



Harry Verkleij

Health inequalities in Europe

NVAG-themamiddag, Utrecht 15-2-2007



rivm

Opzet

Research and policy reports both commissioned by the UK Presidency of the EU

- Health inequalities: Europe in profile (Johan Mackenbach 2005)
- Health inequalities: a Challenge for Europe (Ken Judge et al., 2005)

Europe in profile (Mackenbach)

Geschiedenis

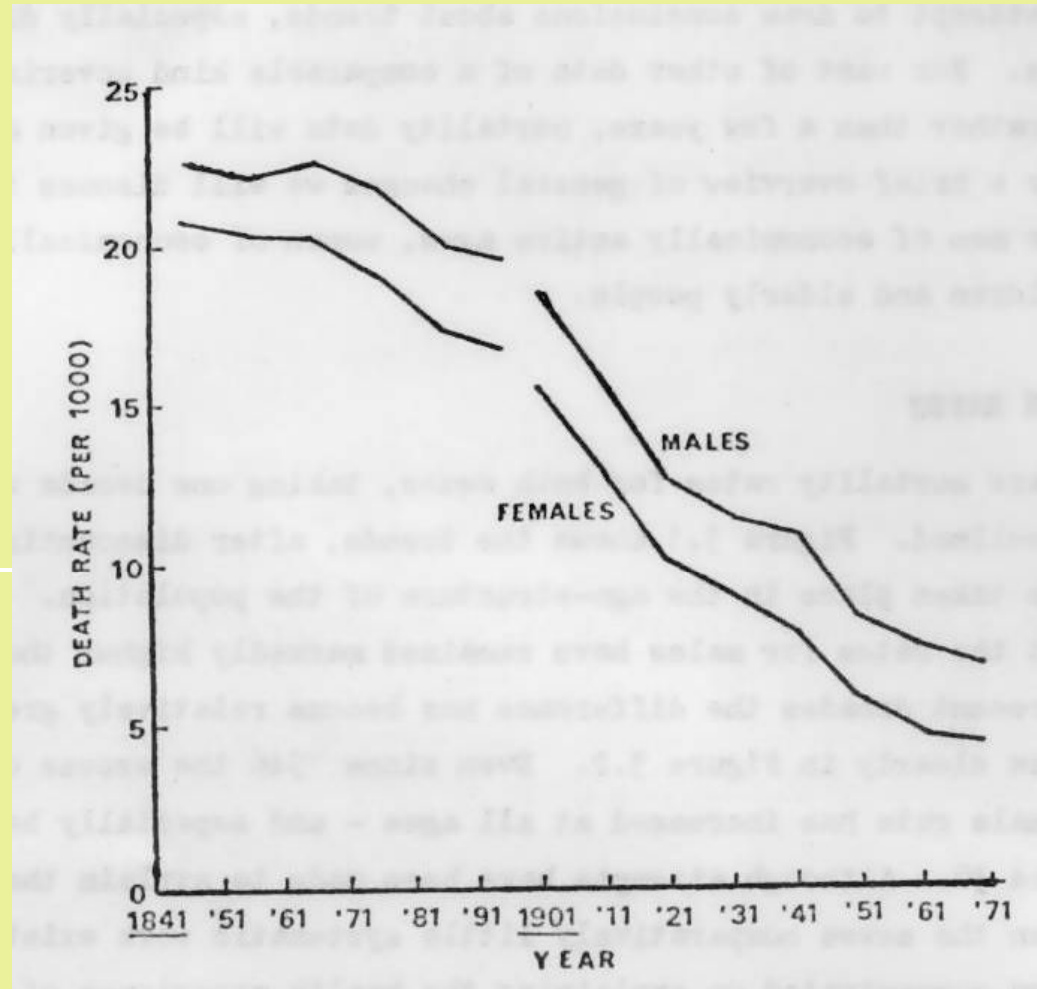
- 18e eeuw: geen gegevens, geen bewustzijn
- 19e eeuw: Villermé, Chadwick, Virchow
- 1900-1970: afname in absolute sterfte en absolute sterfteverschillen
- 1970-2000: toename in relatieve sterfteverschillen
Black report (1980)

Daling sterftekanser in Engeland 1951-1971

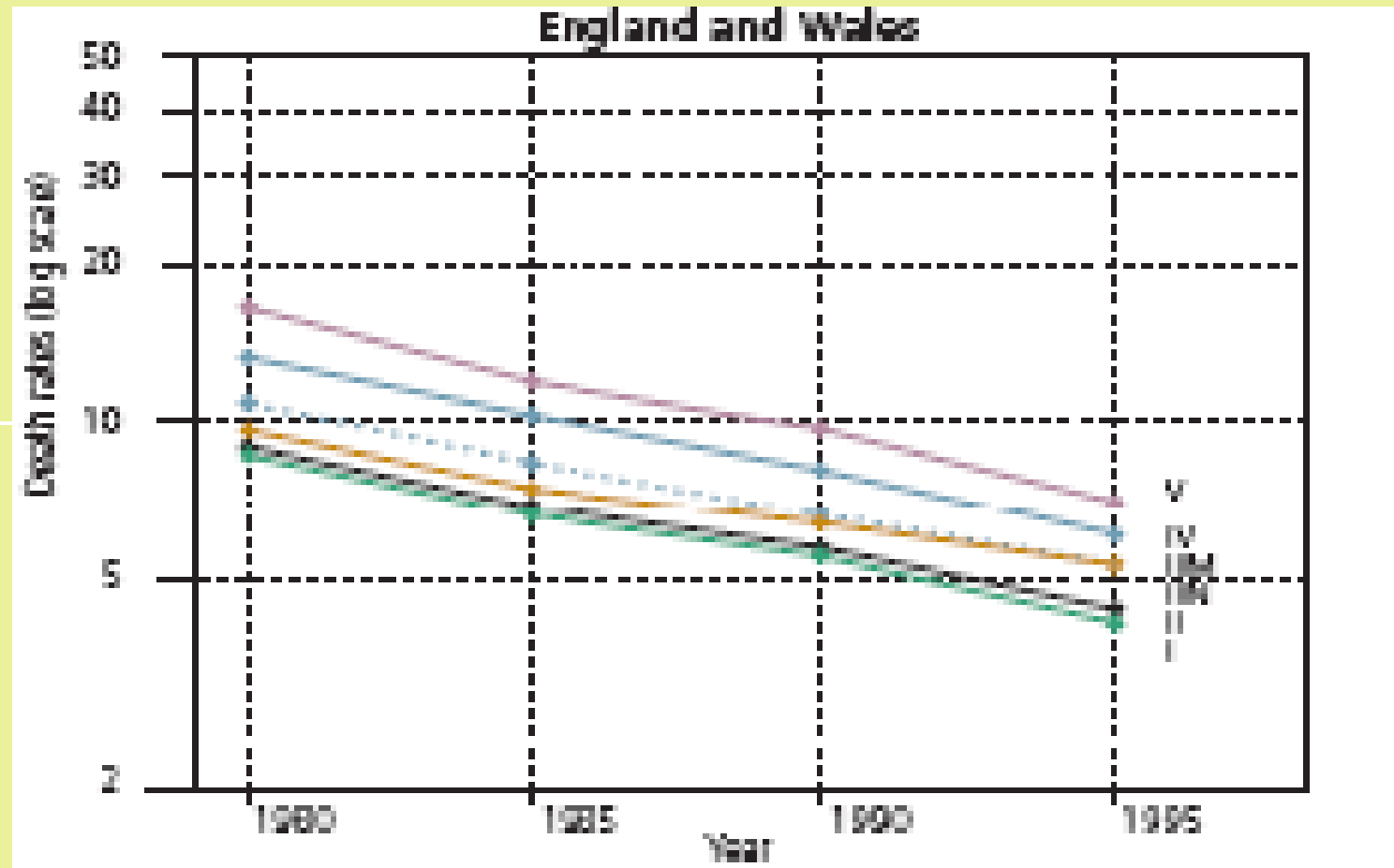
SMR-15-64 jarigen per 100.000 (Black-report)

	1951	1971	Trend
Professional	103	79	-24
Unskilled	137	123	-14
RR	1,33	1,55	

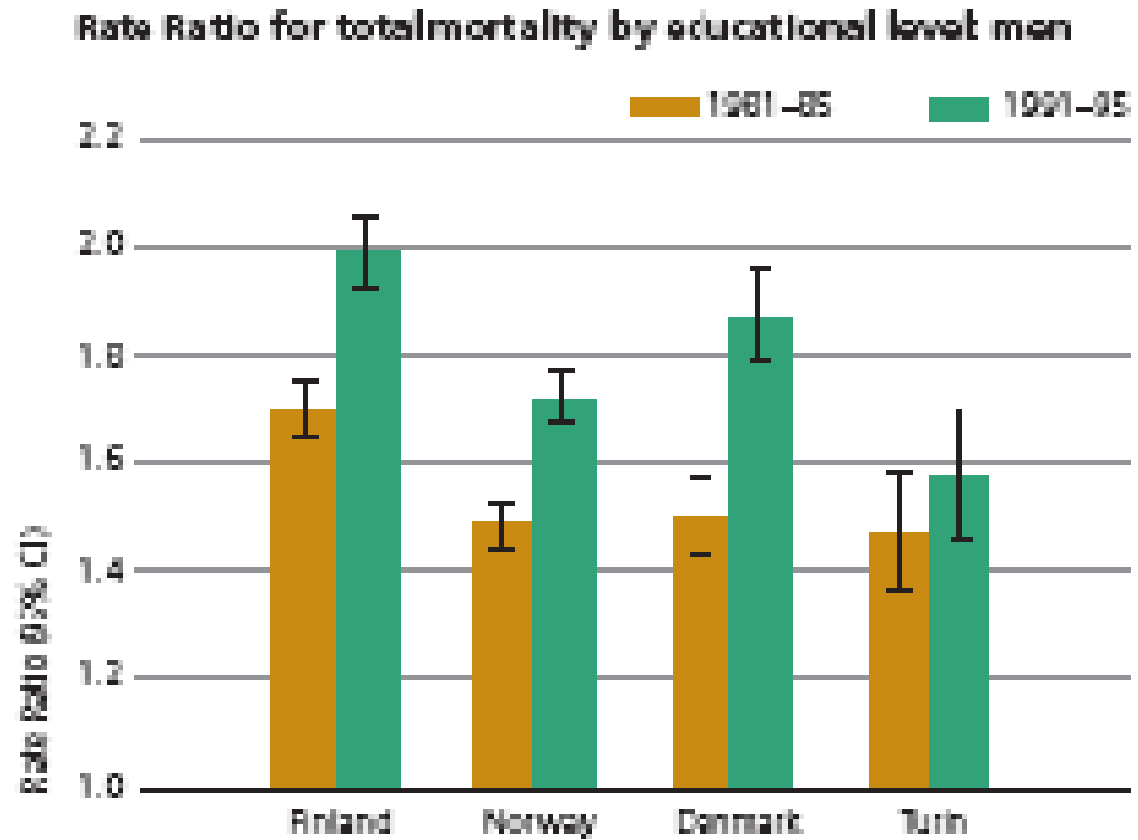
Daling sterftekanser in Engeland 1840-1970



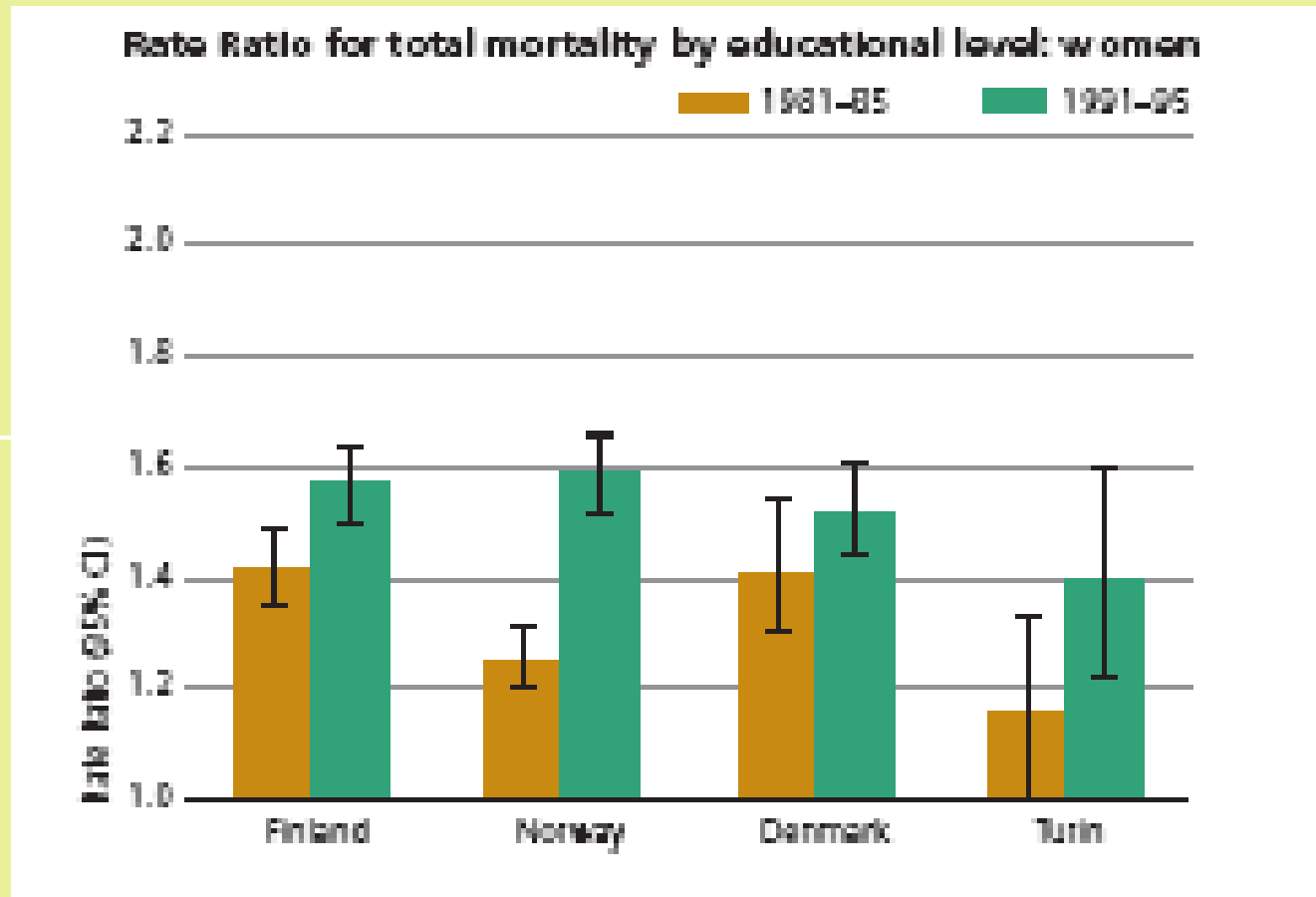
Daling kindersterfte in Engeland 1980-1995 naar sociale klasse



Toename relatieve sterfteverschillen: mannen



Toename relatieve sterfteverschillen: vrouwen



Sterfteverschillen in Oost-Europa

- **Grote sterfteverschillen in Oost-Europa in jaren 80**
 - Oversterfte lage SES in West-Europa: 25-41%
 - Oversterfte lage SES in Oost-Europa: 50-78%
- **Na de muur: Sterfte én sterfteverschillen omhoog in Hongarije en Estland, maar omlaag in Tsjechië**

(Ervaren) gezondheid

- Er zijn in de meeste landen ook duidelijke SES-verschillen in ervaren gezondheid, ziekteprevalenties en beperkingen
- Verschillen in ervaren gezondheid zijn stabiel of nemen licht toe in jaren 80-90 in West-Europa

Tezamen met sterfteverschillen leidt dit tot grote verschillen in gezonde levensverwachting

Determinanten: leefstijl

- Europese data zijn beperkt tot slechts enkele riskante leefstijlfactoren
- Roken komt meer voor in lagere SES-groepen, maar in Zuid-Europa is het omgekeerde het geval voor vrouwen (diffusie- en/of interventietheorie)
- Excessief alcoholgebruik is onder mannen met lage SES groter, maar onder vrouwen is er een wisselend beeld
- Lagere SES-groepen eten minder vaak verse groenten, maar dat is minder of niet het geval in Zuid-Europa
- Overgewicht komt consistent vooral onder vrouwen met lage SES meer voor, de verschillen zijn kleiner of soms zelfs omgekeerd onder mannen

Nederland middenmoter in vergelijking met andere EU-landen: RR's in jaren 90 (Man/Vrouw)

	Sterfte	Ervaren gezondheid	Roken
Klein verschil	1,24*, 1,27* Spanje	1.76*, 1.91* West-Duitsland	1.19, 0.61* Frankrijk
Nederland	1.92*, 1.28	2.81*, 2.12*	1.21*, 1.37*
Groot verschil	2.40*, 2.90* Litouwen	2.99*, 3.29* Finland	4.76*, 3.85* Tsjechië

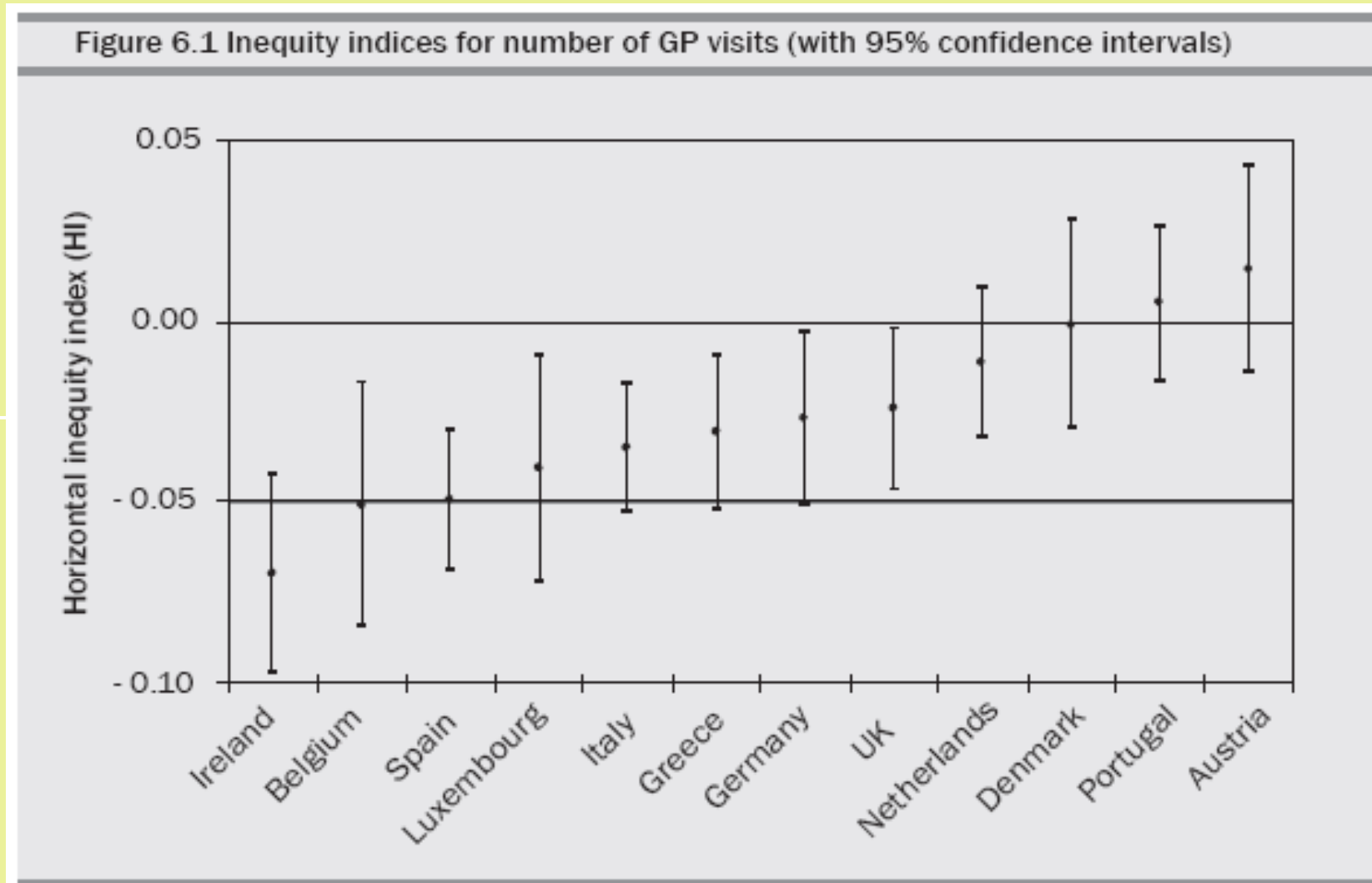
Verschillen in toegang tot gezondheidszorg

Socioeconomic Inequality in Health and Health Care:
Measurement and Explanation

Xander Koolman, EUR, 2006

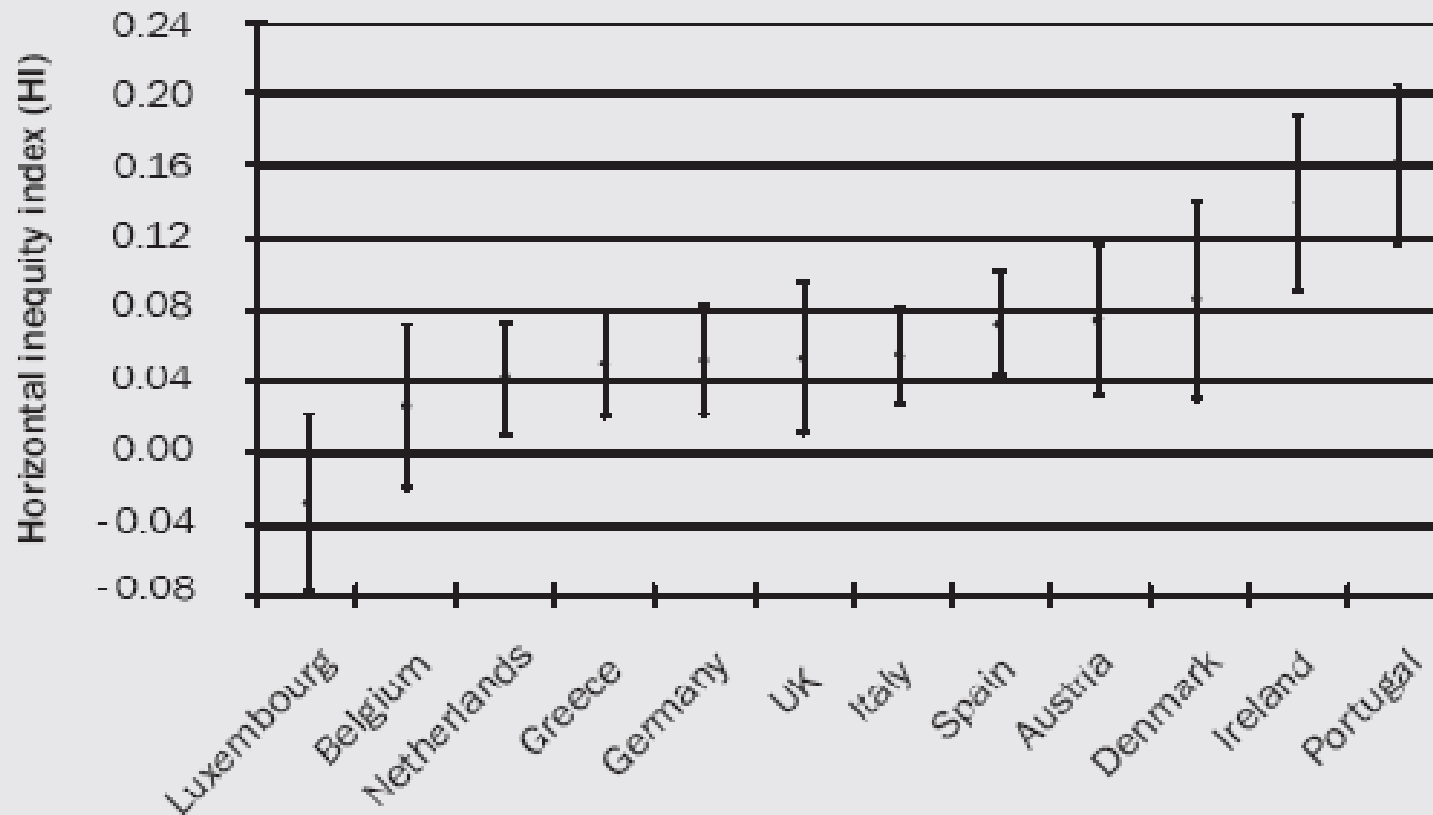
Bron: The European Community Household Panel

Lagere inkomensgroepen bezoeken huisarts vaker na correctie voor gezondheid: Nederland nauwelijks verschil



Hogere inkomensgroepen bezoeken specialist vaker, ook na correctie voor gezondheid; Nederland beperkt verschil

Figure 6.2 Inequity indices for total number of specialist visits (with 95% confidence intervals)



Mogelijke verklaringen

1. Er is geen algemene verklaring waarom relatieve gezondheidsverschillen in veel Europese landen toenamen tegen het eind van de 20ste eeuw

- Gevolg van dalende absolute sterfteniveaus
- Kleinere omvang van de onderste SES-groep
- Mondialisering, toename internationale concurrentie, hervorming verzorgingstaten

2. Diverse oorzaken voor verschillen in trends tussen landen

- Verschillen in trends in roken
 - Diffusietheorie
 - Interventietheorie
- Politieke en economische veranderingen (val van de muur)
- Egalitaire politieke signatuur: gunstige invloed op niveaus kindersterfte en levensverwachting (Navarro, 2005)

Deel 2. Beleid

- EU
- WHO
- Drie voorbeeldlanden: Engeland, Zweden, Nieuw-Zeeland
- Nederland
- Conclusies

Health inequalities: a challenge for Europe (Judge)

Concept of inequality

- Distinguish between the overall level and the social distribution of health determinants
- Social-economic, gender, ethnic, regions, localities, neighbourhoods
- Gradient of risk across whole population

EU: The fight against poverty and social exclusion is crucial for tackling health inequalities

Lisbon challenges related to social exclusion

- Increase labour market participation
- Modernise social protection systems
- Tackle disadvantages in education and training
- Eliminate child poverty
- Ensure decent accommodation
- Improve access to quality services
- Overcome discrimination and increase integration of people with disabilities, ethnic minorities and immigrants

Size of the problem is not only about health inequalities between groups, but also a function of the size of the population groups most at risk

Verschillen in omvang kwetsbare groepen EU-25

	Nederland
• Inkomensverschillen rijk/arm: factor 3-6	4
• Relatieve armoede: 10-20%	12
• Kinderen van werkloze ouders: 2,6-16,8%	7
• Langdurige werklozen: 1- >10%	1
• Laag onderwijsniveau: 12-75%	32

WHO: Health 21 targets

- 2000-2020: streven: > 25% afname in gezondheidsverschillen
- Verbeter sociale condities (inkomen, opleiding, werk, armoede)
- Bescherm ongezonden van uitsluiting
- Goede toegang tot zorg

Reacties

- Most countries subscribe to the equity in health principles and values articulated by the WHO
- Differences in expression of commitment
 - Identified groups, quantification of goals, national targets or regional examples, incorporation in broader public health strategies
- Unisono commitment to equal health care equity: provision of equal opportunities for health care to all citizens, irrespective of socio-economic status and place of residents

Action and implementation

No single right way

Variation in scope

1. No distinctive focus: Cyprus, Greece
2. Limited actions: Belgium, France
3. Clear concern: Netherlands, Finland, Denmark, Hungary
4. Integrated plan: Northern Ireland, England, Scotland

Voorbeeldlanden (< concept VTV-themaraapport)

- United Kingdom

- Grote klasseverschillen
- Negatieve beleidsreactie op Black report 1982
- Toenemende sterfteverschillen 1972/76 – 1992/96
 - Mannen: 5,5 → 9,5 jaar
 - Vrouwen: 5,3 → 6,4 jaar
- Ommezwaai in 1997 door aantreden Labour party
- Nationaal beleid, concrete doelen
- Verantwoordelijkheden partijen expliciet benoemd
- Uitgebreide monitoring

Voorbeeldlanden

- Zweden

- Hernieuwde belangstelling voor PH in jaren 80 door AIDS
- SEGV schok voor egelitaire samenleving
- 1997 National PH committee
- 2003 Nationale Strategie goedgekeurd
- 11 doelen, intersectoraal, regionale en lokale uitvoering
- Nationale coördinatie en monitoring
- Vierjaarlijkse rapportage (2005)
- 42 aanbevelingen
 - Psychische gezondheid kinderen
 - Nationale en internationale gezondheidseffectschatting

Voorbeeldlanden

- Nieuw-Zeeland

- Toename gezondheidsverschillen 1988-1999
 - Mannen: 3,4 → 5 jaar
 - Vrouwen: 2,9 → 2,7 jaar
- Levensverwachting Maori's 8,5 jaar korter
- Gezondheidsachterstanden speerpunt publieke gezondheid
- Jaarlijkse regionale/nationale verantwoording/monitoring
- 2004: 16 miljoen € investering publieke gezondheid Maori's e.a.
- (S)EGV-beleid onderdeel breder overheidsbeleid

Nederland

- Twee nationale onderzoeksprogramma's jaren '90
- 2001: Wel beleids(doel) maar geen actieplan
- Kabinetten Balkende: eigen verantwoordelijkheid
- Nauwelijks acties in twee preventienota's (AR 2001; AR 2006)
- Grotestedenbeleid: overgewicht jongeren via JGZ
- Monitor gezondheidsachterstanden

Conclusie: Nederland goed in onderzoek, maar niet in uitvoering van beleid

Toekomst SEGV-beleid in Nederland

- Internationaal aansluiting zoeken bij de Lissabon-agenda
- Rapport van de commissie Albeda weer uit de kast
- Leren van voorbeeldlanden: van beleid naar uitvoering
- Regeerakkoord Balkenende IV: meer politieke wil
 - Investeren in achterstandswijken
 - Samenwerken ministeries
 - Extra inspanningen gericht op arbeidsreïntegratie
 - Meer aandacht voor kwetsbare groepen

Stelling

Op elke public health werkplek is het mogelijk iets te bereiken om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen

Stellingen

1. Er ontstaan steeds nieuwe achterstandsgroepen en nieuwe typen gezondheidsverschillen
2. Sociaal-economische gezondheidsverschillen vormen (hooguit) een extra argument voor algemeen 'sociaal' beleid
3. Interventies gericht op leefomstandigheden en eigen verantwoordelijkheid dienen met elkaar verbonden te worden om gezond gedrag te bevorderen