakpolitika „hol”, „mit” és „hogyan” kérdéseit.

4) Az elemzés tapasztalatai alapján a szakpolitika számára megfogalmazott javaslatok:

- Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését – más országokhoz hasonlóan – központi kérdésként kellene kezelnie a magyar egészségügyi szakpolitikának is. A hazai egészség-egyenlőtlenségekről rendelkezésre álló információk és a nemzetközi tapasztalatok alapján ma már komoly lehetőségek kínálkoznak az egyenlőtlenségek csökkentésére.
- A hazai egészség-egyenlőtlenségek részletesebb feltárásához további célzott kutatások szükségesek, főképpen a hátrányos társadalmi csoportok valamint a daganatos betegek sajátos problémáinak jobb megértéshez.
- Az egészség-egyenlőtlenségi kutatásokat hátráltató adathozzáférést szabályozó jogi környezet módosítása időszerű lenne.
- Mindezekhez ki kellene építeni az egészség-egyenlőtlenség monitorozásának szakmai bázisát, és az informált döntéshozatal érdekében erősíteni szükséges a szakpolitika és a tudomány képviselőinek együttműködését.