



# NEENAKOSTI v zdravju v Sloveniji

Januar 2011

---

# NEENAKOSTI v zdravju v Sloveniji

## **Avtorji**

po abecednem vrstnem redu priimkov

Tatjana Buzeti, Janet Klara Djomba, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Marijan Ivanuša, Helena Jeriček Klanšček, Nevenka Kelšin, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Katja Kovše, Jožica Maučec Zakotnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Nadrag, Sonja Paulin, Janja Pečar, Silva Pečar Čad, Mateja Rok Simon, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin, Vesna Zadnik, Eva Zver

## **Uredniški odbor**

po abecednem vrstnem redu priimkov

Tatjana Buzeti, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Mojca Gruntar Činč, Marijan Ivanuša, Janja Pečar, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin, Brigita Vrabič Kek

## **Recenzenti**

po abecednem vrstnem redu priimkov

Mark Exworthy, Peter Goldblatt, Marjan Premik, Margaret Whitehead

Januar 2011

## Zahvale

*Za dragocene nasvete in usmeritve se zahvaljujemo Chris Brown iz Urada Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo.*

*Za dopolnitve, pomoč in dragocene pripombe se zahvaljujemo strokovnjakom iz Urada Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj ter Titu Albrehtu z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije.*

*Za pomoč pri dostopu in obdelavi podatkov se zahvaljujemo Poldki Butinar, Nadi Ivas, Irmi Renar in Damjani Simončič z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije ter Eriki Žnidaršič in Stanki Intihar iz Statističnega urada Republike Slovenije.*

*Za administrativno-tehnično pomoč se zahvaljujemo Mariji Andjelković iz Urada Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji.*

*Zahvaljujemo se tudi številnim drugim strokovnim sodelavcem, ki so prispevali k nastanku tega poročila.*

## Predgovor ministra za zdravje

Živimo v času, ko se v Sloveniji in v svetu soočamo s hitrimi spremembami in z razvojnimi izzivi na vseh ključnih področjih, ki so pomembna za družbeni napredek in blaginjo. Zdravje, ki je pomemben element kakovosti življenja in blaginje, prebivalci Slovenije uvrščamo na sam vrh lestvice vrednot, hkrati pa je tudi pomemben družbeni kapital, ki je predpogoj za družbeni in gospodarski razvoj. Zdravje posameznika v veliki meri določajo socialni in ekonomski dejavniki, ki nas spremljajo v času, ko smo se rodili, ko odraščamo, delamo in se staramo.

Pričakovano trajanje življenja in izbrani kazalniki zdravja kažejo, da se zdravje celotne populacije v zadnjih desetletjih pomembno izboljšuje, pri čemer se Slovenija uvršča ob bok razvitih držav tako na področju dosežkov kot tudi izzivov. Tudi pri nas opažamo, da se zdravje skupin prebivalstva z višjim socialno-ekonomskim položajem izboljšuje hitreje, kar pomeni, da posamezniki iz različnih socialno-ekonomskih skupin svoj zdravstveni potencial dosegajo v različni meri. Dejavniki, kot so izobrazba, zaposlenost, dohodek, socialna varnost in socialna omrežja, vplivajo na življenjski slog, dejavnike tveganja, uporabo zdravstvenih in drugih storitev ter posledično na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja.

Zelo pomembno je, da zdravje in kakovost življenja prebivalcev Slovenije tudi spremljamo in se primerjamo z drugimi državami, še bolj pomembno pa je, da smo pozorni na to, kakšno je zdravje različnih socialno-ekonomskih skupin v državi in da poskušamo neenakosti v zdravju preprečiti ali jih vsaj zmanjševati.

Zdravstveni sistem in ministrstvo za zdravje lahko znatno prispevata k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki so posledica dostopnosti in uporabe zdravstvenih storitev, vključno s preventivnimi in drugimi javno zdravstvenimi programi. Učinek je veliko večji, če svojo vlogo pri zmanjševanju razlik v zdravju razumejo tudi drugi resorji, ki pomembno vplivajo na socialno-ekonomske dejavnike. Ustrezne univerzalne politike na področju izobraževanja, socialnega varstva, razvoja otrok in družine, aktivnega zaposlovanja in davčne zakonodaje so stebri za zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki v povezavi s posebnimi podpornimi ukrepi za posebej ranljive ciljne skupine lahko zagotovijo zelene rezultate. Ključno je usklajeno delovanje različnih sektorjev in deležnikov na različnih ravneh ter razumevanje, kako njihova vlaganja in odločitve vplivajo na zdravje.

Publikacija, ki je pred vami, je velik prispevek k odstiranju in razumevanju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Je odlično izhodišče za nadaljnjo razpravo o viziji razvoja Slovenije tudi v kontekstu zagotavljanja pogojev za optimalno zdravje posameznikov iz vseh socialno-ekonomskih skupin.

Dorijan Marušič  
minister za zdravje

## Predgovor ministra za delo, družino in socialne zadeve

Vprašanja družbenih neenakosti, gibanja revščine in socialne izključenosti ter socialne pravičnosti oz. tega, kaj si predstavljamo kot socialno pravično, so bila v zadnjih letih pogosto izpostavljena. Socialne posledice ekonomske krize (povečanje števila brezposelnih kot posledica stečajev podjetij in zaustavljenega novega zaposlovanja, povečanje števila posameznikov in družin, ki so upravičeni do denarne socialne pomoči, povečanje števila tistih, ki pomoč iščejo pri nevladnih organizacijah) so soupadle z Evropskim letom boja proti revščini in socialni izključenosti (2010), katerega glavni namen je bil poleg spodbujanja razprav in ozaveščanja javnosti o različnih vidikih revščine in socialne izključenosti ter možnih rešitvah zanje tudi spodbuditi ponovno zavezo vseh akterjev (poleg države tudi nevladnih organizacij, socialnih partnerjev in drugih) za boj proti različnim pojavnim oblikam revščine in socialne izključenosti. Ta boj pa ne pomeni samo osnovnih ukrepov za zagotavljanje minimalne življenjske ravni vseh posameznikov in družin, ki se znajdejo v stiski (torej zagotavljanja minimalnih dohodkov – socialnih transferjev, kadar si jih posamezniki oz. družine ne morejo zagotoviti sami), ampak pomeni tudi ukrepe za spodbujanje ekonomskega in socialnega vključevanja posameznikov (predvsem vključevanja v zaposlitev za posameznike, ki so zaposljivi) ter ukrepe za zagotavljanje enakega dostopa do različnih storitev (socialnih, zdravstvenih in drugih pomembnih storitev splošnega pomena) ne glede na siceršnji ekonomski oz. materialni položaj posameznikov.

Ob tem se zdi zelo pomembno več pozornosti posvetiti temam, ki so za reševanje problematike revščine in družbenih neenakosti ključne, a vendar pogosto prezrte. Ena takih tem je npr. reproduciranje prikrajšanosti in/ali izključenosti v skupinah, ki so najbolj ranljive za revščino, in vprašanje, s katerimi mehanizmi to reproduciranje učinkovito preseči. Druga, zelo pomembna tema je povezana s tematiko pričujoče publikacije, in sicer s kakšnimi ukrepi in mehanizmi zmanjšati vpliv neenakosti v socialnem položaju na zdravje posameznikov.

Republika Slovenija je v povezavi z Evropsko strategijo do leta 2020 in Nacionalnim reformnim programom, sprejetim na tej osnovi, obljubila, da bo v okviru enega od petih ključnih razvojnih ciljev do leta 2020 zmanjšala število oseb, ki imajo visoko tveganje za revščino in socialno izključenost. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je v zvezi s tem že sprejelo vrsto ukrepov, nekaj pa jih še pripravlja. Ugotavljamo pa, da bo za res učinkovito reševanje problematike revščine, prikrajšanosti in socialne izključenosti v prihodnje potrebnega še več usklajevanja in sodelovanja med različnimi resorji, predvsem med socialnim in zdravstvenim, pa tudi stanovanjskim področjem.

Iskreno me veseli, da lahko pozdravim izid publikacije, ki ne le da obravnava po mojem mnenju zelo aktualno tematiko, ampak tudi predstavlja rezultat sodelovanja med različnimi institucijami in organizacijami, kar želimo podpirati in spodbujati tudi v prihodnje.

dr. Ivan Svetlik  
minister za delo, družino in socialne zadeve

## Kazalo

1	<i>Zahvale</i>
2	<i>Predgovor ministra za zdravje</i>
3	<i>Predgovor ministra za delo, družino in socialne zadeve</i>
4	<i>Kazalo</i>
6	<i>Seznam slik in tabel</i>
7	<i>Beseda urednikov</i>
10	<i>Povzetek</i>
13	<i>Ključni pojmi</i>
16	<i>Kratice</i>
<b>17</b>	<b>I. Uvod</b>
18	<i>Determinante zdravja</i>
19	<i>Socialno-ekonomske determinante zdravja</i>
22	<i>Kaj je socialno-ekonomski položaj in kako ga merimo?</i>
24	<i>Socialno-ekonomsko ogledalo Slovenije</i>
27	<i>Literatura in viri</i>
<b>29</b>	<b>II. Neenakosti v zdravju v Sloveniji</b>
30	<i>Razlike v zdravju med državami v Evropi</i>
34	<b>ZAČETKI ŽIVLJENJA IN SOCIALNO-EKONOMSKE NEENAKOSTI</b>
34	<i>Prezgodnji porod in nizka porodna teža</i>
34	<i>Mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov</i>
36	<b>ALI SE ŽIVLJENJSKI SLOG RAZLIKUJE GLEDE NA SOCIALNO-EKONOMSKI POLOŽAJ?</b>
36	<i>Način prehranjevanja</i>
37	<i>Telesna dejavnost</i>
38	<i>Prekomerna telesna teža in debelost</i>
39	<i>Uživanje alkohola</i>
40	<i>Kajenje</i>
42	<b>KAKO DOŽIVLJAMO IN OCENJUJEMO SVOJE ZDRAVJE ?</b>
42	<i>Samoocena zdravstvenega stanja</i>
44	<b>ALI SOCIALNO ŠIBKEJŠI OBOLEVAJO BOLJ POGOSTO?</b>
44	<i>Bolezni srca in ožilja</i>
45	<i>Sladkorna bolezen</i>
48	<i>Rak</i>
51	<i>Duševno zdravje</i>
52	<i>Kostno-mišične težave</i>
54	<i>Zdravje ustne votline</i>

55	<b>KAKO SOCIALNE DETERMINANTE VPLIVAJO NA TO KAKO DOLGO ŽIVIMO?</b>
55	<i>Pričakovano trajanje življenja</i>
56	<i>Umrlijivost</i>
58	<i>Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola</i>
60	<i>Umrlijivost zaradi samomora</i>
60	<i>Nenamjerne poškodbe</i>
63	<b>ALI JE DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA VSE ENAKA IN ALI JIH TAKO TUDI UPORABLJAMO?</b>
68	<i>Literatura in viri</i>
<b>75</b>	<b>III. Pristopi in politike, ki so učinkoviti za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju</b>
76	<i>Splošna načela ukrepanja za enakost v zdravju</i>
76	<i>Zdravje in enakost v zdravju v vseh politikah</i>
78	<i>Pristopi za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju</i>
79	<i>Zmanjševanje neenakosti v zdravju čez celotni socialni gradient</i>
81	<i>Regionalne pobude za zmanjševanje neenakosti v zdravju</i>
83	<i>Socialno-ekonomski in družbeno politični okvir za krepitev enakosti v zdravju v Sloveniji</i>
87	<i>Literatura in viri</i>
<b>89</b>	<b>IV. Izzivi</b>
92	<i>Jasna vizija razvoja slovenske družbe</i>
93	<i>Nacionalni okvir za zmanjševanje neenakosti</i>
94	<i>Merjenje socialno-ekonomskih determinant zdravja in neenakosti v zdravju</i>
95	<i>Prepoznavanje skupnih ciljev in mnogovrstnih koristi za različne sektorje</i>
96	<i>Slovenija kot proaktivna članica globalnega sveta</i>
98	<i>Literatura in viri</i>
<b>99</b>	<b>Priloga 1</b>
100	<i>Metodologija</i>
103	<i>Literatura in viri</i>

## Seznam slik in tabel

- Slika 1:* Socialni gradient v zdravju.
- Slika 1.1:* Determinante zdravja (Dahlgreen in Whitehead, 2006)
- Slika 1.2:* Razdelitev slovenskih občin v kvintile glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in stopnjo registrirane brezposelnosti, 2004–2008.
- Slika 2.1:* Umrljivost zaradi vseh vzrokov v EU in Sloveniji, 2006.
- Slika 2.2:* Umrljivost dojenčkov v EU in Sloveniji, 2006.
- Slika 2.3:* Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi nenamernih poškodb v EU in Sloveniji, 2006.
- Slika 2.4:* Mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov po izobrazbi matere, Slovenija, 2004–2008.
- Slika 2.5:* Delež otrok glede na tedensko število ur telesne dejavnosti in glede na socialno-ekonomski položaj družine, Slovenija, 2006.
- Slika 2.6:* Delež prekomerno hranjenih in debelih glede na socialno-ekonomski položaj, Slovenija, primerjava 1997 in 2008.
- Slika 2.7:* Delež kadilcev v starostni skupini 20–44 let po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2007.
- Slika 2.8:* Delež prebivalcev z dobro ali zelo dobro samooceno splošnega zdravstvenega stanja po izobrazbi in starosti, Slovenija, 2007.
- Slika 2.9:* Prevalenca bolezni srca in ožilja v starostni skupini 45–64 let glede na samoocenjen družbeni sloj, Slovenija, 2008.
- Slika 2.10:* Prevalenca prejemnikov antidiabetičnih zdravil in občine po kvintilih indeksa razvitosti, Slovenija, 2008.
- Slika 2.11:* Prevalenca prejemnikov antidiabetičnih zdravil v starostni skupini 40–64 let po kvintilih občin glede na stopnjo registrirane brezposelnosti in spol, Slovenija, 2008.
- Slika 2.12a:* Kazalnik primanjkljaja po slovenskih občinah.
- Slika 2.12b:* Rak glave in vratu – modelirna incidenca, moški, Slovenija, občine, 1995–2002.
- Slika 2.12c:* Maligni melanom – modelirna incidenca, ženske, Slovenija, občine, 1995–2002.
- Slika 2.12d:* Rak dojke – modelirna incidenca, ženske, Slovenija, občine, 1995–2002.
- Slika 2.13:* Depresija v starostni skupini 45–64 let glede na izobrazbo in spol, Slovenija, 2008.
- Slika 2.14:* Pogostost težav s hrbtom v starostni skupini 40–59 let glede na izobrazbo, Slovenija, 2007/08.
- Slika 2.15:* Pričakovano trajanje življenja pri starosti 30 let glede na izobrazbo in spol, Slovenija, 2008.
- Slika 2.16:* Umrljivost po slovenskih upravnih enotah, 2005–2009.
- Slika 2.17:* Umrljivost v skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca, Slovenija 2004–2008.
- Slika 2.18:* Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi jetrne ciroze po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.
- Slika 2.19:* Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi nenamernih poškodb po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.
- Slika 2.20:* Umrljivost starejših (65 let in več) zaradi nenamernih poškodb po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.
- Slika 2.21:* Delež neposrednih izdatkov gospodinjstev za zdravstvo (t. i. izdatki iz žepa) v končni potrošnji gospodinjstev, Slovenija in države OECD, 2008.
- Slika 3.1:* Trikotnik vlaganja za zdravje (SZO).
- Slika 3.2:* Ključna področja dela programa Mura (Buzeti in sod., 2008).
- Tabela 2.1:* Pregled rezultatov tujih raziskav in domače raziskave o povezanosti pojavljanja raka in socialno-ekonomskega položaja bolnikov.
- Tabela 3.1:* Matrika politik za zmanjševanje družbenih neenakosti v zdravju (Torgersen in sod. 2005).
- Tabela 3.2:* Razmerje med najbolj in najmanj razvito regijo v izbranih državah v BDP na prebivalca v standardih kupne moči za nekatere države članice EU.

## Beseda urednikov

Pred vami je publikacija z naslovom Neenakosti v zdravju v Sloveniji, ki je strokovna osnova za pomemben kakovostni preskok na tem področju v Sloveniji. Pri njeni pripravi so sodelovali Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Statistični urad Republike Slovenije, Urad za makroekonomske analize in razvoj, Onkološki inštitut Ljubljana, Center za zdravje in razvoj iz Murske Sobote<sup>1</sup> in Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo. Izdajo publikacije sta omogočila Ministrstvo za zdravje in SZO kot del dejavnosti, dogovorjenih z Dvoletno pogodbo o sodelovanju 2010–2011 med SZO in Republiko Slovenijo. S tem poročilom želimo politični, strokovni in laični javnosti omogočiti vpogled v neenakosti v zdravju v Sloveniji na podlagi trenutno dosegljivih podatkov. Osnovni namen poročila je spodbuditi razpravo, ki bo omogočila oblikovanje vizije, razvojne strategije in izdelavo okvirja za zmanjševanje neenakosti v zdravju v Sloveniji ter enega ali več akcijskih načrtov za obvladovanje neenakosti v Sloveniji.

Neenakosti v zdravju med posameznimi državami in znotraj njih so velike in se marsikje povečujejo. Tveganje, da bo ženska umrla v času nosečnosti ali poroda, je na Švedskem 1:17.400, v Afganistanu pa celo 1:8. V Lesotu rojena deklica lahko pričakuje 42 let krajše življenje od vrstnice, rojene na Japonskem. Deček, rojen v revnem predelu Glasgowa, lahko pričakuje 28 let krajše življenje od tistega, ki je rojen v premožnem delu mesta (WHO, 2008<sup>2</sup>). Socialna pravičnost je torej vprašanje življenja in smrti. Neenakosti v zdravju so prisotne v vseh državah, tako v državah v razvoju kot v razvitih državah in tako tudi v Sloveniji. Leta 2003 je na Uradu za makroekonomske analize in razvoj nastalo Poročilo o človekovem razvoju 2003. Prikazalo je sliko zdravja in bolezni v kontekstu družbenega razvoja Slovenije. Podrobnejše analize dejstev in pojavov, ki so bile vključene v Poročilo in so bile odraz stanja v takratnem trenutku in prostoru, naj bi bile tudi spodbuda za nadaljnje raziskovanje različnih strok s področja zdravja in neenakosti v zdravju. Obenem so se v tistem času že vzpostavljale povezave med različnimi bazami podatkov, začeli pa smo se truditi tudi za postavitve skupnega informacijskega sistema. Žal se delo v tej smeri ni nadaljevalo in spremljanje socialno-ekonomskih determinant zdravja v Sloveniji ni postalo stalnica, ki bi se odražala v rednih poročilih. Vendar je potreba po tovrstnem spremljanju vedno bolj prisotna, še dodatno pa so jo spodbudile dejavnosti na temo socialno-ekonomskih determinant zdravja in neenakosti v zdravju, ki so se odvijale v zadnjih letih. Maja 2009 je v sodelovanju s SZO potekala evropska in nacionalna delavnica za medsektorsko vlaganje v zdravje in enakost v zdravju (28.–29. 5. 2009), aprila 2009 delavnica Inštituta za varovanje zdravja *Zagotavljanje večje enakosti v zdravju – izzivi recesije za javno zdravje in promocijo zdravja v Sloveniji*, januarja 2010 pa še delavnica Inštituta za varovanje zdravja o neenakostih na področju promocije zdravja. Že na teh delavnicah je bilo izpostavljeno, da je potrebno sistematično spremljanje

<sup>1</sup> Kolaborativni center SZO za izgradnjo zmogljivosti za medsektorsko vlaganje v zdravje

<sup>2</sup> World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report. WHO, Geneva.

zdravstvenega stanja v povezavi s socialno-ekonomskimi determinantami ter da je na tem področju potrebno stalno, neprekinjeno delo in boljše sodelovanje vseh deležnikov. Nacionalno poročilo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) v letu 2008 kot ključne izzive na področju socialne zaščite in socialnega vključevanja med drugim navaja potrebo po večji socialni vključenosti posameznikov in večji povezanosti (koheziji) družbe. Izsledki misije SZO za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju (november 2009) izpostavljajo vrsto področij, kjer je Slovenija v preteklosti naredila pomembne korake in dosegla vidne uspehe, hkrati pa podajajo možnosti za nadaljnje izboljšave. Nenazadnje tudi družbene spremembe, globalizacija in ekonomska kriza postavljajo našo družbo pred nove izzive. Ekonomska rast ne more biti edino merilo razvoja neke družbe.

Vse to je pripeljalo do poročila Neenakosti v zdravju v Sloveniji, katerega osnovni namen je spodbuditi vse, ki v Sloveniji odločajo, da postane zdravje prebivalstva ena od prednostnih nalog razvoja Slovenije in sestavni del vseh politik. Obenem želimo ponovno spodbuditi in vzpostaviti trajno sodelovanje različnih ustanov (npr. IVZ, SURS, UMAR, univerzitetnih inštitutov, ZZZS ipd.), ki naj bi potekalo stalno, če želimo, da bo spremljanje socialno-ekonomskih determinant zdravja redna dejavnost in tako tudi osnova za pripravo podobnih periodičnih poročil.

V publikaciji smo se zaradi nezadostne razpoložljivosti podatkov omejili le na nekatere prikaze zdravstvenega stanja prebivalstva Slovenije v povezavi s socialno-ekonomskimi dejavniki. Teh je sicer na voljo kar nekaj, vendar so se do sedaj zbirali in analizirali v glavnem nesistematično in po posameznih področjih. Zato je vsebinski okvir publikacije vezan na trenutno razpoložljive podatke o neenakostih, časovno pa pretežno na obdobje 2004-2008 (glej Priloga 1: metodologija).

Pričujoča publikacija je razdeljena na štiri obširna poglavja. V prvem, uvodnem poglavju je na kratko predstavljeno, kaj vse vpliva na zdravje prebivalstva, poudarek pa je na socialnih in ekonomskih determinantah.

Težišče drugega poglavja je prikaz neenakosti v zdravju v Sloveniji. Pri tem smo poskušali zajeti vsa obdobja človekovega življenja, od spočetja preko zgodnjega otroštva do starosti. Različne zdravstvene kazalnike, ki odražajo izide, kot so obolevnost, umrljivost, življenjski slog in dejavnike tveganja ter uporabo zdravstvenih storitev, smo poskušali prikazati v luči nekaterih socialno-ekonomskih determinant, kot so npr. dohodkovni položaj, zaposlenost oz. brezposelnost, izobrazba in razvitost območij. Pri tem smo se posluževali tako rutinskih statističnih podatkov kot tudi anketnih podatkov in podatkov posameznih raziskovanj.

Sledi poglavje, ki predstavlja nekatere politike in pristope, ki so se v praksi izkazali kot učinkoviti za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju. Najprej pojasnjemo pomen nekaterih politik in pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju, v nadaljevanju pa navajamo tudi štiri primere dobre prakse.

Publikacijo smo sklenili s ključnimi izzivi, s katerimi se bo morala slovenska družba spoprijeti v prihodnje, če želi uspešno obvladovati neenakosti v zdravju.

Neenakosti morajo postati jasno vidne in razumljive. Pričujoče poročilo je eden od pomembnih korakov na tej poti. Na tej osnovi bomo lahko razvili strateški okvir (so) delovanja, ki bo sledil najnovejšim znanstvenim dognanjem in bo predstavljal temelj za celovito obvladovanje neenakosti v zdravju.

Samo skupaj lahko naredimo okolje, v katerem smo se rodili, v katerem, odraščamo, živimo, delamo, ustvarjamo in se staramo, prijaznejše in boljše.

## Povzetek

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 nepravične. Za učinkovito zmanjševanje neenakosti v zdravju je nujno, da jih celovito poznamo, predvsem, kakšne so in kaj jih povzroča. Poročilo predstavlja izbrane zdravstvene kazalnike in povezave s socialno-ekonomskimi determinatami zdravja, ki smo jih lahko v kratkem času pripravili na podlagi obstoječih baz podatkov. Osnovni namen poročila je spodbuditi razpravo, ki bo omogočila iskanje odgovorov na ključne izzive na področju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ker je področje socialno-ekonomskih determinant zdravja širše od področja delovanja Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, so bili v pripravo analize vključeni še Statistični urad Republike Slovenije, Urad za makroekonomske analize in razvoj, Onkološki inštitut Ljubljana, Center za zdravje in razvoj iz Murske Sobote ter Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo.

Poročilo prikazuje neenakosti v zdravju med posameznimi skupinami prebivalcev znotraj Slovenije, prikazane pa so tudi nekatere primerjave med Slovenijo in državami EU.

Primerjave z drugimi državami kažejo, da

- je bila v Sloveniji starostno standardizirana stopnja umrljivosti 680 na 100.000 prebivalcev (kar 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;
- da se Slovenija po umrljivosti dojenčkov v EU uvršča v skupino držav z najnižjo umrljivostjo, da pa je umrljivost dojenčkov pri materah z največ osnovnošolsko izobrazbo 2,6-krat večja kot pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo;
- da se po umrljivosti zaradi poškodb Slovenija uvršča v srednjo tretjino držav EU, pri čemer v Sloveniji obstaja pomembna razlika med skupinami občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca (poškodbe so pomemben razlog za prezgodnjo umrljivost v Sloveniji).

Analize so pokazale, da v Sloveniji socialno-ekonomski pogoji pomembno vplivajo 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.

V Sloveniji 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 bolj razvitem 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. na 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.
- Stopnja umrljivosti prebivalcev iz skupine občin z nizko osnovo za dohodnino na prebivalca je pomembno večja kot v skupini občin z visoko osnovo za dohodnino na prebivalca. Vrzeli v umrljivosti je pri moških večja kot pri ženskah. Podobno velja tudi za prezgodnjo umrljivost pri obeh spolih zaradi jetrne ciroze ter za umrljivost moških zaradi samomora in zaradi poškodb v prometu.

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 fizično okolje, v katerem prebivalci živijo. Slovenija v praksi izvaja številne univerzalne politike (npr. na področju socialnega varstva, šolstva, zdravstva, davčne politike), ki predstavljajo ključno osnovo za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Na voljo so različne politike in pristopi, ki so se že izkazali kot učinkoviti za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju. Ena od učinkovitih metod je kombinirana uporaba populacijskega pristopa, zmanjševanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino prebivalstva ali povprečjem ter ciljni ukrepi za najbolj ranljive skupine. Program MURA je vzorčni primer delovanja na medregijske neenakosti v zdravju.

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 (politiko zdravja), 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 doprinese k bolj usklajenim sektorskim in medsektorskim politikam. Predpogoj za načrtovanje in ukrepanje v zvezi z neenakostmi v zdravju je sistematično **spremljanje** stanja in trendov, 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 sistematično spremljanje, analiziranje in vrednotenje neenakosti v zdravju ter zastavljenih ciljev. V prihodnje je potrebno **okrepiti, nadgraditi in formalizirati sodelovanje** med ustanovami.

Slovenija se kot del globalnega sveta sooča z globalnimi izzivi na področju zdravja. Nanje vplivajo tudi ekonomski razvoj in krize, podnebne spremembe ter politični izzivi. Vse to vpliva tudi na migracijske tokove. Eden od prihodnjih izzivov bo **odziv politike na migracijske tokove** ob siceršnjem staranju domače populacije, kar lahko prispeva k poglobljanju neenakosti v zdravju. Ker so neenakosti skupni problem vseh držav v EU in tudi širše, je eden od izzivov tudi dejavno sodelovanje Slovenije v **mednarodnih procesih** na področju obvladovanja neenakosti.

## *Ključni pojmi*

**Enakost v zdravju** pomeni, da lahko vsak posameznik doseže svoj zdravstveni potencial in nihče ni v neenakem položaju glede doseganja tega potenciala zaradi socialno-ekonomskega statusa ali drugih socialno-ekonomskih determinant (WHO, 2006).

**Neenakosti v zdravju**, kot jih obravnavamo v tej publikaciji, so **socialno-ekonomske neenakosti v zdravju**. To so razlike v zdravju oz. zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravilne (WHO, 2006).

**Razlike v zdravju med spoloma** so razlike v zdravju, ki so pogojene z ekonomskimi, s socialnimi in z družbenimi dejavniki in ne izhajajo samo iz bioloških razlik med spoloma. Pomembno je, da neenakosti v zdravju analiziramo ločeno za moške in ženske, saj se lahko neenakosti in vzroki zanje po spolu razlikujejo (WHO, 2006).

**Geografske ali teritorialne razlike v zdravju** so razlike v zdravju med različnimi geografskimi območji. Pomembno je, da pri tem upoštevamo tudi starostno strukturo prebivalcev in socialno-ekonomske dejavnike območja, ki ga analiziramo. Zdravstvene kazalnike opazovanega območja lahko uporabimo kot približek oz. oceno socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, ko nimamo na razpolago zdravstvenih kazalnikov v povezavi z različnimi socialno-ekonomskimi skupinami. Pri tem je pomembno, da je socialna oz. družbena struktura homogena in da upoštevamo razlike v starostni strukturi prebivalcev (WHO, 2006).

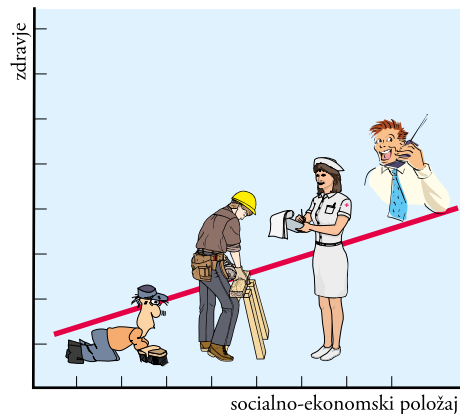
**Enakost v zdravstvenem varstvu** razumemo kot zagotavljanje enakih možnosti ter enake kakovosti in dostopnosti zdravstvenega varstva ne glede na geografske, ekonomske, etične, kulturne in druge razlike (WHO, 2006).

**Determinante zdravja** so posamezni dejavniki ali kombinacija le-teh, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje. To poročilo se osredotoča na socialno-ekonomske determinante zdravja. To so dejavniki, na katere lahko vplivamo s političnimi, z gospodarskimi in tudi z osebnimi odločitvami. V nasprotju s tem pa na determinante oz. dejavnike, kot so starost, spol in genetske lastnosti, z omejenimi odločitvami ne moremo vplivati.

**Varovalni dejavniki** vplivajo na zdravje in na vedenja, povezana z zdravjem, tako, da varujejo zdravje ter hkrati preprečujejo in zmanjšujejo tveganje za določeno bolezen. Klasični primer je cepljenje proti vrsti različnih nalezljivih bolezni. Prav tako sta varovalna dejavnika tudi zdrava prehrana (npr. mediteranska dieta) ali nekajenje. Psihološke dejavnike (npr. družbeno podporo in jasno življenjsko usmeritev, nadzor nad svojim življenjem ter dobre odnose v družini in v družbenem okolju), ekonomsko varnost, primerne stanovanjske razmere in prehransko varnost tudi vse bolj prepoznavamo kot varovalne dejavnike (WHO, 2002; Wilkinson, 2005).

**Dejavniki tveganja** povečujejo verjetnost oz. tveganje za pojav zdravstvenih težav in bolezni, ki jih lahko preprečimo. Lahko so socialno-ekonomski, lahko pa so povezani s specifičnimi okoljskimi dejavniki tveganja (npr. onesnažen zrak) ali z dejavniki tveganja, povezanimi z življenjskim slogom (npr. kajenje).

**Socialni gradient v zdravju** prikazuje zdravstvene izide v odnosu do socialno-ekonomskega položaja. Gradient kaže, da neenakosti v zdravju niso le vprašanje vrzeli v zdravju med najpremožnejšo in najrevnejšo skupino prebivalcev, saj se nanaša na celotno populacijo (slika 1).



Slika 1: Socialni gradient v zdravju

**Socialno-ekonomski položaj** je relativni položaj družine ali posameznika na hierarhični družbeni lestvici in je odvisen od dostopa do premoženja, ugleda in moči ter od nadzora nad njimi.

**Zdravje v vseh politikah** izpostavlja, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev na različnih ravneh, ki ta cilj zasledujejo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. **Je pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike ali t. i. politike zdravja, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost celotne vlade.**

**Zdravstveni izidi** so opazovani pojavi, npr. obolevnost, invalidnost, umrljivost, samoocenjeno zdravje, blagostanje.

### Literatura in viri:

- Wilkinson RG (2005). The impact of inequality: how to make sick societies healthier. London, Routledge.
- WHO (2002). World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2006). Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

## Kratice

CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention – mednarodni program SZO, ki je namenjen ohranjanju in krepitvi zdravja ter preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni
EHIS	Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu v Evropi ( <i>angl.</i> European Health Interview Survey)
EU	Evropska unija
FAS	socialno-ekonomski položaj družine ( <i>angl.</i> Family Affluence Scale)
GURS	Geodetska uprava Republike Slovenije
HBSC	raziskava <i>Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju</i> ( <i>angl.</i> Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study)
ITM	indeks telesne mase
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
NUTS	klasifikacija teritorialnih enot za statistične namene ( <i>angl.</i> nomenclature of territorial units for statistics)
OECD	Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj ( <i>angl.</i> Organisation for Economic Co-operation and Development)
OZN	Organizacija združenih narodov
PIS RS	Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije
SE	socialno-ekonomski
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UMAR	Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj
WHO	World Health Organization. Svetovna zdravstvena organizacija (v slovenščini SZO)
ZFO-1A	Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o financiranju občin
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

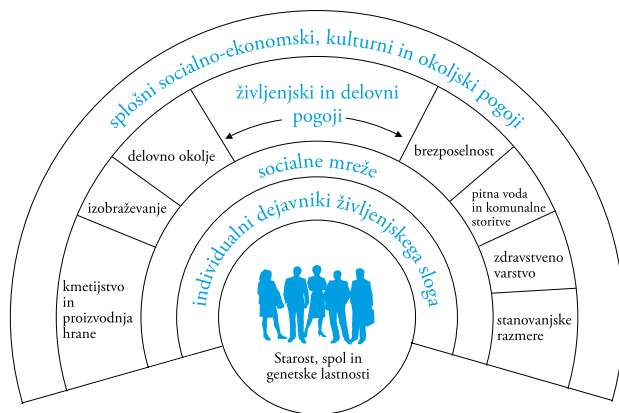
## I. Uvod



Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so razlike v zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravične. Tovrstne neenakosti opazamo med posameznimi državami in znotraj njih. Za uspešno zmanjševanje neenakosti v zdravju je nujno, da jih celovito poznamo, predvsem kakšne so in kaj jih povzroča.

## Determinante zdravja

Za obvladovanje neenakosti v zdravju moramo najprej razumeti, kaj jih povzroča. To poročilo se osredotoča na tiste socialno-ekonomske determinante zdravja, ki povzročajo neenakosti v zdravju. V praksi jih pogosto ne ločimo od splošnih determinant zdravja, ki vplivajo na zdravje celotne populacije. Vendar danes vemo, da pristopi, ki oboje determinante obravnavajo na enak način, niso učinkoviti v zmanjševanju neenakosti v zdravju. Na Sliki 1.1 so predstavljene splošne determinante zdravja, v nadaljevanju pa je predstavljenih pet mehanizmov, ki pojasnjujejo, kakšno je lahko učinkovanje teh determinant na socialno-ekonomsko pogojene razlike v zdravju (Dahlgren in Whitehead, 2006).



Slika 1.1: Determinante zdravja (Dahlgren in Whitehead, 2006)

V središču modela v obliki mavrice je posameznik, ki ima svoje osebne dejavnike, kot so npr. starost, spol in druge telesne lastnosti, ki so večinoma nespremenljive. Obdajajo jih dejavniki, na katere lahko bolj ali manj vplivamo z različnimi politikami. Prvi dejavnik je življenjski slog, ki med drugim vključuje kajenje in telesno dejavnost. Sledi osebna interakcija in vpetost posameznika v ožjo socialno mrežo (vrstniki in ožje okolje). Seveda na posameznika in njegovo zdravje vplivajo tudi bivalne in delovne razmere ter dostopnost do hrane, osnovnih dobrin in storitev. V širšem družbenem okolju pa

na zdravje populacije prevladujoče vplivajo ekonomski, kulturni in okoljski vplivi. Posameznikov življenjski slog je vezan na družbene norme in socialne mreže ter na delovno in bivalno okolje, kar pa je odvisno od širših socialno-ekonomskih in kulturnih okoliščin. Determinante zdravja, na katere lahko vpliva posameznik ali nanje vplivamo z gospodarskimi oz. s političnimi odločitvami, so lahko pozitivni dejavniki zdravja, varovalni dejavniki ali dejavniki tveganja (Dahlgren in Whitehead, 2006).

## Socialno-ekonomske determinante zdravja

Poznavanje determinant zdravja, ki so prikazane na Sliki 1, je pomembno, vendar ni dovolj za analizo in razumevanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju. Najpomembnejše determinante zdravja se lahko za različne socialno-ekonomske skupine razlikujejo. Švedska raziskava kaže, da je nezdravo fizično delovno okolje glavni dejavnik tveganja za neizobražene delavce, medtem ko ne predstavlja pomembnega dejavnika tveganja za javne uslužbenke ali celotno populacijo (Lundberg, 1991). Takšen primer je tudi revščina. V bogatih državah je vpliv revščine na zdravje celotne populacije lahko relativno majhen. Hkrati pa je lahko v isti državi veliko pomembnejši dejavnik tveganja in breme bolezni v nizki dohodkovni skupini. Kako pomembno vlogo bo imela revščina na celokupno breme bolezni v populaciji, je odvisno od deleža revnih prebivalcev. V državi z nizko stopnjo revščine je lahko revščina razlog za 2 % vsega bremena bolezni v populaciji. Hkrati pa je lahko razlog za kar 10 % razlik v bremenu bolezni med bogato in revno skupino prebivalcev.

Zato je zelo pomembno, da razlikujemo med socialno-ekonomskimi determinantami zdravja celotne populacije in socialno-ekonomskimi determinantami posameznih skupin prebivalstva. Za lažje razumevanje vzrokov, ki povzročajo socialno-ekonomske neenakosti v zdravju, moramo razumeti vzročno verigo in mehanizme, ki vplivajo na socialno-ekonomski gradient in neenakosti v zdravju. (Diderichsen, Evans in Whitehead, 2001).

Za boljše razumevanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju je pomembno poznavanje 5 ključnih mehanizmov, ki vplivajo na pojav neenakosti v zdravju. Predstavljeni so v nadaljevanju.

### 1. Porazdelitev moči in dostop do drugih virov

Temeljne družbene strukture in procesi določajo pogoje za vsakodnevno življenje. Neenakosti, ki jih povzročajo družbene norme, politike in prakse in so sistematične vplivajo na porazdelitev moči (dostop do vzvodov upravljanja), blaginje in drugih potrebnih družbenih virov (WHO, 2008).

Determinante socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, ki so posledica različne porazdelitve moči in virov, lahko merimo na ravni družbe ali na ravni socialno-ekonomskih skupin (Diderichsen, Evans in Whitehead, 2001). Tako se npr. naporji za zmanjšanje razlik v izobrazbi lahko kažejo v izboljšani zmožnosti pripadnikov šibkejših socialno-ekonomskih skupin, da se izognejo nezdravim življenjskim in delovnim pogojem. Izobrazba prispeva tudi k boljšemu medsebojnemu razumevanju različnih socialno-ekonomskih skupin in s tem k njihovem zblizanju.

### 2. Različna izpostavljenost dejavnikom tveganja

Izpostavljenost dejavnikom tveganja (materialnim, psihološkim in vedenjskim) je povezana s socialnim statusom: nižji je socialno-ekonomski status, večja je izpostavljenost dejavnikom tveganja, kar se kaže v socialnem gradientu zdravja. Za učinkovit pristop k zmanjševanju neenakosti v zdravju je potrebno spremljati različne dejavnike tveganja za vsako socialno-ekonomsko skupino posebej, saj le tako lahko določimo ključne točke za ukrepanje. Na ta način lahko določimo ključne dejavnike tveganja, ki imajo višjo pripisljivo vrednost po socialno-ekonomskih skupinah in se lahko razlikujejo od ključnih dejavnikov tveganja za celotno populacijo.

Ko lahko socialni gradient določene determinante zdravja jasno vidimo, je to signal, da so potrebni specifični pristopi, dodatno prizadevanje in finančni viri za zmanjšanje dejavnikov tveganja za najbolj ogrožene. Vendar to ne pomeni, da moramo razvijati politike, programe in pristope samo za ranljive ciljne skupine, temveč da univerzalne politike in programe za celotno populacijo nadgradimo s specifičnimi usmerjenimi pristopi za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

### 3. Ista raven dejavnikov tveganja vodi do različnih zdravstvenih posledic

Ista raven izpostavljenosti dejavnikom tveganja ima lahko različne vplive na različne socialno-ekonomske skupine prebivalstva. Na Švedskem tako npr. enaka stopnja zlorabe alkohola (merjeno v količini popitih enot alkohola) pri fizičnih delavcih moškega spola

povzroči 2- do 3-krat več z alkoholom povzročenih bolezni in poškodb kot pri javnih uslužbencih (Hemmingsson in sod., 1998). To pomembno razliko med skupinama lahko pojasnimo z razlikami v načinu pitja in s podpornimi socialnimi sistemi doma in v službi. Različni vpliv lahko pripišemo tudi dejstvu, da so šibkejše socialno-ekonomske skupine dejavnikom tveganja izpostavljene pogosteje in dalj časa, izpostavljene pa so tudi številnejšim dejavnikom tveganja hkrati. Ti lahko delujejo sinergistično in tako povečujejo ogroženost teh skupin prebivalstva, ki imajo tudi manj možnosti za preprečevanje negativnih zdravstvenih posledic zaradi teh dejavnikov tveganja.

### 4. Vpliv socialno-ekonomskih determinant zdravja v celotnem življenjskem obdobju

Učinki socialno-ekonomskih determinant zdravja se skozi življenje seštevajo. Prav to kopičenje negativnih vplivov v celotnem življenjskem obdobju pomembno vpliva na razlike v zdravju in pričakovano življenjsko dobo različnih socialno-ekonomskih skupin. Zlasti dogodki v zgodnjem otroštvu vplivajo na slabše zdravje v poznejšem obdobju. Prav tako opažamo, da so materialne dobrine v zgodnjem otroštvu pomembnejše za zdravstveni status odraslega posameznika kot njegov socialni položaj v poznejšem obdobju (Lynch, Kaplan in Salonen, 1997; Eriksson *in sod.*, 1999). Pomanjkanje v otroštvu je povezano s slabšim zdravjem v poznejšem obdobju, kar lahko opažamo npr. v državah srednje in vzhodne Evrope in v državah Skupnosti neodvisnih držav (Walters in Suhrcke, 2005).

Ti učinki se prenašajo s staršev na potomce, saj so tesno povezani s socialno-ekonomskim položajem. Tako lahko npr. socialno-ekonomski položaj staršev vpliva na učne dosežke otrok, ti pa so odločilni za delovne pogoje in dohodke, ki jih bodo imeli, ko odrastejo.

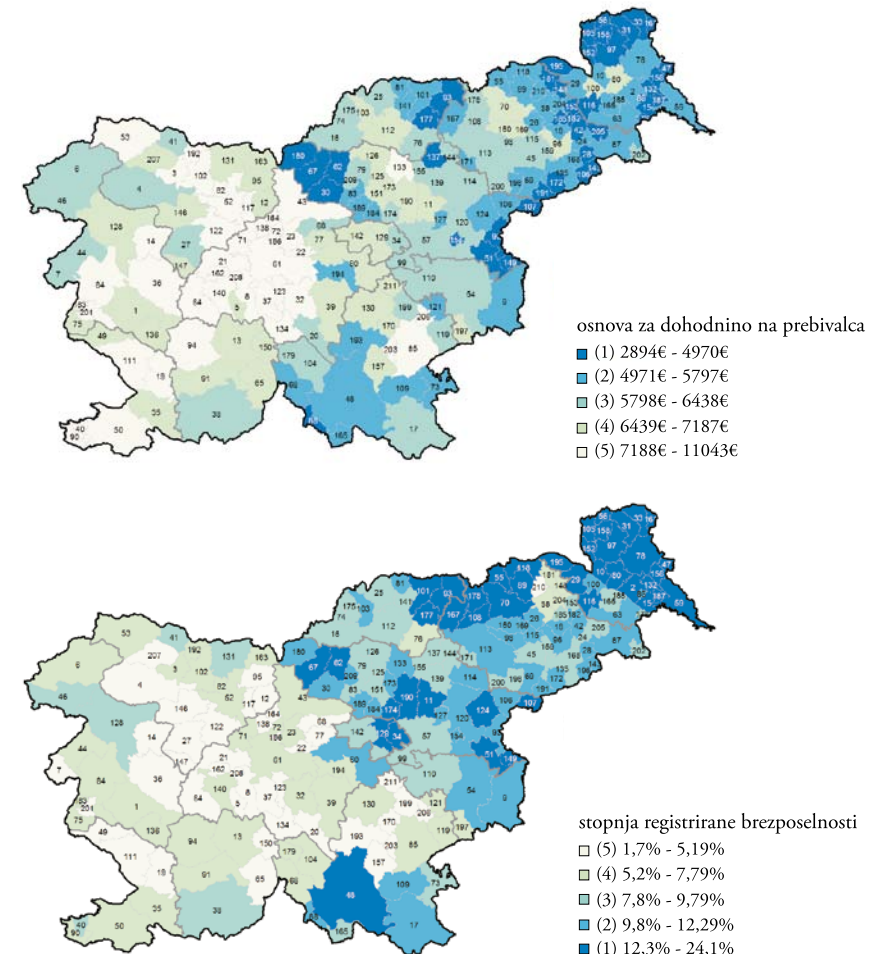
### 5. Različne socialno-ekonomske posledice bolezni

Slabo zdravstveno stanje posameznika lahko pomembno vpliva na njegovo življenje in povzroči npr. izgubo službe in dohodka, soočanje s socialno izključenostjo in z večjimi finančnimi izdatki za zdravljenje. Vse to pa lahko vpliva na nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja. Tako na Švedskem kot v Združenem kraljestvu opažajo vpliv socialnega gradienta na stopnjo zaposlenosti oseb s kronično boleznijo ali z invalidnostjo. Bolne ali invalidne osebe z nižjim socialno-ekonomskim statusom hitreje izgubijo službo, obenem pa njihova možnost zaposlitve pada z nižanjem socialno-ekonomskega statusa (Lindholm, Burström in Diderichsen, 2002; Burström in sod., 2003).

## Kaj je socialno-ekonomski položaj in kako ga merimo?

Socialno-ekonomski položaj lahko opredelimo kot relativni položaj družine ali posameznika v hierarhični družbeni strukturi, in sicer na osnovi dostopa do premoženja, ugleda in moči ali nadzora nad njimi. Za merjenje socialno-ekonomskega položaja običajno uporabljamo kazalnike, ki se lahko nanašajo na posameznika ali na geografsko območje. Pogosto socialno-ekonomski kazalniki opisujejo le trenutni položaj, čeprav vemo, da na zdravstvene izide vplivajo tako trenutne, kot tudi pretekle razmere (Dolk et. al 1995). Rezultati raziskav kažejo, da neenakosti v zdravju uspešno odkrivamo ne glede na to, katerega od kazalnikov socialno-ekonomskega položaja uporabimo (Marmot in sod. 1991, Monteil in sod. 2005). Odločitev o uporabi enega ali drugega kazalnika je najpogosteje odvisna predvsem od razpoložljivosti podatkov. Najpogosteje uporabljeni kazalniki socialno-ekonomskega položaja posameznika so: **izobrazba**, ki kaže predvsem na nematerialne vire, kot so znanje, veščine in sposobnosti, **poklic**, ki odraža predvsem z delom povezane okoliščine (Kreiger in sod., 1997, Lynch in sod. 2000, Dahl, 1994), in **dohodek**, ki kaže na dostopnost do materialnih virov in storitev (Wilkinson, Pickett, 2006, Laaksonen in sod., 2005, Sacker in sod., 2001). Kadar nimamo podatkov o socialno-ekonomskem položaju posameznika, kot približek uporabimo kazalnike, ki kažejo socialno-ekonomske značilnosti geografskega območja, kjer ti posamezniki živijo in jih tako prenesemo na posameznike. Med **kazalnike območja** uvrščamo npr. delež oseb brez srednješolske izobrazbe, brezposelnost, delovno aktivnost, delež intelektualnih/fizičnih poklicev, vrednost standardne nepremičnine in različne kombinirane kazalnike. Izbrani kazalniki socialno-ekonomskega položaja za manjša geografska območja dajejo povsem primerljive ocene kot individualni kazalniki (Subramainan in sod. 2006), pri čemer pa se moramo zavedati, da analize odražajo izkušnje celotne populacije na nekem geografskem območju in ne posameznega prebivalca ali skupine znotraj njih.

Osnovno geografsko območje v poročilu je občina. Občine smo razdelili v kvintile glede na izbrane socialno-ekonomske kazalnike. Uvrstitev občin glede na povprečno osnovo za dohodnino na prebivalca in glede na stopnjo registrirane brezposelnosti prikazuje Slika 1.2. V skupini 1 (prvi kvintil) so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca, oz. najvišjo stopnjo registrirane brezposelnosti (najnižji socialno-ekonomski položaj), v skupini 5 (peti kvintil) pa občine z najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca, oz. najnižjo stopnjo registrirane brezposelnosti (najvišji socialno-ekonomski položaj).



Slika 1.2: Razdelitev slovenskih občin v kvintile glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in stopnjo registrirane brezposelnosti, 2004–2008.

Vir: DURS, 2004–2008 (preračun UMAR); GURS 2010

*Opomba:* Občine so razdeljene na kvintile. V skupini 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca oz. najvišjo stopnjo registrirane brezposelnosti. Razvrstitev občin v pet skupin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca ni enaka razvrstitvi občin v pet skupin glede na stopnjo registrirane brezposelnosti.

## Socialno-ekonomsko ogledalo Slovenije

**Število prebivalcev Slovenije se je v zadnjih letih povečalo predvsem zaradi selitvenega prirasta.** Ta je bil posledica gospodarske konjunktore in z njo povezanih večjih potreb na trgu dela po vstopu Slovenije v EU. Število rojstev se od leta 2004 spet povečuje in tako naravni prirastek od leta 2006 dalje spet prispeva k rasti števila prebivalcev. Junija 2009 je imela Slovenija 2,042.335 prebivalcev. Pričakovano trajanje življenja se podaljšuje. V strukturi prebivalstva se povečuje delež starega prebivalstva (65 let in več) (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Po daljšem obdobju izboljševanja so se razmere na trgu dela v zadnjem četrtletju 2008 pod vplivom globalne krize začele slabšati.** Število brezposelnih se je povečalo, kar je vplivalo na povečanje števila prejemnikov denarnega nadomestila in denarne socialne pomoči. Država se je na krizo odzvala z interventnima zakonoma za ohranjanje delovnih mest in s povečanim številom brezposelnih, vključenih v programe aktivne politike zaposlovanja, ter s tem preprečila še večje povečanje brezposelnosti (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Podatki o izdatkih prebivalstva** kažejo, da je leta 2007 kvintil gospodinjev z najvišjo potrošnjo porabila 4,2-krat več kot kvintil z najnižjo potrošnjo. Gospodinjstva z najvišjo potrošnjo (IV. In V. kvintil) so največji delež izdatkov namenila za promet in nato za hrano, ostala gospodinjstva pa za hrano, ki ji sledi skupina ter stanovanje. Leta 2008 so bila gospodinjstva v Sloveniji med najmanj zadolženimi v EU (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Dostopnost javnih storitev in dobrin splošnega pomena se na večini področij izboljšuje, marsikdaj zaradi plačila iz zasebnih virov.** V sistemu zdravstvenega varstva se je obremenjenost gospodinjev z izdatki za zdravstvo v zadnjih letih povečala. Dostopnost storitev in programov **socialnega varstva** se prav tako izboljšuje. Kljub povečevanju potreb po dolgotrajni oskrbi zaradi staranja prebivalstva se s širjenjem zmogljivosti domov za starejše izboljšuje dostopnost institucionalne oskrbe, še naprej pa Slovenija v primerjavi z drugimi evropskimi državami zaostaja zlasti pri razvoju oskrbe na domu. Izdatki za dolgotrajno oskrbo se realno povečujejo, zadnji dve leti predvsem izdatki iz zasebnih virov. Delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP se giblje na ravni povprečja 25 evropskih držav (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Stanovanjske razmere** se na splošno izboljšujejo, a so za prebivalstvo iz nižjih dohodkovnih skupinah še vedno precej neugodne. Približno polovica gospodinjev z nizkimi dohodki, ki so najemniki, težko pokriva stanovanjske stroške. Stanovanjski sklad se še naprej povečuje, problem pa so visoke cene stanovanj, ki niti gospodinjstvom s povprečnimi dohodki ne omogočajo, da bi z nakupom ali najemom na trgu prišla do primerne stanovanja (UMAR, Socialni razgledi 2009).

Gibanja glede vključenosti v **izobraževanje**, dokončanja izobraževanja in spreminjanja izobrazbene strukture so večinoma ugodna. Glavni izzivi so zagotavljanje dovolj velikih

zmogljivosti v vrtcih, zmanjševanje vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na učne dosežke učencev in zmanjševanje razlik v vključenosti odraslih v izobraževanje glede na socialno-ekonomske značilnosti (starost, dosežena formalna izobrazba, status aktivnosti, poklic). Dostop gospodinjev do **interneta** se je v zadnjih letih močno povečal, zlasti delež gospodinjev, ki razpolaga s širokopasovno povezavo, ki je na ravni povprečja EU (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Na osnovi Laekenskih kazalnikov lahko sklepamo, da je družbena kohezija v Sloveniji razmeroma visoka, saj se uvrščamo v sam vrh držav EU.** Tako je Slovenija imela leta 2008 najnižjo dohodkovno neenakost, najnižji delež gospodinjev z otroki, v katerih ni nihče delal, in najnižji delež mladih, ki so opustili šolanje. K zmanjševanju dohodkovne neenakosti je precej prispeval razmeroma učinkovit sistem socialnih transferjev, saj bi bila revščina brez tovrstne pomoči socialne države skoraj dvakrat višja. Tudi nekateri drugi kazalniki (npr. stopnja kriminalitete, število umorov in ubojev, občutek ogroženosti prebivalstva v neposrednem življenjskem okolju) kažejo na dokaj ugodno uvrstitev države v EU. Slovenija pa močno presega povprečje EU po številu prometnih nesreč s smrtnim izidom in po samomorilnosti. Zaupanje drugim ljudem in zaupanje v institucije, ki sta kazalnika socialnega kapitala, je v Sloveniji nizko. Materialna prikrajšanost, (čeprav je v primerjavi z EU razmeroma nizka) se je v letu 2008 povečala. Tveganje revščine, ki je bilo sicer med najnižjimi v EU, se je leta 2008 nekoliko povečalo. Revščina močno ogroža brezposelne, starejše, enostarševske družine z otroki, najemnike stanovanj itd. (UMAR, Socialni razgledi 2009).

**Delež javnofinančnih izdatkov v BDP, ki so neposredno in posredno povezani s socialnim razvojem, se v zadnjih letih zmanjšuje, posebno delež javnofinančnih izdatkov za socialno zaščito.** S slabima dvema tretjinama deleža vseh javnofinančnih izdatkov v BDP je Slovenija v letu 2007 (po metodologiji nacionalnih računov in namenski razvrstitvi) pokrila **izdatke, ki so neposredno in posredno povezani s socialnim razvojem** (za socialno zaščito, zdravstvo, izobraževanje ter rekreacijo in kulturo). Ti izdatki so bili v letu 2007 nižji od povprečja EU-27 (Slovenija: 28,3 % BDP; EU-27: 30,8 % BDP) in nižji kot v predhodnih dveh letih. Med izdatki so najboljše izdatki za socialno zaščito, vendar se je od leta 2003 njihov delež v BDP močno znižal in so krepko nižji od povprečja EU-27. Podobno so nižji od povprečja EU-27 izdatki za zdravstvo. Delež izdatkov za izobraževanje je višji od povprečja EU-27, a se po letu 2005 zmanjšuje (UMAR, Socialni razgledi 2009).

Socialno-ekonomski razvoj in prednostne naloge za družbeni napredek so opredeljeni v **Strategiji razvoja Slovenije**, sprejeti v parlamentu leta 2005. Z gospodarsko krizo je bilo v letu 2009 prekinjeno uresničevanje **ciljev** na področju gospodarskega in socialnega razvoja. Za doseganje **osrednjega družbenega cilja**, to je trajnostno povečanje blaginje in kakovosti življenja, je pomenilo obdobje krize večinoma stagnacijo ali poslabšanje stanja, kar je vlada blažila s protikriznimi ukrepi. Zaradi gospodarske krize je prišlo

do hitrega poslabšanja razmer na trgu dela, kar se je negativno odrazilo na življenjskih pogojih prebivalstva. Vlada je v začetku leta 2010 sprejela strateške usmeritve ekonomske politike in predloge strukturnih sprememb. Program stabilnosti - dopolnitev 2009 in Slovenska izhodna strategija 2010–2013 predvidevata postopen umik protikriznih ukrepov, konsolidacijo javnih financ, institucionalne prilagoditve in druge strukturne spremembe. Tako naj bi zagotovili skladnost kratkoročnih protikriznih ukrepov z dolgoročnimi strateškimi usmeritvami in s tem ponovno približevanje ciljem Strategije razvoja Slovenije (UMAR, Poročilo o razvoju, 2010).

### *Literatura in viri:*

- Burström B in sod. (2003). Winners and losers in flexible labor markets: the fate of women with chronic illness in constraining policy environments – Sweden and Britain. *International Journal of Health Services*, 55:806–817.
- Dahl E (1994). Social inequalities in ill-health: the significance of occupational position, education, and income results from a Norwegian survey. *Social Health Illn*, 16:644–667.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. V: Evans T in sod., (ur.) *Challenging inequities in health – from ethics to action*. New York, Oxford University Press.
- Dolk H in sod. (1995). A standardisation approach to the control of socioeconomic confounding in small area studies of environment and health. *J Epidemiol Community Health*, 49(Suppl. 2):9–14.
- DURS (2004–2008). Davčna uprava republike Slovenije. Podatki o osnovi za dohodnino na prebivalca 2004–2008. Preračuni, Urad za makroekonomske analize in razvoj (UMAR).
- Eriksson JG in sod. (1999). Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ*, 318(7181):427–431.
- GURS (2010). Geodetska uprava republike Slovenije. Podatki o občinah 2010.
- Hemmingson T (1998). Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Soc Sci Med*, 47(10):1399–1405.
- Krieger N, Williams DR, Moss NE (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*, 18:341–378.
- Laaksonen M in sod. (2005). The influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *J Epidemiol Community Health*, 59:163–169.
- Lindholm L, Burström B, Diderichsen F (2002). Class differences in the social consequences of illness? *J Epidemiol Community Health*, 56:188–192.
- Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Soc Sci Med*, 32(4):385–393.
- Lynch I, Kaplan G (2000). Socioeconomic position. V: Berkman L, Kawachi I, (ur.) *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 13–35.
- Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44(6):809–819.
- Marmot MG in sod. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337:1387–1393.
- Monteil C, Robert-Bobee I (2005). Les differences sociales de mortalitee: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *INSEE Premiere*, 1025:1–4.f
- Sacker A in sod. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Soc Sci Med*, 52:763–781.
- Subramanian SV in sod. (2006). Comparing individual- and area-based socioeconomic measures for the surveillance of health disparities: a multilevel analysis of Massachusetts births, 1989–1991. *Am J Epidemiol*, 164:823–834.



UMAR Poročilo o razvoju 2010. Kazalniki razvoja Slovenije. Ljubljana, Urad za makroekonomske analize in razvoj ([http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/pr/2010/por\\_s2010.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2010/por_s2010.pdf) pridobljeno dne 3. januarja 2010).

UMAR Socialni razgledi 2009. Ljubljana, Urad za makroekonomske analize in razvoj ([http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/socrazgledi/2009/socialni\\_razgledi\\_2009.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/socrazgledi/2009/socialni_razgledi_2009.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2010).

Walters S, Suhrcke M (2005). Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and CIS: a review of recent literature. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1).

WHO (2002). World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization.

WHO (2008). Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report. Geneva, World Health Organization.

Wilkinson RG, Pickett KE (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*, 62:1768–1784.

## II. Neenakosti v zdravju v Sloveniji



Raziskovalci v zadnjih desetletjih povsod ugotavljajo velik vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov na različne izide zdravja, npr. na pričakovano trajanje življenja, umrljivost, obolevnost, manjzmožnost<sup>1</sup> in doživljanje zdravja, pa tudi na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev. V Sloveniji smo do zdaj stanje spremljali nesistematično. Vendar pa dosedanje delo in doseženo stanje na področju zbiranja podatkov in spremljanja pojavov pomembnih za ocenjevanje zdravja, ter nevarnostnih dejavnikov, skupaj z opravljenimi analizami že nudijo osnovo ter omogočajo izdelavo bolj celovitega poročila o neenakostih v zdravju in razpravo o smiselnem sistematičnem spremljanju tega pomembnega področja.

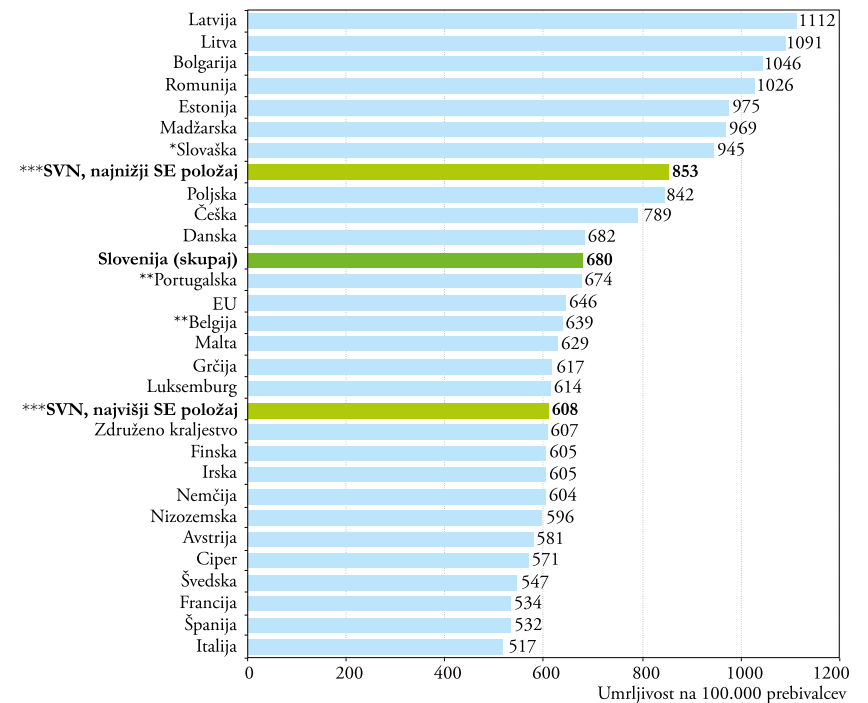
Na pobudo Ministrstva za zdravje smo v Sloveniji na osnovi razpoložljivih podatkov pripravili analizo neenakosti v zdravju, pri njeni pripravi pa so sodelovali IVZ, SURS, UMAR, Onkološki inštitut Ljubljana, Center za zdravje in razvoj iz Murske Sobote ter Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo. Analizirali smo različne kazalnike zdravja in zdravstvenega varstva, kot so obolevnost, umrljivost, uporaba zdravstvenih storitev, in znane dejavnike življenjskega sloga, ki vplivajo na zdravje prebivalstva, ter jih povezovali z nekaterimi socialno-ekonomskimi dejavniki. Vključena tematska področja predstavljajo velike javno-zdravstvene probleme z vidika razširjenosti oz. pogostosti in njihovega vpliva na delovno sposobnost prebivalstva, prezgodnjo umrljivost, obremenitev zdravstvene službe, finančno breme ter kakovost življenja v Sloveniji in Evropi.

V analizi smo uporabili različne vire podatkov, tako redne kot anketne, ki nam dajejo informacije s področja zdravja, zdravstva, trga dela in ekonomskega položaja prebivalstva. Dostopnost in zanesljivost trenutno razpoložljivih podatkov je bila pomembna omejitev pri pripravi pričujoče analize. Več o uporabljenih metodah si lahko preberete v Prilogi 1: Metodologija.

### Razlike v zdravju med državami v Evropi

Stanje na področju zdravja v posameznih državah primerjamo s kazalniki zdravja. Tovrstne primerjave smo nadgradili s prikazi izidov znotraj Slovenije. Slika 2.1 prikazuje razlike v umrljivosti med državami članicami EU v letu 2006 skupaj z umrljivostjo v najnižjem in najvišjem kvintilu slovenskih občin glede na dohodnino na prebivalca za obdobje 2004–2008. Z uporabo povprečja umrljivosti za petletno obdobje v Sloveniji smo dobili zanesljivejšo oceno umrljivosti (glej Priloga 1: Metodologija). V Sloveniji je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti 680 na 100.000 prebivalcev, kar je našo državo uvrstilo na 18. mesto, medtem ko bi se kvintil občin z najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca uvrstil na 12. mesto, kvintil občin z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca pa na 22. mesto.

1 Manjzmožnost je po medicinskem modelu opredeljena kot težava posameznika, ki jo je neposredno povzročila bolezen, poškodba ali drugo zdravstveno stanje, ki zahteva medicinsko oskrbo v obliki individualne obravnave, ki jo nudijo strokovnjaki.

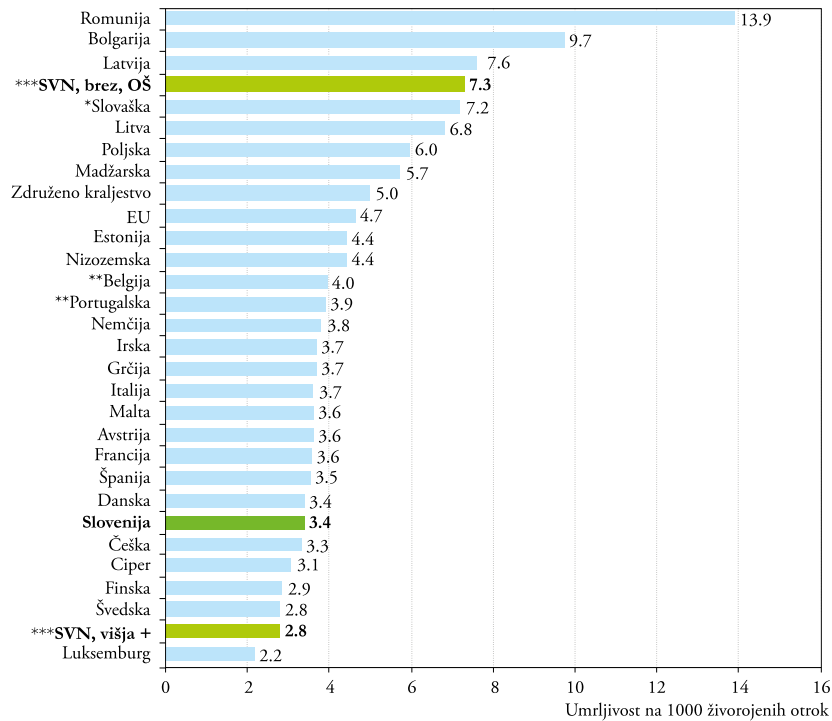


Slika 2.1: Umrljivost zaradi vseh vzrokov v EU in Sloveniji, 2006.

Vir: WHO, HFA 2010; Baza umrlih 2004–2008.

Opomba 1: Prikazane so starostno standardizirane stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev. Za Slovenijo je prikazana tudi povprečna umrljivost v najnižjem kvintilu občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca (najnižji socialno-ekonomski položaj) in najvišjem kvintilu (najvišji socialno-ekonomski položaj). Opomba 2: \*podatek za 2005, \*\*podatek za 2004, \*\*\* podatek za 2004–2008.

Umrljivost dojenčkov je bila v letu 2006 v državah članicah EU med 2,2 in 13,9 na 1000 živorojenih (Slika 2.2). V Sloveniji je bila v tem letu umrljivost dojenčkov 3,4 na 1000 živorojenih, s čimer se uvrščamo med najuspešnejše države (na 6. mesto). Na Sliki 2.2 je prikazana še umrljivost dojenčkov mater z najmanj višjo stopnjo izobrazbe in dojenčkov mater z osnovnošolsko stopnjo izobrazbe ali manj v Sloveniji za obdobje 2004–2008. Umrljivost dojenčkov mater, ki so imele najmanj višjo izobrazbo, je bila 2,8 na 1000 živorojenih (ustrezala bi uvrstitvi na 2. mesto), umrljivost dojenčkov mater z osnovnošolsko izobrazbo ali brez nje pa 7,3 na 1000 živorojenih (ustrezala bi uvrstitvi na 24. mesto).



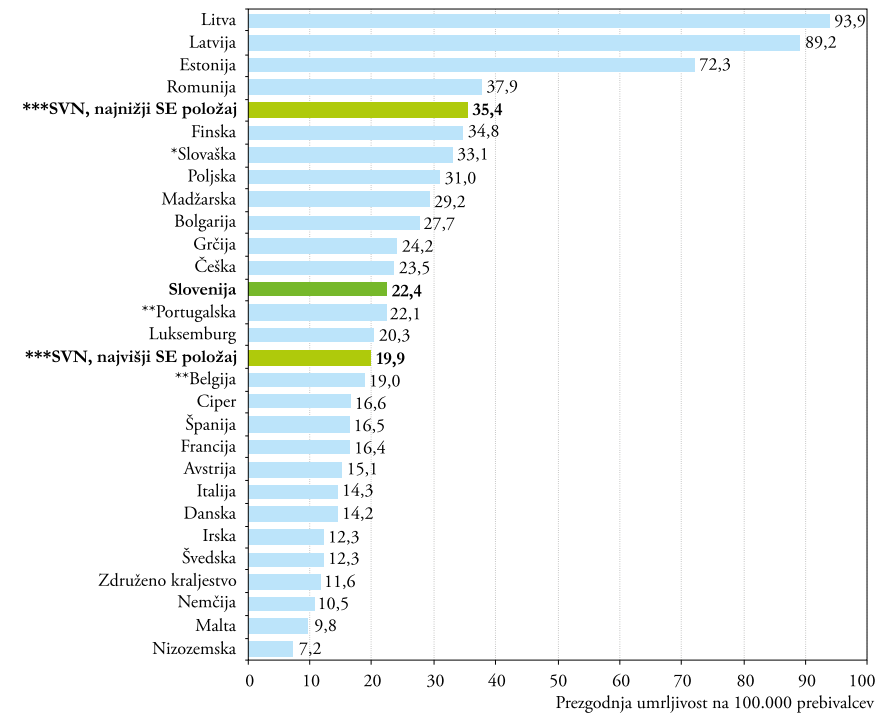
Slika 2.2: Umrljivost dojenčkov v EU in Sloveniji, 2006.

Vir: WHO, HFA 2010; Baza umrlih 2004–2008.

Opomba 1: Izobrazba matere: višja+ – višja izobrazba in več; brez, OŠ – osnovnošolska izobrazba ali manj.

Opomba 2: \*Podatek za 2005, \*\*podatek za 2004, \*\*\* podatek za 2004–2008.

Prezgodnja umrljivost (t.j. umrljivost pred 65. letom) zaradi nenamernih poškodb je bila v državah EU v letu 2006 med 7,2 in 93,9 na 100.000 prebivalcev. Slovenija se je uvrstila v srednjo tretjino držav EU, medtem ko bi se slovenski prebivalci iz občin z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca (najvišji socialno-ekonomski položaj) in najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca (najvišji socialno-ekonomski položaj). Občine so bile razdeljene na kvintile. Opomba 2: \*podatek za 2005, \*\*podatek za 2004, \*\*\* podatek za 2004–2008.



Slika 2.3: Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi nenamernih poškodb v EU in Sloveniji, 2006.

Vir: WHO, HFA 2010; Baza umrlih 2004–2008.

Opomba 1: Prikazane so starostno standardizirane stopnje umrljivosti oseb, starih 0 do 64 let, na 100.000 prebivalcev. Za Slovenijo je dodatno prikazana tudi umrljivost v skupini občin z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca (najnižji socialno-ekonomski položaj) in najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca (najvišji socialno-ekonomski položaj). Občine so bile razdeljene na kvintile. Opomba 2: \*podatek za 2005, \*\*podatek za 2004, \*\*\* podatek za 2004–2008.

Analiza in mednarodna primerjava sta pokazali, da so neenakosti v umrljivosti znotraj Slovenije sorazmerno velike in uvrščajo premožnejše skupine slovenskih občin po umrljivosti med stare članice EU in revnejše skupine občin med nove članice EU. Izstopa primer umrljivosti dojenčkov. V primerjavi z drugimi državami je umrljivost dojenčkov, ki so rojeni bolj izobraženim materam zelo majhna, in s tem na vrhu evropske lestvice, umrljivost dojenčkov, rojenih materam z nizko izobrazbo, pa je na repu EU.

## ZAČETKI ŽIVLJENJA IN SOCIALNO-EKONOMSKE NEENAKOSTI

Socialno-ekonomski dejavniki vplivajo tudi na zdravje mater in njihovih novorojenih otrok (Fisher, 2008; Gissler in sod., 2003). Zdravje v času razvoja ploda v maternici in zgodnjem otroštvu namreč odločilno vpliva na zdravje v odrasli dobi, saj je vse več dokazov, da slabo zdravje v tem obdobju povečuje tveganje za razvoj kroničnih bolezni (Wadsworth, Butterworth, 2006).

### Prezgodnji porod in nizka porodna teža

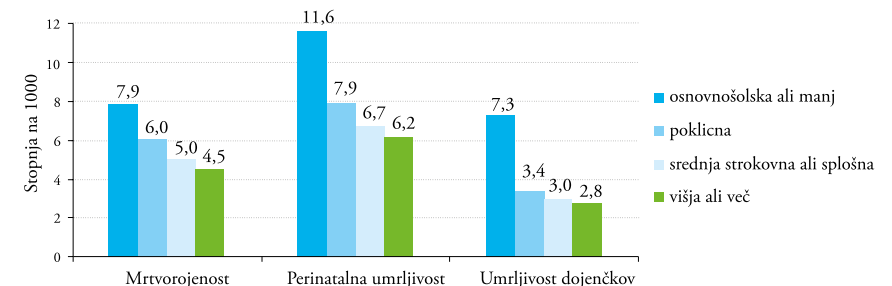
Prezgodnji porod (pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti) in nizka porodna teža (manj kot 2500 gramov) sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki obolenosti in umrljivosti novorojenčkov. V Sloveniji je bilo v obdobju 2004–2008 prezgodaj rojenih 5,7 % enojčkov. Pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine je bilo tveganje za prezgodnji porod v povprečju za 30 % višje, po njihovem 35. letu starosti pa že za 80 % višje kot pri ženskah iz najvišje izobrazbene skupine (PIS 2004–2008, glej Priloga 1: Metodologija). Nizka porodna teža je sicer najpogosteje posledica prezgodnjega poroda, a se pojavlja tudi pri donošenih otrocih. Dejavniki, ki vplivajo na slabšo rast otroka, so materino kajenje, uživanje alkohola in drog, slaba prehrana matere in drugo. Pri ženskah v najnižji izobrazbeni skupini je bilo tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo v povprečju 2,2-krat višje kot pri ženskah v najvišji izobrazbeni skupini (PIS 2004–2008).

Za dober izid nosečnosti so pomembni tudi **preventivni zdravstveni pregledi**. V Sloveniji ima vsaka nosečnica v skladu z zakonodajo pravico do 10 preventivnih pregledov (ZZVZZ, 2006). Večina nosečnic prihaja na preglede redno že od zgodnje nosečnosti, obstajajo pa tudi nosečnice, ki na pregled sploh ne pridejo ali pa zdravnika prvič obiščejo relativno pozno. V obdobju 2004–2008 je bilo brez pregleda v nosečnosti sicer le slabega pol odstotka porodnic, vendar je bilo tveganje, da ženska ne pride na pregled, v skupini najmanj izobraženih žensk kar 20-krat večje kot v skupini najbolj izobraženih žensk (PIS 2004–2008).

### Mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov

Navedene razlike se odražajo tudi v umrljivosti otrok. **Mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov**<sup>2</sup> so med najpomembnejšimi kazalniki zdravja in zdravstvenega varstva mater in dojenčkov, ter populacije nasploh. V obdobju 2004–2008 je bila v Sloveniji mrtvorojenost 5,2 mrtvorojenih na 1000 rojstev. Ženske iz najnižje izobrazbene skupine, ki so bile brez izobrazbe ali z največ končano osnovno

šolo, so imele za 74 % večje tveganje, da bodo rodile mrtvega otroka v primerjavi z ženskami iz najvišje izobrazbene skupine. Pri ženskah s poklicno izobrazbo pa je bilo tveganje večje za 33 %. Perinatalnih smrti je bilo v istem obdobju 7 na 1000 rojstev. Pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine je bilo tveganje za perinatalno smrt otroka v primerjavi z ženskami iz najvišje izobrazbene skupine večje za 88 %, pri ženskah s poklicno izobrazbo pa je bilo večje za 28 %. Umrljivost v prvem letu življenja je v obdobju 2004–2008 znašala 3,2 na 1000 živorojenih otrok. Tudi umrljivost dojenčkov je bila najnižja pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo, otroci, rojeni materam iz najnižje izobrazbene skupine, pa so imeli kar 2,6-krat večje tveganje za smrt v prvem letu življenja (Slika 2.4) (PIS 2004–2008).



Slika 2.4: Mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov po izobrazbi matere, Slovenija, 2004–2008.

Vir: PIS 2004–2008; Baza umrlih 2004–2008.

Opomba: Mrtvorojenost – število mrtvorojenih otrok na 1000 rojstev; perinatalna umrljivost – število mrtvorojenih otrok in otrok, umrlih v prvem tednu življenja, na 1000 rojstev; umrljivost dojenčkov – število otrok, umrlih v prvem letu življenja, na 1000 živorojenih otrok.

Analiza je pokazala, da so tudi v Sloveniji prisotne pomembne razlike v zdravju mater in novorojenčkov glede na socialni položaj matere, ki smo ga opredelili z doseženo izobrazbo. Razlike so večje pri starejših materah, kar ugotavljajo tudi drugod (Faireley, Leyland 2006). Podatki kažejo, da so pri manj izobraženih ženskah večkrat prisotni dejavniki tveganja, poleg tega pa manj izobražene ženske tudi pogosteje ne uporabljajo zdravstvenih storitev. Na podlagi obstoječih podatkov ne moremo razložiti, ali je to posledica slabše dostopnosti zdravstvenih storitev ali manjše osveščenosti. Znano je, da imajo ženske iz nižjih socialnih slojev več boleznih odvisnosti in drugih duševnih motenj ter da so pogosteje žrtve nasilja, kar kaže na to, da so njihove potrebe bolj kompleksne. V raziskavah tudi ugotavljajo, da prav ta skupina žensk pogosto ne dobi ustreznih oskrbe niti takrat, ko jo išče (Fisher 2008).

<sup>2</sup> Mrtvorojenost – število mrtvorojenih otrok na 1000 rojstev; perinatalna umrljivost – število mrtvorojenih otrok in otrok, umrlih v prvem tednu življenja, na 1000 rojstev; umrljivost dojenčkov – število otrok, umrlih v prvem letu življenja, na 1000 živorojenih otrok.

## ALI SE ŽIVLJENJSKI SLOG RAZLIKUJE GLEDE NA SOCIALNO-EKONOMSKI POLOŽAJ?

V številnih raziskavah so ugotovili, da je življenjski slog povezan s socialno-ekonomskim položajem, kar moramo upoštevati pri tolmačenju neenakosti v zdravju in ukrepih za njihovo zmanjševanje. V nadaljevanju bomo opisali nekatera vedenja, povezana z zdravjem, in njihovo povezanost s socialno-ekonomskim položajem.

### Način prehranjevanja

Zdrava prehrana in zadostna telesna dejavnost omogočata vzdrževanje normalne telesne teže in sta pomembna varovalna dejavnika zdravja (WHO, 2003; WHO, 2007). Nezdrava prehrana, predvsem energijsko gosta mastno-sladko-slana hrana, je dejavnik tveganja za različne kronične nenalezljive bolezni in stanja, kot so npr. srčno-žilne bolezni, metabolični sindrom in sladkorna bolezen tipa 2 ter rak debelega črevesa (WHO 2003). Prehranski in gibalni dejavniki tveganja so pogostejši pri skupinah z nižjo izobrazbo in z nižjim socialno-ekonomskim položajem (Mackenbach, 2006; WHO, 2007; Mackenbach in sod., 2008; WHO 2008a), kar velja tudi za Slovenijo (Zaletel-Kragelj in sod., 2004a; Artnik in sod., 2006; Gabrijelčič Blenkuš in sod., 2009).

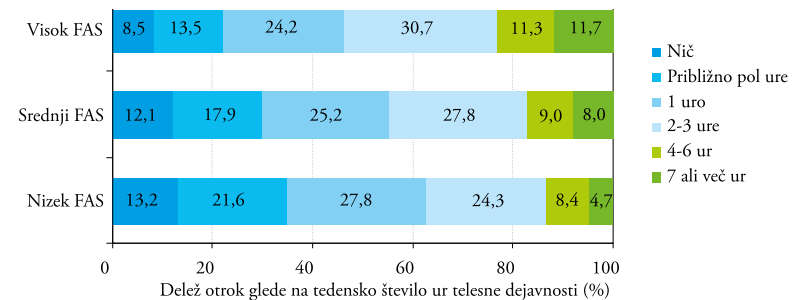
Slabe **prehranjevalne navade** so se v preteklosti spreminjale. Včasih je bil nižji socialno-ekonomski položaj povezan s podhranjenostjo, danes pa ga povezujemo predvsem s problemom prevelike telesne teže. V povezavi s prehranskimi dejavniki raziskovalci navajajo predvsem socialne neenakosti zaradi: pomanjkanja kulturnega kapitala (izobrazba, znanje, obveščenost) in ekonomskega kapitala (dostopnost do določenih živil) ter ekonomskih stresov, ki vodijo v tolažilne načine prehranjevanja.

Raziskave kažejo, da v Sloveniji otroci iz socialno-ekonomsko šibkejših družin manj pogosto vsakodnevno uživajo sadje, in sicer za skoraj 4 % manj pogosto kot otroci iz premožnejših družin (HBSC, 2006, glej Priloga 1: Metodologija). Med odraslimi prebivalci Slovenije sadje pogosteje uživajo višje izobraženi, pri pogostosti uživanja zelenjave pa razlik glede na izobrazbo ni opaziti. Za vse izobrazbene skupine velja, da ženske uživajo sadje in zelenjavo značilno pogosteje kot moški, najmanjše razlike med spoloma pa je zaznati pri najvišji izobrazbeni skupini (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija). Prebivalci z nižjim samoocenjenim materialnim položajem pogosteje uživajo kruh ter pšenični in koruzni zdrob, svinjino, drobovino, mesne izdelke in jajca, margarino, majonezo, svinjsko mast in ocvirke, sladkor, marmelado in sladko pecivo, od pijač pa čaj in kavo, sadne sirupe in alkoholne pijače (Gabrijelčič Blenkuš in sod., 2009).

### Telesna dejavnost

Redna telesna vadba varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni, krepi kostno-mišični sistem, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, zmanjšuje stres in pomaga pri povečevanju samozavesti (WHO, 2007).

Otroci iz socialno-ekonomsko šibkejših družin so manj pogosto telesno dejavni. V raziskavi HBSC je odgovor, da se v prostem času med tednom nič ne gibljejo, izbralo 13 % otrok iz revnih družin in nekaj več kot 8 % otrok iz premožnih družin, medtem ko je otrok, ki so na teden telesno dejavni 7 ur in več, med revnejšimi otroki manj kot 5 %, med otroki iz premožnejših družin pa skoraj 12 % (Slika 2.5) (HBSC, 2006, glej Priloga 1: Metodologija).



Slika 2.5: Delež otrok glede na tedensko število ur telesne dejavnosti in glede na socialno-ekonomski položaj družine, Slovenija, 2006.

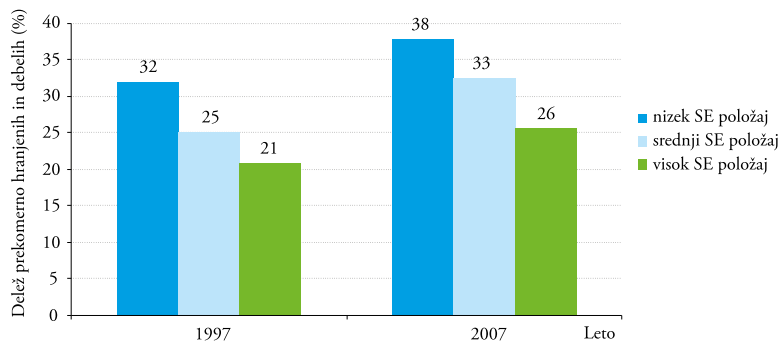
Vir: HBSC, 2006.

Opomba: FAS (*angl.* family affluence scale) – indeks, ki predstavlja socialno-ekonomski položaj družine. Visoki FAS – visok socialno-ekonomski položaj, nizki FAS – nizek socialno-ekonomski položaj.

Med odraslimi prebivalci Slovenije je redno intenzivno telesno dejavna dobra desetina, redno zmerno intenzivno telesno dejavna pa petina, od tega v vseh starostnih skupinah več moških kot žensk (EHIS, 2007). Telesna dejavnost z izobrazbo praviloma narašča. Največ telesno povsem nedejavnih je v najnižji izobrazbeni skupini (15 %), medtem ko je v najvišji izobrazbeni skupini telesno povsem nedejavnih le 5 %. V vseh izobrazbenih skupinah je telesno nedejavnih več žensk kot moških. Zanimivo je, da je v najmlajši starostni skupini (20-44 let) zmerno in zelo intenzivno redno telesno dejavnih več prebivalcev iz nižjih izobrazbenih skupin, kar se razlikuje od siceršnjega zaznanega vzorca. Delež telesno povsem nedejavnih je večji med brezposelnimi kot med zaposlenimi (EHIS, 2007).

## Prekomerna telesna teža in debelost

Prekomerna telesna teža<sup>3</sup> in debelost<sup>4</sup> sta dejavnika tveganja za različne kronične bolezni in stanja (WHO, 2006; WHO, 2007). Podatki za leto 2007 kažejo, da ima prekomerno telesno težo 40,6 % odraslih prebivalcev Slovenije, debelih pa je 17,1 % (EHIS, 2007), kar je primerljivo s sorodnimi samoporočnimi raziskovalnimi podatki pri nas (Zaletel-Kragelj in sod., 2004a; Gabrijelčič Blenkuš in sod., 2009; CINDI, 2008 – glej Priloga 1: Metodologija). Delež prekomerno telesno težkih in debelih odraslih prebivalcev Slovenije se je v zadnjem desetletju povečal v vseh socialno-ekonomskih skupinah, najmanj pa v skupini z najvišjim socialno-ekonomskim položajem (Slika 2.6) (Gabrijelčič Blenkuš in sod., 2009).



Slika 2.6: Delež prekomerno hranjenih in debelih glede na socialno-ekonomski položaj, Slovenija, primerjava 1997 in 2008.

Vir: Koch, 1997; Gabrijelčič in sod., 2009.

*Opombe:* Prekomerno prehranjene in debele osebe so tisti, ki imajo indeks telesne mase, ki je večji od 25. Anketiranci so sami podali oceno o svoji telesni teži in višini. Osebe so se same razvrstile v skupine glede na socialno-ekonomski položaj.

Delež normalno hranjenih narašča z višanjem stopnje izobrazbe, nasprotno pa je delež debelih višji pri nižjih stopnjah izobrazbe. V najstarejši starostni skupini (več kot 65 let) pa izobrazba ne kaže več povezanosti s stanjem prehranjenosti. Med zaposlenimi in brezposelnimi je delež normalno hranjenih približno enak, med brezposelnimi pa je nekoliko več debelih (EHIS, 2007).

## Uživanje alkohola

Uživanje alkohola je pomemben dejavnik tveganja za obolevnost in prezgodnjo umrljivost. Tudi v Sloveniji obstajajo velike razlike v pivskih navadah med spoloma, saj imajo moški 5-krat večje tveganje za čezmerno pitje<sup>5</sup> in 5-krat večje tveganje za visoko tvegano opijanje<sup>6</sup> kot ženske (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija). Povezanost pivskih navad s socialno-ekonomskim položajem ni enoznačna. Rezultati raziskav se v različnih državah med seboj razlikujejo. Za razvite države večinoma velja, da je delež tistih, ki pijejo alkohol, večji v višjih socialno-ekonomskih slojih, ti pijejo alkohol pogosteje vendar v manjših količinah. V nižjih socialno-ekonomskih slojih je večji delež abstinentov<sup>7</sup>, a se tisti, ki pijejo, v večjem deležu visoko tvegano opijajo (Bloomfield in sod., 2006; Baumberg, Anderson, 2005; Schmidt in sod., 2010; Bloomfield in sod., 2008). Prav tako je, vsaj pri moških, večji delež čezmernih pivcev med nižje izobraženimi, medtem ko kar nekaj raziskav ugotavlja, da je pri ženskah večji delež čezmernih pivk med višje izobraženimi (Baumberg, Anderson, 2005; Bloomfield in sod., 2006).

Analiza povezanosti pivskih navad s socialno-ekonomskim položajem v Sloveniji nakazuje razlike glede na socialno-ekonomski položaj, vendar večinoma ne moremo z gotovostjo trditi, da so razlike v populaciji v resnici prisotne, saj niso statistično značilne (EHIS, 2007; CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija). To je lahko posledica premajhnega anketnega vzorca ali nesodelovanja v raziskavi, saj je znano, da hudi pivci manj pogosto sodelujejo v tovrstnih raziskavah, posamezne skupine prebivalcev, npr. brezdomci, pa pogosto v populacijskih raziskavah niso ustrezno zajete (Mäkelä, 1999). Možno je tudi, da sodelujoči različno natančno poročajo o količini popitega alkohola oziroma na vprašanja odgovarjajo v skladu z družbenimi normami (Zaletel-Kragelj in sod., 2004b).

Statistično značilno povezanost pivskih navad s socialno-ekonomskim položajem ugotavljamo pri deležu abstinentov<sup>8</sup>, ki je, podobno kot v drugih razvitih državah, največji med najnižje izobraženimi (z osnovnošolsko izobrazbo ali manj) in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje. Delež abstinentov je tudi med brezposelnimi večji kot v ostali populaciji (CINDI, 2008).

5 Povprečno dnevno uživanje alkoholnih pijač v količinah, ki presegajo mejo manj tveganega pitja (ženske, ki povprečno zaužijejo več kot eno merico alkohola na dan, in moški, ki povprečno zaužijejo več kot dve merici alkohola na dan; 1 merica alkohola vsebuje 10 g čistega alkohola, ki je v 1 del vina, ali v 2,5 del piva, ali v 0,3 del žganja).

6 Pitje velike količine alkoholnih pijač ob enkratni priložnosti (moški, ki so vsaj enkrat v letu popili 6 ali več meric alkohola ob enkratni priložnosti in ženske, ki so vsaj enkrat v letu popile 4 merice ali več alkohola ob enkratni priložnosti).

7 Kdor se vzdržuje alkohola.

8 V konkretni raziskavi se nanaša na osebe, ki v zadnjem letu niso zaužile nič alkohola.

3 Prekomerna telesna teža: indeks telesne mase (ITM) med 25 in 29.

4 Debelost: ITM 30 ali več

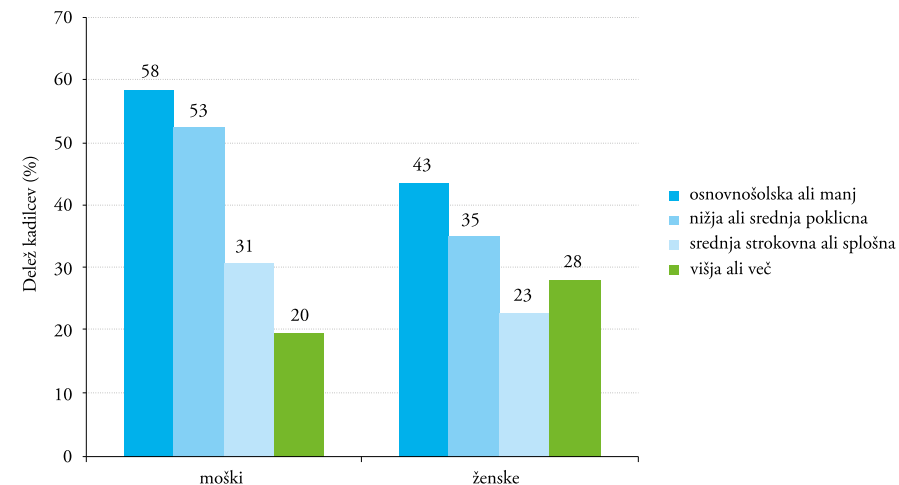
Visoko tvegano opijanje je predvsem značilno za mlade odrasle, saj je najbolj razširjeno v starostni skupini 20–39 let (EHIS, 2007; CINDI, 2008). V tej starostni skupini nismo dokazali značilne povezanosti z izobrazbo, medtem ko je med starejšimi od 40 let delež tistih, ki se visoko tvegano opijajo, največji med poklicno izobraženimi. Študentje predstavljajo posebno skupino prebivalcev z velikim deležem visoko tveganega opijanja. V času študija kar četrtna (26,3 %) poveča uporabo alkohola (Krek in sod., 2010). Tudi delež abstinentov je med študenti manjši kot v ostali populaciji (CINDI, 2008). Med študenti Univerze v Ljubljani je bilo le 8,1 % abstinentov, študentov, ki v zadnjem mesecu niso uživali alkohola, pa je bilo le 23 % (Krek in sod., 2010).

### Kajenje

Kajenje je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za višjo stopnjo umrljivosti v skupinah z nižjim socialno-ekonomskim položajem. V Evropi je tobak razlog za 22 % neenakosti v umrljivosti med moškimi in za 6 % neenakosti v umrljivosti med ženskami. V Sloveniji je delež pri moških podoben, pri ženskah pa zaenkrat kajenje ni razlog za neenakosti v umrljivosti (Mackenbach in sod., 2008).

Kajenje in bolezni, povezane s kajenjem, so pomemben vzrok neenakosti v zdravju (Menvielle in sod., 2009; Martin-Moreno in Magnusson, 2008; Huisman in sod., 2005b; Mackenbach in sod., 2004) in izhajajo iz razlik v deležih kadilcev po spolu in skupinah z različnim socialno-ekonomskim položajem. V veliki večini evropskih držav je delež kadilcev pri moških višji kot pri ženskah. V severnoevropskih državah pri obeh spolih pogosteje kadijo osebe iz skupin z nižjim socialno-ekonomskim položajem, na jugu Evrope ter v centralni in vzhodni Evropi pa to velja le za moške, ne pa (še) za ženske (EOHSP, 2009; EUGLOREH, 2007). Vendar pa je povsod prevalenca<sup>9</sup> kajenja pri mlajših ženskah (16–24 let) že višja med nižje izobraženimi (Huisman in sod., 2005b).

V Sloveniji po podatkih iz raziskave EHIS kadi 25,5 % prebivalcev, starih 20 let ali več. Pri moških je delež kadilcev pomembno višji (29,3 %) kot pri ženskah (21,8 %). S starostjo se delež kadilcev pri moških manjša, pri ženskah pa zmanjšanja deleža kadilk v tej raziskavi nismo ugotovili. Deleži kadilcev se razlikujejo med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe. Med prebivalci Slovenije, starih 20 let in več, je najvišji delež kadilcev v skupini z nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo. Pri moških te starosti je delež kadilcev najvišji v nižjih izobraženih skupinah (osnovnošolska izobrazba ali manj ter nižja ali srednja poklicna izobrazba), med ženskami pa je najnižji v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe (osnovnošolska izobrazba ali manj). V mlajši starostni skupini 20–44 let (Slika 2.7) pa med ženskami kadi več nižje izobraženih, vendar so ocene prevalence lahko zaradi manjših vzorcev nenatančne (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija).



Slika 2.7: Delež kadilcev v starostni skupini 20–44 let po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2007.

Vir: EHIS, 2007.

Pri moških ugotavljamo, da je delež kadilcev pomembno višji med brezposelnimi v primerjavi z zaposlenimi, kar je verjetno tudi odraz manjše stopnje zaposlenosti nižje izobraženih moških, ki že sicer kadijo v višjem deležu. Ocene za ženske so zaradi manjšega vzorca lahko nenatančne, kažejo pa, da pri ženskah ni pomembne razlike v deležu kadilk med zaposlenimi in brezposelnimi (EHIS, 2007).

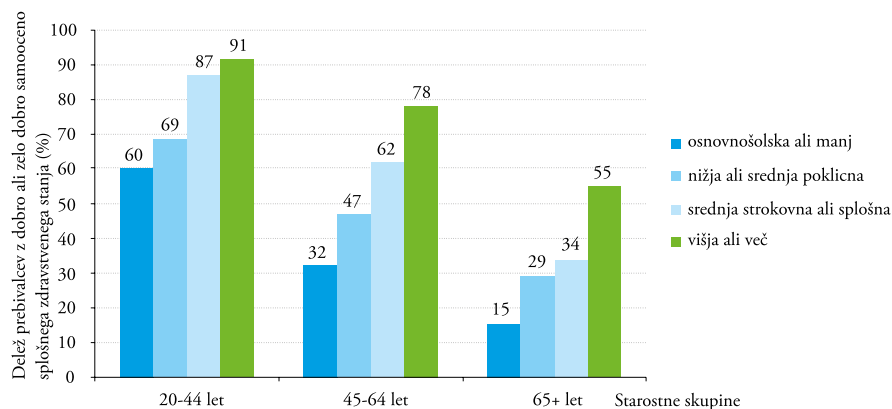
Med slovenskimi mladostniki v starosti 15 let vsaj enkrat na teden ali pogosteje kadi 18 % mladostnikov, kar približno pomeni, da kadi vsak peti 15-letni fant in približno vsako šesto 15-letno dekle (HBSC, 2006, glej Priloga 1: Metodologija). Pri nobenem od spolov nismo ugotovili povezanosti med socialno-ekonomskim položajem družine in rednim kajenjem ali zgodnjim začetkom kajenja (HBSC, 2006), medtem ko podatki iz drugih držav kažejo, da je med evropskimi mladostniki nizek socialno-ekonomski položaj družine povezan predvsem z rednim kajenjem mladostnika in ne toliko z zgodnjim začetkom kajenja (WHO, 2008b).

<sup>9</sup> Prevalenca je delež vseh oseb v populacijski skupini in v določenem obdobju, ki imajo določeno bolezen ali pa so izpostavljeni določenemu dejavniku tveganja.

## KAKO DOŽIVLJAMO IN OCENJUJEMO SVOJE ZDRAVJE ?

### Samoocena zdravstvenega stanja

Za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalcev je pomembno tudi lastno dojetanje zdravja. Takšen način ocenjevanja zdravstvenega stanja imenujemo samoocena zdravja. Podatki za starejše od 20 let kažejo, da je v času raziskave svoje **splošno zdravstveno stanje** ocenilo kot zelo dobro le 23,6 % moških in 16 % žensk, medtem ko je 9,8 % moških in 13,7 % žensk svoje zdravje ocenilo kot zelo slabo ali slabo (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija). V skupinah z osnovno in s poklicno izobrazbo ocenjuje svoje zdravje kot slabo več žensk kot moških. Delež tistih, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, narašča z višanjem stopnje izobrazbe (Slika 2.8).



Slika 2.8: Delež prebivalcev z dobro ali zelo dobro samooceno splošnega zdravstvenega stanja po izobrazbi in starosti, Slovenija, 2007.

Vir: EHIS, 2007.

Opomba: Anketiranci so sami podali oceno svojega splošnega zdravstvenega stanja.

Samoocena zdravja je povezana tudi z družinskim dohodkom. Svoje zdravje kot slabo ali zelo slabo pogosteje ocenjujejo tisti, ki imajo najmanj dohodkov na družinskega člana, z višanjem dohodka pa se njihov delež zmanjšuje (najnižji dohodek na družinskega člana – 19,6 %, najvišji dohodek na družinskega člana – 8,8 %). Ženske ocenjujejo svoje zdravje slabše kot moški v vseh dohodkovnih razredih (EHIS, 2007).

anketirancev, v višjem srednjem in zgornjem pa le 3,2 % (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija). Svoje zdravje najpogosteje slabo ocenjujejo delavci, ki opravljajo težka fizična dela v industriji (14,7 %), in gospodinje (14,0 %), najredkeje pa pisarniški in intelektualni delavci (2,9 %) ter študenti (3,1 %) (CINDI, 2008).

Značilno povezanost med samooceno zdravja in socialno-ekonomskim položajem družine kažejo tudi podatki pri otrocih in mladostnikih, in sicer tako v Sloveniji kot tudi v večini drugih evropskih držav (WHO, 2008b; HBSC, 2006, glej Priloga 1: Metodologija). Tako so otroci iz manj premožnih družin svoje zdravje ocenili kot odlično v manjšem deležu kot otroci iz premožnejših družin (40,3 % proti 48,8 %), pogosteje pa so tudi svoje zdravje ocenili kot slabo (3 % proti 1,9 %) ali še kar dobro (14 % proti 9 %) (HBSC 2006).

Podobno se samoocena zdravja slabša z nižanjem samoocenjenega družbenega sloja. Med pripadniki najnižjega sloja svoje zdravje kot zelo slabo ali slabo ocenjuje 34,2 %



## ALI SOCIALNO ŠIBKEJŠI OBOLEVAJO BOLJ POGOSTO?

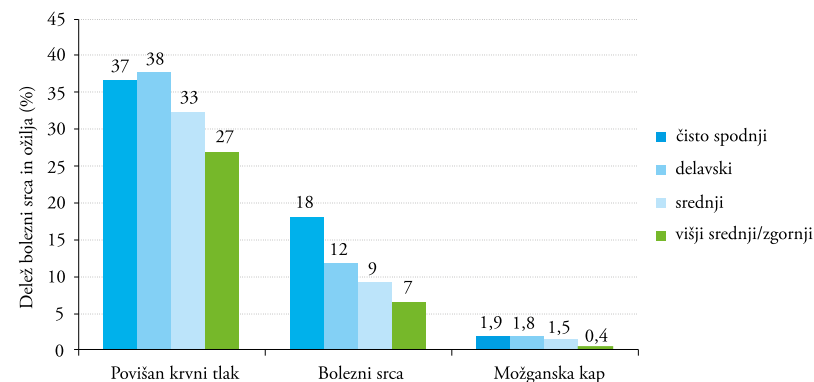
### Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah in eden glavnih vzrokov za obolevnost in zmanjšano kakovost življenja. V Sloveniji so najpogostejši vzrok smrti in bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu. Bolezni srca in ožilja so pogojene z biološkimi zakonitostmi in dednostjo ter dejavniki tveganja, ki izhajajo iz načina življenja, kot so kajenje, nezdrava prehrana, debelost, stres, pomanjkanje gibanja ipd. (Šelb-Šemerl, 2010). Povezanost med nižjim socialno-ekonomskim položajem in višjo obolevnostjo za boleznimi srca in ožilja so dokazali v več raziskavah (npr. Dragano in sod., 2007; Kivimäki in sod. 2007; Deans in sod. 2009; Loucks in sod., 2009). Vpliv socialno-ekonomskega položaja na pojavnost bolezni srca in ožilja naj bi bil pri ženskah močnejši kot pri moških (Picciotto in sod., 2006; Pilote in sod., 2007; Conen in sod., 2009; Lawlor in sod., 2005).

Podatki slovenske raziskave kažejo, da se prevalenca povišanega krvnega tlaka, bolezni srca (srčni infarkt, angina pectoris in srčno popuščanje) in možganske kapi razlikuje glede na spol, izobrazbo in družbeni sloj. Prevalenca bolezni srca in ožilja se s starostjo povečuje. Zlasti je pomembna starostna skupina 45–64 let, saj v tej starostni skupini že pričakujemo porast števila obolelih, hkrati pa je v tej skupini tudi precejšen delež delovno aktivnega prebivalstva (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija). Glede na stopnjo izobrazbe je prevalenca **povišanega krvnega tlaka** v starostni skupini 45–64 let najvišja v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe (osnovnošolska izobrazba ali manj), in sicer tako pri moških kot pri ženskah, najnižja pa v skupini z višjo ali visoko izobrazbo. Glede na samoocenjeni družbeni sloj je povišan krvni tlak pri obeh spolih pogostejši med osebami delavskega sloja v primerjavi z osebami višjega srednjega sloja (CINDI, 2008).

Prevalenca **boleznih srca** (vključuje srčni infarkt, angino pectoris in srčno popuščanje) je v starostni skupini 45–64 let najvišja v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe (osnovnošolska izobrazba ali manj), in sicer tako pri moških kot pri ženskah, najnižja pa v skupini z višjo ali visoko izobrazbo. Glede na samoocenjeni družbeni sloj pa so bolezni srca pri obeh spolih pogostejše med osebami nižjega sloja v primerjavi z osebami višjega srednjega sloja, pri čemer razlika pri moških ni statistično značilna (CINDI, 2008).

Prevalenca bolezni srca in ožilja glede na samoocenjen družbeni sloj je prikazana na Sliki 2.9.



Slika 2.9: Prevalenca bolezni srca in ožilja v starostni skupini 45–64 let glede na samoocenjen družbeni sloj, Slovenija, 2008.

Vir: CINDI, 2008.

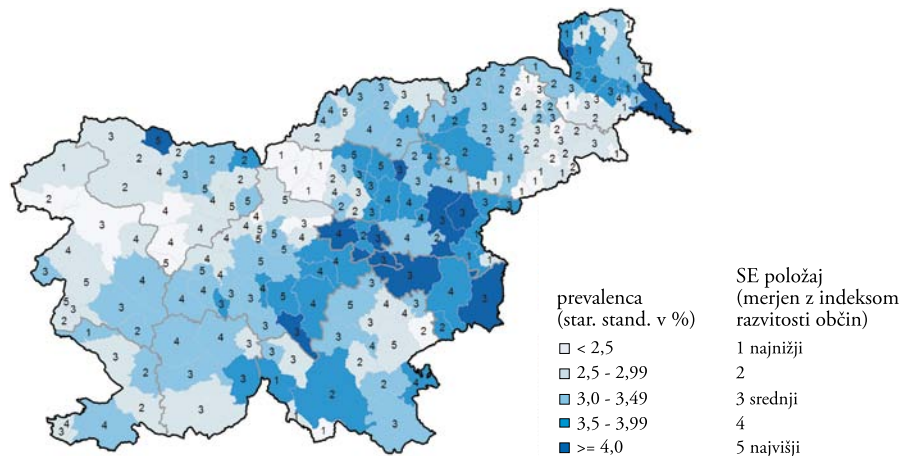
*Opomba:* Prikazani so podatki, ki se nanašajo na stanja, ki jih je po navedbi anketiranih pri njih ugotovil zdravnik. Med boleznimi srca so vključene sledeče bolezni: srčni infarkt, angina pectoris in srčno popuščanje. Osebe, ki so sodelovale v anketi, so se same uvrstile v družbeni sloj.

### Sladkorna bolezen

Sladkorna bolezen zmanjša pričakovano trajanje življenja za 10 let ali več in pomembno prispeva k prezgodnji umrljivosti. Prevalenca sladkorne bolezni tipa 2 je v bogatejših državah večja med ljudmi z nizkim socialno-ekonomskim položajem (Dalstra in sod., 2005; Brown in sod., 2004). Pri osebah z nizko izobrazbo so kronični zapleti pogostejši zaradi manj uspešnega nadzora bolezni (van der Meer, Mackenbach, 1999; Brunner, 1999). Umrljivost je pri sladkorni bolezni dvakrat večja v skupinah z najnižjim socialno-ekonomskim položajem; socialno-ekonomski gradient so dokazali pri splošni umrljivosti oseb s sladkorno boleznijo in posebej pri umrljivosti zaradi srčno-žilnih obolenj ter ishemične bolezni srca, pretežno zaradi večje razširjenosti kajenja in visokega krvnega tlaka v najnižjih socialnih skupinah (Chaturvedi, 1998; Unwin 1996). Zaradi večje razširjenosti dejavnikov tveganja, zlasti debelosti in premajhne telesne dejavnosti ter značilnosti prehrane v okolju, ki spodbuja debelost<sup>10</sup>, se predvideva, da se bo prevalenca sladkorne bolezni v prihodnjih 15 letih podvojila (Wild in sod., 2004; OECD, 2009; Whiting in sod., 2010). Z večanjem števila oseb s sladkorno boleznijo v mlajših starostnih skupinah, lahko pričakujemo večjo pogostost kroničnih zapletov pri delovno aktivnem prebivalstvu.

10 Obesogeno okolje (diabetogeno okolje) je okolje, ki spodbuja telesno nedejavnost in dostopnost energijsko bogate hrane. Posledica ekonomskega razvoja in urbanizacije je manj fizične aktivnosti v povezavi z delom, s transportom, vsakodnevnimi aktivnostmi in prostim časom.

Z anketno raziskavo EHIS smo v Sloveniji med prebivalci, starejšimi od 15 let, ugotovili, da je prevalenca sladkorne bolezni 6,9 %, ocenjeno število oseb z znano sladkorno boleznijo pa 121.000 (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija; Moravec Berger, Zupanič, 2008). Antidiabetična zdravila je v letu 2008 prejelo okrog 84.000 oseb, kar je 4,1 % prebivalcev. Po raziskavi EHIS je pri ženskah v starostni skupini 40–64 let nizka izobrazba pomembno povezana z večjim tveganjem za sladkorno bolezen, pri moških pa se vpliv izobrazbe ni pokazal (EHIS, 2007), kar je skladno z mednarodnimi ugotovitvami, kjer ocenjujejo tveganje pri moških do 1,5-krat, pri ženskah pa 2,7-krat večje pri nizki izobrazbi (Schrijvers, 2008). Podatki CINDI potrjujejo, da je verjetnost sladkorne bolezni v starosti 40-64 let 3-krat večja pri nizki izobrazbi. Za ženske je tveganje pri višji izobrazbi za 50% nižje kot pri osebah z nizko izobrazbo (CINDI, 2008). Ugotovili smo, da imajo ženske iz družin z nizkim dohodkom na družinskega člana na splošno večje tveganje za pojav sladkorne bolezni (EHIS, 2007).



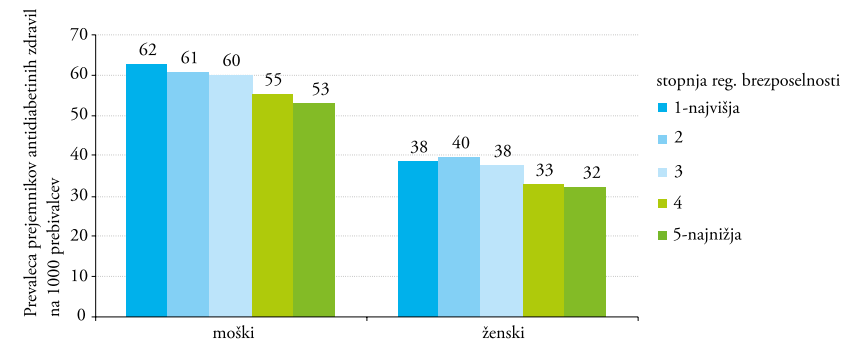
Slika 2.10: Prevalenca prejemnikov antidiabetičnih zdravil in občine po kvintilih indeksa razvitosti, Slovenija, 2008.

Vir: Zbirka porabe izdanih zdravil na recept, 2008.

Opomba: Prikazane so starostno standardizirane vrednosti v %.

Pojavljanje sladkorne bolezni je povezano tudi z značilnostmi širšega socialnega okolja, skupnosti in socialne mreže. Raziskovalci so dokazali večjo prevalenco sladkorne bolezni tipa 2 v prikrajšanih okoljih (Connolly in sod., 2000). Na osnovi podatkov o

številu prejemnikov antidiabetičnih zdravil smo želeli ugotoviti, ali je letna prevalenca sladkorne bolezni v Sloveniji povezana z indeksom razvitosti<sup>11</sup> občin, v katerih bolniki prebivajo (Slika 2.10). Med moškimi iz skupine občin z najnižjim indeksom razvitosti je delež oseb s sladkorno boleznijo po 65. letu tudi do tretjino manjši kot v isti starostni skupini v občinah z najboljšim položajem, kar je najverjetneje posledica nižje starosti ob smrti in večje umrljivosti v najbolj prikrajšanih občinah. V starostni skupini 40–64 let se nakazuje večja prevalenca sladkorne bolezni tako pri moških kot pri ženskah v občinah z veliko stopnjo registrirane brezposelnosti, vendar je na meji statistične značilnosti (Slika 2.11) (Zbirka zdravil izdanih na recept, 2008, glej priloga 1: Metodologija).



Slika 2.11: Prevalenca prejemnikov antidiabetičnih zdravil v starostni skupini 40–64 let po kvintilih občin glede na stopnjo registrirane brezposelnosti in spol, Slovenija, 2008.

Vir: Zbirka porabe izdanih zdravil na recept, 2008.

Opomba: Prikazane so starostno standardizirane stopnje na 1000 prebivalcev. Občine so razdeljene na kvintile. Glej Slika 1.2.

V Sloveniji zagotavljamo osebam s sladkorno boleznijo široko dostopnost zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov ter zdravljenje na primarni in sekundarni ravni brez finančnih ovir. Kljub temu pa moramo obravnavati sladkorno bolezen z vidika socialnih determinant neenakosti, saj univerzalno zdravstveno zavarovanje samo po sebi problema neenakosti ne razrešuje. Zato je pomembno osvetliti tudi neenakosti, povezane z zdravstvenim sistemom, in ugotoviti, ali so npr. izboljšave v kakovosti obravnave enako razporejene med socialno-ekonomskimi skupinami prebivalcev, kar lahko usmerja odločitve pri izvajanju v letu 2010 sprejetega Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni (MZ, 2010).

<sup>11</sup> Indeks razvitosti občine v skladu z Uredbo o metodologiji za določitev razvitosti občin, Ur.LRS, št.61/2009.

## Rak

Tudi v onkološki epidemiologiji velja, da na zdravje posredno vpliva socialno-ekonomski položaj. Raziskave (npr. Kogevinas in sod., 1997; Doll, Peto, 1996) so tako pokazale, da osebe z nizkim socialno-ekonomskim položajem v povprečju več kadijo in pijejo, se manj kakovostno prehranjujejo in jih pogosteje doletijo okužbe s kancerogenimi mikroorganizmi, zato tudi pogosteje zbolevaro za rakom kot osebe z visokim socialno-ekonomskim položajem. Nasprotno pa imajo osebe z visokim socialno-ekonomskim položajem v povprečju manj ugodne reproduktivne dejavnike<sup>12</sup> in zato pogosteje zbolevaro za tistimi vrstami raka, ki so povezane z reproduktivnimi dejavniki (npr. rak dojke). Nevarnostni dejavniki iz okolja se v povprečju med posameznimi socialno-ekonomskimi razredi ne razlikujejo.

Mesto raka	Tujina (Kogevinas)		Slovenija (Zadnik)	
	Moški	Ženske	Moški	Ženske
Glava in vrat	↓	↓	↓	↔
Požiralnik	↓	↓	–	–
Želodec (brez raka kardije)	↓	↓	↷	↷
Debelo črevo in dank	↑	↑	↔	↔
Jetra	↓	↓	–	–
Pljuča	↓	↓	↔	↔
Maligni melanom	↑	↑	↔	↑
Dojke	–	↑	–	↑
Maternični vrat		↓		↔
Jajčniki		↑		↔
Možgani	↑	↔	↷	–

### Legenda:

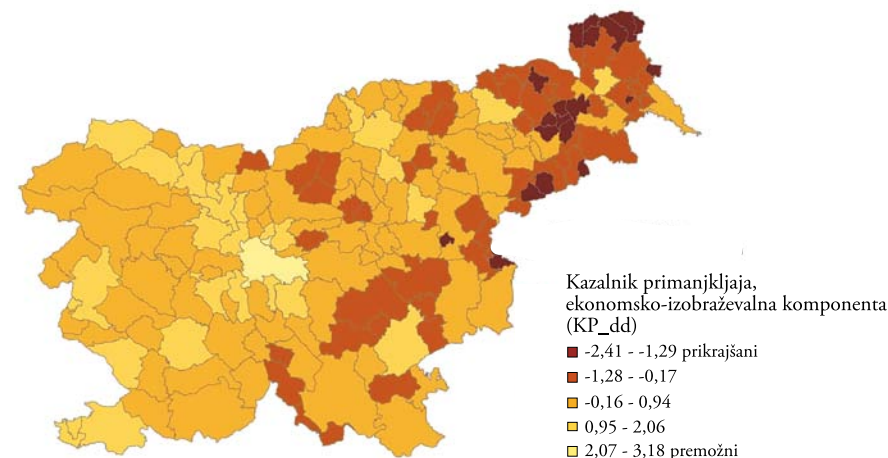
- ↓ Incidenca je večja pri socialno-ekonomsko prikrajšanih.
- ↷ Incidenca je večja v socialno-ekonomsko šibkejših območjih, vendar povezava s socialno-ekonomskim položajem ni analitično dokazana.
- ↑ Incidenca je večja pri socialno-ekonomsko privilegiranih.
- ↔ Socialno-ekonomski položaj ne vpliva na incidenco raka.
- Zaradi premajhnega števila bolnikov analiza ni bila izvedena.

Tabela 2.1: Pregled rezultatov tujih raziskav in domače raziskave o povezanosti pojavljanja raka in socialno-ekonomskega položaja bolnikov.

Vir: Kogevinas in sod., 1997; Zadnik, 2005.

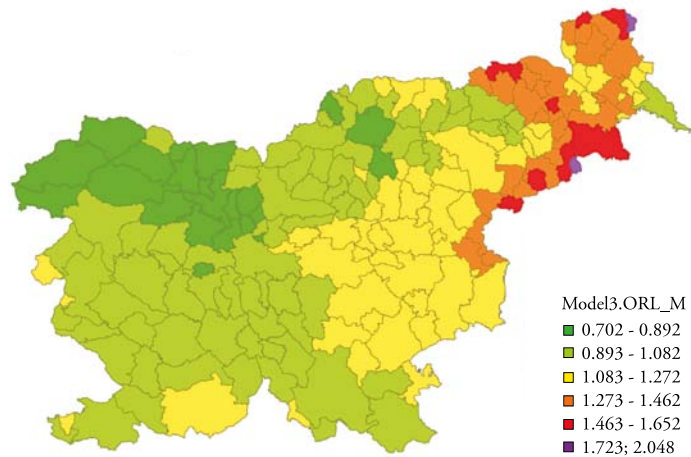
V slovensko raziskavo, ki je proučevala vpliv socialno-ekonomskih razlik na pojavljanje raka v slovenskih občinah (Zadnik, 2005), so bili vključeni vsi bolniki, ki so v letih 1995–2002 zboleli za eno od vrst raka, za katere so mednarodne raziskave pokazale, da so povezane s socialno-ekonomskim položajem (levi del Tabele 2.1) (Kogevinas in sod., 1997). Iz številnih posrednih kazalnikov socialno-ekonomskega položaja smo za vsako občino izračunali kazalnik primanjkljaja in ga skupaj s podatki o bolnikih iz Registra raka RS uporabili v geografski analizi. Povzetek rezultatov je prikazan v desnem delu Tabele 2.1. Več o metodah in podatkih, uporabljenih pri izračunu kazalnika primanjkljaja opisujemo v Prilogi 1: Metodologija.

Na Sliki 2.12a je prikazan slabši ekonomski položaj vzhodnega (predvsem severovzhodnega) dela države. Ekonomska prikrajšanost tega dela Slovenije je statistično značilno povezana z večjim tveganjem za pojav raka glave in vratu pri moških (Slika 2.12b). Nastanek raka glave in vratu pojasnjujemo predvsem s prekomernim pitjem alkoholnih pijač in sočasnim kajenjem (Boyle, Levine, 2008). Povezave med kazalnikom primanjkljaja in prekomernim pitjem alkohola v raziskavi nismo dokazali, skoraj zagotovo pa se tudi v Sloveniji kaže vzorec večjega deleža alkoholikov med materialno šibko in manj izobraženo populacijo.



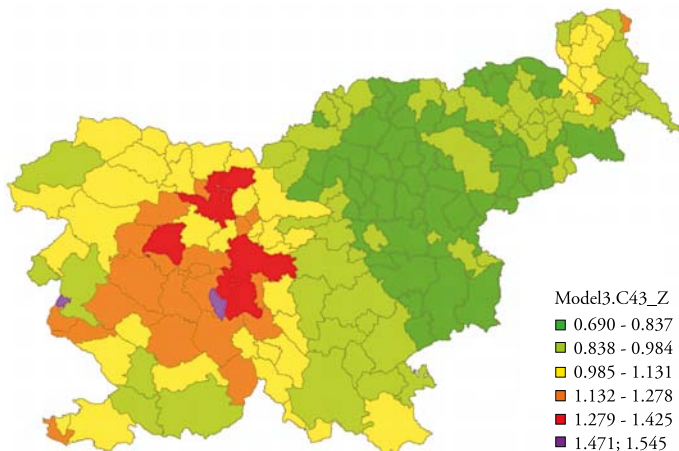
Slika 2.12a: Kazalnik primanjkljaja po slovenskih občinah.

12 Pozno rojstvo prvega otroka in manjše število nosečnosti so npr. dejavnik tveganja za nekatere vrste raka.

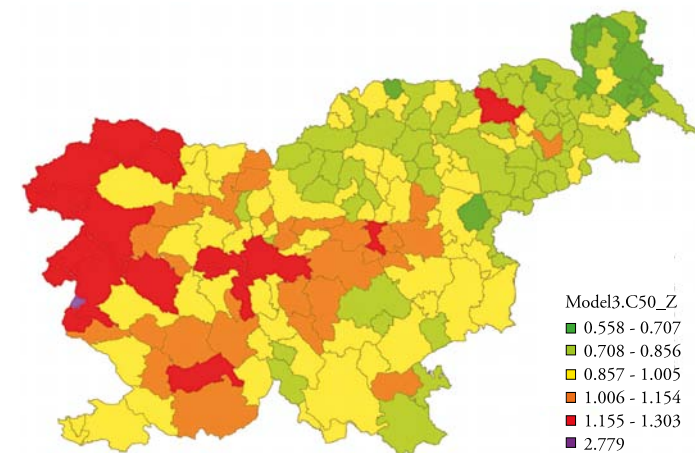


Slika 2.12b: Rak glave in vratu – modelirna incidenca, moški, Slovenija, občine, 1995–2002.

Nasprotno pa ženske v ekonomsko bolj razvitih območjih osrednje in zahodne Slovenije statistično značilno pogosteje zbolevajo za malignim melanomom in rakom dojke (Sliki 2.12c in 2.12d). Očitno je tudi v Sloveniji premožnejši sloj prevzel moderne, bolj tvegane vzorce vedenja (Ortiz, 2005), katerih skupna točka je občasna intenzivna izpostavljenost sončnim žarkom, s tem pa tudi večje tveganje za nastanek malignega melanoma. Večje tveganje za nastanek raka dojke pri premožnejšem sloju je lahko posledica v povprečju kasnejšega prvega poroda in manjšega števila otrok (Boyle, Levine, 2008).



Slika 2.12c: Maligni melanom – modelirna incidenca, ženske, Slovenija, občine, 1995–2002.



Slika 2.12d: Rak dojke – modelirna incidenca, ženske, Slovenija, občine, 1995–2002.

Vir: Zadnik, 2005.

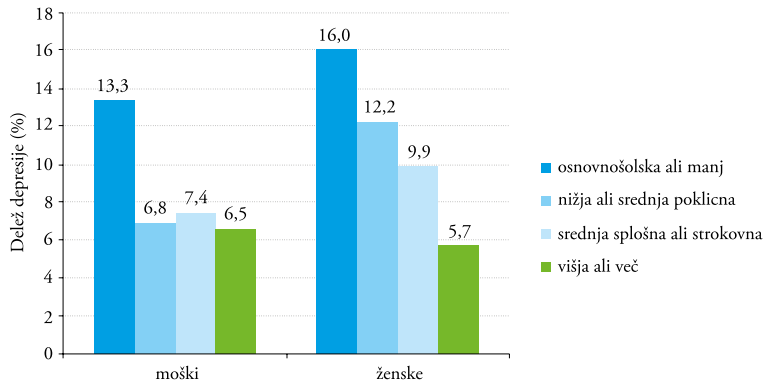
Tistih vrst raka, ki jih povezujemo z neustrezno prehrano (debelo črevo in danka) oz. z okužbami s kancerogenimi mikroorganizmi (rak želodca, rak materničnega vratu), v Sloveniji na podlagi rezultatov raziskave ne moremo povezovati z razlikami v socialno-ekonomskem položaju zbolelih, čeprav se ta povezava pri nekaterih vrstah bolezni nakazuje (Tabela 2.1). Pri tolmačenju rezultatov se moramo ves čas zavedati, da je latentna doba za nastanek solidnih tumorjev 15 do 20 let. Nevarnostni dejavniki, ki so povzročili tiste vrste raka, ki smo jih obravnavali v raziskavi, so tako delovali konec sedemdesetih in v začetku osemdesetih let prejšnjega stoletja.

## Duševno zdravje

Pri povezavi med socialno-ekonomskim položajem in duševnimi težavami je težko govoriti, kaj je vzrok in kaj posledica: ali je nizek socialno-ekonomski položaj posledica duševne motnje ali je socialno-ekonomski položaj vzrok, ki poveča verjetnost za nastanek duševne motnje. Predpostavljajo, da se vzroki in posledice razlikujejo glede na vrsto duševne motnje (Miech in sod., 1999). Socialno-ekonomski dejavniki, ki jih najpogosteje povezujejo z duševnimi motnjami, so slabi socialni odnosi, brezposelnost, slabši delovni pogoji, ekonomske težave idr. (Laaksonen in sod., 2008; Singh-Manoux in sod., 2002; Molarius in sod., 2009).

Rezultati slovenske raziskave med odraslimi prebivalci kažejo, da obstaja razlika v pojavljanju depresije glede na izobrazbo pri obeh spolih. Razlika v pogostosti depresije

je pri ženskah z najnižjo oz. najvišjo stopnjo izobrazbe večja kot pri moških (Slika 2.13). Rezultati kažejo, da je pojavnost depresije značilno povezana s stopnjo izobrazbe pri osebah v starostnih skupinah 25–44 let in 45–64 let. Pri starejših (65–74 let) povezanost ni statistično značilna (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija).



Slika 2.13: Depresija v starostni skupini 45-64 let glede na izobrazbo in spol, Slovenija, 2008.

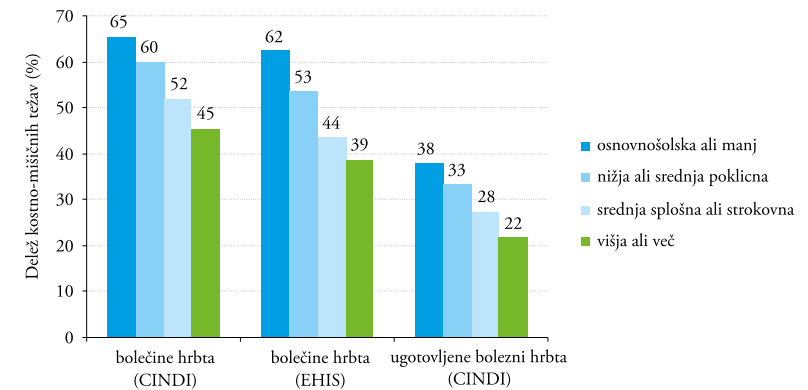
Vir: CINDI, 2008.

Opomba: Prikazani so podatki, ki se nanašajo na stanja, ki jih je po navedbi anketiranih, pri njih ugotovil zdravnik.

### Kostno-mišične težave

Kostno-mišične težave so v Sloveniji najpogostejša samoporočana okvara zdravja, vir bolečin in funkcionalnih omejitev, prvi bolezenski vzrok za dneve odsotnosti z dela in najpogostejši vzrok trajno zmanjšane zmožnosti za pridobitno delo (Kofol-Bric, 2010).

Po podatkih anket se polovica do tri četrtine prebivalcev Slovenije spopada z boleznimi ali bolečinami v hrbtu, vratu in sklepih. Analizirali smo starostno skupino 40–59 let, v kateri se kostno-mišične težave pojavljajo najpogosteje. Hkrati je to tudi starostna skupina, pri kateri naj bi se odražalo daljše obdobje vplivanja socialno-ekonomskih determinant. Z analizo smo ugotovili, da so kostno-mišične težave značilno pogostejše pri manj izobraženih (Slika 2.14), pri osebah z nižjim dohodkom na družinskega člana in pri osebah nižjega samoocenjenega družbenega položaja. Pri osebah z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je v primerjavi z višje ali visoko izobraženimi pogostost kostno-mišičnih težav večja za 52 % (EHIS 2007, glej Priloga 1: Metodologija), pogostost potrjenih boleznih gibal pa večja za 68 % (CINDI 2008, glej Priloga 1: Metodologija).



Slika 2.14: Pogostost težav s hrbtom v starostni skupini 40–59 let glede na izobrazbo, Slovenija, 2007/08.

Vir: CINDI, 2008; EHIS, 2007.

Opomba: Podatki o bolečinah v hrbtu (CINDI in EHIS) prikazujejo samoporočane podatke o bolečinah v hrbtu, medtem ko se podatki o ugotovljenih boleznih hrbta nanašajo na bolezni, ki jih je po navedbah anketirancev ugotovil zdravnik.

Večja pogostost kostno-mišičnih težav in boleznih gibal pri posameznikih z nižjim socialno-ekonomskim položajem je v velikem deležu povezana z večjimi telesnimi obremenitvami na delovnem mestu (Punnett, 2006), velik pomen pa ima tudi psihosocialni položaj v poklicu (Marmot, 1999). Oba dejavnika sta neposredno povezana z izobrazbo, dohodkom in družbenim položajem. Tudi v obeh slovenskih anketah so nižje izobraženi veliko pogosteje kot višje izobraženi ocenili, da so izpostavljeni težkim fizičnim pogojem na delovnem mestu. Tveganje za bolezni hrbta je sicer pri osebah, ki opravljajo težko delo v industriji ali kmetijstvu, enako kot tveganje pri osebah, ki opravljajo lažje fizično ali storitveno delo, je pa povprečno tveganje pri teh skupinah za 42 % večje kot pri osebah, ki opravljajo pisarniško in intelektualno delo. Podatki obeh anket kažejo tudi, da večjega tveganja za bolezni gibal ali hrbta med osnovno in poklicno izobraženimi ne moremo pripisati le izpostavljenosti težkim fizičnim pogojem na delovnem mestu (EHIS, 2007) oz. opravljanju težkega fizičnega dela (CINDI, 2008), ampak očitno na nastanek kostno-mišičnih težav poleg telesnih obremenitev močno vplivajo tudi drugi dejavniki, ki so povezani s socialno-ekonomskim položajem, izraženim s formalno izobrazbo (Kaila-Kangas, 2006).

Raziskovalci preverjajo hipotezo, da se pri manj izobraženih skupinah v primerjavi z bolj izobraženimi skupinami kostno-mišične težave pogosteje pojavljajo v povezavi z duševnimi težavami (Khlat, Chau, 2010). Ugotavljajo, da sta pri enakih kostno-mišičnih okvarah potek rehabilitacije in vrnitev na delo veliko uspešnejša pri višje izobraženih (Carr, Klaber, 2005).

## Zdravje ustne votline

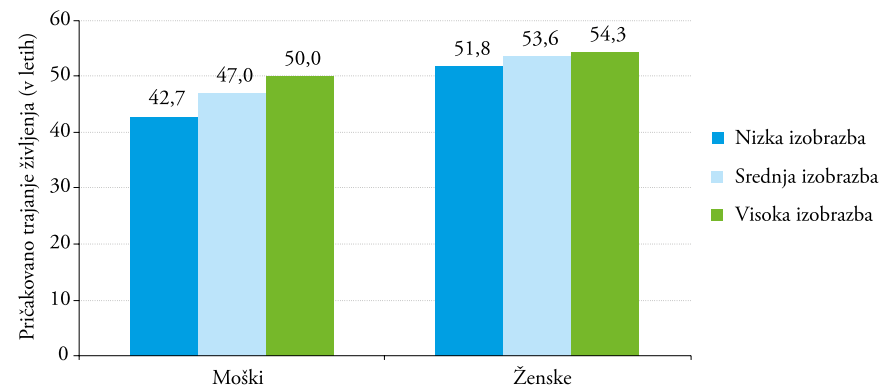
Zdravje ustne votline je pomemben sestavni del splošnega zdravja. Ugotovitve kažejo, da imajo prevladujoč vpliv na zdravje ustne votline zlasti dejavniki socialnega okolja (WHO, 2002). Dobro skrb za zobovje sestavlja več elementov: redno umivanje zob, redno obiskovanje zobozdravnika, pravilna prehrana in uporaba zaščitnih sredstev. Pomanjkljiva skrb za zobovje povzroča bolezni zobovja. Najpogostejši tovrstni bolezni sta zobna gniloba (karies) in bolezen obzobnih tkiv (parodontalna bolezen), ki lahko pripeljeta do izgube zob in nastanka oziroma poslabšanja drugih bolezni (Zaletel-Kragelj in sod., 2004b).

Po podatkih iz leta 2001 se delež ljudi, ki slabo skrbijo za svoje zobovje, z višanjem stopnje izobrazbe izrazito zmanjšuje. Razmerje med najvišjim in najnižjim izobrazbenim razredom je bilo kar 1:17 (Zaletel-Kragelj in sod., 2004b). Podobne razlike kažejo tudi podatki o manjkajočih zobeh iz leta 2008. V starostni skupini 25-44 let je tveganje, da osebi manjka več kot 6 zob pri osnovnošolsko izobraženih 1,7-krat večje kot pri tistih s poklicno izobrazbo, 3-krat večje kot pri osebah s srednješolsko izobrazbo in kar 10-krat večje kot pri osebah z višješolsko izobrazbo. Razlike glede na izobrazbo so prisotne tudi v drugih starostnih skupinah, vendar se s starostjo zmanjšujejo (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija).

## KAKO SOCIALNE DETERMINANTE VPLIVAJO NA TO, KAKO DOLGO ŽIVIMO?

### Pričakovano trajanje življenja

Pričakovano trajanje življenja glede na izobrazbo je pomemben kazalnik socialno-ekonomskih razlik v zdravju. Znano je in tudi iz poročila evropskega statističnega urada izhaja, da je pri katerikoli starosti pričakovano trajanje življenja najkrajše pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe in se z višanjem stopnje izobrazbe podaljšuje. Pri vsaki doseženi stopnji izobrazbe je pričakovano trajanje življenja za ženske vedno daljše kot za moške, vendar se razlike med spoloma z višanjem izobrazbe zmanjšujejo, kar velja tudi za Slovenijo. Podatki kažejo, da je pri vseh opazovanih starostih pričakovano trajanje življenja za moške v najvišjem izobrazbenem razredu krajše kot za ženske v najnižjem izobrazbenem razredu, kar velja le za nekaj evropskih držav (Slika 2.15)( Corsini, 2010).



Slika 2.15: Pričakovano trajanje življenja pri starosti 30 let glede na izobrazbo in spol, Slovenija, 2008.

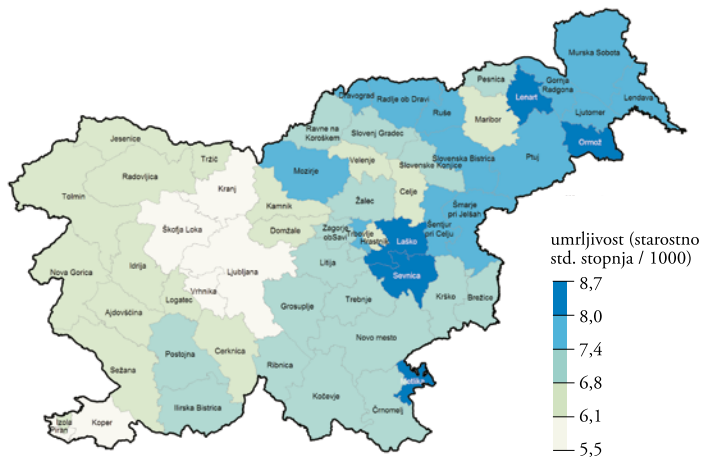
Vir: Corsini, 2010.

Opomba: Nizka izobrazba – osnovna šola ali manj; srednja izobrazba – srednješolski programi, ki trajajo 2–5 let, višja izobrazba oz. terciarna izobrazba – višja šola ali več v trajanju 2–10 let.

## Umrljivost

Nižji socialno-ekonomski položaj je povezan v višjo umrljivostjo (Mackenbach in sod., 2003; Carstairs, 1995). V preteklih letih se je umrljivost v vseh socialno-ekonomskih razredih zniževala, razlike med nižjim in višjim socialno-ekonomskim položajem v različnih evropskih državah pa so ostale enake ali so se celo povečale (Mackenbach in sod., 2003; Corsini, 2010).

Če individualni podatki o socialno-ekonomskem položaju posameznika niso na voljo, uporabimo območne socialno-ekonomske kazalnike. Študije ugotavljajo, da imajo revnejša območja slabše kazalnike zdravja zato, ker imajo več prebivalstva, ki ga uvrščamo med bolj ogrožene skupine (Carstairs, Morris, 1989). Zavedati pa se moramo, da socialno-ekonomsko ogroženi posamezniki živijo tudi na drugih območjih, zato moramo ukrepe za zmanjševanje neenakosti usmeriti tako k ogroženim posameznikom in ogroženim skupinam, a tudi v ogrožena območja (Sloggett, Joshi, 1994).



Slika 2.16: Umrljivost po slovenskih upravnih enotah, 2005–2009.

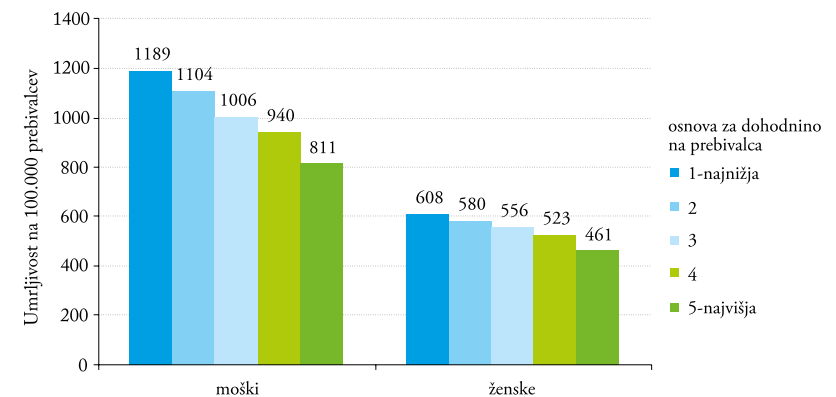
Vir: Baza umrlih 2005–2009; GURS.

Opomba: Prikazana je starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 1000 prebivalcev.

Analiza umrljivosti v Sloveniji je pokazala, da tudi pri nas obstajajo razlike v umrljivosti med socialno-ekonomsko bolj 'ogroženimi' skupinami občin in socialno-ekonomsko manj 'ogroženimi' skupinami občin (Slika 2.16) (Baza umrlih, 2004–2008, glej Priloga 1: Metodologija). Pri analizi splošne umrljivosti so bile razlike značilno povezane z vsemi analiziranimi socialno-ekonomskimi kazalniki<sup>13</sup>, razen s stopnjo delovne aktivnosti. Največje razlike je pokazala analiza dohodninske osnove na prebivalca, indeksa razvitosti

občin in kombiniranega kazalnika (indeks razvitosti občine in število prejemnikov denarne socialne pomoči). Upošteva oba spola skupaj ugotavljamo, da so med različno razvitimi skupinami občin razlike največje v prezgodnji umrljivosti (t.j. do 64. leta). Tako je bila umrljivost v socialno-ekonomsko bolj 'ogroženih' skupinah občin tudi do 60 % višja. Najmanjše razlike smo ugotovili pri umrljivosti starejših od 65 let, kjer so razlike do 30 %.

Ugotavljamo, da so razlike v umrljivosti večje pri moških kot pri ženskah, kar je v skladu z ugotovitvami v tujini (npr. Saurel-Cubizolles in sod., 2009). Upošteva vse starosti skupaj so bile razlike v stopnji umrljivosti med moškimi v socialno-ekonomsko bolj 'ogroženih' skupinah občin za 11–47 % višje kot v socialno-ekonomsko manj 'ogroženih' skupinah občin, odvisno od uporabljenega socialno-ekonomskega kazalnika; pri ženskah so se te razlike gibale med 13 in 32 % (Slika 2.17). Pri moških se največje razlike pojavljajo v prezgodnji umrljivosti (t.j. do 64. leta), pri čemer so bile stopnje umrljivosti v socialno-ekonomsko bolj 'ogroženih' skupinah občin za 19–78 % višje kot v socialno-ekonomsko manj 'ogroženih' skupinah občin. Pri ženskah statistično značilnih razlik v prezgodnji umrljivosti glede na skupine občin nismo ugotovili. Pri osebah, starejših od 65 let, so se razlike med skupinami občin gibale do 40 % pri moških in do 30 % pri ženskah (Baza umrlih, 2004–2008).



Slika 2.17: Umrljivost v skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca, Slovenija 2004–2008.

Vir: Baza umrlih, 2004–2008.

Opomba: Prikazane so starostno standardizirane stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev. Občine so razdeljene na kvintile. Skupina 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Glej Slika 1.2.

13 Stopnja registrirane brezposelnosti, stopnja delovne aktivnosti, osnova za dohodnino na prebivalca, število prejemnikov denarne socialne pomoči, indeks razvitosti občine, kombinirani kazalnik - indeks razvitosti občine in število prejemnikov socialne pomoči.

Za učinkovitejše ukrepanje na področju zmanjševanja socialno-ekonomskih neenakosti pri umrljivosti bi bilo potrebno podrobneje raziskati vzroke smrti, ki k tem razlikam prispevajo v največji meri. Potrebno je namreč vedeti, da so socialne neenakosti v obolenosti in umrljivosti povezane z glavnimi dejavniki tveganja za posamezne vzroke smrti. Študije neenakosti glede umrljivosti najpogosteje povezujejo z razlikami v pogostosti srčno-žilnih bolezni, predvsem ishemične bolezni srca, s pogostejšimi oblikami raka, s sladkorno boleznijo, kronično obstruktivno pljučno boleznijo in z zunanjimi vzroki (Marmot in sod., 1984; Howard in sod., 2000; Wong in sod., 2002; Huisman in sod., 2005a), ki so že same po sebi povezane s socialno-ekonomskim položajem. Ugotovitve npr. kažejo, da so v Evropi smrti zaradi kajenja razlog za 22 % neenakosti v umrljivosti med moškimi in za 6 % neenakosti v umrljivosti med ženskami, smrti povezane z alkoholom, pa za 11 % neenakosti pri moških in 6 % pri ženskah (Mackenbach in sod., 2008).

V Sloveniji pri umrljivosti zaradi ishemične bolezni srca (npr. srčnega infarkta) ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik v starostno standardizirani umrljivosti glede na izbrane socialno-ekonomske kazalnike.

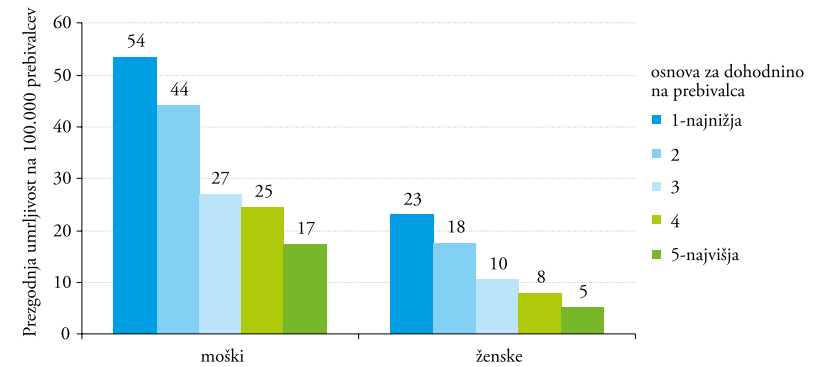
Pri umrljivosti zaradi možgansko-žilnih bolezni (npr. možganska kap, možganska krvavitev ipd.) ugotavljamo pomembne razlike v starostno standardizirani umrljivosti glede na indeks razvitosti občin ter kombinacijo indeksa razvitosti občin in deleža prejemnikov denarne socialne pomoči. Umrljivost je v skupini občin z nižjimi kazalniki razvitosti 1,9-krat večja kot v skupini občin z višjimi kazalniki razvitosti (Baza umrlih, 2004–2008).

### Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola

Slovenija se po izbranih kazalnikih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola uvršča nad povprečje držav članic EU. Ugotavljamo jasne socialno-ekonomske razlike v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov<sup>14</sup> in zaradi ciroze jeter<sup>15</sup>. Prebivalci občin z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca imajo večje tveganje za prezgodnjo umrljivost (pred 65. letom) zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov in zaradi ciroze jeter kot prebivalci občin z najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca (Slika 2.18). Tveganje za prezgodnjo smrt zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je pri moških 2,5-krat, pri ženskah pa 2,8-krat večje, če živijo v občini z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca, tveganje za prezgodnjo smrt zaradi jetrne ciroze pa je večje za 3,1-krat pri moških in 4,5-krat pri ženskah. (Baza umrlih 2004–2008, glej Priloga 1: Metodologija).

<sup>14</sup> Bolezni in zastrupitve, ki so izključno posledica uživanja alkohola. Z alkoholom povezane poškodbe niso vključene.

<sup>15</sup> Primeri jetrne ciroze, ki so posledica kroničnega virusnega hepatitisa, metabolne in prirojene ciroze, niso zajeti.



Slika 2.18: Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi jetrne ciroze po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.

Vir: Baza umrlih 2004–2008.

Opombe: Prikazane so starostno standardizirane stopnje prezgodnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev. Občine so glede na osnovo za dohodnino na prebivalca razdeljene na kvintile. Skupina 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Glej Slika 1.2.

Tudi tuje raziskave kažejo, da so posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola, kot so odvisnost od alkohola in umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov, pogostejše med nižjimi socialno-ekonomskimi sloji (Baumberg, Anderson, 2005; Schmidt in sod., 2010). Verjetno gre pri tem tako za vpliv nižjega socialno-ekonomskega položaja na pojav teh posledic, kot tudi za vpliv samih posledic na zdrs posameznika po družbeno-ekonomski lestvici (npr. zaradi nazadovanja v službi, dolgotrajne bolniške odsotnosti, invalidske upokojitve in nižjega dohodka ali zaradi slabših možnosti za razvoj potencialov pri mladih). Nekateri vzroki pa so tudi skupni tveganemu pitju in manjši zmožnosti za uspešno kariero (npr. prenos nizkega socialno-ekonomskega položaja in pivskih navad v družini iz generacije v generacijo, določene osebnostne lastnosti, vedenjske motnje ali druge težke življenjske okoliščine) (Baumberg, Anderson, 2005; Mäkelä, 1999).

Neenakosti v posledicah tveganega in škodljivega uživanja alkohola bi lahko delno razložili z razlikami v pivskih navadah med socialno-ekonomskimi sloji, vendar povezava pivskih navad s socialno-ekonomskim položajem ni enostavna, razlike v pivskih navadah med socialno-ekonomskimi sloji pa pogosto niso dovolj velike, da bi lahko z njimi povsem razložili neenakosti v umrljivosti zaradi alkohola (Baumberg, Anderson, 2005). Nižji socialno-ekonomski sloji pogosteje zlorabljajo alkohol za spopadanje s težkimi ekonomskimi in socialnimi situacijami, saj imajo zaradi nižje izobrazbe in manjšega dohodka slabše možnosti za ustrežnejše načine spopadanja s težavami (Mäkelä, 1999; Baumberg, Anderson, 2005). K neenakostim morda prispeva tudi večja občutljivost prebivalcev nižjega socialno-ekonomskega sloja na posledice čezmernega uživanja alkohola, npr. zaradi nevarnejšega pivskega okolja, slabšega splošnega zdravstvenega stanja, prehranskega stanja ali življenjskih razmer (Mäkelä, 1999; Menke in sod., 2003; Erskine in sod., 2010).



## Umrljivost zaradi samomora

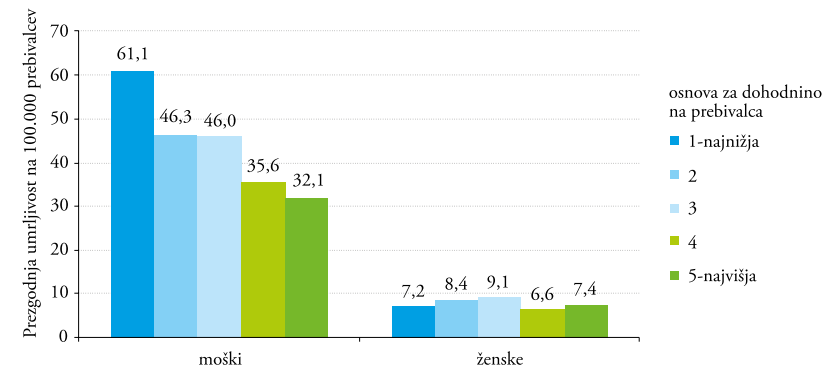
Slovenija je država z visoko umrljivostjo zaradi samomora (Marušič, Zorko, 2003). Del smrti zaradi samomora bi lahko s pravočasnim in ustreznim ukrepanjem preprečili. Samomor je kot vzrok smrti pomemben tudi zato, ker gre pogosto za smrt mlajših posameznikov. V letu 2006 je samomor v Sloveniji v starostni skupini do 40. let predstavljal skoraj petino vseh smrti (Tomšič in sod., 2009). Med najpomembnejše demografske značilnosti, ki povečujejo tveganje za samomor, prištevamo starost (tveganje se povečuje s starostjo), zakonski stan (med bolj ogrožene spadajo samski, razvezani, ovdoveli), izobrazbo in zaposlitev (tveganje je večje med ljudmi z nižjo izobrazbo in brezposelnimi) ter moški spol (Leskošek, 2001, Milčinski 1999).

V Sloveniji je tako kot v večini držav na svetu razmerje v pogostosti samomora med spoloma 3,5:1 na račun moških (Tomšič in sod., 2009). Podatki za obdobje 2004–2008 kažejo, da je bila umrljivost zaradi samomora pri moških v skupini občin z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca skoraj 2-krat višja kot umrljivost v občinah z najvišjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Na en samomor moškega v skupini občin z višjo osnovo za dohodnino na prebivalca se torej v skupini občin z nižjo osnovo za dohodnino na prebivalca dogodita dva. To velja tako za prezgodnjo umrljivost (t.j. umrljivost pred 65. letom) kot za umrljivost po 65. letu starosti. Pri ženskah prepričljivih razlik v umrljivosti zaradi samomora med skupinami občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca nismo ugotovili (Baza umrlih, 2004–2008, glej Priloga 1: Metodologija). V literaturi navajajo, da naj bi bile neenakosti glede na socialno-ekonomski položaj celo večje pri samomorilnih poskusih kot pri samih samomorih (Burrows, 2010).

## Nenamerne poškodbe

V Sloveniji so nenamerne poškodbe na drugem mestu med vzroki za izgubo zdravih let življenja (zaradi prezgodnjih smrti ter zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti). Med zunanjimi vzroki za izgubo zdravih let življenja izstopajo prometne nezgode in padci (WHO, 2004). Socialno-ekonomski položaj pomembno vpliva na tveganje za nastanek nenamernih poškodb preko več mehanizmov. Revni posamezniki in družine so posebno dovzetni za poškodbe zaradi svojega vedenja, izpostavljenosti tveganim situacijam in nevarnemu okolju ter zaradi slabše dostopnosti do zaščitnih sredstev in do kakovostne medicinske in rehabilitacijske oskrbe (Ribas in sod., 2006; Zwi, 2001).

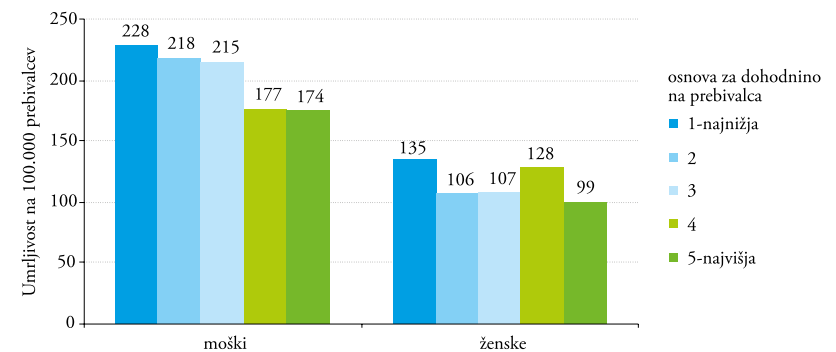
Smrtne poškodbe so pogostejše na območjih s slabšim socialno-ekonomskim položajem (Slika 2.19, 2.20), prav tako se tudi pri obolevnosti kažejo pomembne razlike med socialno-ekonomskimi skupinami. Obstaja pa tudi obrnjena, tj. pozitivna povezanost med socialno-ekonomskim položajem mladih ter poškodbami pri športu in rekreaciji, saj se mladi iz skupin prebivalstva z višjim socialno-ekonomskim položajem pogosteje športno udeležujejo in je zato verjetnost poškodb pri njih večja.



Slika 2.19: Prezgodnja umrljivost (0–64 let) zaradi nenamernih poškodb po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.

Vir: Baza umrlih, 2004–2008.

Opomba: Prikazane so starostno standardizirane stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev. Občine so glede na osnovo za dohodnino na prebivalca razdeljene v kvintile. Skupina 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Glej Slika 1.2.



Slika 2.20: Umrljivost starejših (65 let in več) zaradi nenamernih poškodb po skupinah občin glede na osnovo za dohodnino na prebivalca in spol, Slovenija, 2004–2008.

Vir: Baza umrlih, 2004–2008.

Opomba: Prikazane so starostno standardizirane stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev. Občine so glede na osnovo za dohodnino na prebivalca razdeljene v kvintile. Skupina 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Glej Slika 1.2.

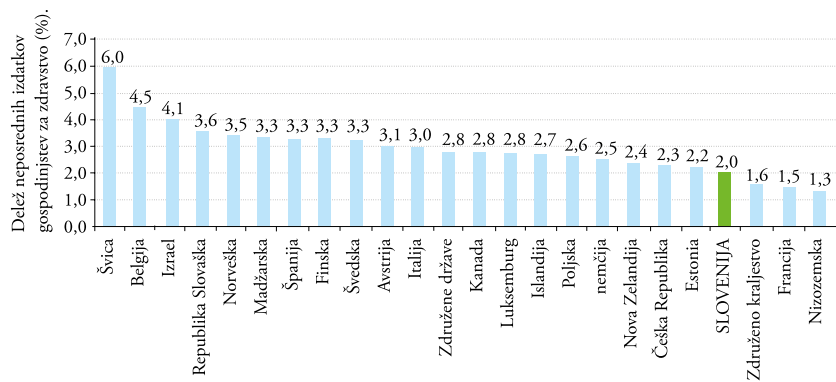
Socialno-ekonomske razlike v umrljivosti zaradi **poškodb v prometu** se pri nas kažejo le pri moških. Ti imajo na območjih z najslabšim socialno-ekonomskim stanjem kar 2,1-krat večje tveganje za prezgodnjo smrt in 1,8-krat večje tveganje za smrt v starosti nad 64 let v primerjavi z moškimi, ki prebivajo v socialno-ekonomsko najboljših predelih (Baza umrlih, 2004–2008, glej Priloga 1: Metodologija). Tveganje za poškodbe otrok in mladostnikov v prometu je povezano s socialno-ekonomskim položajem staršev oziroma družine, ter z varnostjo okolja na območju bivanja (Hasselberg, Laflamme, 2004; Reimers, Laflamme, 2004; Potter in sod., 2005). Pri nas razlik v umrljivosti otrok in mladostnikov (0–19 let) v prometu med območji s slabim in z dobrim socialno-ekonomskim stanjem ni bilo mogoče dokazati. Mladi med 20. in 29. letom pa imajo na območjih z najslabšim socialno-ekonomskim stanjem 2,2-krat večje tveganje za smrtno poškodbo v prometu kot mladi na območjih z najboljšim socialno-ekonomskim stanjem (Baza umrlih, 2004–2008). S socialno-ekonomskim položajem so povezani tudi najpomembnejši dejavniki tveganja za poškodbe v prometu. V Sloveniji odrasli z višjo in visoko izobrazbo uporabljajo varnostni pas v avtomobilu značilno pogosteje, kot odrasli z osnovno in poklicno izobrazbo (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija). Prav tako bi matere z nizko stopnjo izobrazbe dvakrat pogosteje nepravilno (brez uporabe otroškega avtomobilskega sedeža) peljale novorojenčka iz porodnišnice v primerjavi z materami, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe (Rok Simon, 2004).

Pri starejših ljudeh in pri otrocih se **poškodbe zaradi padcev** zgodijo predvsem doma, večina pa je posledica slabo oblikovanih in vzdrževanih bivalnih prostorov ter rekreacijskih površin, še posebno na revnejših območjih in v cenejših najemniških stanovanjih, kjer praviloma bivajo ljudje iz nižjih socialno-ekonomskih slojev (Kannus in sod., 1999; ENHIS, 2007). V Sloveniji lahko umrljivost zaradi padcev povezujemo s slabim socialno-ekonomskim stanjem območja bivanja le pri starejših ljudeh. Na območjih z najslabšim socialno-ekonomskim stanjem je v starosti nad 64 let tveganje za smrtno poškodbo zaradi padcev 1,3-krat večje v primerjavi z območji z najboljšim socialno-ekonomskim stanjem. Razlike so statistično pomembne tako pri moških kot pri ženskah (Baza umrlih, 2004–2008).

## ALI JE DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA VSE ENAKA IN ALI JIH TAKO TUDI UPORABLJAMO?

Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva je kompleksen in je odraz različnih dejavnikov. Takšna dejavnika sta npr. (ne)enakomerna dostopnost zdravstvenih storitev, in sicer tako finančna kot fizična (geografska, časovna ipd.), in (ne)enakosti v uporabi storitev. Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva se odraža v (ne)enakosti v zdravstvenih izidih. Tuje raziskave kažejo, da sta socialna varnost in univerzalni sistem javnega zdravstva nujen, a ne zadosten pogoj za zmanjšanje neenakosti v zdravju (Mackenbach in sod., 2008; Strand in sod., 2010). Del neenakosti v zdravju lahko pripišemo tudi **dostopnosti do zdravstvene oskrbe** (Mackenbach in sod., 2008). Kljub univerzalnim zdravstvenim sistemom obstajajo v Evropi pomembne razlike v uporabi zdravstvenih storitev glede na socialno-ekonomski položaj posameznika (Hanratty in sod., 2007). Poleg finančnih in geografskih ovir so med pomembnimi razlogi za manjšo uporabo zdravstvenih storitev s strani manj premožnih tudi kulturne in informacijske ovire (nepoznavanje poti zdravstvenega sistema) in pomanjkanje lastne pobude (Couffinal in sod., 2005).

Na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev naj bi vplivala tudi razdelitev zdravstvenih stroškov med javna in zasebna sredstva. Neeenakosti so večje v državah, kjer je delež neposrednih plačil višji (Or in sod., 2008). Tudi za Slovenijo ugotavljamo, da si dostopnost do zdravstvenih storitev v vedno večji meri zagotavljamo z izdatki iz žepa (Zver, 2010). Delež skupnih zasebnih sredstev v celotnih izdatkih za zdravstvo je v letu 2008 v Sloveniji znašal že 28,1 % (SURs, 2010), kar je nad povprečjem EU (23,44 % v letu 2008 (WHO, HFA, 2010)) in presega mejo 25 %, ki jo nekateri avtorji postavljajo za neuradno še sprejemljivo mejo (Albrecht, Klazinga, 2009). V obdobju 2000–2008 so se med vsemi izdatki najbolj povečali prav neposredni izdatki gospodinjstev iz žepa (5,5 % realno na leto), tako da je njihov delež v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2008 znašal že 12,7 % (11,5 % v letu 2000) in je že višji od deleža izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (12,4 %). V primerjavi z državami EU (16,4 % (WHO, HFA, 2010)) delež izdatkov iz žepa sicer še vedno ni visok, kar gre pripisati sistemu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, iz katerih se doplačuje razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Kot kazalnik, ki odraža skupni vpliv izdatkov iz žepa na gospodinjstva, v zadnjem času uporabljamo tudi delež izdatkov za zdravstvo iz žepa v končni potrošnji gospodinjstev. V Sloveniji je v letu 2008 ta kazalnik znašal 2,0 % (1,7 % v letu 2000), kar v primerjavi z izbranimi državami OECD ni veliko (Slika 2.21). Vendar pa je kljub temu, da imamo sistem dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, že blizu državam, ki takšne ureditve ne poznajo.



Slika 2.21: Delež neposrednih izdatkov gospodinjstev za zdravstvo (t. i. izdatki iz žepa) v končni potrošnji gospodinjstev, Slovenija in države OECD, 2008.

Vir: OECD Health Data 2010; za Slovenijo SURS, 2010.

Opomba: Podatki so pripravljene po mednarodni metodologiji sistema zdravstvenih računov.

V letu 2008 je po podatkih nacionalnih zdravstvenih računov (NZR) (SURS, 2010) povprečni izdatek iz žepa na prebivalca znašal 194 EUR in ne vključuje stroškov za dopolnilno zavarovanje<sup>16</sup>. Po podatkih Ankete o potrošnji gospodinjstev (SURS, SI-STAT, 2010) pa je v letu 2008 delež izdatkov za zdravje relativno največje breme predstavljal za gospodinjstva z najnižjimi dohodki, ki so za zdravje namenila v povprečju 2,8 % vseh izdatkov, medtem ko je v premožnejših gospodinjstvih ta delež znašal 1,5 %. Dodatno skrb zbujajo dejstva, da se je delež izdatkov za zdravje v zadnjih letih najbolj povečal prav v gospodinjstvih z najnižjimi dohodki (z 1,5 % v letu 2005 na 2,8 % v letu 2008). Finančna dostopnost do zdravstvenih storitev in dobrin se je tako poslabšala prav v gospodinjstvom z najnižjimi dohodki, kar lahko še poslabša neenakosti v zdravju glede na socialno-ekonomski položaj.

Največji delež celotnih izdatkov iz žepa smo po podatkih NZR v letu 2008 porabili za zdravila (23 %), medicinsko-tehnične pripomočke (20 %), razne storitve drugih zdravstvenih delavcev (fizioterapija) in storitve alternativne medicine (17 %), za zobozdravstvene storitve (14 %) in specialistične ambulantne storitve (9 %). Najbolj pa so se v obdobju 2003-2008 povečali izdatki iz žepa za storitve specialistične ambulantne dejavnosti, rehabilitacije, dolgotrajne zdravstvene oskrbe, diagnostična slikanja ter za storitve in diagnostiko v osnovni dejavnosti. Kljub temu, da povprečna neposredna

plačila niso visoka, lahko celokupna doplačila pri posameznem zahtevnejšem zdravljenju dosežejo relativno velike zneske (Albreht in sod., 2009). To področje sicer ni objektivno kvantitativno raziskano, vendar pa je očitno, da doplačila lahko teoretično dosežejo tudi več tisoč evrov na hospitalizacijo. To še posebej velja za storitve, pri katerih so doplačila visoka (npr. rehabilitacija, fizioterapija), pri čemer pa so omenjeni postopki zdravljenja tudi relativno dolgotrajni.

V državah z zdravstvenimi sistemi, ki imajo dobro organizirano primarno zdravstveno varstvo, naj bi bile razlike v uporabi zdravstvenih storitev manjše (Starfield in sod., 2005). Predvsem pri nižjih socialno-ekonomskih razredih na razlike pomembno vpliva tudi geografska dostopnost (Grubaugh, Santerre, 1994; Or, 2005; Place, 1997; Or, 2008). V večini evropskih držav naj bi bila uporaba storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva med socialno-ekonomskimi razredi relativno enakomerno razporejena (van Doorslaer in sod., 2005; Or, 2008), kar ugotavljamo tudi pri nas (EHIS, 2007, glej Priloga 1: Metodologija).

Prost dostop do primarnega zdravstvenega varstva je v Sloveniji formalno zagotovljen vsem zavarovancem, in sicer tako geografsko kot tudi ekonomsko. Prost dostop pomeni, da je dostop do prvega stika z zdravstvenim delavcem na primarni ravni neposreden, tj. brez napotitev in naročanja ter brez dodatnih stroškov za bolnike. Zdravstveni sistem s t.i. 'vratarji'<sup>17</sup>, kakršnega imamo tudi v Sloveniji, naj bi zagotavljal manjše neenakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zdravniki na primarni ravni naj bi namreč bolj uspešno in učinkovito prepoznali potrebe bolnikov in jim zato zagotavljali enostavnejši dostop do zdravstvenih storitev ter boljše vodenje (Or, 2008). Anketni podatki in podatki iz raziskav, v katerih so proučevali ciljne skupine (npr. projekt '*The European Patient of the Future*'), kažejo, da so bolniki zadovoljni tako z dostopnostjo do osebnega izbranega zdravnika kot tudi s samim konceptom izbranega osebnega zdravnika (Coulter, Magee, 2003).

V Sloveniji pa med regijami obstajajo pomembne razlike. Razporeditev števila oseb na zdravstveni tim na primarni ravni zdravstvenega varstva je namreč slabša v bolj oddaljenih vaških okoljih, kjer občasno primanjkuje zdravnikov (Albreht in sod., 2009) in je zato obremenitev obstoječih zdravnikov večja. Manj učinkovita pa je tudi dostopnost hitrih storitev, ki je v nekaterih vaških predelih celo za 40 % slabša kot v dobro oskrbljenih mestnih središčih in je v veliki meri posledica neustrezne politike podeljevanja koncesij. Težave se kažejo pri zagotavljanju določenih zdravstvenih storitev, predvsem preventivnih pregledov, ter pri zagotavljanju fizioterapije in dežurstev na primarni ravni. Pereče je tudi vprašanje nadaljnjega delovanja zdravstvenih domov, ki na nekaterih območjih niso sposobni zagotavljati celovite oskrbe prebivalstva (Zver, 2010).

16 Premija dopolnilnega zavarovanja je bila v letu 2008 najnižja pri zavarovalnici Vzajemna d.d. in je znašala 261 EUR na leto. Od 1. januarja 2009 so socialno najšibkejši oproščeni plačila premije dopolnilnega zavarovanja.

17 Dostop do sekundarne ravni zdravstvenega varstva je v večini primerov pogojen z napotitvijo zdravnika na primarni ravni – t.i. »vratar«.

Večina javnomnenjskih anket v Sloveniji ugotavlja, da je **zobozdravstvena oskrba** enako pomembna kot ostale oblike zdravstvene oskrbe. Raziskava Slovensko javno mnenje in izsledki evropskega zdravstvenega vprašalnika pa kažejo, da so prebivalci precej nezadovoljni z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev. Sicer pa v Sloveniji tudi zobozdravstvo uvrščamo med dejavnosti, ki so dostopne na primarni ravni. Za otroke in mladostnike je v celoti krito iz obveznega zavarovanja, pri odraslih pa so v veliki večini primerov za zdravljenje (v skladu z določili ZZVZZ) potrebna doplačila, ki se gibljejo med 10 in 60 % (Albreht in sod., 2009). V zobozdravstvu je tudi velik delež zasebnikov; v letu 2008 je bilo po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije v zobozdravstvu že 48,6 % zasebnikov s koncesijo in 11,8 % čistih zasebnikov, ki so opravljali izključno samoplačniške storitve (ZZS, 2010). Zobozdravstvene storitve za odrasle so edino področje na primarni ravni, ki ima zaradi pomanjkanja zobozdravnikov čakalne dobe, ki so ponekod zelo dolge (1–3 leta) (Albreht in sod., 2009).

Podatki o obiskih pri zobozdravniku kažejo, da je verjetnost, da je oseba v preteklih 12 mesecih vsaj enkrat obiskala zobozdravnika, višja pri višje izobraženih. Največje so razlike v starostni skupini 65–74 let: zobozdravnika je v preteklem letu enkrat obiskalo za kar 60 % več višje izobraženih oseb kot tistih oseb z osnovno izobrazbo (CINDI, 2008, glej Priloga 1: Metodologija). Razlike v pogostosti obiskov bi bile lahko posledica razlik v vedenjskih vzorcih (tj. skrbi za zobe), precej verjeten pa je tudi vpliv finančnega bremena.

V Sloveniji na sekundarni ravni obstajajo za številne posege in postopke čakalne dobe, ki ovirajo dejansko dostopnost teh storitev. Do njihovega skrajševanja tipično prihaja ob dovajanju dodatnih sredstev v sistem, npr. ob dodelitvi dodatnih sredstev za operacije sive mreže in za operacije na odprtem srcu med letoma 2003 in 2008. V letu 2009 zaradi finančnih razmer to ni bilo mogoče, vendar pa je ZZZS, da bi povečal dostopnost do izbranih zdravstvenih storitev in skrajšal čakalne dobe, prvič izvedel nacionalni razpis za izbrane programe. Predvsem za storitve z daljšo čakalno dobo se hkrati ohranja visok delež prospektivno načrtovanih programov, ki so v okviru akutnih bolnišničnih obravnav dosegli 30% (32% v letu 2008). Po podatkih ZZZS so se tako čakalne dobe v letu 2009 pri 14 programih skrajšale, pri 13 programih pa podaljšale. Čakalne dobe so sicer že nekaj let najdaljše v ortodontskem zdravljenju (v letu 2009 je čakalna doba za zobni aparat 25 mesecev), ortopediji (za endoprotezo kolena ali gležnja je čakalna doba 19 mesecev) in zobni protetiki (16 mesecev), medtem ko na večini drugih področij zdravstvenih storitev na sekundarni ravni čakalna doba tudi v letu 2009 ni bila daljša od 6 mesecev (ZZZS, 2010). Ministrstvo za zdravje je v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah in s Pravilnikom o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve opredelilo, da je še sprejemljiva čakalna doba 6 mesecev, če ne gre za nujni primer. Da bi skrajšali čakalne dobe, se v Sloveniji pojavljajo tudi dodatna zavarovanja in neposredna plačila (Albreht in sod., 2009), ki verjetno povzročajo razlike v dostopnosti do zdravstvenega varstva na osnovi socialno-ekonomskega položaja. Dostopni podatki nam analize v tem smislu niso omogočili.

Podatki dosedanjih oziroma obstoječih raziskav nam ne podajajo celovite informacije o dostopnosti do zdravstvenih storitev pri nas. Sistem že po svoji zasnovi zagotavlja in varuje prvi stik z zdravstvenim varstvom, tako da za vstop v sistem niso potrebna nikakršna doplačila. S tem je na formalni ravni zagotovljena ekonomska pravičnost glede dostopnosti zdravstvenih storitev. Zaradi pomanjkanja zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester pa vedno težje zagotavljamo fizično oz. geografsko dostopnost zdravstvenih storitev. Težave so navadno posledica pomanjkanja osebja v manj razvitih predelih Slovenije in na manj privlačnih delovnih mestih. Naša naloga torej je, da bi v prihodnje natančneje spremljamo nepopolno zasedene time in kadrovsko ustreznost. Ob tem pa opravimo tudi anketo, ki bi nam odgovorila na vprašanja, povezana z izdatki iz žepa, ki postajajo vse bolj pomembni.

*Literatura in viri*

- Albreht T, Klazinga N (2009). Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992–2008. *Health Policy*, 90:262–269.
- Albreht T in sod. (2009). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2009; 11(3):1–168.
- Artnik B in sod. (2006). Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. *CMJ*, 47(1):103–113.
- Baza umrlih (2004–2008) – Zdravniško poročilo o umrli osebi. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Baumberg B, Anderson P (2005). Alcohol in Europe. Report for European Commission. London, Cambridge, Institute of Alcohol Studies, 2005.
- Bloomfield K in sod. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1):i26–i36.
- Bloomfield K in sod. (2008). Socio-demographic correlates of alcohol consumption in the Danish general population. *Scand J Public Health*, 36(6):580–588.
- Boyle P, Levine B, (ur.) (2008). World cancer report 2008. Geneva: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
- Brown AF in sod. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*, 26:63–77.
- Brunner E in sod. (1999). When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. *J Epidemiol Community Health*, 53:757–764.
- Burrows S in sod. (2010). Socioeconomic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990–2005. *Public Health*, 124(2):78–85.
- Carr J, Klaber Moffett J (2005). Review paper: the impact of social deprivation on chronic back pain outcomes. *Chronic Illn*, 1:121–129.
- Carstairs V, Morris R (1989). Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Comm Med*, 11:210–219.
- Carstairs V (1995). Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *J Epidemiol Community Health*, 49(Suppl 2):3–8.
- Chaturvedi N in sod. (1998). Socioeconomic gradient in morbidity and mortality in people with diabetes: cohort study findings from the Whitehall study and the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *BMJ*, 316(7125):100–105.
- CINDI Slovenija (2008). Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana, CINDI, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Conen D in sod. (2009). Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *Eur Heart J*, 30:1378–1384.
- Connolly V in sod. (2000). Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population-based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health*, 54(3):173–177.
- Corsini V (2010). Highly educated men and women likely to live longer. Life expectancy by educational attainment. Brussels, Statistical Office of the European Communities (Eurostat Statistics in focus, 24/2010).

- Couffinhal A in sod. (2005). Policies for reducing inequalities in health, what role can the health system play? A European perspective. Part I: Determinants of social inequalities in health and the role of the healthcare system. *Issues in health economics IRDES*, 92.
- Coulter A, Magee H (ur.) (2003). The European patient of the future. Philadelphia, PA, Open University Press.
- Dahl E (1994). Social inequalities in ill-health: the significance of occupational position, education, and income results from a Norwegian survey. *Sociol Health Illn*, 16:644–667.
- Dalstra JAA in sod. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epid*, 34(2):316–326.
- Deans KA in sod. (2009). Differences in atherosclerosis according to area level socioeconomic deprivation: cross sectional, population based study. *BMJ*, 339:b4170.
- Doll R, Peto R (1996). Epidemiology of cancer. V: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, (ur.). Oxford textbook of medicine. 3rd ed. New York, Oxford University Press: 197–222.
- Dragano N in sod. (2007). Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health*, 7:255 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/255>, pridobljeno dne 10. avgust 2010).
- EHIS (2007). Anketa o zdravstvu in zdravstvenem varstvu v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja.
- ENHIS (2007). Comparative assessment of policies on housing safety in 18 countries of the European Union. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- EOHSP (2009) – European Observatory on Health Systems and Policies. Health in the European Union. Trends and Analysis. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Erskine S in sod. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*, 10:99.
- EUGLOREH (2007). Global report on the health status in European Union. The status of health in the European Union: towards a healthier Europe. Rome, EU Public Health Programme Project (<http://euglorehcd.eulogs.it/DEFAULT.HTM>, pridobljeno dne 9. marca 2010).
- Faireley L, Leyland AH (2006). Social class inequalities in perinatal outcomes: Scotland 1980–2000. *J Epidemiol Community Health*, 60:31–36.
- Fisher S (2008). Social inequalities in maternal and perinatal mortality: a summary of research. *New Digest*, 44:18–26.
- Freeman HP (2004). Poverty, culture, and social injustice: determinants of cancer disparities. *CA Cancer J Clin*, 54:72–77.
- Gabrijelčič Blenkuš M in sod. (2009) Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Gissler M in sod. (2003). Register-based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *J Epidemiol Community Health*, 57:433–439.
- Grubaugh SG, Santerre RE (1994). Comparing the performance of health care systems: an alternative approach. *South Econ J*, 60(4):1030–1042.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M (2007). How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health Serv*, 37(1):89–109.

- Hasselberg M, Laflamme L (2004). Children at risk in traffic: improvement potentials in the Swedish context. *Acta Paediatr*, 93:113–119.
- HBSC (2006). Health Behaviour in School-aged Children – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja.
- Howard G in sod. (2000). Race, socioeconomic status, and cause-specific mortality. *Ann Epidemiol*, 10:214–223.
- Huisman M in sod. (2005a). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 365:493–500.
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2005b). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control*, 14:106–113.
- Kaila-Kangas L in sod. (2006). How consistently distributed are the socioeconomic differences in severe back morbidity by age and gender? A population based study of hospitalisation among Finnish employees. *Occup Environ Med*, 63:278–282.
- Kannus P in sod. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*, 281(20):1895–1899.
- Khlat M, Chau N (2010). Social disparities in musculoskeletal disorders and associated mental malaise: findings from a population-based survey in France. *Scand J Public Health*, 38(5):495–501.
- Kivimäki M in sod. (2007). Socioeconomic position, co-occurrence of behaviour-related risk factors, and coronary heart disease: the Finnish public sector study. *Am J Public Health*, 97(5):874–879.
- Koch V (1997). Prehrambene navade odraslih Slovencev z vidika varovanja zdravja. Doktorska disertacija. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Biotehnična fakulteta, Oddelek za živilstvo.
- Kofol-Bric T (2010). Skeletno-mišične bolezni. V: Hočevar Grom A in sod., (ur.). *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Kogevinas M in sod. (1997). Social inequalities and cancer. Lyon, International Agency for Research on Cancer.
- Krek M in sod. (2010). Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Laaksonen E in sod. (2008). Association of multiple socioeconomic circumstances with physical functioning among Finnish and British employees. *Eur J Public Health*, 19:38–45.
- Lawlor DA, Ebrahim S, Davey Smith G (2005). Adverse socioeconomic position across the lifecourse increases coronary heart disease risk cumulatively: findings from the British women's heart and health study. *J Epidemiol Community Health*, 59:785–793.
- Leskošek F (2001). Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. *Zdrav Var*, 40:41–50.
- Loucks EB in sod. (2009). Life-course socioeconomic position and incidence of coronary heart disease: the Framingham Offspring Study. *Am J Epidemiol*, 169:829–836.
- Lynch I, Kaplan G (2000). Socioeconomic position. V: Berkman L, Kawachi I, (ur.) *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 13–35.
- Mackenbach JP (2006). The origins of human disease: a short story on “where” diseases come from. *J Epidemiol Community Health*, 60:81–86.
- Mackenbach JP in sod. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *Int J Epidemiol*, 32(5):830–837.

- Mackenbach JP in sod. (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer*, 40(1):126–135.
- Mackenbach JP in sod. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New Engl J Med*, 358(23):2468–2481.
- Mäkelä P (1999). Alcohol-related mortality as a function of socioeconomic status. *Addiction*, 94(6):867–886.
- Marmot MG (1999). Importance of the psychosocial environment in epidemiologic studies. *Scand J Work Environ Health*, 25:49–53.
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose G (1984). Inequalities in death – specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 1:1003–1006.
- Martin-Moreno JM, Magnusson G (2008). The causes of cancer and policies for prevention. V: Coleman MP in sod. (ur.). *Responding to the challenge of cancer in Europe*. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Marušič A, Zorko M (2003). Slovenski samomor skozi prostor in čas. V: Marušič VA, Roškar S (ur.). *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana, Državna Založba Slovenije: 10–20.
- Menke R in sod. (2003). Report on socioeconomic differences in health indicators in Europe: health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).
- Menvielle G in sod. (2009). The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *J Natl Cancer Inst*, 101:321–330.
- Miech RA in sod. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation and selection and causation during young adulthood. *Am J Sociol*, 104:1096–1131.
- Milčinski L (1999). Samorilno vedenje. V: Tomori M, Ziherl S (ur.). *Psihijatrija*. Ljubljana, Literapicta: 361–375.
- Molarius A in sod. (2009). Mental health symptoms in relation to socioeconomic conditions and life-style factors – a populational based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9:302.
- Moravec Berger D, Zupanič T (2008). Epidemiologija sladkorne bolezni v Sloveniji: prevalenca sladkorne bolezni v Sloveniji. V: *Spremenimo diabetes /1. nacionalna konferenca o diabetesu, zbornik*. Ljubljana, Zavod za izobraževanje o diabetesu.
- MZ (2010). Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni – Strategija razvoja 2010-2020. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- OECD (2009). The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries, 2009. *Health Working Papers No. 45* (<http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers>, pridobljeno dne 25. novembra 2010).
- OECD (2010). OECD health data. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html), pridobljeno dne 25. oktobra 2010).
- Or Z, Jusot F, Yilmaz E (2008). Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use for the European Union working group on socioeconomic inequalities in health. Working paper. Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Or Z, Wang J, Jamison D (2005). International differences in the impact of doctors on health: a multilevel analysis of OECD countries. *J Health Econ*, 24:531–560.

- Ortiz CA, Goodwin JS, Freeman JL (2005). The effect of socioeconomic factors on incidence, stage at diagnosis and survival of coetaneous melanoma. *Med Sci Monit*, 11:RA163–172.
- Picciozzo S in sod. (2006). Associations of area-based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment, and prognosis of first coronary event in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health*, 60:37–43.
- Pilote L in sod. (2007). A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ*, 176(6 Suppl.):1–44.
- PIS (2004–2008). Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Place M (1997). The relationship between concentration, patient accessibility and utilisation of services. York, University of York Centre for Health Economics, York Health Economics Consortium, NHS Centre for Reviews & Dissemination.
- Potter BK in sod. (2005). Socioeconomic status and non-fatal injuries among Canadian adolescents: variations across SES and injury measures. *BMC Public Health*, 5: 132.
- Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov 2008. Ur l RS 91/08. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=88469>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).
- Punnett L (2006). Socioeconomic differences in severe back morbidity. *Occup Environ Med*, 63:369–370.
- Reimers A, Laflamme L (2004). Neighbourhood social composition and injury risks among pre-adolescent and adolescent boys and girls. A study in Stockholm Metropolitan. *Int J Adolesc Med Health*, 16:215–227.
- Ribas R de C, Tymchuk AJ, Ribas AFP (2006). Brazilian mothers' knowledge about home dangers and safety precautions: an initial evaluation. *Soc Sci Med*, 63:1879–1888.
- Rok-Simon M (2004). Stališča staršev novorojenčkov glede uporabe avtomobilskega sedeža. *Zdrav Var*, 43(1):19–28.
- Saurel-Cubizolles MJ in sod. (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *J Epidemiol Community Health*. 63(3):197–202.
- Schmidt LA in sod. (2010). Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, (ur.) Equity, social determinants and public health programmes. Geneva, World Health Organization: 11–29.
- Schrijvers C, Kunst AE, Bovendeur I (2008). Age-standardized prevalence ratio of diabetes by educational level in men and women, 30–64 years of age in selected countries. In: EUPHIX, Euphocus. Bilthoven, RIVM ([http://www.euphix.org/object\\_document/o5678n29797.html](http://www.euphix.org/object_document/o5678n29797.html), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- Singh-Manoux A, Clarke P, Marmot M (2002). Multiple measures of socioeconomic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *Int J Epidemiol*, 31:1192–1199.
- Sloggett A, Joshi H (1994). Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage? *BMJ*, 309:1470–1474.
- Starfield B, Shi L, Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3):457–502.
- Strand BH in sod. (2010). Education inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle-aged men and women followed for cause-specific mortality, 1960–2000. *BMJ*, 340:654.

- SURS (2010). Izdatki in viri financiranja za zdravstvo 2003–2008. Objava 29. oktober. Ljubljana, Ljubljana, Statistični urad Republike Slovenije ([http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3498](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3498), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- SURS, SI-STAT (2010). Anketa o porabi v gospodinjstvih 2000–2008. Objava 5. oktober. Ljubljana, Statistični urad Republike Slovenije. ([http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3467](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3467), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- Šelb-Šemerl J (2010). Bolezni srca in žilja. V: Hočevar Grom A in sod., (ur.). Zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Tomšič S in sod. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. V: Jeriček-Klanjšček H in sod., (ur.). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Unwin N. in sod. (1996). The relationship between cardiovascular risk factors and socio-economic status in people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 13(1):72–79.
- Uredba o metodologiji za določitev razvitosti občin 2009. Ur l RS 61/09. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=93460>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).
- Van der Meer JB, Mackenbach JP (1999). The care and course of diabetes: differences according to level of education. *Health Policy*, 46(2):127–141.
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (2005). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174 (2): doi:10.1503/cmaj.050584.
- Wadsworth M, Butterworth S (2006). Early life. V: Marmot M, Wilkinson RG. Social Determinants of Health. Oxford, Oxford University Press: 31–53.
- Whiting D, Unwin N, Roglic V (2010). Diabetes: equity and social determinants. V: Blas E, Kurup AS, (ur.) Equity, social determinants and public health programmes. Geneva, World Health Organization ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- WHO (2002). World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, World Health Organization (Technical Report Series 916).
- WHO (2004). World health report 2004 – changing history. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, pridobljeno dne 16. novembra 2009).
- WHO (2008a). Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008b). Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Geneva, World Health Organization (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
- WHO Regional Office for Europe (2006). European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2007). The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2010). European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, pridobljeno dne 25. oktobra 2010).

- Wild S in sod. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27:1047–1053.
- Wilkinson RG, Pickett KE (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*, 62:1768–1784.
- Wong M in sod. (2002). Contribution of major diseases to disparities in mortality. *N Engl J Med*, 347:1585–1592.
- Zadnik V (2005). Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995–2002. Doktorsko delo. Ljubljana, Univerza v Ljubljani.
- Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z (2004a). Interregional differences in health in Slovenia. II. Estimated prevalence of selected behavioural risk factors for cardiovascular and related diseases. *CMJ*, 45(5):644–650.
- Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, (ur.). (2004b). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, I. Značilnosti in povzetek raziskave. Ljubljana, CINDI, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Zakon o pacientovih pravicah. Ur I RS 15/08. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=84936>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o financiranju občin (ZFO-1A). Ur I RS 57/08. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200857&stevilka=2416>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur I RS 72/06. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=74309>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).
- Zbirka ambulantno predpisanih zdravil na recept (2008). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Zver E (2010). Dostopnost do zdravstvenih storitev. V: Čelebič T (ur.). *Socialni razgledi 2009*. Ljubljana, Urad za makroekonomske analize in razvoj: 41–45.
- Zwi A (2001). Injuries, inequalities, and health. V: Leon D, Walt G, (ur.). *Poverty, inequality and health. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press: 263–282.
- ZZS (2010). Podatki o številu zasebnih zdravnikov. Ljubljana, Zdravniška Zbornica Slovenije (<https://intra.zdravnikazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=609>, pridobljeno dne 20. decembra 2010).
- ZZZS (2010). Poslovno poročilo za leto 2009. Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

### *III. Pristopi in politike, ki so učinkoviti za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju*





Na socialno-ekonomske determinante zdravja lahko vplivamo s političnimi, z gospodarskimi in osebnimi odločitvami. V tem poglavju želimo predstaviti splošna načela ukrepanja, ter pristope in politike, ki prispevajo k zmanjševanju socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju.

### Splošna načela ukrepanja za enakost v zdravju

Svetovna zdravstvena organizacija je septembra 2008 objavila poročilo Komisije za socialne determinante zdravja »Zmanjševanje razlik v času ene generacije – izboljševanje enakosti na področju zdravja z vplivanjem na socialne determinante zdravja«. Komisija navaja, da strukturni dejavniki, ki vključujejo porazdelitev moči, dohodka, dobrin in storitev na globalni in državni ravni, in življenjske razmere, ki zajemajo med drugim dostopnost do zdravstvenega varstva in izobrazbe, delovne in življenjske pogoje, okoliščine v skupnostih, na podeželju ali v urbanih središčih ter možnosti za uspešno življenje, skupaj predstavljajo socialne determinante zdravja, ki so vzrok za večji del neenakosti v zdravju med državami in znotraj njih. Komisija je zbrala podatke o tem, kaj je mogoče storiti za krepitev enakosti v zdravju, in pozvala svetovno javnost, da skuša enakost tudi doseči. Oblikovala je tri splošna načela ukrepanja:

1. Izboljšati življenjske razmere, tj. okoliščine, v katerih se ljudje rodijo, v katerih odraščajo, živijo, delajo in se starajo.
2. Odpraviti nepravično porazdelitev moči, denarja in sredstev, ki so strukturne determinante življenjskih razmer, na globalni, državni in lokalni ravni.
3. Meriti razsežnosti problema, oceniti ukrepanje, razširiti baze znanja, usposobiti strokovnjake, ki imajo znanja s področja socialnih determinant zdravja, ter dvigniti splošno ozaveščenost o socialnih determinantah zdravja (SZO, 2009).

### Zdravje in enakost v zdravju v vseh politikah

Zdravje v vseh politikah je pristop, s katerim v 21. stoletju odgovarjamo na ključne povezave in odvisnosti med zdravjem in ekonomskim ter socialnim razvojem. Izpostavlja, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev, ki naj ta cilj zasledujejo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. Z upoštevanjem vplivov na zdravje pri razvoju politik, strategij in programov v vseh sektorjih in med različnimi deležniki lahko zagotovimo, da se sistemsko upoštevajo ključne determinante zdravja, ki znatno prispevajo k boljšemu zdravju in hkrati h ključnim ciljem v politikah drugih sektorjev in partnerjev. Ta pristop gradi na trajnostnem razvoju za zdravje in enakost tako sedanjih kot tudi prihodnjih generacij.

Koncept zdravja v vseh politikah se na globalni ravni razvija že vse od sprejema deklaracije v Alma Ati (WHO, 1978), ki je opredelila, da je zdravje najpomembnejši

globalni socialni cilj, za njegovo uresničenje pa morajo ob zdravstvenem sektorju sodelovati tudi različni socialni in ekonomski sektorji. Vlade, ki so odgovorne za zdravje ljudi, lahko to dosežejo le z zagotavljanjem ustreznih zdravstvenih in socialnih politik. Poudarja neenakost v zdravju že v začetni fazi in se usmerja predvsem v razlike med razvitimi državami in državami v razvoju. Neenakosti opredeljuje kot nesprejemljive zaradi političnih, socialnih in ekonomskih razlogov, kot take pa so skrb vseh držav. Krepitev in varovanje zdravja ljudi je nujen pogoj za trajnostni ekonomski in socialni razvoj, ki prispeva k boljši kakovosti življenja. Na tem spoznanju temelji tudi eden glavnih strateških dokumentov Svetovne zdravstvene organizacije *Zdravje za vse v 21. stoletju* (WHO, 1998), ki izpostavlja pomen in dostojanstvo vsakega človeka, njegove enake pravice, dolžnosti in skupno odgovornost za zdravje za vse, zdravje in blagostanje pa opredeljuje kot temelj socialnega in ekonomskega razvoja.

*Ottawska deklaracija* (angl. Ottawa Charter, 1986) je kot eno od petih ključnih komponent pri promociji zdravja prvič vpeljala samostojni pojem zdravju naklonjena javna politika ali t. i. politika zdravja. Natančneje pojem zdravju naklonjene javne politike opredeljuje *Adelaidaska deklaracija* (WHO, 1988), ki poudarja pomen in odgovornost različnih sektorskih politik, ki se morajo pri svojem delovanju skupno zavzemati za varovanje zdravja celotne populacije. Pomemben je prispevek v času finskega predsedovanja EU, ko je izšla publikacija *Zdravje v vseh politikah* (Health in all Policies, 2006). V letu 2010 pa je sodobne ključne usmeritve za to področje povzelo *Adelaidsko stališče* (angl. Adelaide Statementa, 2010).

S pristopom zdravje v vseh politikah se vedno bolj prepletajo tudi koncepti globalizacije, trajnostnega razvoja in povečevanja enakosti v zdravju. Na to je npr. opozorila *Bangkoška deklaracija* (WHO, 2005), ki poudarja vlogo različnih sektorjev in svetuje, da naj bo promocija zdravja v središču agende globalnega razvoja ter obenem tudi osnovna odgovornost celotne vlade. Kot ključni problem javnih politik navaja dejstvo, da odgovornost za zdravstvene izide ostaja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, politike, ki ključno vplivajo na determinante zdravja, pa nastajajo na ravni Evropske unije ali na globalni ravni. V zadnjih letih se je zvrstilo kar nekaj pomembnih mednarodnih pozivov k delovanju na področju krepitev enakosti v zdravju in promocije zdravja<sup>1</sup>.

1. Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij: *Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU, Komisija Evropskih skupnosti; (2009)*
2. Neodvisno strokovno poročilo o socialnih determinantah zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju, posredovano med španskim predsedovanjem EU: *Napredovanje enakosti v zdravju;*
3. Končno poročilo Komisije za socialne determinante zdravja (SZO) o izboljševanju enakosti na področju zdravja: *Zmanjševanje razlik v času ene generacije;*
4. Strategija zdravja v Evropski regiji SZO: javna razprava za skupno delovanje na področju javnozdravstvenih izzivov v Evropi 2020;
5. *Strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast EVROPA 2020*, Komisija Evropske skupnosti;
6. Poročilo Sarkozijeve komisije o merjenju ekonomske uspešnosti in družbenega napredka: *Merjenje napredka družb.*

Tako »*Nairobi call for action*« poudarja pomen zmanjševanja implementacijske vrzeli pri dejavnostih promocije zdravja in opredeljuje jasne obveznosti za vlade in vse deležnike.

Da bi dosegli dobro zdravje, je torej potrebno skupno in usklajeno delovanje številnih politik. Presojanje vplivov na zdravje je plod spoznanja, da zdravstveni sektor sam zase oz. brez sodelovanja drugih sektorjev ne more doseči ciljev blaginje na področju javnega zdravja. Gre za kombinacijo postopkov, metod ali orodij, s katerimi ocenjujemo pozitivne in negativne vplive različnih politik, programov ali projektov na zdravje populacije in porazdelitev teh učinkov v populaciji (WHO, 2010b). Na podlagi ocene presojevalci pripravijo priporočila, ki naj bi povečala predvidene pozitivne in zmanjšala predvidene negativne vplive na zdravje ljudi. Ocenjevanje vplivov na zdravje se je kot norma pojavilo v osemdesetih letih preteklega stoletja v okviru programa *Zdravje za vse*, Svetovne zdravstvene organizacije. Kasneje je bilo v programu *Zdravje 21* opredeljeno kot ena od štirih glavnih strategij delovanja pri promociji zdravja (Gabrijelčič Blenkuš in Lock, 2004). V Sloveniji uvaja ocenjevanje vplivov na zdravje *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* iz leta 1992, na področju Evropske skupnosti pa *Amsterdamska pogodba* iz leta 1997 (v 152. členu).

### *Pristopi za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju*

Na voljo je več pristopov in politik, ki prispevajo k izboljšanju zdravja populacije. Da bi ti pristopi in politike tudi učinkovito zmanjševali socialno-ekonomske neenakosti v zdravju oziroma krepili enakost v zdravju, morajo biti podprte z dodatnimi specifičnimi ukrepi in pristopi, ki omogočajo vsem skupinam prebivalcev doseganje njihovega optimalnega zdravstvenega potenciala.

Tako v strokovni literaturi kot tudi v praksi se pojavljajo trije pristopi za zmanjševanje neenakosti v zdravju:

**I. Populacijski pristop.** Deluje čez celotni socialni gradient in poskuša zmanjševati razlike v zdravju med vsemi socialno-ekonomskimi skupinami v populaciji z izboljšanjem zdravstvenega statusa vseh (*angl. levelling up*). Pri tem pristopu se poslužujemo univerzalnih politik na področju izobraževanja, zaposlovanja ter zdravstvenega in socialnega varstva, ki vsem zagotavljajo enako dostopnost do storitev in virov za kakovostno življenje. Pri izvajanju teh politik moramo biti pozorni na dodatne specifične ukrepe in pristope za socialno-ekonomsko šibkejšo skupino, s katerimi jim zagotovimo, da lahko univerzalne politike izkoristijo tako učinkovito kot bolj privilegirani.

**II. Zmanjševanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino ali povprečjem.** Pri tem pristopu je ključno zmanjšanje razlike med socialno-ekonomsko ogroženimi v primerjavi z izbrano primerjalno skupino ali povprečjem. Poslužujemo se specifičnih politik, kot so npr. politike za zmanjševanje socialne izključenosti, politika socialnih transferjev, aktivna politika zaposlovanja idr.

**III. Ciljani ukrepi za posebno ranljive skupine.** Temeljijo na specifičnih ukrepih in programih, ki so namenjeni skupinam prebivalstva, ki so s socialno-ekonomskega vidika in javnozdravstvenega vidika posebno ranljive. Med posebno ranljive skupine med drugim uvrščamo dolgotrajno brezposelne, brezdomce, Rome, prostitutke idr.

Za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju in za njihovo preprečevanje je najbolj učinkovita kombinirana uporaba vseh treh pristopov.

### *Zmanjševanje neenakosti v zdravju čez celotni socialni gradient*

Za zmanjševanje socialnega gradienta je premalo, če so politike selektivno namenjene le ranljivim skupinam. Politike morajo graditi na širši družbeni blaginji in hkrati razvijati ustrezne ukrepe za posebno ranljive skupine. Gradient se sistematično pojavlja tako pri zdravstvenih izidih, kot je npr. obolevnost, kot tudi pri dejavnih tveganjih. Ker je življenjski slog odraz socialno-ekonomskih razmer, tj. determinant zdravja, moramo politike usmerjati v strukturne ukrepe in vzroke oziroma determinante, ki povzročajo neenakosti, in ne le v individualne vzorce obnašanja. Prepoznavanje strukturno pogojenih življenjskih navad nam nudi odgovor, zakaj potrebujemo strukturne ukrepe za zmanjševanje tistih neenakosti v zdravju, ki so posledica življenjskega sloga. Tovrstni ukrepi npr. vključujejo ukrepe fiskalne politike, s katerimi lahko povečamo ceno nezdravih dobrin, kot tudi zakonodajne ukrepe, ki lahko otežijo njihovo dostopnost. Enako pomembno je spodbujanje zdravega življenjskega sloga z olajšano izbiro bolj zdravih alternativ, npr. z lažjim dostopom do zdravih živil in športno-rekreativnih objektov (subvencije in drugi ukrepi).

Eno prvih javnozdravstvenih politik v Evropi, katere cilji javnega zdravja izhajajo iz širših determinant zdravja, so uveljavili na Švedskem (*The National Institute of Public Health*, 2003). Kot prednostne strukturne determinante so določili:

1. sodelovanje in možnost vplivanja v družbi;
2. ekonomsko in socialno varnost;
3. zagotovitev ugodnih pogojev v otroštvu in obdobju odrasčanja;
4. bolj zdravo delovno okolje;
5. zdravo in varno okolje ter proizvode;
6. medicinsko oskrbo in nego, ki aktivno promovirata dobro zdravje.

Ker je večina teh prednostnih nalog zunaj zdravstvenega sektorja, je celostni cilj švedske politike javnega zdravja usmerjen v ustvarjanje pogojev za dobro zdravje po načelu enakosti za vse.

Primer uspešnega sistematičnega pristopa k zmanjševanju socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, ki izhaja iz dejstva, da kompleksni problemi potrebujejo kompleksne rešitve in da je potrebno delovati na socialnem gradientu, je norveška strategija za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Norveški direktorat za zdravje in socialne zadeve je razvil matriko za zmanjševanje družbeno pogojenih neenakosti v zdravju (Tabela 3.1). Matrika prikazuje strateške vstopne točke za politike različnih sektorjev na različnih ravneh ter pri tem upošteva univerzalne in selektivne pristope (Torgersen in sod. 2005; Strand, 2009).

	Družbene reforme (upstream)	Zmanjševanje tveganja (midstream)	Zmanjševanje posledic (downstream)
<b>Univerzalni ukrepi</b>	javni izobraževalni sistem, davčna politika, politika zaposlovanja itd.	delovno in življenjsko okolje, širši ukrepi na področju življenjskega sloga itd.	zdravstveni sistem
<b>Selektivni ukrepi</b>	socialne podpore itd.	ciljani ukrepi na področju življenjskega sloga itd.	ciljane zdravstvene storitve

Tabela 3.1: Matrika politik za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju (Torgersen in sod. 2005).

Ključni cilj norveške strategije (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007) je dvigniti zdravje celotne populacije na raven, ki jo dosegajo ljudje z najboljšim zdravjem, pri čemer izpostavlja štiri prednostna področja, ki sovpadajo s štirimi celicami v matriki:

1. zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti, ki prispevajo k neenakostim v zdravju, predvsem na področju dohodkovnih neenakosti in neenakosti v zgodnjem otroštvu ter na področju izobrazbe, zaposlovanja in delovnih pogojev;
2. zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti na področju zdravega življenjskega sloga in uporabe zdravstvenih storitev;
3. promocija socialne vključenosti;
4. razvoj znanja in medsektorskih orodij.

Na vseh naštetih prednostnih področjih so opredeljeni specifični cilji, ki so merljivi.

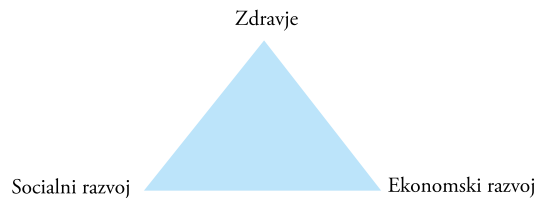
## Regionalne pobude za zmanjševanje neenakosti v zdravju

V svetu obstajajo številne dobre prakse medsektorskega pristopa za zmanjševanje neenakosti v zdravju, še posebej na regionalni in lokalni ravni.

Primer dobre prakse je škotska vladna zaveza k zmanjševanju neenakosti. V letih 2008 in 2009 je škotska vlada izdala tri povezane dokumente: 'Equally well, the Early Years Framework' in 'Achieving Our Potential', ki predstavljajo tri povezane politične okvirje (Equally well, 2010; Macintyre, 2007). Vsak posebej obravnava vzroke za neenakosti v zdravju in vzroke drugih neenakosti. Ker so ocenili, da neenakosti predstavljajo pomembno oviro za trajnostni gospodarski razvoj, je zmanjševanje neenakosti postalo glavna vladna prednostna naloga. Medsektorska ministrska delovna skupina za zmanjševanje neenakosti je odgovorna za pripravo strateških okvirjev, njihovo uresničitev in ovrednotenje. Skupino vodi ministrica za javno zdravje in šport, člani pa so med drugim minister za notranje zadeve (angl. community safety), minister za zgodnje otroštvo, minister za šolstvo, minister za lokalno samoupravo in stanovanjsko politiko, minister za gospodarstvo, energijo in turizem ter ministrica za okolje. V letu 2010 je podala prvo poročilo o napredku v luči neugodnih javnofinančnih razmer. Poročilo poudarja, da so trije povezani strateški okvirji, 'Equally well', 'the Early Years Framework' in 'Achieving Our Potential' najboljši pristop za izboljšanje stanja na dolgi rok. Zato so sklenili, da je potrebno nadaljevati dejavnosti tako na ravni škotske vlade kot tudi na lokalni ravni na vseh predlaganih področjih. Poročilo izpostavlja potrebo po postavitvi prednostnih nalog na lokalni ravni, saj bi s tem zagotoviti najboljše možne rezultate z razpoložljivimi sredstvi. Skupni nastop partnerjev v preoblikovanju lokalnih služb je ključni dejavnik pri uresničitvi vizije in načrtovanih sprememb. Lokalna partnerstva (t. i. Community Planning Partnership) naj bi s skupnim delom in skupnimi viri delovala na vzroke, ki povzročajo neenakosti. V središču vizije za zmanjševanje neenakosti so ukrepi za zmanjševanje neenakosti v zgodnjem otroštvu.

Uspešen primer koordiniranega pristopa za zmanjševanje medregijskih neenakosti v zdravju, ki so posledica slabšega socialno-ekonomskega stanja, je tudi program *Vlaganje v zdravje in razvoj v Pomurju – MURA*. Slovenska vlada se je leta 2002 odločila, da bo pristopila k programskemu vlaganju za skladnejši regionalni razvoj v ekonomsko najmanj razviti regiji. Vlaganje v zdravje in razvoj je postala ena izmed treh razvojnih prednostnih nalog regije.

Koncept vlaganje za zdravje in razvoj (Slika 3.1) vključuje vse tri pristope za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Gradi na populacijskem pristopu, ukrepih za zmanjševanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino ali povprečjem ter na ciljanih ukrepih za posebej ranljive skupine. Program zagovarja skupno načrtovanje razvojnih politik, programov in projektov, in sicer ob upoštevanju socialnih in ekonomskih determinant zdravja.

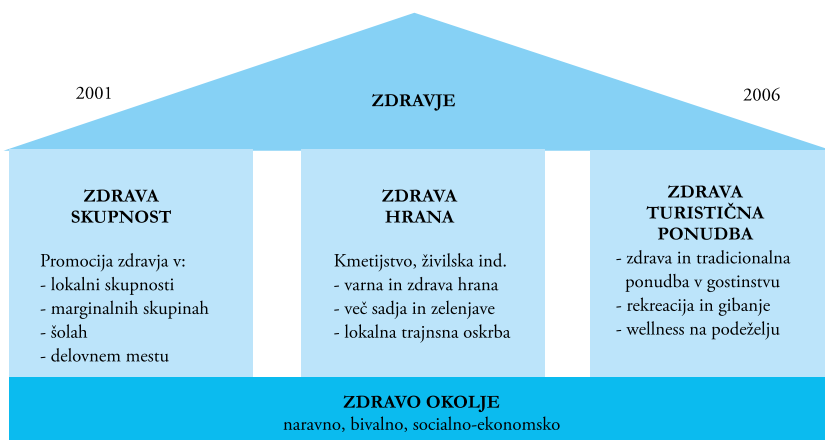


Slika 3.1: Trikotnik vlaganja za zdravje (SZO).

Koncept vlaganja za zdravje temelji na izhodišču, da sta socialni in ekonomski razvoj tesno povezana z zdravjem. Koncept vlaganja v zdravje in razvoj je bil osnova za umestitev zdravja in ukrepov za zmanjševanje neenakosti v zdravju v regionalni razvojni program. Ta pa je služil kot izhodišče za črpanje evropskih sredstev za medsektorske projekte s področja zdravja in razvoja. Številni izvedbeni projekti programa *MURA* so bili razporejeni v štiri prednostna področja s štirimi ključnimi cilji (Slika 3.2):

- s promocijo zdravja izboljšati življenjski slog prebivalcev v podeželskem okolju;
- povečati pridelavo zdrave hrane in njeno dostopnost;
- razviti zdravju prijazne turistične proizvode in storitve;
- ohraniti naravno in kulturno dediščino ter zmanjšati okoljska bremena v regiji.

Projekt *Vlaganje v zdravje in razvoj v Pomurju – MURA* je bil leta 2006 nagrajen na ministrski konferenci Svetovne zdravstvene organizacije v Carigradu na temo preprečevanje debelosti za uspešno medsektorsko povezovanje na področju promocije zdravja, zdrave prehrane in zdrave turistične ponudbe.



Slika 3.2: Ključna področja dela programa Mura (Buzeti in sod., 2008).

Učinke programa *MURA* so z vidika zdravja večinoma ocenjevali glede na napredek pri prehranskih navadah in telesni dejavnosti. Analiza CINDI z naslovom Program za promocijo zdravja v pomurski regiji/ocena učinkovitosti v Sloveniji (Zaletel Kragelj in sod., 2004) je potrdila, da se ljudje v Pomurju prehranjujejo bolj zdravo kot leta 2001, kar so potrjevali tudi s sprotim vrednotenjem programa *Živimo zdravo*.

Ključni strateški premiki, ki jih je spodbudil program v regiji, pa so vključitev zdravja in ukrepov za zmanjševanje neenakosti v zdravju v regionalni razvojni program za obdobje 2007–2013, pridobitev regijske strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Belović in sod., 2005) in izgradnja medsektorske partnerske mreže, in sicer tako za načrtovanje kot tudi za izvajanje programov in projektov s področja medsektorskega vlaganja za zdravje.

Program *MURA*, katerega prvotni cilj je bil izboljšati zdravje in kakovost življenja prebivalcev Pomurja, je v nekaj letih prerastel v koncept, ki je osnova za močno partnersko mrežo in skupno delo na razvojnih projektih v regiji.

### Socialno-ekonomski in družbeno politični okvir za krepitev enakosti v zdravju v Sloveniji

Izobrazba, zaposlenost in dohodek so ključne vstopne točke za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju. Izobrazba zagotavlja pismenost ter analitične in komunikacijske veščine, ki prispevajo k večji zaposljivosti in sposobnosti za učinkovito spoprijemanje posameznika z različnimi izzivi, tudi z zdravstvenimi. Zaposlenost prej omenjene veščine nadgrajuje in ob tem zagotavlja dohodek, ki je osnova za zagotavljanje drugih determinant zdravja, kot so stanovanjske razmere, prehrana itd.

V Sloveniji je krepitev enakosti pomembna politična prednostna naloga. Politike in programi, ki krepijo enakost v družbi, se uveljavljajo na različnih področjih. To so npr. programi spodbujanja formalnega izobraževanja in vseživljenjskega učenja, da bi dvignili izobrazbeno raven celotne populacije, še posebej ranljivih skupin (osebe brez končane formalne izobrazbe); spodbujanje vključenosti v trg dela, še posebej dolgotrajno brezposelnih, oseb s posebnimi potrebami in starejših žensk; kompleksen paket ukrepov, ki zagotavljajo socialno in zdravstveno varstvo otrok v zgodnjem otroštvu in čim večjo vključenost v vzgojne ustanove (jasli in vrtci) ter enako dostopnost do socialnih in zdravstvenih storitev; strategije in programi za posebej ranljive ciljne skupine.

Vendar pa se naša država sooča tudi s številnimi izzivi na področju socialnega varstva. To so npr.:

- prepočasna in premalo povezana modernizacija sistemov in ustanov socialne zaščite, vključno s prilagajanjem sistemov socialne zaščite in konceptom prožne varnosti (dostopnost, odzivnost);
- demografska gibanja, ki se odražajo v staranju prebivalstva in naraščanju koeficienta odvisnosti starejših;
- odzivanje na spremembe (globalizacija, konkurenčnost, migracije) in zagotavljanje potrebnih prilagajanj na trgu dela, pri čemer sta ohranjanje in dvig zaposlenosti sta pomembna predpogoja za omogočanje financiranja sistemov socialne zaščite;
- skrb za rodnost (sedanja stopnja rodnosti ne zadošča za reprodukcijo prebivalstva) in primerno družinsko politiko, tudi politiko družinam prijaznih delovnih okolij (uskklajevanje družinskega in poklicnega življenja);
- medgeneracijska solidarnost, ki je ključnega pomena za financiranje socialne zaščite (npr. pokojnine), dostopnost do stanovanj, nudenje oskrbe oz. pomoči v družinskem krogu ipd., uresničevanje koncepta „pomoč na pravem mestu, pomoč v prave roke“, in sicer z zagotavljanjem dohodka in dostopnosti do socialnih storitev, zlasti storitev splošnega pomena;
- krepitev lastne odgovornosti in zavedanja o potrebi za nenehno skrb za osebni razvoj, izobraževanje in usposabljanje, ker njihovo zanemarjanje lahko pripelje do zmanjšanja ali celo izgube določenih sposobnosti in s tem konkurenčnosti posameznika na trgu delovne sile (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2008).

Nacionalni načrt zdravstvenega varstva opozarja na poseben pomen, ki ga ima delo z ogroženimi skupinami prebivalstva, in sicer tako glede javnega zdravja kot tudi uporabe zdravstvenega sistema. Tako smo januarja 2009 v Sloveniji uvedli brezplačno dopolnilno zdravstveno zavarovanje za socialno-ekonomsko najbolj ogrožene prebivalce.

Med najpomembnejše mehanizme na področju zdravstvenega varstva v smislu politike zdravja in zdravja v vseh politikah prednostno uvrščamo zagotavljanje zdravstvenih storitev v sistemu primarnega zdravstvenega varstva, ki najučinkoviteje odgovarja na zdravstvene potrebe prebivalstva in je v skladu s strategijo SZO (The World Health Report, 2008.).

Dober primer resorne politike, ki deluje po načelu zdravja v vseh politikah, je sistem šolske prehrane v Sloveniji, in je še zlasti pomemben zaradi visoke zaposlenosti žensk v Sloveniji. Sistem dobro organizirane šolske prehrane smo v obdobju veljavnosti *Resolucije o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010* tudi nadgradili. Sistem vsem otrokom v osnovnih šolah ponuja do štiri obroke dnevno. V srednjih šolah sistem

ponuja dijakom do dva organizirana obroka, v izjemnih primerih tudi več. Praktično imajo vse osnovne šole svoje kuhinje, v srednjih šolah pa ima svojo kuhinjo približno četrtnina. Obroki so pripravljene v skladu s *Smernicami za zdravo prehranjevanje* in ustrezajo fiziološkemu normativu ter navodilom za zdravo pripravo obrokov, standardom za naročanje živil in recepturam za pripravo obrokov, poudarjajo pa tudi vzgojni del. Smernice so osnovane na *Zakonu o šolski prehrani*, ki je bil sprejet na podlagi predhodne zakonodaje v letu 2010. Eden najpomembnejših elementov sistema šolske prehrane je izboljševanje socialnega gradienta. Vsem otrokom v osnovnih in tudi v srednjih šolah država obroke sofinancira, približno tretjina otrok pa jih glede na socialno-ekonomsko stanje dobiva brezplačno. To po pričakovanjih zakonodajalca lahko pomembno vpliva na zmanjšanje neenakosti v zdravju. Zdravo prehranjevanje v osnovnošolskem okolju podpirajo tudi vsebine učnega načrta, saj otroci dobijo ključne informacije o zdravem prehranjevanju pri pouku gospodinjstva v okviru rednega kurikulumuma, veliko informacij pa je vključenih tudi v posamezne naravoslovne spiralne učne načrte.

Slovenija se že dolgo trudi zmanjševati neenakosti tudi med regijami. Njeni prvi temelji so bili postavljeni v začetku 70. let skupaj s konceptom policentričnega razvoja in sprejetjem prvega *Zakona o spodbujanju razvoja manj razvitih območij*, ki je uvedel ukrepe za ta območja. Od takrat naprej so mu sledili novi. Zadnji posodobljeni je bil sprejet konec oktobra 2010. Zmanjševanje razlik v zdravju prebivalstva med regijami je eden od konkretnih in merljivih ciljev tudi v *Strategiji regionalnega razvoja Slovenije*.

Učinki dosedanjih ukrepov so bili sicer omejeni in v različnih obdobjih različni. Dejstvo je, da naraščajočih razlik med regijami sicer niso mogli ustaviti, a so jih vendarle omilili. Zato so tudi danes regionalne razlike v Sloveniji, merjene z BDP na prebivalca, v primerjavi z razlikami v državah EU, zmerne. Posebno v državah srednje Evrope (npr. na Češkem, Slovaškem, Madžarskem, Poljskem) so bile te razlike velike že leta 1996 in so se do danes povečale bolj kot v Sloveniji (Tabela 3.2)

Države	Razmerje med najmanj in najbolj razvito regijo na 3 ravni NUTS	
	1996	2007
Češka	1:2	1:3
Madžarska	1:3,2	1:4,7
Slovaška	1:3,3	1:4,3
Slovenija	1:1,9	1:2,2
Poljska	1:3,6	1:4,8

Tabela 3.2. Razmerje med najbolj in najmanj razvito regijo v izbranih državah v BDP na prebivalca v standardih kupne moči za nekatere države članice EU.

Vir: Eurostat, UMAR.

Razlike v pričakovanem trajanju življenja so med posameznimi regijami še vedno razmeroma velike, zato bo moralo biti tudi v prihodnje zmanjševanje razlik v zdravju med regijami eden ključnih ciljev regionalne politike.

*Literatura in viri*

- Belović, B in sod. (2005). Strategija za krepitev zdravja in akcijski načrt za zmanjševanje neenakosti v zdravju v pomurski regiji. Murska Sobota & Brussels, National Institute of Public Health & Flemish Institute for Health Promotion.
- Buzeti T, Maučec Zakotnik J. (2008). Vlaganje v zdravje in razvoj v Sloveniji: program Mura. Murska Sobota, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota
- Gabrijelčič Blenkuš M, Lock K (2004). Health impact assessment: historical overview and basic methodology. *Zdrav Var*, 2(1):83–87.
- Government of Scotland (2010). Equally well. Review 2010. Report by the Ministerial Task Force on implementing Equally Well, the Early Years Framework and Achieving Our Potential. Edinburgh, Government of Scotland.
- Macintyre S (2007). Inequalities in health in Scotland: what are they and what can we do about them? Glasgow, Medical Research Council.
- Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve (2008). Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010. Ljubljana, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve. ([http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/npszv08\\_10.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npszv08_10.pdf), pridobljeno dne 13. januarja 2011)
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2007). National strategy to reduce social inequalities in health. White Paper No. 20 to the Storting (2006–2007). Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services.
- Ståhl T in sod. (2006). Health in all policies – prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/inter/eu2006/hiap/index.htm>, pridobljeno dne 16. decembra 2010).
- Strand M in sod. (2009). Setting the political agenda to tackle health inequalities in Norway. Studies on social and economic determinants of population health, No. 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- The National Institute of Public Health (2003). Sweden's new public health policy, 2003. The national institute of public health. Stockholm, The National Institute of Public Health ([http://www.fhi.se/PageFiles/4382/roll\\_eng.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/4382/roll_eng.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- Torgersen TP, Giæver Ø, Stigen OT (2007). Developing an intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health. The Norwegian case. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/isa\\_national\\_strategy\\_nor.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR; 6–12 September. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- WHO (1988). Adelaide Recommendations on healthy public policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2006). The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011).
- WHO (2008a). Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report. Geneva, World Health Organization.

WHO (2008b). World health report 2008. Primary care now more than ever. Geneva, World Health Organization.

WHO (2010a). Adelaide statement on health in all policies. Moving towards a shared governance for health and well-being. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf), pridobljeno dne 17. oktobra 2010).

WHO (2010b). Health impact assessment. Definition. Geneva, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/health-impact-assessment>, pridobljeno dne 23. decembra 2010).

WHO Regional Office for Europe (1999). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6) (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>, pridobljeno dne 3. januarja 2011).

Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J (ur.) (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, I. Značilnosti in povzetek raziskave. Ljubljana, CINDI, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

## IV. Izzivi



Poznavanje socialnih determinant zdravja in neenakosti je pomembna priložnost za izboljšanje različnih politik, ki določajo način našega (so)bivanja in se dotikajo tudi osnovnih filozofskih ter etičnih načel človeštva ter tako vplivajo na zdravje prebivalstva. Zato temu področju posvečajo veliko pozornost tako Evropska unija kot tudi mednarodne organizacije (SZO), posamezne države, regije in civilna združenja oz. nevladne organizacije.

Konvergentne, k zdravju naravnane razvojne usmeritve zahtevajo celovit pristop ter pomenijo pomemben družbeni izziv, ki terja številne spremembe na političnem, raziskovalnem, izobraževalnem in izvedbenem področju (Premik, 2004).

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. Nekateri izzivi na področju neenakosti v zdravju so se v času in z vmesnimi uspehi spremenili, nekateri pa ostajajo stalnica. V zadnjih letih je bilo v Sloveniji več pomembnih strokovnih srečanj na temo neenakosti v zdravju. *Evropska in nacionalna delavnica za medsektorsko vlaganje za zdravje in enakost v zdravju* (28.–29. 5. 2009) in delavnica *IVZ Zagotavljanje večje enakosti v zdravju – izzivi recesije za javno zdravje in promocijo zdravja v Sloveniji* (14. 4. 2010) med drugim navajata (Center za zdravje in razvoj, 2009; Gabrijelčič Blenkuš, 2009):

- da je potrebno sistematično spremljati zdravstveno in socialno stanje, neprekinjeno delati in boljše sodelovati, kar velja za vse deležnike;
- da sta za medsektorsko sodelovanje ključna človeški kapital in jasna strategija;
- da zdravstvenega sektorja ne more voditi izključno ekonomski vidik in
- da je ekonomska kriza lahko tudi priložnost za spremembo.

*Nacionalno poročilo MDDSZ* v letu 2008 kot ključne izzive na področju socialne zaščite in socialnega vključevanja navaja tudi potrebo po:

- večji socialni vključenosti posameznikov in povezanosti (koheziji) družbe,
- boljši dostopnosti in kakovosti socialnih storitev splošnega pomena in
- boljši učinkovitosti in ustreznosti socialnih transferjev (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2008).

*Izsledki misije SZO za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju* (november 2009) kažejo, da je v Sloveniji krepitev enakosti v zdravju pomembna prednostna naloga. Večina prebivalcev ima dober dostop do socialne in zdravstvene oskrbe, saj obstaja vrsta politik in dejavnosti v zdravstvenem sektorju in zunaj njega (npr. zdravstveno zavarovanje za nezaposlene in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za socialno najšibkejše prebivalce, subvencionirana šolska prehrana, subvencionirani stroški za otroški vrtec itd.), ki pomembno vplivajo na enakosti v zdravju. 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 (Rohregger in sod., 2010).

Znano je, da so posamezniki iz nižjih socialno-ekonomskih skupin bolj ranljivi za ekonomske pretrese. Podatkov o zdravstvenih posledicah najnovejše gospodarske krize še nimamo na voljo, lahko pa potegnemo nekaj vzporednic z obdobjem prehoda v 90. letih prejšnjega stoletja v posameznih srednjeevropskih in vzhodnoevropskih državah.

Analize so pokazale, da se je npr. v Estoniji in Litvi stopnja umrljivosti v skupinah z nizko izobrazbo povečala, v skupinah z visoko izobrazbo pa zmanjšala (Leinsalu in sod., 2008).

Finančna kriza je v marsikateri državi pripeljala do zmanjševanja javne porabe in posledično tudi sredstev za zdravje.

Argumenti za zmanjševanje javne porabe ali proti njenemu zmanjševanju v času ekonomske krize so kompleksni. Pred odločitvami za zmanjšanje javne porabe je potrebno pretehtati pomanjkanje dokazov o učinkovitosti tovrstnih ukrepov z morebitnimi hudimi posledicami na zdravje in blagostanje prebivalstva (Stuckler in sod., 2010).

Za uspešno obvladovanje neenakosti v zdravju v Sloveniji je potrebno odgovoriti na naslednjih pet izzivov, kar pomeni:

1. imeti jasno vizijo razvoja slovenske družbe, v kateri je zdravje pomembna prednostna naloga;
2. izdelati nacionalni okvir za zmanjševanje neenakosti, ki vključuje tudi oceno vpliva politik na zdravje in zdravstveno enakost;
3. meriti socialne determinante zdravja in neenakosti v zdravju;
4. prepoznati skupne cilje in mnogovrstne koristi za različne sektorje in vzpostaviti njihovo medsebojno koordinacijo;
5. biti proaktivna članica globalnega sveta.

Vsi navedeni izzivi se med seboj prepletajo in drug drugemu ponujajo tako omejitve kot tudi priložnosti za izboljšanje povezanosti v naši družbi.



## Jasna vizija razvoja slovenske družbe

**Kot država potrebujemo krovno vizijo razvoja.** Tej viziji, v kateri naj bo zastopan širši koncept blaginje, ki zajema vse tri razvojne komponente (gospodarsko, socialno in okoljsko) ter trajnostni pristop pri razvoju vseh treh komponent, naj sledi strategija razvoja. **Zmanjševanje neenakosti v zdravju in krepitev zdravja morata biti temeljni izhodišči v viziji razvoja Slovenije.** Ključno vlogo pri oblikovanju vizije ima Vlada Republike Slovenije.

V Sloveniji smo oblikovali *Strategijo razvoja Slovenije* (Šušteršič J, 2005), ki zmanjševanje neenakosti v zdravju že izpostavlja kot eno od strateških prednostnih nalog. Operativni ukrepi za njeno uresničevanje so večinoma omejeni na posamezne sektorske politike (npr. na politiko zaposlovanja, politike s področja sociale in socialnega varstva, posebej na področju varovanja ranljivih skupin itd.). Pomembno je, da zmanjševanje neenakosti v zdravju in krepitev zdravja ostane ena temeljnih prednostnih nalog v Strategiji razvoja Slovenije ter da v prihodnje izraziteje vpliva na oblikovanje posameznih sektorskih politik. Po sklepu Vlade Republike Slovenije naj bi novo strategijo sprejeli do konca leta 2011.

Da bi dosegli soglasje o viziji in strategiji razvoja, je pomembno soglasje o tem, kaj so temeljne vrednote slovenske družbe. Odnos do solidarnosti in enakosti v neki družbi se močno odraža tako v iskanju trenutnih odgovorov na vsakdanje izzive sodobne družbe kot tudi v viziji razvoja v prihodnje. Odnos do solidarnosti in enakosti je družbeno pogojen in je v različnih kulturah različen ter se s časom spreminja. Zato je pomembno vedeti, kako v vsakdanjem življenju posameznika razumemo 2. člen *Ustave Republike Slovenije*, ki govori: *Slovenija je pravna in socialna država* (Ustava, 1991). Ustava je namreč temeljni okvir za oblikovanje naše družbe.

Prav tako je pomembno, da dosežemo soglasje o tem, da ekonomski razvoj ni najpomembnejše merilo uspešnosti naše družbe. Pri pripravi vizije in postavljanju strateških ciljev moramo upoštevati medsebojni vpliv ekonomskega, socialnega in okoljskega razvoja ter zdravja. Da bi dosegli stabilen trajnostni razvoj družbe in optimalno izkoristili njene potenciale, potrebujemo stabilno ravnotežje med temi dejavniki. Politike moramo vrednotiti glede na njihove posledice na zdravje ljudi kot tudi glede na druge zelene cilje.

Poleg etike in humanizma, ki vplivata na družbene vrednote, pa moramo za odgovor na vprašanje, kakšno vlogo naj ima zmanjševanje neenakosti v zdravju v viziji razvoja Slovenije, poznati tudi podatek, kolikšni so stroški neenakosti. Ob tem praviloma najprej pomislimo na neposredne stroške zdravljenja. Hkrati pa se moramo zavedati še bistveno pomembnejših posrednih in neposrednih stroškov, ki nastanejo zaradi okoliščin, ki so posledica neenakosti (npr. manj fleksibilen trg delovne sile, manjša učinkovitost pokojninske reforme, manjši davčni prihodki in večji socialni transferji, manjša produktivnost, višja stopnja kriminalitete itd.). Tudi pomanjkanje zaupanja,

šibek socialni kapital in nizka raven socialne povezanosti so za družbo zelo dragi. Vprašanje (ne)enakosti je zato temeljno vprašanje razvojne vizije, saj govori o tem, kakšno prihodnost si želimo in pričakujemo, in tako postavlja okvir za temeljne razvojne cilje.

## Nacionalni okvir za zmanjševanje neenakosti

Zaradi različnih socialno-ekonomskih dejavnikov tudi v Sloveniji prihaja do neenakosti v zdravju med spoloma, med različnimi skupinami prebivalcev in med različnimi geografskimi območji. **Za učinkovitejše zmanjševanje neenakosti v zdravju potrebujemo nacionalni okvir, ki bo jasno postavil usklajene cilje in prednostne naloge za različne sektorje na nacionalni in lokalni ravni ter zagotavljal merjenje učinkov različnih politik na zdravje.** Ključno odgovornost imata zakonodajna in izvršilna veja oblasti.

Krepitev enakosti postaja vedno pomembnejša in ji (delno tudi zaradi ekonomske krize) tako na ravni posameznih držav kot tudi na ravni EU posvečamo vedno večjo pozornost, kar se vse bolj odraža tudi v različnih strategijah EU.

Izsledki misije SZO (november 2009) kažejo, da sta v Sloveniji socialna povezanost in solidarnost še naprej pomembni družbeni vrednoti, kar potrjuje vrsta politik socialne vključenosti, še posebej na področju socialne zaščite in zaposlovanja. Projekti, politike in programi na področju socialno-ekonomskih determinant zdravja in neenakosti v zdravju v različnih regijah in sektorjih v Sloveniji pa so dokaj razpršeni (Rohregger in sod., 2010). Tovrstne politike so večinoma usmerjene predvsem v posamezne ranljive skupine. V Sloveniji ni celovite krovne strategije za zmanjševanja socialnega gradienta. Na voljo so sicer posamezne politike (npr. prehranska), ki pa izražajo sektorski pristop. To ovira širjenje zavedanja in znanja o socialno-ekonomskih determinantah zdravja tako na vladni ravni kot tudi na drugih ravneh. Za uresničevanje zdravja v vseh politikah so potrebne usklajene strokovne podlage, dogovorjene družbene strategije in politična volja (Premik, 2005).

Osredotočanje politik in dejavnosti na najbolj ranljive skupine prebivalstva ima praviloma premajhen vpliv na celokupne neenakosti v zdravju. Da bi zmanjšali socialni gradient v zdravju, potrebujemo populacijski pristop z dejavnostmi, ki so uravnotežene glede na stopnjo ranljivosti različnih socialno-ekonomskih skupin (Marmot in sod., 2010). Izkušnje različnih držav kažejo, da je zmanjševanje ranljivosti zaradi revščine pomemben cilj v sklopu zmanjševanja neenakosti. Hkrati pa v državah s srednje visokimi in visokimi dohodki opazujemo, da revščina ni edini razlog za obstoj neenakosti v zdravju. Pomembno je, da ob ukrepih za krepitev enakosti v zdravju upoštevamo tudi dejstvo, da je obvladovanje revščine in ranljivosti sicer pomembno, da pa ne vpliva na končni cilj, ki je zagotavljanje bolj zdrave družbe za vse v zadostni meri.

## Merjenje socialno-ekonomskih determinant zdravja in neenakosti v zdravju

Da bi se lahko odločili, kam naj gremo, moramo najprej vedeti, kje trenutno smo. **Sistematično zbiranje in analiziranje podatkov je predpogoj za načrtovanje in ukrepanje za zmanjševanje neenakosti v zdravju in za spremljanje doseganja zastavljenih ciljev.** Misija SZO je na temelju konceptualnega okvirja *Komisije za socialne determinante zdravja* opravila hitro vrednotenje področja socialno-ekonomskih determinant zdravja in neenakosti v zdravju v Sloveniji, ki ga pričujoče poročilo pomembno nadgrajuje. V prihodnje potrebujemo bolj poglobljeno in neprekinjeno spremljanje neenakosti v zdravju, ki bo temeljilo tudi na individualnih podatkih. Dostopnost do individualnih podatkov predstavlja pomembno oviro, saj se dotika področja varovanja osebnih podatkov. **Dostopnost podatkov na individualni ravni s povezavami med socialno-ekonomskimi in zdravstvenimi podatki ter razvoj novih virov podatkov sta nujna za sistematično spremljanje, analiziranje in vrednotenje neenakosti v zdravju ter vrednotenje zastavljenih ciljev.**

Podatki o neenakostih v Sloveniji, ki so predstavljeni v 2. poglavju, so pomemben korak v tej smeri. Na marsikaterem področju uporabljamo kazalnike, ki merijo izide posameznih politik. Številni se dotikajo tudi vprašanja enakosti (npr. v *Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2006–2008<sup>1</sup>*), vendar pa gre v večini primerov za enostavno merjenje uporabe posameznih storitev oz. kazalniki odražajo populacijska povprečja. Obstaja le malo kazalnikov, ki merijo izide in vpliv politik na revščino, ekonomske dejavnike ali zdravje oz. njihov učinek na socialni gradient (Rohregger in sod., 2010). Merjenje populacijskih povprečij nam pokaže le zdravje v populaciji, ne pove pa, kako je razporejeno med ljudmi. Za to moramo vedeti, kakšna je povezava med podatki o zdravju in podatki o socialno-ekonomskih determinantah zdravja. Podatki o neenakosti v zdravju (o razporeditvi zdravja) veliko povedo o tem, kako učinkovito neka družba uveljavlja načelo solidarnosti.

Najrazličnejši zdravstveni programi in projekti lahko vplivajo na neenakosti v zdravju in sicer jih lahko zmanjšujejo ali pa celo povečujejo. V Sloveniji na primer potekajo trije presejalni programi za ugotavljanje raka dojke, raka materničnega vratu ter raka debelega črevesa in danke. V svetu se na tovrstne programe praviloma bolje odzivajo ljudje z boljšimi socialnimo-ekonomskimi determinantami zdravja. To pomeni, da lahko tovrstni programi, če niso ustrezno načrtovani in izpeljani, neenakosti v zdravju celo povečajo.

Pri pripravi in oblikovanju politik, programov in splošnih storitev (v zdravstvu, socialni, šolstvu ipd.) moramo upoštevati, da socialno-ekonomske determinante zdravja vplivajo na poznavanje ter uporabo teh storitev. Zato jih moramo ustrezno in prilagojeno

oblikovati, kar naj postane eden od standardov kakovosti. Pomembno je, da vrednotenje različnih politik, programov in ukrepov tako na nacionalni kot na regionalni in lokalni ravni vključimo tudi kazalnike, ki spremljajo njihove učinke na neenakosti v zdravju, ter na ta način dodatno spodbujamo integracijo politik in programov.

Določiti moramo socialne in zdravstvene izide, ki bodo služili kot kazalniki, kako učinkovite so politike, ki jih izvajamo. Strategije in programe različnih sektorjev moramo torej meriti in ocenjevati z vidika njihovega vpliva na zdravje in neenakosti. Ob tem pa ne smemo pozabiti na spremljanje zdravja posameznika glede na njihov socialni status in njegovo spreminjanje skozi čas. Ker lahko posamezne izide dosežemo šele čez daljši čas, moramo določiti tudi procesne in vmesne kazalnike. Pomembno je, da se tako pri oblikovanju in izvajanju politik kot tudi pri merjenju rezultatov ne omejimo le na neenakosti v finančnih bremenih ali dostopu (npr. do zdravstvenih storitev), temveč merimo tudi neenakosti v uporabi storitev ali neenakosti izidov, saj je zmanjševanje neenakosti pri zadnjih dveh veliko zahtevnejše.

Sistem spremljanja in poročanja, ki bo temeljil na ciljnih in kazalnikih v Sloveniji že oblikujemo. **V prihodnje ga bomo morali okrepiti in nadgraditi ter formalizirati sodelovanje med ustanovami, ki zbirajo in analizirajo različne podatke.** Zato bo potrebno pregledati obstoječe predpise in jih preoblikovati tako, da bodo olajšali zbiranje, izmenjavo in povezavo med različnimi podatkovnimi zbirkami, hkrati pa zagotavljali varovanje osebnih podatkov.

## Prepoznavanje skupnih ciljev in mnogovrstnih koristi za različne sektorje

Da bi lahko izboljšali življenjske razmere ter odpravili neenakomerno porazdelitev moči, denarja in sredstev, ki so strukturni dejavniki življenjskih razmer, na državni in lokalni ravni, je potrebno dobro sodelovanje in povezovanje dejavnosti državnih, regijskih in lokalnih struktur (vlada, strukture regij, občin, krajevnih oz. četrtinskih skupnosti), pa tudi zasebnega sektorja in civilne družbe. **Za boljše sodelovanje in povezovanje moramo nujno prepoznati skupne cilje in koristi za različne sektorje in deležnike, ki hkrati zagotavljajo pozitiven vpliv na zdravje.** Za izvedbo dejavnosti za zmanjševanje neenakosti v zdravju je pomembna vključenost strokovnih ustanov (npr. Inštituta za varovanje zdravja, Statističnega urada, Urada za makroekonomske analize, zavodov za zdravstveno varstvo, regionalnih razvojnih agencij, univerz idr.), prav tako pa potrebujemo tudi učinkovite lokalne sisteme (glej Premik, 2007)

Prepoznavanje mnogovrstnih koristi za posamezne sektorje vodi v boljše sodelovanje različnih deležnikov iz javnega, zasebnega in nevladnega sektorja na vseh ravneh.

Za boljše sodelovanje deležnikov je ključnega pomena razvoj osebja in drugih zmogljivosti na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju. Za prihodnji razvoj učinkovitih politik za zmanjševanje neenakosti v Sloveniji potrebujemo več znanja in zavedanja. Javno zdravje je ključno za ozaveščanje in izvajanje politik za zmanjševanje neenakosti vse od nacionalnega pa do lokalnega nivoja, vendar v Sloveniji ni na voljo sistematičnega izobraževanja na področju javnega zdravja za različne strokovnjake, ki delajo (ali naj bi delali) v posameznih sektorjih (zdravje v vseh politikah); strokovnega izpopolnjevanja pa ni niti za zaposlene v zdravstvu ali sociali. Za učinkovito izvajanje ukrepov potrebujemo ustrezno usposobljene strokovnjake in tudi opolnomočene posameznike ter lokalne skupnosti.

Za usklajevanje medsektorskih ciljev in koristi so nujni sistemski mehanizmi, pri čemer bi lahko bolje izkoristili tudi nekatere že obstoječe strukture, npr. Zdravstveni svet<sup>2</sup>. Ministrstvo za zdravje mora skupaj s podpornimi strokovnimi ustanovami prevzeti zagovorniško in usklajevalno vlogo na nacionalni ravni. Prav tako pa morajo biti jasno določeni tudi strukture in mehanizmi v drugih sektorjih na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, ki zagotavljajo partnersko sodelovanje na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju.

Vlaganje v zdravje in razvoj pogosto ne zahteva obsežnih dodatnih sredstev. Praviloma lahko naredimo zelo veliko, če razumemo učinke, ki jih imajo običajni ukrepi (na področju bivanja, dela, prometa, izobraževanja, prehranjevanja, zabave, nezdravih navad, medčloveških odnosov itd.) na zdravje ljudi, ter jih prilagodimo tako, da neenakosti zmanjšujejo, namesto da bi jih povečevali. Primer dobre prakse je npr. intenzivno vzpostavljanje varne prometne infrastrukture z mrežo kolesarskih poti, ki prispevajo k hitrejšemu turističnemu razvoju, izboljšujejo prometno varnost, zmanjšujejo obremenjevanje okolja in omogočajo pogostejšo vsakodnevno telesno dejavnost.

### *Slovenija kot proaktivna članica globalnega sveta*

Slovenija se kot del globalnega sveta sooča z globalnimi izzivi na področju zdravja. Nanje med drugim tudi vplivajo ekonomski razvoj in krize, podnebne spremembe ter politični izzivi, ki povečujejo migracijske tokove. Zdravje (in z njim povezane neenakosti) je postalo pomembno strateško mednarodno vprašanje, ki vpliva tudi na stopnjo globalne varnosti.

Tudi Slovenija je cilj številnih migrantov, zato je eden od izzivov sodobne slovenske družbe, kako se ob staranju domače populacije odzvati na migracijske tokove. Poudariti

<sup>2</sup> Natančneje ga opredeljujeta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o zdravstveni dejavnosti.

moramo tudi etičnost zasebnega sektorja in njegovo družbeno odgovornost za ustvarjanje varnega okolja v najširšem pomenu besede.

Slovenija ima bogato znanje in izkušnje s področja socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju, ki jih lahko koristno uporabi doma. Vendar pa to ni dovolj. Pomembno je, da svoje dragocene izkušnje izmenjujemo z drugimi. Članstvo v mednarodnih skupnostih (EU, OZN, OECD) pa nas tudi moralno zavezuje, da zastavimo svoj glas za tiste, ki jih na globalni ravni redko vidimo in še redkeje (ali skoraj nikoli) slišimo.

*Literatura in viri:*

- Center za zdravje in razvoj, Murska Sobota (2009). Poročilo z Evropske delavnice za medsektorsko vlaganje za zdravje in enakost v zdravju. Jeruzalem pri Ljutomeru, 29. maj. Murska Sobota, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota.
- Gabrijelčič Blenkuš M. (2009). Zagotavljanje večje enakosti v zdravju – izzivi recesije za javno zdravje in promocijo zdravja v Sloveniji. Poročilo z delavnice. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. ([http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=15&pi=5&\\_id=130&\\_5\\_PageIndex=0&\\_5\\_groupId=183&\\_5\\_newsCategory=&\\_5\\_action>ShowNewsFull&pl=15-5.0.](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=15&pi=5&_id=130&_5_PageIndex=0&_5_groupId=183&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=15-5.0.), pridobljeno dne 12. januarja 2011).
- Leinsalu M in sod. (2008). Educational inequalities in mortality in four eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *Int J Epidemiol*, 38(2): 515–525.
- Marmot M in sod. (2010). Executive summary. V: Marmot M in sod. Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London, University College London.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2008). Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2008–2010. Ljubljana, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. ([http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/npszzsv08\\_10.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npszzsv08_10.pdf), pridobljeno dne 3. januarja 2011)
- Premik M in sod. (2004). Slovenska šola za javno zdravje. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Premik M (2005). Od zdravstvene politike do politike zdravja. V: Filej B. in sod., (ur.). Zbornik predavanj. 5. kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 14.12.2005. Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: 25–39.
- Premik M. (2007). Javno zdravje – od zamisli do izvedbe. V: Zvonka Zupanič Slavec. Javno zdravstvo 20. stoletja in njegov soustvarjalec Dr. Bojan Pirc. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja: 31–46.
- Rohregger B in sod. (2010). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Izsledki misije Svetovne zdravstvene organizacije za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju. Povzetek. Ljubljana, Svetovna zdravstvena organizacija.
- Šušteršič J, Rojec M, Korenika K (2005). Strategija razvoja Slovenije. Ljubljana, Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj.
- Stuckler D in sod. (2010). Thesis: Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. *J Public Health*, 32(3):298–306.
- Ustava Republike Slovenije. Ur l RS 33/1991. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=61579>, pridobljeno dne 13. januarja 2011).

*Priloga 1*

## Metodologija

Z izbiro virov podatkov za analizo neenakosti v zdravju smo poskušali zajeti kar največ področij, kjer bi lahko zaradi socialno-ekonomskih razlik med skupinami prebivalstva prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja in možnosti oskrbe v primeru bolezni. Uporabili smo kombinacijo nacionalnih presečnih epidemioloških raziskav in registrskih podatkov. Večinoma smo uporabili podatke iz obdobja 2004–2008, v nekaterih analizah pa tudi novejšee podatke, kar tudi izrecno navajamo.

Podatke o otrocih in mladostnikih smo črpali iz mednarodne raziskave *'Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju'* (angl. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC)). V analizi smo uporabili rezultate druge ponovitve raziskave, ki smo jo v Sloveniji izvedli v letu 2006. Raziskava HBSC temelji na individualnih podatkih, zbranih z mednarodnim standardiziranim vprašalnikom na naključnem vzorcu všolanih otrok in mladih, starih 11,5 let, 13,5 let in 15,5 let. Vzorec je obsegal 5130 učencev.

Mednarodni vprašalnik zajema niz obveznih vprašanj o demografskih, vedenjskih in psihosocialnih vidikih zdravja, države pa lahko dodajo še določeno število neobveznih vprašanj. Socialno-ekonomski položaj merimo s pomočjo indeksa *'Family Affluance Scale'* (FAS), ki vsebuje vprašanja o številu avtomobilov v družini, lastni otrokovi sobi, pogostosti počitnikovanja in številu računalnikov v družini. Indeks FAS je razdeljen na tri razrede, in sicer na nižji, srednji in visoki razred, ki hkrati pomenijo nižji, srednji in visoki socialno-ekonomski položaj. V analizo neenakosti smo vključili podatke o smoočeni zdravja, uživanju sadja, rekreaciji in poškodbah. Podrobnejši opis poteka in vsebine raziskave ter že objavljene rezultate si lahko ogledate na spletnih naslovih: <http://www.hbsc.org/overview/studydesign.html> in <http://tinyurl.com/HBSC-SI>.

Podatki o tveganem vedenju in zdravju v nosečnosti izvirajo iz nacionalne zbirke *'Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije'* (PIS RS), ki je zdravstveni register rojstev, saj vsebuje podatke o vseh porodih in rojstvih v državi. Uporabili smo podatke za obdobje 2004–2008. Analizirali smo podatke o času prvega pregleda pri zdravniku v nosečnosti ter podatke o izidu nosečnosti (prezgodnji porod, nizka porodna teža, mrtvorojenost, perinatalna umrljivost). Kot socialno-ekonomski kazalnik smo uporabili izobrazbo matere. Matere smo glede na zabeleženo doseženo stopnjo izobrazbe razdelili v štiri razrede: v najnižjem razredu so matere z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, v najvišjem pa matere z doseženo višjo, visoko ali podiplomsko izobrazbo. Za izračun umrljivosti dojenčkov smo podatkom perinatalnega informacijskega sistema dodali še podatke iz zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi in tako identificirali vse otroke, ki so umrli v prvem letu življenja.

Podatki o umrljivosti in prebivalstvu Slovenije se nanašajo na petletne podatke (2004–2008) iz zbirke *'Zdravniško poročilo o umrli osebi' (Baza umrlih)*. Ker ni na voljo individualnih podatkov o socialno-ekonomskem položaju posameznika, smo uporabili

t.i. ekološko (območno) analizo. Uporabili smo 6 geografskih socialno-ekonomskih kazalnikov: indeks razvitosti občin (Uredba, 2009), stopnja registrirane brezposelnosti (UMAR, 2010), stopnja delovne aktivnosti (UMAR, 2010), osnova za dohodnino na prebivalca (UMAR, 2010), število prejemnikov denarne socialne pomoči (SURs, 2010) in sestavljeni kazalnik indeksa razvitosti občin in prejemnikov denarne socialne pomoči. Kazalnike smo analizirali na ravni občin in upravnih enot.

Prebivalce in umrle smo s pomočjo omenjenih kazalnikov in glede na občino prebivališča po načelu kvintilov razdelili v pet skupin. Izjema je bil kazalnik »indeks razvitosti občin«, ki smo ga glede na Zakon o spremembah in dopolnitvah *Zakona o financiranju občin* (ZFO-1A) razdelili v 6 skupin, zadnji dve skupini pa smo zaradi varovanja podatkov združili in tako tudi tu dobili 5 skupin. Zaradi razlik v starostni strukturi med posameznimi opazovanimi skupinami prebivalstva, smo podatke o umrljivosti standardizirali na evropsko populacijo. V analizi smo nato primerjali standardizirane podatke o umrljivosti v petih skupinah ter izračunali razmerje obetov, interval zaupanja in statistično značilnost. V analizi smo se osredotočili na naslednja področja: splošno umrljivost, umrljivost dojenčkov (do 1. leta), samomor, poškodbe in zastrupitve (nenamerne poškodbe, poškodbe v prometu, drugo), ishemično bolezen srca, možgansko-žilne bolezni, jetrno cirozo ter alkoholu neposredno pripisljive vzroke.

Podatki o življenjskem slogu odraslih prebivalcev Slovenije izhajajo iz raziskav *'Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu'* in *'Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije'*.

Nacionalna raziskava *'Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije'* je bila izvedena v okviru programa CINDI pozno spomladi leta 2008. Vključeni so bili prebivalci v starosti 25–74 let. Vzorec v velikosti 15.963 enot so pripravili na Statističnem uradu RS na podlagi Centralnega registra prebivalcev in ga stratificirali na 9 zdravstvenih regij. Odzivnost je bila 49 %, 7.352 vrnjenih vprašalnikov pa je bilo primernih za analizo. Opis raziskave in metodologija sta podrobno opisana v publikaciji *'Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije'* (Zaletel-Kragelj in sod., 2004).

Individualne podatke smo zbrali na osnovi samoporočanja, udeleženci raziskave pa so vprašalnik prejeli po pošti. V analizo smo vključili odgovore na osnovna demografskiha vprašanja in vprašanja o socialno-ekonomskem položaju, odgovore na vprašanja o splošnem zdravstvenem in zobozdravstvenem stanju ter uporabi zdravstvenih storitev, o kajenju, prehranskih navadah, navadah pitja alkohola, telesni dejavnosti ter obnašanju v cestnem prometu. Kot socialno-ekonomske kazalnike, ki so povezani s kazalniki zdravja, smo uporabili stopnjo izobrazbe, vrsto dela ter samooceno pripadnosti družbenemu sloju. Ostali rezultati analize so na voljo na <http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf>.

Raziskava '*Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu*' (angl. European Health Interview Survey, EHIS) je evropsko standardizirana in primerljiva socialno-epidemiološka anketa s področja zdravja in zdravstvenega varstva. Ankete oz. osebni intervjuji so bili opravljeni jeseni leta 2007 na vzorcu 2.118 oseb, starih 15 let in več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Rezultati ankete so reprezentativni za celotno Slovenijo.

V naši analizi smo se osredotočili predvsem na razlike med skupinami oseb glede na demografske ali socialno-ekonomske spremenljivke, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, zaposlitveni status, dohodek na družinskega člana (izračunan kot dohodek na ekvivalentnega člana gospodinjstva z uporabo prilagojene ekvivalenčne lestvice OECD) ter velikost in tip naselja. Analizirali smo podatke o splošnem zdravstvenem stanju, uživanju sadja in zelenjave, samooporočane podatke o telesni teži in višini za izračun indeksa telesne mase, podatke o uživanju alkoholnih pijač in kajenju, o pojavljanju poškodb, ki so posledica prometnih nezgod ali nezgod v prostem času, podatke o duševnem zdravju, ter izpostavljenosti težkim delovnim razmeram in posledično boleznim, ki izvirajo iz dela. Več o anketi in že objavljenih izsledkih lahko preberete na spletnem naslovu: <http://tinyurl.com/EHIS-SI>.

Pri analizi sladkorne bolezni v Sloveniji smo uporabili *Bazo podatkov o ambulantno predpisanih zdravilih na recept* za leto 2008. V njej so zajete vse osebe, ki so v tem letu prejele katerokoli zdravilo za zdravljenje sladkorne bolezni. Izračunali smo starostno standardizirano prevalenco prejetja zdravil. Za namene preučevanja socialno-ekonomske neenakosti smo analizirali razlike v prevalenci sladkorne bolezni v starostni skupini 40–65 let v petih skupinah občin, razvrščenih glede na stopnjo registrirane brezposelnosti.

V geografski analizi vpliva socialno-ekonomskih razlik na **pojavljanje raka** v Sloveniji smo uporabili rutinsko zbrane podatke iz *Registra raka Republike Slovenije* (podatki o bolnikih), SURS (podatki o prebivalcih in socialno-ekonomskem položaju) in podatke UMAR (podatki o socialno-ekonomskem položaju). Vključeni so bili bolniki, ki so v obdobju 1995–2002 zboleli za eno od tistih vrst raka, ki naj bi bile po izsledkih predhodnih raziskav povezane s socialno-ekonomskim položajem. Z metodo indirektno standardizacije smo za posamezno mesto raka in spol za vsako občino izračunali starostno standardizirano incidenčno stopnjo. Ker je bilo bolnikov z nekaterimi vrstami raka v posamezni občini zelo malo in je bil zato vpliv naključja za pravilno tolmačenje rezultatov preveč moteč, smo za glajenje ekstremnih vrednosti dejanskih starostno standardiziranih incidenčnih stopenj uporabili metodo hierarhičnih Bayesovih modelov. Modelirane starostno standardizirane incidenčne stopnje so predstavljene grafično na zemljevidih.

Kazalnik primanjkljaja smo izračunali s pomočjo factorske analize iz številnih posrednih kazalnikov socialno-ekonomskega položaja, ki jih spremljata SURS in UMAR. V analizi smo upoštevali vrednosti kazalnikov v sredinskem letu

izbranega obdobja, za kazalnike, ki se zbirajo samo ob popisih prebivalstva, pa vrednosti, zabeležene ob zadnjem popisu (Popis 2002). Moč in statistična značilnost korelacije med kazalnikom primanjkljaja in modelirano starostno standardizirano incidenčno stopnjo smo ocenili s hierarhičnim Bayesovim modelom (Zadnik, 2005).

### Literatura in viri:

- SURS (2010). Prejemniki denarnih socialnih pomoči po občinah v Sloveniji za leto 2008. Ljubljana, Statistični urad Republike Slovenije. (<http://www.stat.si/TematskaKartografija/file.aspx?id=3840>, pridobljeno dne 3. novembra 2010).
- UMAR (2010). Stopnja registrirane brezposelnosti 2004–2008 – vir SURS; osnova za dohodnino na prebivalca 2004–2008 – vir DURS. Ljubljana, Urad za makroekonomske analize in razvoj, (Janja.Pecar@gov.si; osebni preračuni, 14. julij 2010)
- Uredba o metodologiji za določitev razvitosti občin 2009. Ur l RS 61/09. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/content?id=93460>, pridobljeno dne 3. novembra 2010).
- Zadnik V. (2005). Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995–2002. Doktorsko delo. Ljubljana, Univerza v Ljubljani; 2005.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o financiranju občin 2008 (ZFO-1A). Ur l RS 57/08. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije. (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200857&stevilka=2416>, pridobljeno dne 3. novembra 2010).
- Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J (ur.) (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, I. Značilnosti in povzetek raziskave. Ljubljana, CINDI, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: 1–38.

**Izdajo publikacije sta finančno omogočila  
Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in  
Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo.**

**Izdal:** Inštitut za varovanje zdravja

Poročilo je del aktivnosti v sklopu Dveletne pogodbe o sodelovanju 2010–2011  
med Svetovno zdravstveno organizacijo in Republiko Slovenijo.

**Oblikovalka in tehnična urednica:** Laura Tratnik Belopavlovič

**Fotografije:** Buenos Dias

**Lektor za slovenski jezik:** Jože Faganel

**Tiskarna:** Atelje za črko in sliko, Dušan Antolin s.p.

**Naklada:** 2000

Ljubljana, 2011

---

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.344:614(497.4)

NEENAKOSTI v zdravju v Sloveniji / [avtorji Tatjana Buzeti ...  
[et al.] ; uredniški odbor Tatjana Buzeti ... [et al.] ;  
fotografije Buenos Dias]. - Ljubljana : Inštitut za varovanje  
zdravja Republike Slovenije, 2011

ISBN 978-961-6659-77-2

1. Buzeti, Tatjana

254416640

---

*Pri pripravi poročila so sodelovali:*



Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije



Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj



Statistični urad Republike Slovenije



Onkološki inštitut Ljubljana



Center za zdravje in razvoj Murska Sobota



Svetovna zdravstvena organizacija, Regionalni urad za Evropo

## **Avtorji II. poglavja Neenakosti v zdravju v Sloveniji**

po abecednem vrstnem redu priimkov

Janet Klara Djomba, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Helena Jeriček Klanšček,  
Nevenka Kelšin, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Katja Kovše,  
Jožica Maučec Zakotnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Nadrag, Sonja Paulin,  
Silva Pečar Čad, Mateja Rok Simon, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin,  
Vesna Zadnik, Eva Zver





Pričujoče poročilo je prelomno na področju analize neenakosti v zdravju v Sloveniji. Pomembno prispeva k viziji prihodnjega razvoja Slovenije, v kateri naj bo enakost v zdravju eden od ključnih kazalnikov napredka.

*Chris Brown*

*WHO European Office for Investment for Health and Development*

Poročilo ponuja vpogled v naravo in obseg neenakosti v zdravju v Sloveniji in možnosti politik za ukrepanje na lokalni, regionalni in nacionalni ravni.

*Mark Exworthy*

*Royal Holloway-University of London*

V drugem poglavju so predstavljeni dokazi o precejšnjem socialnem gradientu v Sloveniji, medtem ko poglavje o izzivih zelo dobro opredeljuje ključna vprašanja.

*Peter Goldblatt*

*University College London*

Izboljševanje zdravja in determinant zdravja je predstavljeno kot ključni problem nadaljnega razvoja slovenske družbe. Zdravje v vseh politikah pomeni uresničevanje pravice do zdravja in zdravstvenega varstva v vseh sektorjih in na vseh ravneh družbene organiziranosti.

*Marjan Premik*

*Univerza v Ljubljani*