

NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI HEALTH INEQUALITIES IN SLOVENIA

Tatjana Buzeti¹, Mojca Gobec¹

Prispelo: 30. 9. 2011 – Sprejeto: 17. 10. 2011

Pregledni znanstveni članek
UDK 316.344:614(497.4)

Izvleček

Po pričakovani življenjski dobi in izbranih kazalnikih zdravja, ki kažejo stalno rast in izboljšanje, se Slovenija uvršča ob bok razvitim državam na področju dosežkov in izzivov. Tudi pri nas opažamo, da različne socialno-ekonomske skupine v družbi dosegajo svoj zdravstveni potencial do različne mere. Dejavniki, kot so: izobrazba, zaposlenost, dohodek, socialna varnost in socialna omrežja, vplivajo čez celotno življenjsko obdobje na življenjski slog, dejavnike tveganja, na koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in na pričakovano trajanje življenja.

Zdravstveni sistem in ministrstvo za zdravje lahko znatno prispevata k zmanjšanju neenakosti v zdravju, ki so posledica dostopnosti in koriščenja zdravstvenih storitev, vključno s preventivnimi in z drugimi javnozdravstvenimi programi. Moramo pa se zavedati, da imajo na socialno-ekonomske dejavnike večji vpliv resorji in politike zunaj zdravstvenega sistema. Ustrezne univerzalne politike na področju izobraževanja, socialnega varstva, razvoja otroka in družine, aktivnega zaposlovanja, davčne zakonodaje itn. so stebri za zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki v povezavi s posebnimi podpornimi ukrepi za posebej ranljive ciljne skupine lahko zagotovijo želene dosežke. Ključna sta usklajeno delovanje različnih sektorjev in deležnikov na različnih ravneh ter razumevanje, kako njihova vlaganja in odločitve vplivajo na zdravje.

Ključne besede: neenakosti v zdravju, socialno-ekonomske determinante zdravja

Review article
UDC 316.344:614(497.4)

Abstract

Life expectancy and selected health indicators, which show continual growth and improvement, place Slovenia alongside developed countries both in terms of achievement and challenges. We can however note that different socioeconomic groups achieve their health potential to different degrees. Throughout all periods of life, factors such as education, employment, income, social security and social networks affect lifestyle, risk factors, use of health and other services and consequently also morbidity, mortality and life expectancy.

The health system and the Ministry of Health can significantly contribute to reducing health inequalities that are the result of access and utilisation of health services, including preventive and other public health programmes. We need to be aware, however that socioeconomic factors are greatly affected by other line ministries and policies outside the health system. Relevant universal policies in education, social welfare, child and family development, active employment, tax legislation and similar are the basis for reducing health inequalities, which – in connection with special support measures for vulnerable target groups – can ensure the desired outcomes. The key to success is a joint action of different sectors and stakeholders at all levels and the understanding of how their investments and decisions affect health.

Key words: health inequalities, social determinants of health

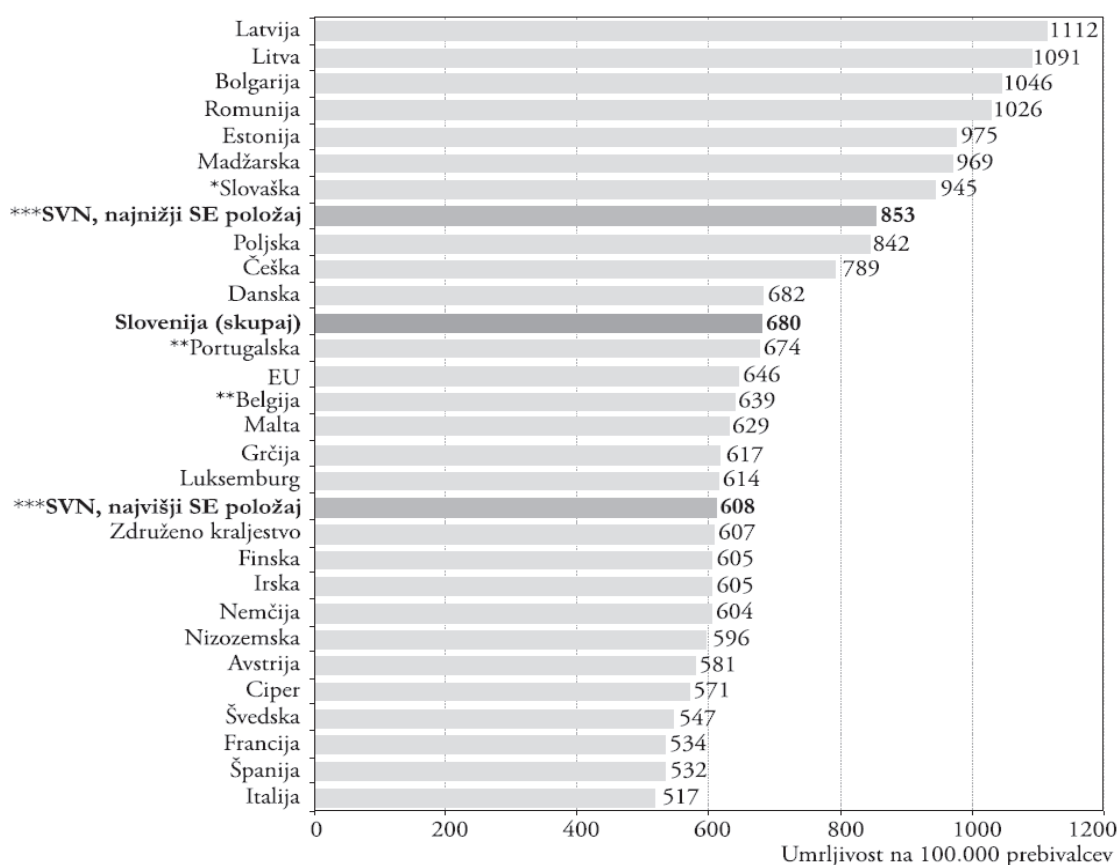
¹Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, Slovenija
Kontaktni naslov: e-pošta: tatjana.buzeti@gov.si

V Sloveniji se tako kot v večini evropskih držav srečujemo s hitrimi spremembami in z razvojnimi izzivi na vseh ključnih področjih, ki zagotavljajo družbeni napredek in blaginjo. Zdravje kot temeljna vrednota posameznika je v veliki meri odvisno od socialnih in ekonomskih dejavnikov, v katerih se rodimo, odraščamo, delamo in se staramo, hkrati pa predstavlja družbeni kapital, na katerem gradimo trg dela in gospodarski razvoj.

Pričakovana življenjska doba in izbrani kazalniki zdravja kažejo stalno rast in izboljšanje ter uvrščajo Slovenijo ob bok razvitih držav na področju dosežkov in izzivov. Tudi pri nas opažamo, da različne socialno-ekonomske skupine v družbi dosegajo svoj zdravstveni potencial do različne mere (1). Dejavniki, kot so: izobrazba, zaposlenost, dohodek, socialna varnost in socialna omrežja, vplivajo čez celotno življenjsko obdobje na življenjski slog, dejavnike tveganja ter na koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in na pričakovano trajanje življenja.

Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so tiste razlike v zdravstvenih stanjih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo, in so zato nepravilne (2). Za učinkovito zmanjševanje neenakosti v zdravju je nujno, da jih celovito poznamo, predvsem, kakšne so in kaj jih povzročata. Zato so strokovni prispevki, kot sta publikacija Neenakosti v zdravju v Sloveniji (1) ter publikacija Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov (3) pomembni prispevki v procesu odstiranja te problematike v slovenskem prostoru, strokovnem in političnem.

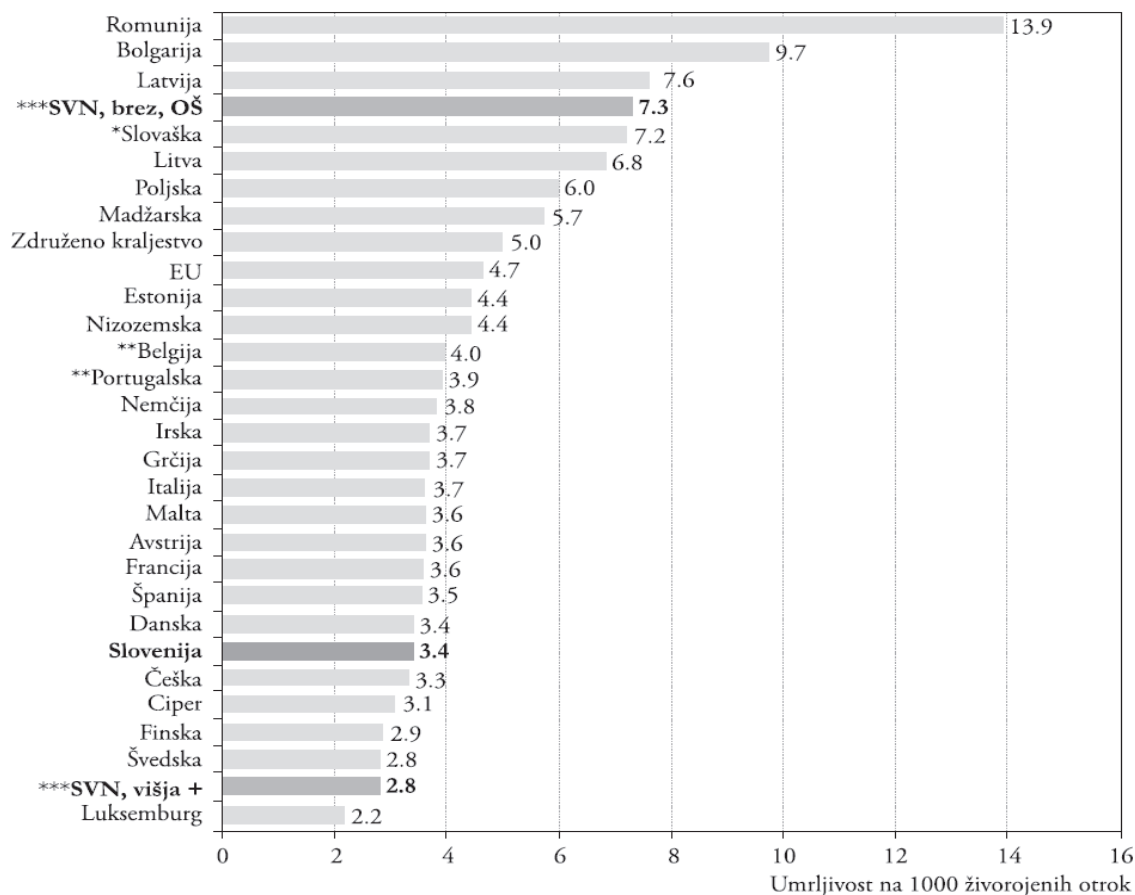
Primerjave z drugimi državami kažejo, da je bila v Sloveniji starostno standardizirana stopnja umrljivosti 680 na 100.000 prebivalcev (to je nekoliko slabše od povprečja EU), pri čemer obstaja pomembna razlika med prebivalci iz skupin občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca.



Slika 1. Umrljivost zaradi vseh vzrokov v EU in Sloveniji, 2006 (WHO, HFA 2010; Baza umrlih 2004–2008).
Graph 1. Mortality from all causes in the EU and Slovenia, 2006 (WHO, HFA 2010; Database of deaths 2004–2008).

Slovenija se po umrljivosti dojenčkov v EU uvršča v skupino držav z najnižjo umrljivostjo, je pa umrljivost dojenčkov pri materah z največ osnovnošolsko

izobrazbo 2,6-krat večja kot pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo.



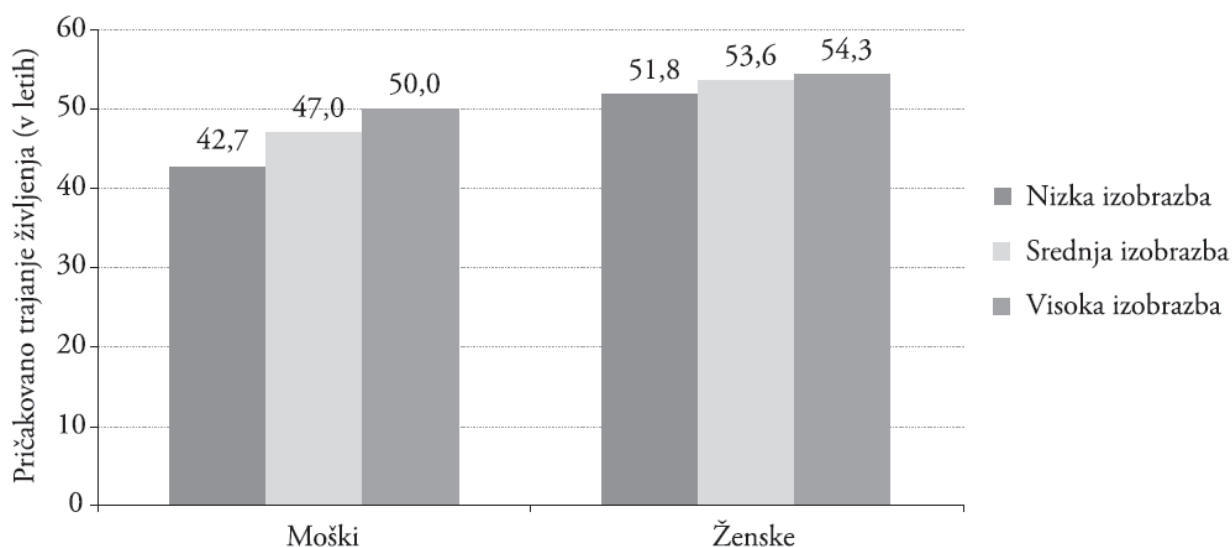
Slika 2. Umrlijivost dojenčkov v EU in Sloveniji, 2006 (WHO, HFA 2010; Baza umrlih 2004–2008).

Graph 2. Infant mortality in the EU and Slovenia, 2006 (WHO, HFA 2010; Database of deaths 2004–2008).

Analize so pokazale, da v Sloveniji socialno-ekonomski pogoji pomembno vplivajo tudi na življenjske navade prebivalcev. Otroci v revnejših družinah uživajo manj sadja in zelenjave in so manj pogosto telesno dejavni, delež prekomerno hranjenih in debelih odraslih je večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem, pri obeh spolih je delež kadilcev večji v skupini prebivalcev s poklicno, z osnovno ali nižjo izobrazbo (1).

Prav tako obstajajo med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami prebivalcev pomembne razlike v obolevnosti. Pogostost arterijske hipertenzije in bolezni srca je v starostni skupini 45–64 let največja v skupini prebivalcev z najnižjo stopnjo izobrazbe. V ekonomsko prikrajšanem severovzhodnem delu Slovenije je tveganje za pojavnost raka glave in

vratu pri moških večje kot v razvitejšem osrednjem in zahodnem delu države. Nasprotno pa je tveganje za pojav malignega melanoma in raka dojke večje pri ženskah v ekonomsko privilegiranih območjih osrednje in zahodne Slovenije. Depresija in skeletno-mišične težave so manj pogoste pri bolj izobraženih prebivalcih Slovenije. Navedene razlike med različnimi skupinami prebivalcev vplivajo tudi na pričakovano trajanje življenja oz. umrljivost. 30-letni moški z visoko izobrazbo lahko pričakuje 7,3 leta daljše življenje kot moški z nizko izobrazbo in 4,3 leta krajše življenje kot 30-letna ženska z visoko izobrazbo pa tudi 1,8 leta krajše življenje kot ženska z nizko izobrazbo. Zanimivo pa bi bilo raziskati, zakaj so razlike v pričakovanem trajanju življenja med ženskami z različno stopnjo izobrazbe izrazito majhne (1).



Slika 3. Pričakovano trajanje življenja pri starosti 30 let glede na izobrazbo in spol, Slovenija, 2008 (Corsini, 2010).

Graph 3. Life expectancy at 30 relative to education and gender, Slovenia 2008 (Corsini, 2010).

Ugotovljene razlike so primerljive z neenakostmi v zdravju v drugih državah EU. Pomemben napredek v zdravstvenih izidih populacije lahko dosežemo, če izboljšamo širše socialno, ekonomsko in ekološko okolje, v katerem prebivalci živijo (4). Vendar pa konvergentne, k zdravju naravnane razvojne usmeritve zahtevajo celovit pristop in pomenijo pomemben družbeni izziv, ki terja številne spremembe na političnem, raziskovalnem, izobraževalnem in na izvedbenem področju (5). Slovenija ima dolgo tradicijo aktivnega pristopa k izboljševanju enakosti, saj ima vrsto univerzalnih politik (šolstvo, zdravstvo, socialno varstvo, davčna politika, politika zaposlovanja idr.), ki poskušajo zagotoviti enake možnosti za optimalen razvoj in kakovost življenja od zgodnjega otroštva do pozne starosti. Čeprav imata socialna kohezija in solidarnost dolgo tradicijo in še naprej ostajata pomembni družbeni vrednoti, pa so družbene spremembe, globalizacija in ekonomska kriza pripeljale do spremembe žarišča pozornosti v političnih razpravah in razvojnih strategijah. Te vse bolj izpostavljajo rast in razvoj, fleksibilno zaposlovanje in učinkovito gospodarstvo na temelju individualne odgovornosti (6).

Zdravstveni sistem in ministrstvo za zdravje lahko znatno prispevata k zmanjšanju neenakosti v zdravju, ki so posledica dostopnosti in koriščenja zdravstvenih storitev, vključno s preventivnimi in z drugimi javnozdravstvenimi programi. Pred nami je pomembna naloga, da predvideno zdravstveno reformo,

katere glavni cilji in predvideni ukrepi bodo zagotavljanje kakovosti, varnosti, dostopnosti in učinkovitosti z racionalnejšim upravljanjem, reorganizacijo zdravstvene mreže in s prevetritvijo košarice pravic, zastavimo tako, da bo zagotavljala enakost v zdravju. Letos uvajamo referenčne ambulante, katerih namen je kakovostnejša in stroškovno učinkovitejša obravnava bolnikov, dokler njihova napotitev k specialistom ni nujna. Tovrstne ambulante bodo morale uvesti registre in protokole vodenja kroničnih bolnikov, se vključevati v preventivne aktivnosti in dosegati kazalnike kakovosti, deležne pa bodo dodatnih sredstev. Prav tako načrtujemo v tem letu pripravo dveh zelo pomembnih strategij, strategijo javnega zdravja in strategijo za kronične nenalezljive bolezni.

Moramo pa se zavedati, da imajo na socialno-ekonomske dejavnike večji vpliv resorji in politike zunaj zdravstvenega sistema. Ustrezne univerzalne politike na področju izobraževanja, socialnega varstva, razvoja otroka in družine, aktivnega zaposlovanja, davčne zakonodaje itn. so stebri za zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki v povezavi s posebnimi podpornimi ukrepi za posebej ranljive ciljne skupine lahko zagotovijo zelene dosežke. Ključna sta usklajeno delovanje različnih sektorjev in deležnikov na različnih ravneh in razumevanje, kako njihova vlaganja in odločitve vplivajo na zdravje.

Slovenija se bo morala v prihodnje spoprijeti z nekaterimi izzivi, če želi zmanjšati neenakosti v zdravju. Dejstvo

je, da kot država potrebujemo novo vizijo razvoja, v kateri mora biti zmanjševanje neenakosti v zdravju ena pomembnih prednostnih nalog. Za učinkovitejše zmanjševanje neenakosti v zdravju potrebujemo tudi strateški nacionalni okvir, ki bo določil usklajene cilje in prednostne naloge za različne resorje na nacionalni in lokalni ravni. Pomembno je, da posamezni resorji na različnih ravneh prepoznajo koristi, ki jih prinaša zmanjševanje neenakosti v zdravju, kar lahko prispeva k bolj usklajenim sektorskim in medsektorskim politikam. Predpogoj za načrtovanje in ukrepanje glede neenakosti v zdravju je načrtno spremljanje stanja in smernic, to pa je osnova za oblikovanje ukrepov in vrednotenje doseganja zastavljenih ciljev. Dostopnost podatkov na ravni posameznika s povezavami med socialno-ekonomskimi in zdravstvenimi podatki ter razvoj novih virov podatkov so nujni predpogoj za načrtno spremljanje, analiziranje in za vrednotenje neenakosti v zdravju ter zastavljenih ciljev. V prihodnje je treba okrepiti, nadgraditi in formalizirati sodelovanje med ustanovami.

Literatura

1. Buzeti T. et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
2. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up – part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
3. Artnik B. et al. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
4. WHO, Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: final report. Geneva: World Health Organization, 2008.
5. Premik M. et al. Slovenska šola za javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2004.
6. Rohregger B. et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji: izsledki misije Svetovne zdravstvene organizacije za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju. Ljubljana: Svetovna zdravstvena organizacija, 2010.