

# Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban

The theory of the fundamental social causes of health inequalities and its implications in health policies

Szerző: Csizmadia Péter ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.07.12.  
doi: 10.24365/ef.v58i2.168

**Összefoglaló:** Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet alapján azt mondhatjuk, hogy az a szakpolitika lehet sikeres, amely – az egyéni aktivitásra és felelősségre alapozó fel fogás helyett – az egyén környezetét és életkörülményeit alakító társadalmi szereplők tevékenységét olyan irányba próbálja módosítani, hogy csökkenjenek a társadalomban jelen lévő egészség egyenlőtlenségek.

**Kulcsszavak:** egészség egyenlőtlenségek, egészségügyi szakpolitika

**Summary:** The implication of the theory of the fundamental social causes of health inequalities is that in place of anticipating personal responsibility and activity in improving health, health policies should modify social actors' activity in a direction which will, as a consequence, result in decreased inequalities.

**Keywords:** inequalities in health, health policy

Egy nemrégiben megjelent cikkünket<sup>1</sup> úgy kezdtük, hogy a nemzetközi fórumokon az utóbbi években ismét fokozott figyelem irányul az egészség egyenlőtlenségek felé, ugyanis a szocioökonómiai eredetű egészség egyenlőtlenségek még a legfejlettebb nyugat-európai jóléti államokban is fennmaradtak, sőt bizonyos mértékig tovább szélesedtek, és nem csökkentek a jóléti intézkedések ellenére sem. Ennek megfelelően a tanulmányban igyekeztünk sorra venni az egyenlőtlenségeket magyarázó fontosabb hipotéziseket. Ezek közül az egyik a Link és Phelan által először 1995-ben publikált az egyenlőtlenségek alapvető (*fundamental*) társadalmi okairól (röviden alapvető okok) szóló teóriát így foglaltuk össze: a társadalmi rétegződés következményei okozák az egészség egyenlőtlenségeket és nem a közvetítő rizikófaktoroknak való kitettség (pl. dohányzás,

pszichoszociális stressz, munkafeltételek). A szocioökonómiai státusz az egyént rugalmas erőforrásokkal ruházza fel, melyek közé többek között a tudás, a pénz, a hatalom, a presztízs és a társadalmi kapcsolatok tartoznak.<sup>2</sup> Ezek segítenek a betegségek kockázatát és azok következményeit csökkenteni. Az erőforrások szerepe az évszázadok alatt változhatott. Az egészségkülönbségek az említett erőforrások egyenlőtlenségének és azok tartós fennmaradásának tulajdoníthatóak. Az egészségi állapotot javító közvetítő mechanizmusok - ilyen lehet például a citológiai mintavétel módjának a fejlődése (Pap-teszt elterjedése) - ellenére, amelyek adott esetben javítják a halandósági adatokat, a SES (*socioeconomic status*, szocioökonómiai státusz) hatását az egészség egyenlőtlenségekre nem képesek kiegyenlíteni.

A hazai szakirodalomban is találunk egy fontos, az alapvető okok elméletet részletesebben taglaló írást Kovács Katalintól, amely segítségével bemutatjuk Link és Phelan gondolatmentét.<sup>3</sup> Az elmélet kidolgozó alapvetően az egyéni egészségkockázatok és az erre irányuló prevenció elképzelések ellenében érvelnek. Véleményük szerint az individuális szinten jelentkező rizikófaktorok társadalmi eredetűek, ezért annak megfogalmazására van szükség, hogy melyek azok a mechanizmusok, amelyek a különböző társadalmi pozíciókhoz a kockázatok különféle mintázatait társítják. Másfelől a társadalmi helyzet – amely a különféle fontos erőforrásokhoz való hozzáférést is befolyásolja –, olyan mértékben alakítja az egészségesélyeket, hogy önmagában tekinthető az egészségegyenlőtlenségek okának.

A kockázati tényezők jelenlétét és az azokhoz kapcsolódó biológiai hátteret tulajdonképpen közvetítő mechanizmusoknak tekintik. Továbbá megállapítják, hogy a társadalom által meghatározott egészségbeli egyenlőtlenségek korszakonként mindig új és új formában termelődnek újra: a lakókönyezeti és az alapvető szegénységi kockázatokkal párhuzamosan alakuló tuberkulózis-halálozás egyenlőtlenségeit például idővel a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozásban mutatkozó egyenlőtlenségek váltják fel.

Link és Phelan modellje az egészségben és a halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek tartós fennmaradásának okait kutatja, így a különböző társadalmi pozíciókhoz tartozó erőforrások kérdését helyezi a középpontba. A társadalmi-gazdasági státus és a halandóság közötti kapcsolatok kialakulásában a pénz, a tudás, a hatalom és presztízs, valamint a hasznot hozó társadalmi kapcsolatok szerepét tekintik alapvetőnek. Ezek azok a források, amelyek a társadalom kedvezőbb helyzetű tagjai számára nagyobb mértékben rendelkezésre állnak.

Az elmélet másik alappillére a források flexibilis természetére vonatkozik. A flexibilis, azaz rugalmasan felhasználható források egyéni és közösségi szinten is jelen vannak és rugalmasságuk okán különféle problémák megoldására használhatók. Amikor egy adott betegséggel kapcsolatban új ismeretek, illetve korszerűbb technológiák jelennek meg, a jobb helyzetű társadalmi csoportok tagjai ezeket az újdonságokat jóval hamarabb hasznosítják saját egészségük

előremozdítása érdekében, míg a rosszabb helyzetű társadalmi csoportok nehezebben jutnak hozzá az innovációkhoz. Ebből következően ilyen esetekben az adott betegség okozta morbiditásban és halálozásban a társadalmi különbségek növekedésére lehet számítani. Link és Phelan elsőként a dohányzással kapcsolatos ismeretek terjedését vizsgálták az amerikai társadalomban, s azt társadalmilag nagymértékben differenciáltnak találták. Az ismeretek terjedésének több évtizedes társadalmi egyenlőtlenségeit meg tudták feleltetni a tüdőrák-halálozás trendjeiben mutatkozó társadalmi különbségeknek.

A szerzők 2010-ben megjelent tanulmányukban az elmélet szakpolitikai implikációit is számba veszik. Véleményük szerint egy új intervenció, még abban az esetben is, ha pozitív hatással van az egészségre, önmagában nagy valószínűséggel növeli az egészségegyenlőtlenségeket. Felteszik a kérdést: Ezek szerint választani kell az egyenlőtlenségek csökkentése és az egészségi állapot általános javítása között?<sup>4</sup> A kérdésre adott válaszban egyesek szerint a megfigyelhető egyenlőtlenségek az egészségmutatókban megengedhetők, ha az egészségi állapot általános szintje javul, vagy bizonyos javulás történik a legtöbb társadalmi csoportban. Link és Phelan természetesen elkötelezettek az egészségegyenlőtlenségek csökkentésében, de értelmetlennek tartják szembehelyezkedni az egészségben lezajló technológiai és tudásbeli fejlődéssel, azért mert ezek növelhetik az egyenlőtlenségeket. Mindkét célt egyaránt fontosnak tartják, azaz az egészségegyenlőtlenségek csökkentését és az egészségi állapot növelését. Olyan stratégiát javasolnak, amely az egészségi állapot általános javítását eredményezheti, anélkül, hogy fokozná az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket. Megközelítésük szerint a szakpolitikáknak egyrészt segíteniük kell a technológiai fejlődést, másrészt megszakítani vagy csökkenteni kell a technikai fejlődés és a szocioökonómiai források közötti kapcsolatot, illetve olyan intervenciók kidolgozása szükséges, amelyek hozzáférhetőek a különböző társadalmi csoportok számára.

Az elmélet közvetlen implikációja, hogy lényegi változást az egészségegyenlőtlenségek csökkentésében csak a társadalmi erőforrások radikálisabb újraelosztásával lehet, vagy lehetett volna elérni. Példaként megemlítenek néhány intézkedést, amelyek sikeresnek bizonyultak: a minimálbér bevezetése; a

lakhatás támogatása a hajléktalanok vagy alacsony jövedelműek számára; a tőke-, vagy ingatlanadó bevezetése, a szülők számára biztosított többlétszabadság; az általános társadalombiztosítás, a gyermekek korai fejlesztése; a pozitív diszkrimináció az oktatásban.

Az egyéni kockázati tényezők megváltoztatásához először a kockázati magatartás kiváltó okait (*risk of risks*) kell azonosítani, például fel kell mérni azokat a hátrányokat, amelyeket olyan lakókörnyezet okozhat, ahol az egészséges élelmiszerek elérhetetlenek. Ezek fennmaradása ellehetetleníti az egészségmagatartás pozitív befolyásolását célzó intervenciók sikerét, hiszen erőteljesen meghatározottak olyan tényezők által, amelyeket az intervenció érintetlenül hagyott. Olyan beavatkozások kidolgozására van tehát szükség, amelyek esetében a célcsoport tagjainak nincs szüksége az erőforrások használatára, vagy legalábbis minimális azok hatása. Az egészségfejlesztés csak olyan intervenciók esetében lehetséges, amelyek előnyeit bárki élvezheti. Ellenkező esetben csak azok profitálhatnak belőle, akik a szükséges erőforrásokkal rendelkeznek. Az alapvető okok elmélete szerint a szocioökonómiai státusból fakadó egészségyenlőtlenségeket csak úgy lehet beavatkozásokkal csökkenteni, ha az abból fakadó előnyök függetlenek az erőforrásoktól vagy az egészségmagatartástól.

A szerzők implicit módon a következőket állítják: az egészségyenlőtlenségek csökkentését célzó beavatkozás, amely a hátrányos helyzetű csoportok aktivitását és/vagy szabálykövető magatartását feltételezi, - ami tulajdonképpen megfelelő képességeket, motivációt és támogató környezetet igényel - hatástalan marad, vagy akár az egyenlőtlenségek fokozódásával is járhat az elvárt egészségnyereség helyett.

Összefoglalva, úgy látják, hogy ha drága, bonyolult, időigényes beavatkozásokat tervezünk, amelyeket nehéz széles körben alkalmazni és elsősorban az egyéni aktivitásra építenek, valószínűleg csak újabb egészségyenlőtlenségeket hozunk létre. Ezzel szemben a megfizethető és a gyakorlatban könnyen használható, elsősorban a regulációkra építő és nem közvetlenül az egyén egészségmagatartását befolyásoló intervenciókkal lehetségessé válik az egyenlőtlenségek csökkentése. Az egészségyenlőtlenségek visszaszorításához a források, illetve az egészséget támogató prevenciók eszközök, valamint az egészségügyi ellátásban mutatkozó különbségek közti kapcsolatot kell megszüntetni, vagy legalább visszafogni, azáltal, hogy a gazdasági-társadalmi egyenlőtlenségeket mérsékeljük, és/vagy csökkentjük a források által elérhető egészségelőnyöket.

Érdemesebb az egyén környezetét és életkörülményeit befolyásolni képes társadalmi szereplők (pl. gyártók, szolgáltatók, oktatási egészségügyi intézmények, szakemberek stb.) tevékenységét befolyásolni. A szerzők által hozott példát kibontva célszerűbb az autógyártók számára előírni, hogy az új autót már a gyártás során szereljék fel légszűrőkkel a biztonságosabb közlekedés érdekében, ahelyett hogy elvárjuk a biztonsági öv használatát az autósoktól. Az autósok aktivitására apelláló különböző programok helyett célszerűbb a vészhelyzetben automatikusan működésbe lépő légszűrők beszerelése. Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet alapján azt mondhatjuk, hogy az a szakpolitika lehet sikeres, amely – az egyéni aktivitásra és felelősségre alapozó felfogás helyett – az egyén környezetét és életkörülményeit alakító társadalmi szereplők tevékenységét olyan irányba próbálja módosítani, hogy csökkenjenek a társadalomban jelen lévő egészségyenlőtlenségek.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Csizmadia P. Az egészségyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei Egészségfejlesztés, LVIII. évfolyam, 2017. 1. szám 21-29.

<sup>2</sup> Link BG; Phelan Journal of Health and Social Behavior, Vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical. 1995, 80-94.

<sup>3</sup> Kovács K. Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban és az ok-specifikus halálózási minták változása – egy közös elméleti keret kialakítása felé. Demográfia. 2012.55. évf. 1. szám 5–43.

<sup>4</sup> Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. J Health Soc Behav. 2010;51 Suppl: S28-40. doi: 10.1177/0022146510383498.