

SOCIOEKONOMSKE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU I METODOLOGIJA NJIHOVOG MERENJA

UVOD

Globalna strategija "Zdravlje za sve do 2000.godine" koju je na svom 34-tom zasjedanju usvojila Skupština Svetske zdravstvene organizacije (1981) zasnovana je na nekoliko principa Svetske zdravstvene politike medju kojima su naročito značajni:

- zdravlje je osnovno ljudsko pravo i najvažniji socijalni cilj
- postojeće velike nejednakosti u zdravstvenom stanju stanovništva tiču se svih zemalja. Te nejednakosti moraju se drastično smanjivati
- zdravlje je integralni deo ukupnog razvoja društva

Svetska zdravstvena organizacija smatra da se Globalna strategija može ostvariti samo ako zdravstvena politika i socioekonomska politika budu u potpunom skladu.

Prema brojnim studijama Svetske Banke postoji jaka povezanost izmedju zdravlja i socioekonomskih uslova. Svetska Banka je posebnu pažnju obratila na povezanost izmedju zdravlja i prihoda stanovništva i zdravlja i nivoa obrazovanja. Pored globalne ocene da ljudi žive duže i da su zdraviji što je veći prosečni društveni proizvod po stanovniku, istraživanja te institucije su pokazala da su veći efekti na zdravlje rast društvenog proizvoda u manje razvijenim nego u razvijenim sredinama.

Kao primer navodi se da je efekat rasta prosečnog društvenog proizvoda od 1000 US dolara na 2000, povećanje očekivanog trajanja života od 11 godine dok je efekat rasta od 4000 US dolara na 8000 samo 4 godine. Medjutim, na ovo se ne sme gledati uprošćeno nego se rast društvenog proizvoda mora posmatrati povezano sa njeegovom distribucijom. Ako re rast društvenog proizvodareflektuje na smanjivanje siromaštva i bede stanovništva onda će se efekti tog rasta pozitivno odraziti na indikatore zdravstvenog stanja i na smanjivanje socioekonomskih nejednakosti u zdravlju. Kada se rast društvenog proizvoda odražava na smanjivanje broja onih koji žive u bedi onda je moguće ustanoviti jaku povezanost izmedju

prihoda stanovništva i zdravlja, jer 75% nejednakosti u zdravlju su posledica socioekonomske nejednakosti. Studija sprovedena u 58 zemalja u razvoju je pokazala da je rast prosečnog društvenog proizvoda po stanovniku za 10% uticao na smanjivanje smrtnosti odojčadi između 20 i 35 na 1000 živorođene dece. S druge strane ekonomska recesija se negativno odražavala na zdravlje. Procenjeno je da je ekonomska recesija u Latinskoj Americi u 1983. godini imala za posledicu povećanje od preko 12000 umrle odojčadi ili za 2% veću smrtnost odojčadi u toj godini.

Svetska Banka je takodje izučavala medjupovezanost obrazovanja i zdravlja, pri čemu se posebna pažnja obratila na nivo obrazovanja majke. Viši nivo obrazovanja žene posebno majke povećava njenu ulogu u kreiranju zdrave porodice. Sa višim nivoom obrazovanja ona je u stanju da bolje koristi zdravstvene informacije i korišćenje zdravstvene zaštite. Na zdravlje deteta veći uticaj ima obrazovanje majke nego oca. U jednoj studiji u 13 Afričkih zemalja pokazano je da povećanje pismenosti ženskog stanovništva za 10% u periodu 1975-85 godine imalo za posledicu smanjivanje smrtnosti odojčadi za 10%.

Druga studija izvedena u 25 zemalja u razvoju pokazala je da je povećanje nivoa obrazovanja majke za 3 razreda u proseku uticalo na smanjenje smrtnosti odojčadi za 15% a povećanje istog nivoa oca samo za 6%. Sa višim nivoom obrazovanja majke smanjuje se proporcionalno i rizik smrtnosti.

Nivo obrazovanja povezan je i sa zdravljem odraslih. Jedna studija u SAD je pokazala da je očekivano trajanje života u 25. godini duže za 6 godina kod muškaraca i 5 godina kod žena, u grupi sa najvišim obrazovanjem u odnosu na grupu sa najnižim obrazovanjem.

Specifične stope smrtnosti se razlikuju prema nivou obrazovanja. U Rusiji je na primer dva do tri puta veća smrtnost od koronarne bolesti kod onih sa najnižim nivoom obrazovanja u odnosu na one sa najvišim. Prednosti obrazovanja su se pokazale i kod novih rizika. U početku je AIDS u Brazilu bio više rasprostranjen među onima sa višim obrazovanjem ali se u poslednje vreme situacija skoro potpuno izmenila, jer su oni sa višim obrazovanjem lakše razumeli i prihvatili mere prevencije.

U Velikoj Britaniji je između 1958. i 1975. godine za 50% opao broj pušača među stanovništvom sa najvišim obrazovanjem ali se nije menjao kod niže obrazovanih slojeva. U SAD se između 1974. i 1987. godine devet puta brže smanjivao broj pušača među stanovništvom sa najvišim obrazovanjem nego među stanovništvom sa najnižim.

Ovakva situacija zahteva uspostavljanje dugoročne strategije za uklanjanje uzroka, koji shvataju nejednakosti u zdravlju, i to se danas smatra jednom od najvažnijih obaveza zemalja članica.

U dokumentu SZO "Zdravlje za sve – Politika za XXI vek" u cilju koji nosi naziv "Jednakost u zdravlju unutar zemalja" i cilju "Solidarnost između zemalja" razlike u zdravlju među zemljama članicama Evropskog regiona treba da budu smanjenje za 30%, a unutar zemalja da se redukuju u bar $\frac{1}{4}$ svih zemalja.

Ostvarenje ovog cilja zahteva da se:

- uspostavi monitoring u praćenju razlika u zdravstvenom statusu između različitih geografskih područja i socioekonomskih grupa unutar zemalja,
- da prioritet merama koje smanjuju razlike u zdravstvenom statusu,
- obezbedi da osnovni preduslovi, kao što je ishrana, stanovanje, obrazovanje budu dostupni svima,
- unaprede uslovi života i rada,
- adekvatna zdravstvena zaštita učini dostupnom svima,
- ugrožene nacije i grupe dobiju posebnu pažnju i pomoć.

Socioekonomske nejednakosti u zdravlju mogu se definisati kao razlike u prevalenciji ili incidenciji zdravstvenih problema između stanovništva različitog socioekonomskog statusa. Ove nejednakosti ne treba mešati sa nejednakostima u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Socioekonomski status se po pravilu meri na osnovu tri indikatora: zanimanje, nivo obrazovanja i imovno stanje, i on u najširem smislu reči znači poziciju u socijalnoj hijerarhiji koja se izražava putem navedena tri indikatora.

U merenju socioekonomskih nejednakosti koriste se dva osnovna indikatora: morbiditet i mortalitet (prerana smrt) i indikatori zdravlja kada je to moguće.

Socioekonomske nejednakosti u zdravlju su veliki izazov za zdravstvenu politiku ne samo zato što predstavljaju socijalnu nepravdu nego i zbog toga što se rešavanjem zdravstvenih problema nepriviligovanih grupa stanovništva može uticati na poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva u celini. Zbog toga prvi globalni cilj za ostvarivanje strategije "Zdravlje za sve" – "Politika za XXI vek" je povećati jednakost u zdravlju. Naglasak je na unapredjivanju zdravlja nepriviligovanih i vulnerabilnih kategorija stanovništva.

Ovaj ambiciozni ali jasan cilj možda se neće ostvariti svugde, medjutim on daje jasan putokaz za zdravstvenu politiku i inicira monitoring za kvantitativne promene socioekonomskih nejednakosti u zdravlju koje čine osnov za ocenu efekata mera zdravstvene politike.

Ovo je moguće postići jedino ako se nejednakosti u zdravlju mogu kvantitativno izraziti.

Strategija za monitoring socioekonomskih nejednakosti u zdravlju treba da uključi sledeće:

- * Raspoložive rutinske podatke, prikupljanje dodatnih podataka, analizu, interpretaciju, prezentiranje podataka i formulaciju politike kao odgovor na rezultate.

- * Suštinski deo svakog sistema monitoringa treba da čine registar mortaliteta i zdravstvena istraživanja putem ankete. Zdravstvena istraživanja treba da uključe više indikatora morbiditeta koji bi na osnovu samoizveštavanja pokrili različite aspekte zdravlja.

- * Kad god je moguće socioekonomski status bi trebalo meriti na osnovu tri indikatora: zanimanje, nivo obrazovanja i imovno stanje (ukupni prihod, neto prihod, prihod domaćinstva).