

Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita (I.)

MIROSLAV MASTILICA
Katedra za medicinsku sociologiju,
Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
e-mail: mirom@mamef.mef.hr

UDK: 316.344:616-052(497.5)
616-052:316.344
Izvorni znanstveni rad
Priljeno: 7. svibnja 1994.

Ovo je prvi od dva rada u kojima se razmatra odnos društvene stratifikacije, zdravlja i zdravstvene zaštite. Razlike u zdravlju, zaštiti zdravlja i zdravstvenom ponašanju koje se među društvenim skupinama javljaju kao posljedica njihovog stratifikacijskog položaja imaju značenje zdravstvenih nejednakosti. U prvom dijelu rada, rezultati međunarodnih istraživanja pokazuju da je zdravlje, odnosno zdravstveno stanje mjereno negativnim pokazateljima smrtnosti i obolijevanja te preventivno i rizično zdravstveno ponašanje nejednako raspoređeno među društvenim slojevima. Rezultati istraživanja provedenog u Zagrebu i okolici 1990., prikazani u drugom dijelu rada, ukazuju na postojanje značajnih nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti u našoj populaciji. Osnovni oblik zdravstvenih nejednakosti u nas izgleda, uz izvjesna odstupanja kod pojedinih pokazatelja, ovako: na vrhu stratifikacijske ljestvice s najboljim pokazateljima subjektivnog zdravlja, pristupačnosti zdravstvene zaštite te preventivnog zdravstvenog ponašanja nalaze se direktori i stručnjaci, tj. skupine s najvišim socioekonomskim statusom; na dnu, s najlošijim pokazateljima, nalaze se poljoprivrednici i niže skupine radnika.

Ključne riječi: DRUŠTVENA STRATIFIKACIJA, ZDRAVSTVENO STANJE, ZAŠTITA ZDRAVLJA, MEĐUNARODNA ISTRAŽIVANJA, HRVATSKA

"... prisjećajući se što se dogodilo kad je 'nepotopivi' transatlanski luksuzni putnički brod Titanic udario u santu leda na svom prvom putovanju 1912 ... Službene liste poginulih pokazuju da su se utopila samo 4 ženska putnika iz prve klase (tri su dobrovoljno ostala na brodu) od ukupno 143. Među putnicima druge klase utopilo se 15 od 93 žene; a u trećoj klasi 81 od 179 žena putnika otišlo je zajedno s brodom pod more."

(W. Lord, 1955., prema Antonovsky, 1967., str. 31)

UVOD

Određenje zdravstvenih nejednakosti

Odavno je i opće poznato da pripadnost određenoj društvenoj skupini (staležu, klasi, sloju) može značajno utjecati na zdravlje, pojavu bolesti, medicinski tretman, kao i na samu smrt (Sigerist, 1944, Anderson, 1958, Rosen, 1973).¹

Društvene skupine općenito, bilo da se radi o spolnim ili dobnim skupinama, socioprofesionalnim skupinama i slojevima, ili nekim drugima, razlikuju se značajno po zdravstvenom stanju i zaštiti zdravlja. Društvena raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja, međutim, nije slučajna već je, kako to istraživanja pokazuju, najčešće povezana

¹) Autor zahvaljuje anonimnom recenzentu na iscrpnim i korisnim sugestijama.

s društvenom stratifikacijom. Položaj društvenih skupina unutar društvene ljestvice bitno se odražava na njihovo zdravstveno stanje i zdravstvenu zaštitu. Razlike u zdravlju i zaštiti zdravlja koje se među društvenim skupinama javljaju kao posljedica njihovog različitog (nejednakog) stratifikacijskog položaja nazivaju se **zdravstvene nejednakosti**.

Značenje zdravstvenih nejednakosti ne proizlazi iz razlika kao takvih. Ljudi se međusobno mogu razlikovati po svom zdravstvenom stanju i zaštiti zdravlja, međutim, ako su te razlike na neki način uvjetovane pripadnošću određenom društvenom sloju ili različitim socioekonomskim statusom, onda one imaju značenje društvenih zdravstvenih nejednakosti. Drugim riječima kazano, ukupne strukturirane društvene razlike - nejednakosti u položaju društvenih slojeva utječu na nejednakosti u njihovom zdravstvenom stanju (kao i na nejednakosti u ukupnom zdravstvenom ponašanju - dostupnosti, korištenju zdravstvene zaštite, preventivnom zdravstvenom ponašanju i sl).

Cilj ovog rada je na temelju teorijskih i empirijskih spoznaja analizirati različite pojavne oblike društvenih nejednakosti u zdravlju (zdravstvenom stanju) i zdravstvenom ponašanju. (U prvom dijelu radu analizirani su rezultati nekih međunarodnih istraživanja rađenih prvenstveno u visokorazvijenim zemljama. U drugom dijelu rada prikazani su rezultati istraživanja zdravstvenih nejednakosti u Zagrebu i okolici.)

Socijalni pristup u određenju zdravlja

Istraživanje utjecaja društvene stratifikacije na zdravlje, odnosno problem društvenih nejednakosti u zdravlju kao teorijski i istraživački problem razvio se iz šireg, socijalnog pristupa u određenju zdravlja.

Shvaćanje o socijalnoj determiniranosti zdravlja i bolesti dio je duge socijalno-epidemiološke i socijalno-medicinske tradicije iz sredine 19. st. čiji najistaknutiji predstavnici su bili Johann Peter Frank, Rudolf Virchow, Alfred Grotjahn, a u nas Andrija Štampar. Socijalni pristup zdravlju podrazumijeva da društvena sredina, posebno socijalni uvjeti života igraju značajnu ulogu kako u očuvanju zdravlja tako i u nastanku bolesti. Prema socijalno-medicinskoj paradigmi, bolesti imaju socijalne uzroke i socijalne posljedice. Bolest nikad nije isključivo događaj - poremećaj u ljudskom organizmu ili isključivo individualni slučaj. Bolest je (i) socijalni događaj, uvijek povezana s većim ili manjim društvenim skupinama (Lewis, 1953, Evang, 1976). Istraživački interes potrebno je stoga usmjeriti ne na samu bolest već i na bolesnika i njegovu ukupnu društvenu situaciju (Siegrist, 1974).

Istraživanja povezanosti socioekonomskih faktora i pojave bolesti kod različitih društvenih skupina bila su prva značajnija društveno-znanstvena istraživanja u području medicine i zaštite zdravlja. Ta istraživanja rađena su u Americi u 1920-im godinama, uglavnom od strane epidemiologa, javnozdravstvenih istraživača i ekonomista. Glavna sociološka istraživanja zdravlja, bolesti i zdravstvene zaštite, međutim, započinju u 1940-im godinama, i to iz perspektive "biheioralnih znanosti" (sociologije, socijalne antropologije i socijalne psihologije).

Od samih početaka sociološki pristup medicini nastojao je povećati razumijevanje različitih društvenih, ekonomskih i sociopsiholoških faktora koji utječu na zdravlje i pojavu bolesti, te povezati ih s ukupnom društvenom strukturom. Jedan od pionira medicinske sociologije bio je Bernhard J. Stern koji je prvi proučavao odnos bolesti, zdravlja i društva te 1927. objavio prvi deskriptivni rad iz tog područja pod naslovom "Social Factors in Medical Progress". Prvi objavljeni sociološki izvještaj s tog područja jest rad Otis D. Duncana: "Social Research on Health" iz 1946. godine (usp. Gordon et al., 1968). Sociološka istraživanja društvenih aspekata zdravlja i bolesti doživljavaju pravi procvat u Americi u 1950-im i 60-im godinama. Dobar uvid u ta prva značajnija sociološka medicinska istraživanja može se dobiti iz zbornika "Patients, Physicians and Illness" (Jaco, ed. 1958) i naročito iz "Disease, the Individual and Society" (Gordon et al, eds. 1968), gdje je dan pregled preko 250 istraživanja od oko tisuću napravljenih u razdoblju 1954.-60. godine. Ona se uglavnom bave sociološkim, socioekonomskim, sociokulturalnim ili sociopsihološkim faktorima bolesti.

Metodološki pristup u istraživanjima zdravstvenih nejednakosti

Značajni radovi su i prije ukazivali na pojavu društvenih nejednakosti u zdravlju, ali ovaj problem nije, osim u krugovima stručnjaka, privlačio širu pažnju sve do početka 1980-ih godina, kada zdravstvene nejednakosti postaju jednom od dominantnih istraživačkih tema u evropskoj medicinskoj sociologiji i jednim od važnih interesa socijalne politike svih razvijenih zemalja. Oživljavanju interesa za nejednakosti u zdravlju pridonijeli su razvitak medicinske sociologije u 1970-im godinama (Sokolowska, Siegrist, 1986) i društveni procesi poput ekonomske recesije, porasta nezaposlenosti, krize "države blagostanja" i slično.

Dva su značajnija poticaja za istraživanje zdravstvenih nejednakosti u evropskom kontekstu. Jedan predstavlja objavljivanje knjige "Inequalities in Health - The Black Report" (Townsend and Davidson, 1982) koja je zapravo izvještaj Parlamentu o stanju zdravlja u Velikoj Britaniji. U njoj je pokazano da, unatoč visoko socijaliziranoj zdravstvenoj zaštiti, i dalje postoje značajne nejednakosti u zdravstvenom stanju među osnovnim društvenim (socioprofesionalnim) klasama u engleskom društvu. Drugi značajan poticaj istraživanjima zdravstvenih nejednakosti nova je zdravstvena politika Svjetske zdravstvene organizacije proklamirana 1984. godine pod naslovom "Zdravlje za sve".

U istraživanjima zdravstvenih nejednakosti najčešće se razlike u zdravstvenom stanju (i korištenju zdravstvene zaštite) analiziraju u odnosu na društvenu (socioekonomsku) klasu-sloj ili socioekonomski status (SES). Pripadnost društvenom sloju određuje se uglavnom na osnovi skupine zanimanja, a rjeđe prihodom i obrazovanjem, dok je socioekonomski status najčešće operacionaliziran varijablama prihoda, obrazovanja i zanimanja, kao i varijablama općeg standarda, stanovanja i obiteljskog statusa. Za mjerenje zdravstvenog stanja najčešće se koriste pokazatelji učestalosti i porasta oboljenja te stope smrtnosti i očekivanog trajanja života na razini društvene skupine. Od individualnih pokazatelja zdravstvenog stanja, koriste se samouočeno zdravstveno stanje, opažanje simptoma i težine simptoma, emocionalna osjetljivost na bolest, izostanak s posla ili ograničenost u poslu zbog bolesti i slično.

Brojna istraživanja zdravstvenih nejednakosti, uglavnom u zemljama s dugom tradicijom socioznanstvenog pristupa medicini (Velika Britanija, Nizozemska, Skandinavske zemlje, neki centri u SAD), često se temelje na korištenju redovitih statističkih podataka, jer u većini razvijenih zemalja statistička služba redovito prati pokazatelje zdravlja i zdravstvene zaštite u odnosu na socioekonomske pokazatelje. Često je zapravo riječ o podacima iz redovitih zdravstvenih anketa kao što je npr. "General Household Survey" (Opća anketa domaćinstva) u Velikoj Britaniji ili "National Health Interview Survey" (Nacionalna zdravstvena anketa) u SAD. Najpoznatija je svakako zdravstvena statistika u Velikoj Britaniji gdje se već od 1911. godine prate zdravstveni pokazatelji s obzirom na šest osnovnih društvenih "klasa" (socio-profesionalnih skupina). Prema "British Register General" te su društvene (profesionalne) klase ovako klasificirane: I. - stručnjaci ("professionals") npr. liječnici, odvjetnici, knjigovođe; II. - posredni niži stručnjaci ("intermediate") npr. menadžeri, medicinske sestre, učitelji; III. N - obrazovani nemanualni ("skilled non-manual") npr. službenici, sekretarice, prodavači; III. M - kvalificirani manualni ("skilled manual") npr. vozači, mesari, rudari; IV. - djelomično kvalificirani ("partly skilled") npr. radnici u poljoprivredi, pošтари, kondukteri; V. - nekvalificirani ("unskilled") npr. čistači, lučki radnici (Townsend and Davidson, 1982).

Objašnjenje nastanka zdravstvenih nejednakosti

Pojava zdravstvenih nejednakosti posljedica je društvene stratifikacije, tj. opće strukturane društvene nejednakosti. Nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti.

Tipično sociološko strukturalno objašnjenje nastajanja zdravstvenih nejednakosti objašnjava zdravstveno stanje društvenih skupina kao rezultat dugoročne akumulacije zdravih

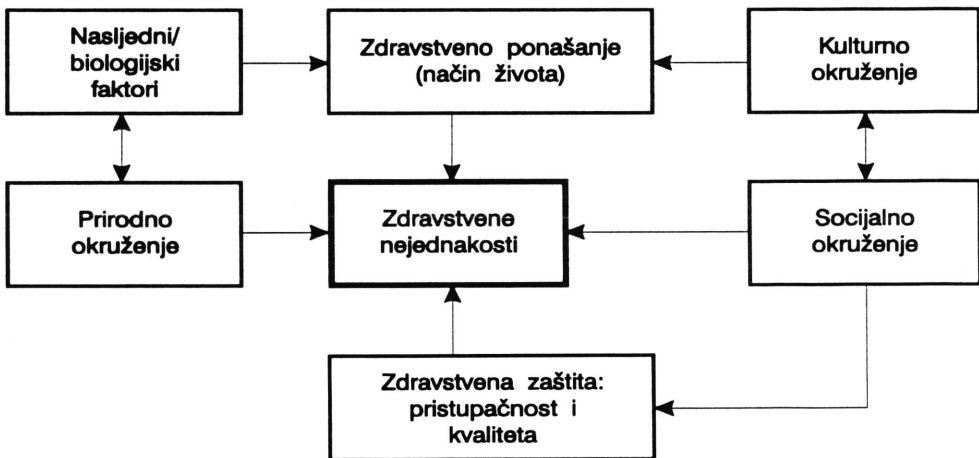
ili štetnih utjecaja kojima su društvene skupine izložene unutar društvene strukture. Ti su utjecaji posljedica klasno-slojne pripadnosti (zanimanja), obrazovanja, bogatstva i odgovarajućih životnih šansi (Illsley, 1986). Nejednakosti u zdravlju pojavljuju se ili direktno kao izravna posljedica društveno-ekonomske sredine (npr. siromaštvo, slaba prehrana, štetna okolina, rizično ponašanje) ili indirektno (npr. nedovoljno obrazovanje ili nedostupnost zdravstvene zaštite).

Društvene se (klasno-profesionalne) nejednakosti u zdravlju pokušavaju objasniti još nekim pristupima. U poznatom izvještaju o zdravstvenim nejednakostima u V. Britaniji "The Black Report" (Townsend and Davidson, 1982; Blane, 1985), spominje se nekoliko tipova objašnjenja pojave društvenih nejednakosti u zdravlju:

1. "Artefakt" objašnjenje (nejednakosti su statistički "artefakti" koji nastaju zbog "umjetnog" načina mjerenja varijabli zdravlja i društvene klase);
2. Objašnjenje prirodnom ili socijalnom selekcijom (zdravlje kao nezavisna varijabla utječe na socijalnu mobilnost i socioprofesionalni status);
3. Materijalističko ili strukturalno objašnjenje (zdravlje je zavisna varijabla faktora društvene strukture - socioklasne pripadnosti i socioekonomskih faktora);
4. Kulturalno /bihevioralno objašnjenje (zdravlje je rezultat niza faktora pozitivnog ili negativnog zdravstvenog ponašanja koje je pod širim utjecajem kulturalnih faktora).

Ta objašnjenja mogu se prikazati zajedno primjerom socioekološkog modela zdravlja, kako to predlaže S. Letica (1989) - slika 1.

Slika 1 Socioekološki model zdravlja upotrijebljen za objašnjenje zdravstvenih nejednakosti (Izvor: Letica, 1988, str. 75; Letica and Lang, 1989, str. 89)



DRUŠTVENA STRATIFIKACIJA I ZDRAVSTVENO STANJE - PREGLED REZULTATA NEKIH MEĐUNARODNIH ISTRAŽIVANJA

Nejednakosti u mortalitetu, očekivanom trajanju života i uzrocima smrti

Socioekonomske nejednakosti očituju se u smrtnosti, općoj i onoj specifičnoj prema uzrocima smrti.

Smrtnost dojenčadi posebno je osjetljiv pokazatelj društvenih nejednakosti. Pripadnost određenom društvenom sloju značajno utječe na šanse djeteta da će ostati u životu. U povijesnom pregledu (Anderson, 1958) pokazuje se kako se gotovo od razdoblja renesanse može pratiti povezanost između pripadnosti višim (vladajućim), bogatim društvenim skupinama i znatno nižeg mortaliteta dojenčadi u odnosu na ostalo stanovništvo. Tako je npr. mortalitet dojenčadi u vladajućim evropskim porodicama u 18. stoljeću bio 153/1000, što je točno stopa mortaliteta dojenčadi koju su najniži društveni slojevi (profesionalna skupina V.) u Engleskoj i Welsu dostigli tek 1911. godine (tj. preko sto godina kasnije). U prvoj polovici 19. stoljeća mortalitet dojenčadi kod vladajućih evropskih porodica bio je 96, što je na nivou opće populacije postignuto tek 50 godina kasnije. Krajem 19. i u prvoj polovici 20. stoljeća među urbanim stanovništvom Zapadne Evrope mortalitet dojenčadi u najvišim i najbogatijim društvenim klasama bio je više od dva puta manji od onog kod najsiromašnijih. Premda se povijesno gledano klasni jaz u mortalitetu dojenčadi smanjuje, još postoji značajna obrnuta povezanost društvene klase i mortaliteta dojenčadi, osobito u postneonatalnom mortalitetu (smrtnosti od prvog mjeseca do prve godine dana, koja je upravo najovisnija o socioekonomskom statusu).

U svakako najpoznatijoj studiji o zdravstvenim nejednakostima (spomenuti "The Black Report") pokazano je da se u Velikoj Britaniji unatoč trideset godina postojanja nacionalne zdravstvene službe i dalje pojavljuju izrazite nejednakosti u mortalitetu (i morbiditetu) među osnovnim društvenim (profesionalnim) klasama-slojevima (Townsend and Davidson, 1982). Socioklasne nejednakosti se pojavljuju tijekom čitavog životnog ciklusa - kod rođenja, u prvoj godini života, u djetinstvu i kod odraslih. U svakoj dobi, ljudi iz najniže klase (V.) imaju veću smrtnost u odnosu na najviše klase - slojeve. Nejednakosti nisu iste tokom života - općenito one su više izražene na početku života, a manje u ranijoj odrasloj dobi - slika 2.

Nejednakosti su posebno velike u mortalitetu dojenčadi. Pri rođenju i tijekom prvog mjeseca života rizik smrti djeteta dvostruko je veći u klasi nekvalificiranih radnika (V.) nego u klasi stručnjaka (I.). Od kraja prvog do kraja 12. mjeseca života razlika je u smrtnosti djeteta tri puta veća u klasi V. nego u klasi I. Među ženskom djecom razlike su još veće.

I neke druge analize potvrđuju značajnost društvenih nejednakosti u reprodukcijском mortalitetu, usp. tablicu 1.

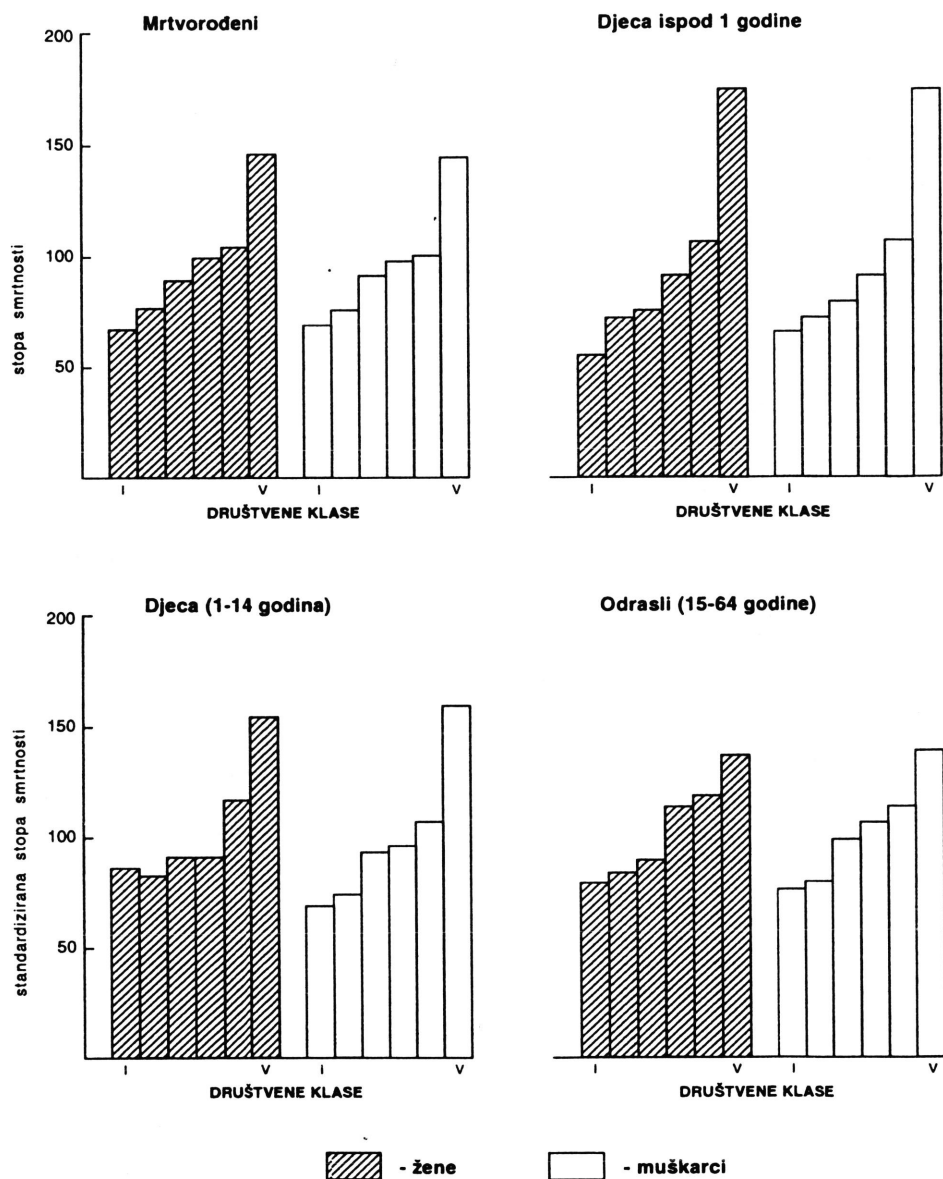
Tablica 1 Porođajna težina, mortalitet dojenčadi i maternalni mortalitet u odnosu na društvenu (profesionalnu) klasu (Engleska i Wales)

Društvena (profesionalna) klasa	I.	II.	III.N	III.M	IV.	V.
Porođajna težina < 2500 gr., 1980. (%)	5,3	5,3	5,8	6,6	7,3	8,1
Mortalitet dojenčadi* / 1000, 1975.-76.	10,2	11,1	11,8	13,7	16,3	23,0
Neonatalni mortalitet*	7,4	8,1	8,5	9,5	10,9	14,4
Postneonatalni mortalitet*	2,8	3,0	3,3	4,2	5,4	8,6
Perinatalni mortalitet / 1000, 1978.-79.	11,2	12,0	13,3	14,7	16,9	19,4
Maternalni mortalitet, standardiziran, 1970.-72.	79	63	86	99	147	144

Izvor: Marmot et al. (1987:113)

* OPCS 1978 prema Morris (1979:87)

Slika 2 Smrtnost prema društvenoj (profesionalnoj) klasi, dobi i spolu, Engleska i Wels, 1970.-72. god. (Izvor: OPCS 1978, prema Townsend and Davidson, 1982, str. 52)



Povezanost društvene klase, očekivanog trajanja života i opće smrtnosti analizirao je A. Antonovsky (1967) na temelju tridesetak studija i došao do neizbježnog zaključka da postoji jaka i povijesno konzistentna inverzna linearna povezanost između socioklasne pri-

padnosti (i socioekonomskog statusa) i mortaliteta kao općeg indikatora zdravstvenog stanja. Visok SES osnovni je uzročni čimbenik dužeg života.

Razlike u općoj smrtnosti između društvenih klasa, kako podaci za Englesku pokazuju, povećavaju se. Standardizirani opći mortalitet u razdoblju 1970.-72. godine bio je kod muškaraca 1,8 puta veći u klasi V. nego u klasi I., a u razdoblju 1979.-83. godine čak 2,5 puta veći (tablica 2). Na temelju tih podataka, prosječno je trajanje života za pripadnike najviše klase (I.) bilo 7,17 godina duže od onih iz najniže klase (V.) (Macintyre, 1986).

Tablica 2 Opći mortalitet u odnosu na društvenu (profesionalnu) klasu i spol (Engleska i Wales)

Društvena (profesionalna) klasa		I.	II.	III.N	III.M	IV.	V.
Mortalitet (1-14 god.) standardiziran							
1970.-72.	M	74	79	95	98	112	162
	Ž	89	84	93	93	120	156
Mortalitet (15-64 god.) standardiziran							
1970.-72.	M	77	81	99	106	114	137
	Ž	82	87	92	115	119	135
1979.-83.*	M	66	76	94	106	116	165

Izvor: OPCS 1978, prema Marmot et al. (1987:113)

* OPCS 1978, 1986, prema Mackenbach et al. (1989:37, 63)

Tablica 3 Specifični mortalitet u odnosu na društvenu (profesionalnu) klasu (standardiziran, muškarci 15-64 god., Engleska i Wales, 1970.-72.)

Društvena (profesionalna) klasa	I.	II.	III.N	III.M	IV.	V.
Kronična ishemična bolest srca* (infarkt miokarda)	87	86	108	106	111	123
Kronična reumatska bolest srca	77	80	117	103	116	124
Moždani udar	80	86	98	106	111	136
Rak bronha i pluća*	53	68	84	118	123	143
Bronhitis, emfizema i astma*	36	51	82	113	128	188
TBC pluća	26	41	84	89	124	254
Upala pluća	41	53	78	92	115	195

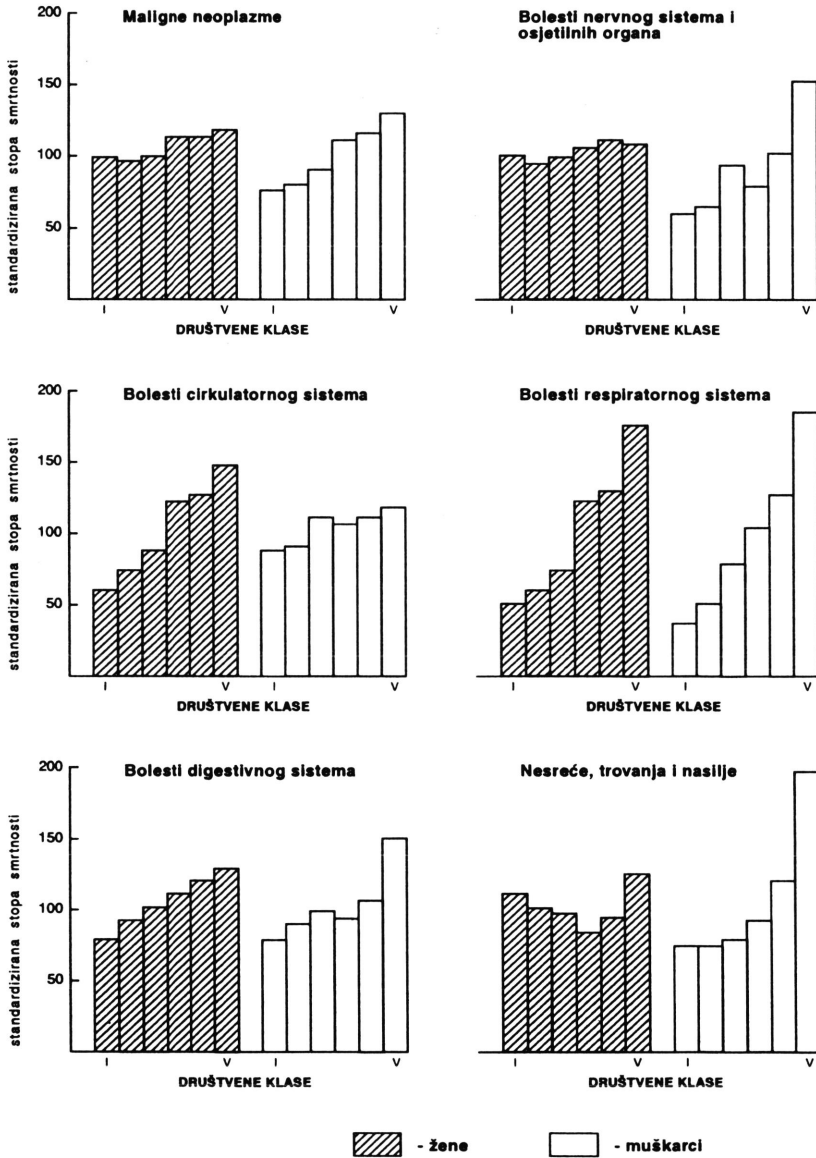
Izvor: OPCS 1978, 1986, prema Mackenbach et al. (1989:37, 63)

* OPCS 1978, prema Blane (1985:442)

Značajne nejednakosti između društvenih skupina postoje, kako to mnoga istraživanja pokazuju, i u svim osnovnim uzrocima smrti (tablica 3 i slika 3).

Obrnuta povezanost s pripadnošću društvenoj klasi ili socioekonomskoj skupini naročito je izražena u smrtnosti uzrokovanj nesrećama, respiratornim (i općenito infektivnim) bolestima, ali i u smrtnosti od kroničnih i degenerativnih bolesti kao što su kardiovaskularne bolesti i rak. Naime, veći je stupanj smrtnosti od tih bolesti u nižim nego u višim društvenim skupinama. (Tako je, na primjer, standardizirana stopa smrtnost od infarkta miokarda bila u Engleskoj i Welsu 1971.-72. 26% veća kod muškaraca iz klase V. nego onih iz klase I. Kod žena ta je razlika u mortalitetu znatno veća - čak 152% veći mortalitet od srčanih bolesti kod žena je u klasi V. nego u klasi I. (Rose and Marmot 1981).

Slika 3 Smrtnost prema uzrocima i društvenoj (profesionalnoj) klasi, za dob 15-64, u Engleskoj i Welsu, 1970.-1972. godine
(Izvor: OPCS 1978, prema Townsend and Davidson, 1982, str. 55)



Općenito se smrtnost od kardiovaskularnih bolesti smanjuje, ali se jaz između društvenih slojeva povećava, tj. smrtnost od bolesti srca, cerebralnih bolesti i od raka pluća u porastu je među nižim manualnim socioekonomskim skupinama (Marmot et al., 1984; 1986).

Nejednakosti u morbiditetu

Obolijevanje i pojedine vrste bolesti također su izrazito nejednako distribuirani među društvenim slojevima i u odnosu na socioekonomski status. Zanimanje, prihodi i obrazovanje najznačajniji su od socioekonomskih faktora povezanih s pojavom bolesti.

Već u prvim (američkim) istraživanjima pokazano je kako društvene skupine nižeg socioekonomskog statusa (najčešće nižih prihoda, nižeg obrazovanja) u odnosu na više znatno češće obolijevaju, posebno od kroničnih bolesti, pokazuju veći stupanj nesposobnosti za rad i češću odsutnost s posla zbog bolesti, izraženiji invaliditet i slično (Lawrence, 1948, Graham, 1957, Kadushin, 1964, Antonovsky, 1968, Mechanic, 1972).

Istraživanja također potvrđuju pozitivnu povezanost višeg socioekonomskog statusa (ili njegovih dimenzija) i boljeg zdravstvenog stanja. Što su viši prihodi, nivo obrazovanja, zanimanje ili samoprocijenjeni opći društveni status viši je i zdravstveni status (Freeborn et al., 1977, Wolinsky, 1981). SES utječe na doživljaj simptoma bolesti, njihovu ozbiljnost i samoprocjenu općeg zdravstvenog stanja. Ispitanici nižeg obrazovanja i nižih prihoda značajno češće imaju simptome bolesti (i zbog toga češće odlaze liječniku). Oni višeg obrazovanja i prihoda u većini ocjenjuju svoje zdravstveno stanje najboljim (Cocherham et al., 1988a).

U Velikoj Britaniji se na osnovi podataka iz redovite Opće ankete domaćinstava, koji govore o samouočenim simptomima bolesti i posjetama liječniku, zaključuje o postojanju značajnih klasnih nejednakosti u obolijevanju, i to izraženijih u kroničnim nego akutnim bolestima. Stopa kroničnih bolesti raste što je niži socioekonomski položaj na stratifikacijskoj ljestvici. Tako je za razdoblje 1971.-76. godine ustanovljena učestalost samoprijavljenih ograničavajućih dugotrajnih (kroničnih) bolesti tri puta veća među pripadnicima najniže klase V. (skupina nekvalificiranih zanimanja) nego među onima iz klase I. (stručnjaci). Stopa smanjene aktivnosti zbog akutne bolesti bila je kod nekvalificiranih radnika (muškaraca) 1,5 puta veća nego kod stručnjaka (Townsend and Davidson, 1982; usp. tablicu 4).

Tablica 4 Bolesnost (morbiditet) u odnosu na socioekonomsku skupinu (za dob 15-44 god, na 1000, Engleska i Wales, 1971.-76.)

Socioekonomska skupina	Dugotrajne ograničavajuće bolesti		Akutne bolesti*	
	M	Ž	M	Ž
Stručnjaci	79	81	105	134
Menadžeri i sl.	119	115	113	137
Posredni	143	140	116	155
Kvalificirani	141	135	123	160
Polukvalificirani	168	203	131	160
Nekvalificirani	236	257	153	158
Odnos nekvalificirani radnici/stručnjaci	3,0	3,2	1,5	1,2

* 1972.-1976., mjerene posjetama liječniku u razdoblju od dva tjedna

Izvor: GHS 1976, prema Townsend and Davidson (1982:63)

U istraživanju subjektivnog (samoprocijenjenog) zdravlja u Velikoj Britaniji (Blaxter 1987) 36% ispitanika iz klase V. ocjenjuje svoje zdravstveno stanje lošim, a samo 12% onih iz klase I. Izrazite razlike postoje u doživljaju simptoma bolesti - učestalost simptoma veća je kod nižih manualnih skupina nego kod viših nemanualnih.

Značajne društvene nejednakosti javljaju se, kako to mnoga istraživanja pokazuju, u različitim vrstama bolesti. Posebno je negativna povezanost s društvenom klasom uočljiva kod kardiovaskularnih bolesti (Antonovsky, 1968). Rizici obolijevanja od srčanih bolesti izraženiji su u nižim manualnim socioekonomskim skupinama radnika (Rose and Marmot, 1981, Siegrist et al., 1986, Pocock et al., 1987). Ljudi iz nižih socioekonomskih skupina imaju značajno viši krvni tlak od onih iz viših skupina (Evans and Tunbridge, 1981). Neke vrste raka, posebno pluća, želuca i cervixa, raširenije su među nižim radničkim skupinama zanimanja (Brown et al., 1975, Brown, 1984, Vagero and Persson, 1986). Značajna povezanost s pripadnošću nižim društvenim klasama postoji i u slučaju dijabetesa (Lancet, edit. 1982). Društvena stratifikacija očituje se i u zdravlju zuba i zdravlju očiju. U Velikoj Britaniji (1978) 11% ljudi iz klase I. u odnosu na 47% onih iz klase V. nije imalo zube. Nekvalificirani slojevi su imali dva puta više problema s vidom od stručnjaka (Macintyre, 1986). U poznatoj studiji Hollingsheada i Redlicha (1958) ustanovljena je značajna povezanost raširenosti mentalnih bolesti i pripadnosti društvenoj klasi. Raširenost mentalnih bolesti veća je kod nižih klasa ili skupina nižeg socioekonomskog statusa (Kecmanović, 1971, Eaton, 1975, Deppe, 1978).

Društvena stratifikacija i nejednakosti u zdravstvenim rizicima, zdravstvenim navikama i zdravim stilovima življenja

Brojne studije ukazuju na razlike u stilovima življenja između društvenih slojeva, koje značajno utječu na njihovo zdravstveno stanje.

Društvene skupine se razlikuju po zdravstveno štetnim oblicima ponašanja. U istraživanju provedenom u Švedskoj 1977./78. godine (Dahlgren and Diderichen, 1986) pokazano je kako su zdravstveni rizici koji proizlaze iz uvjeta života i načina ponašanja nejednako raspoređeni među različitim društvenim skupinama, što utječe na njihov zdravstveni status. Niži manualni radnici izloženi su većim rizicima zbog nezaposlenosti, lošijih (težih) uvjeta rada, stanovanja i slično (tablica 5).

Tablica 5 Zdravstveni rizici prema socioekonomskim skupinama (Švedska, 1977.-78.)*

Socioekonomske skupine	Zdravstveni rizici									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pomoćni (fizički) radnici	+7	+4	+18	+7	+7	+5	+2	-1	-1	+10
Nekvalificirani radnici	+2	+12	+20	+8	+7	+3	+2	+1	-1	+8
Kvalificirani radnici	-1	+7	+18	+16	+1	0	+3	0	-1	+8
Nemanualni, niži	0	-5	-16	-13	-3	+3	-3	+3	-6	+5
Nemanualni, srednji	-5	-5	-29	-13	-7	-4	0	+1	-6	-2
Nemanualni, visoki	-5	-11	-44	-22	-9	-5	-3	+3	-7	-3
Poduzetnici	+1	-	+5	+4	-6	-1	-5	+1	-1	+5
Poljoprivrednici	-4	-	+20	+8	-6	0	-14	+3	+6	-23
Ukupno, 16-64 god., %	12	17	65	36	11	9	16	5	14	37

* Postotak odstupanja od prosjeka iskazanog u zadnjem retku.

Zdravstveni rizici: 1. Povremeno nezaposlen u posljednjih pet godina
 2. Nesocijalno radno vrijeme
 3. Fizički napor na poslu
 4. Rad s rizičnim supstancama
 5. Intenzivan, monoton rad
 6. Prenapučen ili zastarjeli stambeni prostor
 7. Česta vandalizacija područja stanovanja
 8. Imao nesreću na cesti u protekloj godini
 9. Nikakve športske aktivnosti u slobodno vrijeme
 10. Svakodnevno pušenje

Izvor: Dahlgren and Diderichsen (1985:175)

U istraživanju zdravstvenih navika rađenom u Finskoj (Aro et al., 1986) zdravstvene su navike manje popularne među "blue-collar" nego među "white-collar" radnicima. Isto tako, što je viši stupanj obrazovanja veći je i interes za unapređenje vlastitoga zdravlja. Općenito, viši socioekonomski status je povezan sa zdravijim stilovima življenja. Tako je u komparativnom istraživanju društvene stratifikacije u odnosu na zdrave stilove življenja rađenom u Zapadnoj Njemačkoj i SAD (Cockerham et al., 1988a; 1988b) utvrđeno da viša razina obrazovanja i zanimanja utječe na češće bavljenje športom i rekreacijom, te na izbor zdrave prehrane. To istraživanje je, međutim, otkrilo da osobe viših prihoda općenito piju više alkohola.

Niže socioekonomske skupine, kao što pokazuju podaci za Nizozemsku i V. Britaniju (tablice 6 i 7), ponašaju se nezdravije (rizičnije) i manje sudjeluju u preventivnim zdravstvenim programima, za razliku od društvenih skupina višeg SES-a koje su bolje preventivno zaštićene od rizika bolesti.

Tablica 6 Zdravstveno ponašanje u odnosu na socioekonomsku skupinu (Nizozemska, 1983., %)

	Socioekonomska skupina*						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Ne puši	58	59	55	51	43	68	64
Ne pije	14	18	22	30	22	30	43
Bavljenje športom							
- plivanje	53	54	46	47	51	35	24
- fizičko vježbanje	59	59	56	40	45	29	22

* 1. stručnjaci, 2. poslodavci i direktori, 3. posredni (službenici) i niži nemanualni radnici, 4. manualni radnici, 5. sitni poduzetnici i trgovci, 6. poljoprivredni radnici, 7. ostali

Izvor: Mackenbach and Maas (1989:59)

Tablica 7 Zdravstveno ponašanje u odnosu na socioekonomsku grupu i spol (Velika Britanija)

Socioekonomska skupina	Učestalost pušenja cigareta*		Bavljenje športovima na otvorenom	
	M	Ž	M	Ž
Stručnjaci	17	15	42	30
Poslodavci i menadžeri	29	29		
Posredni	30	28	34	27
Kvalificirani	40	37	23	17
Polukvalificirani	45	37	17	14
Nekvalificirani	49	36	15	11

* 1984, ** 1977

Izvor: GHS 1985, prema - Marmot et al. (1987:113)

OSNOVNE DRUŠTVENE SKUPINE, ZDRAVLJE I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U NAS - REZULTATI ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI U ZAGREBU I OKOLICI

Premda je već rano ustanovljeno da su zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita vrlo osjetljiva područja očitovanja društvene stratifikacije, značajnijih istraživanja pojave zdravstvenih nejednakosti u Hrvatskoj dosad nije bilo. Razlog tome S. Letica (1989) nalazi u postojanju "egalitarnog sindroma" u bivšoj jugoslavenskoj javnozdravstvenoj ideologiji i zdravstvenom zakonodavstvu (zdravstvenoj politici).

Empirijsko istraživanje društvenih nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, čiji su rezultati prikazani u ovome radu, provedeno je u Zagrebu i okolici 1990. godine i predstavlja prvi sociološko-znanstveni uvid u problem zdravstvenih nejednakosti u nas (Mastilica, 1991). Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost društveno-slojne pripadnosti s razlikama u zdravlju (zdravstvenom stanju) i zdravstvenoj zaštiti. Istraživanje je provedeno anketom na slučajnom stratificiranom uzorku radno-aktivnog stanovništva grada Zagreba i nekoliko okolnih seoskih naselja. Uzorak (N=433) stratificiran je s obzirom na pripadnost ispitanika društvenoj skupini, određenoj na temelju stručne spreme i radnog mjesta ispitanika. Zdravstvene nejednakosti promatrane su s obzirom na sljedeće društvene skupine: direktori (n=35), stručnjaci (n=60), službenici (n=85), VKV/KV radnici (n=127), PKV/NKV radnici (n=60) i poljoprivrednici (n=66).

Nejednakosti u zdravstvenom stanju

Kako je to već u istraživanjima u drugim zemljama uočeno, **samouočeno zdravstveno stanje** može poslužiti kao važan pokazatelj zdravstvenih nejednakosti. U tablici 8 prikazana je distribucija samouočenog općeg zdravstvenog stanja s obzirom na pripadnost društvenoj skupini.

Tablica 8 Društvene skupine i samouočeno zdravstveno stanje (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Samouočeno zdravstveno stanje				
	jako dobro	dobro	osrednje	loše	jako loše
Direktori	17,1	42,9	37,1	2,9	-
Stručnjaci	25,0	40,0	31,7	3,3	-
Službenici SSS	17,6	38,8	30,6	8,2	4,7
VKV/KV radnici	21,3	28,3	35,4	8,7	6,3
PKV/NKV radnici	13,3	16,7	53,3	15,0	1,7
Poljoprivrednici	15,2	18,2	39,4	18,2	9,1

C=.29954 p<.005

Pripadnici viših društvenih skupina percipiraju svoje zdravstveno stanje boljim nego niže društvene skupine; 65% stručnjaka ocjenjuje svoje zdravstveno stanje jako dobrim i dobrim, a samo 30,0% PKV/NKV radnika. Oko 3% direktora drži svoje zdravstveno stanje lošim, a čak 27,3% poljoprivrednika. U pogledu vrste bolesti društvene se skupine u ispitivanoj zagrebačkoj populaciji značajno ne razlikuju, međutim, kad se mjere **doživljajem simptoma bolesti**, onda su nejednakosti uočljivije (tablica 9). Najmanje simptoma (do dva) doživljavali su stručnjaci i direktori. Najviše (sedam i više simptoma) imali su poljoprivrednici i nekvalificirani radnici.

Tablica 9 Društvene skupine prema broju doživljenih simptoma (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Broj doživljenih simptoma		
	0-2	3-6	7 i više
Direktori	57,1	31,4	11,4
Stručnjaci	61,7	28,3	10,0
Službenici SSS	35,3	48,2	16,5
VKV/KV radnici	38,6	40,9	20,5
PKV/NKV radnici	35,0	41,7	23,3
Poljoprivrednici	15,2	48,5	36,4

C=.29118 p<.0001

Zdravstveno stanje društvenih skupina mjereno je i pokazateljima učestalosti bolova (u toku godine dana) i zabrinutosti za vlastito zdravlje.

Tablica 10 Društvene skupine i učestalosti bolova (u godinu dana, Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Vrlo često	Često	Ponekad	Rijetko	Uopće ne
Direktori	2,9	20,0	31,4	28,6	17,1
Stručnjaci	1,7	10,0	48,3	31,7	8,3
Službenici SSS	10,5	21,2	36,5	20,0	11,8
VKV/KV radnici	11,0	19,7	37,8	20,5	11,0
PKV/NKV radnici	10,2	25,4	32,2	27,1	5,1
Poljoprivrednici	12,2	18,2	31,8	13,6	24,2

C=.26151 $p < .05$

Tablica 11 Društvene skupine i zabrinutost za vlastito zdravlje (u godinu dana, Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Vrlo mnogo	Mnogo	Ponešto	Malo	Nimalo
Direktori	5,7	8,6	40,0	22,9	22,9
Stručnjaci	-	1,7	47,5	37,3	13,6
Službenici SSS	7,1	18,8	31,8	28,2	14,1
VKV/KV radnici	10,2	15,7	29,1	31,5	13,4
PKV/NKV radnici	11,7	11,7	18,3	43,3	15,0
Poljoprivrednici	16,7	12,1	22,7	27,3	21,2

C=.28915 $p < .01$

Direktori u 45,7% slučajeva i stručnjaci u 40% slučajeva rijetko su ili nisu doživljavali bolove u toku godine dana, dočim je 35,6% PKV/NKV radnika bolove imalo često ili vrlo često. Te razlike statistički su značajne i postoji izražena (premda blaga) povezanost između doživljaja bolova i pripadnosti društvenoj skupini.

U pogledu zabrinutosti za zdravlje rezultati pokazuju da su najzabrinutiji za svoje zdravlje bili poljoprivrednici (28,8%), a uopće ne ili rijetko direktori (45,8%). Povezanost između zabrinutosti za zdravstveno stanje i slojne pripadnosti također je statistički značajna.

Nejednakosti se odražavaju i u zdravlju zuba. Ispitivane skupine se, iako ne izrazito, razlikuju, tako da je od onih koji su patili zbog zubobolje najviše (35,6%) bilo PKV/NKV radnika, a najmanje (15%) stručnjaka. Općenito, najviše problema sa zubima imali su službenici, radnici i poljoprivrednici, a najmanje stručnjaci i direktori. Između društvenih skupina razlike su statistički značajne kada je u pitanju broj izvađenih zubi i zaštita zuba (saniranosti zdravstvenog stanja zuba). Nejednakosti su najizraženije u pogledu plombiranih zuba (88,6% direktora ima plombirane zube za razliku od 31,8% poljoprivrednika; tablica 12).

Tablica 12 Društvene skupine i zdravlje zubi (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Imaju više od pola izvađenih zubi	Imaju plombirane zube	Imaju zubni most	Nemaju zaštićene zube
Direktori	9,1	88,6	40,0	-
Stručnjaci	17,5	80,0	31,7	1,7
Službenici SSS	18,8	82,4	28,2	2,4
VKV/KV radnici	21,3	70,9	15,7	7,9
PKV/NKV radnici	37,9	58,3	15,0	18,3
Poljoprivrednici	50,8	31,8	4,5	33,3
C	.27909	.35320	.25055	.33833
p<	.0001	.0001	.0001	.0001

Nejednakosti u korištenju zdravstvene zaštite

Pripadnost društvenoj skupini može utjecati na korištenje zdravstvene zaštite. Razlike među ispitivanim društvenim skupinama u Zagrebu i okolici u pogledu korištenja primarne zdravstvene zaštite, specijalističke i bolničke zaštite, međutim, nisu značajno izražene. Ipak može se primijetiti da direktori malo ili nimalo koriste usluge liječnika opće medicine (u najvećem broju - 60% jedanput ili niti toliko), dok je svaki treći poljoprivrednik bio četiri i više puta kod liječnika opće medicine tijekom godine dana. Analiza posjeta liječniku-specijalisti kao i korištenje bolničke zaštite pokazuje da je korištenje tih službi relativno jednako raspoređeno među društvenim skupinama. To je i očekivano jer je riječ o ne-diskrecijskim oblicima zaštite (onima koji nisu izabrani od strane pojedinaca već propisani od liječnika). Rezultati ukazuju da specijaliste većinom posjećuju stručnjaci (61,7%, od kojih 33,3% dva ili više puta) i službenici (60,0%). Poljoprivrednici većinom ne idu na specijalističke preglede (54,5%), ali niti direktori (62,9%). U bolnici je tijekom godine dana bilo najviše poljoprivrednika, a najmanje stručnjaka. Kad se analizira korištenje visokodiskrecijske (izabrane) zaštite, kao što je stomatološka zaštita, među ispitivanim skupinama uočljive su bitne razlike. Usluge stomatologa najmanje koriste poljoprivrednici i radnici, a najviše stručnjaci i službenici.

Tablica 13 Društvene skupine prema broju posjeta stomatologu (tijekom godine, Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	nije bio	Broj posjeta stomatologu		
		1	2-3	više
Direktori	40,0	28,6	17,1	14,3
Stručnjaci	18,3	18,3	36,7	26,7
Službenici SSS	29,3	22,4	21,2	27,1
VKV/KV radnici	45,7	19,7	11,0	23,6
PKV/NKV radnici	50,0	18,3	6,7	25,0
Poljoprivrednici	68,2	11,1	8,7	12,0

C=.34531 p<.0001

Nejednakosti u pristupačnosti zdravstvene zaštite

Promatrane društvene skupine znakovito se diferenciraju u **prostornoj pristupačnosti**, tj. vremenu potrebnom za dolazak do liječnika, kao i u vremenu čekanja na pregled u ambulanti. Za odlazak liječniku (uobičajenim prijevoznim sredstvima) potrebno je do 30 minuta većini direktora (85,7%), stručnjaka (85,0%), ali i većini poljoprivrednika (84,9%) - što vjerojatno govori o relativno dobroj ambulatnoj pokrivenosti suburbanog područja Zagreba, gdje je provedeno anketiranje poljoprivrednika. Najduže do liječnika trebaju putovati radnici (u 40% slučajeva duže od pola sata). **Vrijeme čekanja** na pregled kod liječnika (tablica 14) najkraće je za direktore, dok najduže čekaju poljoprivrednici. **Osobna pristupačnost liječnika** ispitivana je s dva pokazatelja. Društvene skupine izrazito se stratificiraju s obzirom na ulazjenje preko reda k liječniku (tablica 15) kao i u pogledu osobnog poznanstva s liječnikom.²⁾

²⁾ Većinom se poznaju s liječnikom direktori (71,5%) i poljoprivrednici (83,4%), što govori o specifičnosti uloge "seoskog" liječnika koji je čest gost u seoskim domaćinstvima i bez obzira na njihove zdravstvene potrebe. Većina radnika (78,3% PKV/NKV i 75,5% VKV/KV), službenika (62,4%) i stručnjaka (55,0%) ne poznaje se osobno s liječnikom (p<.0001, C=.45164).

Tablica 14 Društvene skupine prema dužini čekanja u ambulanti (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Dužina čekanja					
	do 15'	15-30'	30-60'	1-2 h	2-3 h	više
Direktori	48,6	28,6	11,4	11,4	-	-
Stručnjaci	26,7	20,0	38,3	15,0	-	-
Službenici SSS	16,9	25,3	26,5	18,1	12,0	1,2
VKV/KV radnici	11,9	26,2	29,4	19,8	8,7	4,0
PKV/NKV radnici	6,8	28,8	33,9	20,3	5,1	5,1
Poljoprivrednici	10,6	10,6	37,9	28,8	4,5	7,6

C=.35450 p<.0001

Tablica 15 Društvene skupine i mogućnost ulaznja liječniku bez čekanja (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Da	Ponekad	Rijetko	Nikada
Direktori	51,4	34,3	8,6	5,7
Stručnjaci	11,7	25,0	23,3	40,0
Službenici SSS	9,4	18,8	27,1	44,7
VKV/KV radnici	6,3	17,5	16,7	59,5
PKV/NKV radnici	5,0	18,3	26,7	50,0
Poljoprivrednici	9,1	15,2	15,2	60,6

C=.40881 p<.0001

Nejednakosti u preventivnom i rizičnom zdravstvenom ponašanju

Nejednakosti između promatrenih društvenih skupina javljaju se i u pogledu različitih oblika **preventivnog zdravstvenog ponašanja**. Statistički značajne razlike između skupina postoje s obzirom na bavljenje športom, trčanje ili fizičko vježbanje i na tjelesnu težinu (tablice 16 i 17). Društvene skupine razlikuju se i u odnosu na kontrolu prehrane. Na prehranu najviše paze službenici i direktori, dok poljoprivrednici uglavnom uopće ne paze na prehranu. Vitamine i sredstva za "jačanje" puno više od ostalih uzimaju stručnjaci (40%), i službenici (28,2%), dok ta sredstva najmanje koriste radnici (10%).

Tablica 16 Društvene skupine i bavljenje športom, trčanje ili fizičko vježbanje (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Gotovo svakodnevno	Više puta mjesečno	Rjeđe	Uopće ne
Direktori	22,9	8,6	31,4	37,1
Stručnjaci	21,7	16,7	25,0	36,6
Službenici SSS	17,6	9,5	36,9	35,7
VKV/KV radnici	18,9	5,5	29,1	46,5
PKV/NKV radnici	10,0	8,3	21,7	60,0
Poljoprivrednici	3,0	-	7,6	89,4

C=.36290 p<.0001

Tablica 17 Društvene skupine prema vođenju brige o tjelesnoj težini (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Redovno	Povremeno	Rijetko	Nikad
Direktori	25,7	37,1	11,4	25,7
Stručnjaci	36,7	31,7	15,0	16,7
Službenici SSS	22,4	47,1	11,8	18,8
VKV/KV radnici	18,9	40,9	19,7	20,5
PKV/NKV radnici	23,3	41,7	15,0	20,0
Poljoprivrednici	12,1	9,1	24,2	54,5

C=.34858 p<.0001

Nejednakosti u rizičnom ponašanju ispitivane su varijablama pušenja i pijenja alkohola. U svezi pušenja postoje statistički značajne razlike među skupinama (premda je povezanost slaba). Najčešće puše službenici (56,5%) i radnici (48,2%). Prije su pušili, a sada više ne puše u najvećem broju direktori (25,7%) i stručnjaci (18,3%), što je pokazatelj njihove povećane brige za zdravlje. Nepušača ukupno ima najviše među poljoprivrednicima (81,8%), te stručnjacima (61,6%) i direktorima (57,1%).

Tablica 18 Društvene skupine i pušenje (Zagreb i okolica, 1990., %)

Društvena skupina	Ne puši	Prestao pušiti	Puši
Direktori	31,4	25,7	42,9
Stručnjaci	43,3	18,3	38,3
Službenici SSS	31,8	11,8	56,5
VKV/KV radnici	36,2	16,5	47,2
PKV/NKV radnici	42,4	8,5	49,2
Poljoprivrednici	72,7	9,1	18,2

C=.29233 p<.0001

ZAKLJUČAK

Društvene nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti postale su od 1970-ih godina predmet intenzivnijih socioloških istraživanja u razvijenim zemljama. "Otkriće" zdravstvenih nejednakosti izazvalo je veliku pažnju kako javnosti tako i zdravstvene politike, jer se uvidjelo da visokorazvijena i socijalizirana zdravstvena zaštita ne uspijeva ravnomjerno osigurati zdravlje za sve pripadnike društva. Značenje zdravstvenih nejednakosti proizlazi iz činjenice da je danas u zdravstvenoj politici u gotovo svim razvijenim zemljama pravo na zdravlje prihvaćeno kao osnovno ljudsko pravo, a postojanje prava na zaštitu zdravlja nužnim za realizaciju tog prava. Na temelju tog prava formuliran je princip pravednosti u zdravlju (eng. "equity in health") - princip na kojem se danas zasnivaju gotovo svi sustavi zdravstvene zaštite. Pojam nepravednosti u zdravlju ("health inequities") označava vrijednosnu, moralnu ocjenu neprihvatljivosti nepotrebnih i spriječivih društvenih nejednakosti u zdravlju i zaštiti zdravlja.

Rezultati međunarodnih istraživanja pokazuju da zdravlje i bolest nisu ravnomjerno raspoređeni među društvenim skupinama. Društveni položaj, odnosno pripadnost određenom društvenom sloju u značajnoj mjeri utječe na zdravstveno stanje i zdravstveno ponašanje. Ljudi iz viših društvenih skupina i višeg socioekonomskog statusa u pravilu imaju bolje zdravlje (duže očekivano trajanje života, manju smrtnost i učestalost obolijevanja, pozitivnije zdravstveno ponašanje) nego oni iz skupina nižeg socioekonomskog statusa.

Osnovni oblik zdravstvenih nejednakosti u našoj populaciji, otkrivenih istraživanjem u Zagrebu i okolici 1990., izgleda, uz izvjesna odstupanja kod pojedinih pokazatelja, ovako: na vrhu stratifikacijske ljestvice s najboljim subjektivnim pokazateljima zdravstvenog stanja, pristupačnosti i korištenja zdravstvene zaštite te preventivnog ponašanja nalaze se direktori i stručnjaci, tj. skupine s najvišim socioekonomskim statusom; na dnu, s najlošijim pokazateljima, nalaze se poljoprivrednici i niže skupine radnika; u sredini, sa srednjim položajem u odnosu na zdravlje i zdravstvenu zaštitu nalaze se najčešće skupine službenika i kvalificiranih radnika. Unatoč zakonskim principima prema kojim svi građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu i mogućnost postizanja najviše moguće razine zdravlja, opravdano se može pretpostaviti da će nova zakonska rješenja kojima se ograničava korištenje zdravstvene zaštite i potiču tržišni mehanizmi u zaštiti zdravlja značiti daljnje produbljivanje postojećih nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti i zdravlju naših građana.

LITERATURA

1. Anderson, O.W. (1958) "Infant mortality and social and cultural factors: historical trends and current patterns", in: Jaco G. (ed.) **Patients, Physician and Illness. Sourcebook in Behavioral Science and Medicine.** The Free Press. Glencoe, Ill.
2. Antonovsky, A. (1967) "Social class, life expectancy and overall mortality." **Milbank Mem. Fund Quart.** 45(2):31-73.
3. Antonovsky, A. (1968) "Social class and the major cardiovascular diseases." **J. Chron. Dis.** 21(2):65-106.
4. Aro, S., Räsänen, L. and Telama, R. (1986) "Social class and changes in health-related habits in Finland in 1973-1983." **Scand. J. Soc. Med.** 14(1):39-47.
5. Blane, D. (1985) "An assesment of the Black's explanations of health inequalities." **Sociology of Health and Illness** 7(3):423-45.
6. Blaxter, M. (1987) "Evidence on inequality in health from a national survey." **Lancet** ii:30-33.
7. Brown, S., Selvin, S., Winkelstein, W. (1975) "The association of economic status with the occurrence of lung cancer." **Cancer** 36(5):1903-11.
8. Brown, S., Vessey, M. and Harris, R. (1984) "Social class, sexual habits and cancer of the cervix." **Community Medicine** 6(4):281-86.
9. Cockerham, W.C., Kunz, G., Leuschen, G. (1988a) "Social stratification and health lifestyles in two systems of health care delivery: a comparison of the United States and West Germany." **J. Health Soc. Behav.** 29:113-26.
10. Cockerham, W.C., Kunz, G., Leuschen, G. (1988b) "Psychological distress, perceived health status, and physician utilization in America and West Germany." **Soc. Sci. Med.** 26(8):829-38.
11. Dahlgren, G. and Diderichsen, F. (1986) "Strategies for equity in health: report from Sweden." **Int. J. Health Serv.** 16(4):517-37.
12. Deppe, H.U. (1978) **Medizinische Soziologie.** Fischer Verlag. Frankfurt.
13. Eaton, W.W. (1975) "Social class and chronicity of schizophrenia." **J. Chron. Dis.** 28(4):191-98.
14. Evang, K. (1976) "Health and disease concepts." **Scand. J. Soc. Med.** 4(3):109-114.
15. Evans, J.G. and Tunbridge, W.M.G. (1981) "Blood pressure and social class." **Publ. Hlth. Lond.** 95(3):161-64.
16. Freeborn, D.K., Pope, C.R., Davis, M.A. and Mullooly, J.P. (1977) "Health status, socioeconomic status, and utilization of outpatient services for members of prepaid group practice." **Med. Care** 15(2):115-27.
17. Gordon, G., Anderson, O.W., Brehm, P.H., Marquis, S. (1968) **Disease: The Individual and Society.** College and University Press, New Haven.
18. Graham, S. (1957) "Socio-economic status, Illness, and the use of medical services." **Milbank Mem. Fd. Quart.** 35(1):58-66.

19. Hollingshead, A. and Redlich, F. (1958) **Social Class and Mental Illness: A Community Study**. Wiley, New York.
20. Illsley, R. (1986) "Conceptual overview and health policy implications in relation to the health burden of social inequities," in: Illsley R. and Swensson P-G. (eds.) **The Health Burden of Social Inequities**. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
21. Jaco, G. /ed./ (1958) **Patients, Physician and Illness: Sourcebook in Behavioral Science and Medicine**. The Free Press. Glencoe, Ill.
22. Kadushin, C. (1964) "Social class and the experience of ill health." **Sociological Inquiry** 34(1):67-80.
23. Kecmanović, D. (1971) "Društvena klasa i šizofrenija." **Sociologija** 13(2):235-54.
24. Lancet Editorial (1982) "Diabetes Mellitus and socioeconomic factors." **Lancet** ii:530-31.
25. Lawrence, P.S. (1948) "Chronic illness and socio-economic status." **Public Health Reports** 63:1507-21.
26. Letica, S. (1989) **Zdravstvena politika u doba krize**. Naprijed, Zagreb.
27. Letica, S., Lang, S. (1989) "Economic crisis and equity in health." **Health Promotion** 4(2):87-90.
28. Lewis, A. (1953) "Health as a social concept." **British Journal of Sociology** 2(4):109-24.
29. Lord, W. (1955) **A Night to Remember**. Henry Holt, New York.
30. Macintyre, S. (1986) "The patterning of health by social position in contemporary Britain: Direction for sociological research." **Soc. Sci. Med.** 23(4):393-415.
31. Mackenbach, J.P., Van den Maas, P.J. (1989) "Social inequality and differences in health: A survey of the principal research findings," in: Gunning-Schepers L.J., Spruit I.P., Krijnen J.H. (eds.) **Socio Economic Inequalities in Health**. Sociaal-economische gezondheidsverschillen No. 2, The Hague.
32. Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G. (1984) "Inequalities in death -specific explanations of a general pattern?" **Lancet** i:1003-6.
33. Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elston, M.A. (1987) "Social/economic status and disease." **Ann. Rev. Public Health.** 8:111-35.
34. Marmot, M.G., McDowall, M.E. (1986) "Mortality decline and widening social inequalities." **Lancet** ii:274:77.
35. Mastilica, M. (1991) **Društvene nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti**. (Disertacija, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.)
36. Mechanic, D. (1972) "Inequality, health status and delivery of health services in United States," in: D. Mechanic /ed./ **Public Expectations and Health Care. Essays on the Changing Organization of Health Services**. John Wiley and Sons, New York.
37. Morris, J.N. (1979) "Health inequalities undiminished." **Lancet** i:87-90.
38. Pocock, S.J., Shaper, A.G., Cook, D.G., Phillips, A.N., Walker, M. (1987) "Social class differences in ischaemic heart disease in British men." **Lancet** ii:197-201.
39. Ranchor, A.V., Sanderman, R. and Van den Heuvel, W. (1990) "An integrative approach to inequality in health: A longitudinal study encompassing SES, lifestyle, personality and health." **Int. J. Health Sciences** 1(2):121-35.
40. Rose, G., Marmot, M.G. (1981) "Social class and coronary heart disease." **Br. Heart J.** 45(1):13-9.
41. Rosen, G. (1973) "Health, history and the social sciences." **Soc. Sci. Med.** 7(4):233-48.
42. Siegrist, J. (1974) **Lehrbuch der Medizinischen Soziologie**. Urban & Schwarzenberg, München.
43. Siegrist, J., Siegrist, K. and Weber, I. (1986) "Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease." **Soc. Sci. Med.** 22(2):247-53.
44. Sigerist, H.E. (1944) **Civilization and Disease**. Cornell University Press, Ithaca, N.Y.
45. Sokolowska, M., Siegrist, J. (1986) "Medical sociology in Europe - present state and future development." **The First congress of the European Society of Medical sociology (ESMS)**, 2-4 june 1986, Groningen.
46. Townsend, P. and Davidson, N. /eds./ (1982) **Inequalities in Health**. Penguin Books, Harmondsworth.
47. Vågerö, D. and Persson, G. (1986) "Occurance of cancer in socioeconomic groups in Sweden." **Scand. Soc. Med.** 14(3):151-160.
48. Wolinsky, F.D. and Wolinsky, S.R. (1981) "Background, attitudinal and behavioural patterns of individuals occupying eight discrete health states." **Sociology of Health and Illness** 3(1):31-48.

HEALTH INEQUALITIES: SOCIAL STRATIFICATION, HEALTH AND HEALTH CARE (I)

MIROSLAV MASTILICA

University of Zagreb

This paper deals with effect of social stratification on health and health care. Differences in health status between social groups as the result of their position on stratification scale are considered as health inequalities. Results of the international studies which are reviewed in the first part of the paper show that health, i.e. health status measured by negative indicators such as mortality and morbidity rates as well as health behavior are unequally distributed between social classes. In general, members of higher social groups have better health status (longer life expectancy, lower mortality and morbidity rates, more positive health behavior) than those from the groups with lower socio-economic status.

In the second part of the paper the first empirical evidence on social inequalities in health and health care in the Croatian population is shown. In the research carried out in the Zagreb area in 1990. the considerable inequalities were discovered in health status when measured by self-perceived general state of health, experience of symptoms, pain and worry about health. The social groups reported also significant differing in dental health. Social inequalities are shown when accessibility and utilization of health care services are analyzed. The inequalities are significant in primary health care and high discretionary dental care, while low discretion specialist and hospital services are rather equally distributed. Considerable inequalities were also discovered in preventive behavior. In general, the managers and professionals, groups with the highest socioeconomic status, have the best health status and health care indicators while the peasants and unskilled workers, groups with the lowest socioeconomic status, have the worst health and use health care services less than they need.