Бранкица МЛАДЕНОВИЌ

ИНТЕГРАЦИЈА НА ЕДНАКВОСТА ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ ПОЛИТИКИ ПОВРЗАНИ СО ЗДРАВЈЕТО НА МАЈКИТЕ И ДЕЦАТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Контекст и значење

Еднаквост во здравствениот статус значи дека сите индивидуи имаат можност да го остварат својот здравствен потенцијал, без разлика на нивната позиција во општеството и без оглед на останатите околности детерминирани од социјалните фактори. Различната социоекономска положба на индивидуите во општеството создава разлики во нивото на ранливост и во нивото на отпорност на негативни настани во животот без оглед дали се тие социјални, економски или здравствени. Поради ова, различни групи население се соочуваат со различен вид на здравствени ризици, здравствени проблеми и бариери до здравствени услуги што пак резултира до нерамномерни шанси за постигнување добро здравје (1,2). Голем дел од јавноздравствените програми не ги имаат предвид овие разлики и не се доволно ориентирани кон намалување на здравствените нееднаквости. Ова главно се должи не само на недостатокот на специфични интервенции,

Авторот е доктор на медицински науки, магистер по јавно здравство и раководител на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца

туку и на неуспехот да допрат до ранливите групи население и да ги адресираат социјалните детерминанти на здравјето (3).

Иако недоволни во обем, постоечките податоци покажуваат дека луѓето од пониските социоекономски слоеви во Република Македонија имаат полош здравствен статус и имаат усвоено поголем број нездрави животни навики како пушење, неправилна исхрана, употреба на алкохол итн. Една од главните детерминанти на висината на доенечката смртност е степенот на образование на мајката. Континуирано, стапката на доенечка смртност е повеќекратно пониска кај доенчиња чии мајки се со повисок степен на образование, во однос на оние чии мајки се без образование или со непотполно основно образование. Во 2014 година највисока стапка на смртност е забележана кај мајките без образование или со непотполно основно образование (12,4%), додека најниска стапка и понатаму се одржува кај мајките со високо образование (6,6%) (4). Иако генерално постои тренд на намалување на доенечката смртност во последната декада, вредностите коишто се однесуваат на националниот просек всушност ги маскираат разликите, поради фактот што тие не само што опстојуваат, туку во поедини години и се влошуваат. Реалната состојба всушност зборува дека прогресот не е еднаков за сите, кај одредени групи доенчиња прогресот е поголем во споредба со останатите, поради што постоечките нееднаквости опстојуваат и повремено дури се влошуваат.

Табела 1. – Стапка на доенечка смртност според степенот на образование на мајката во Р. Македонија, 2008-2014 година (број на умрени доенчиња на 1.000 живородени)

Статус на образование на мајката	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Без или со некомплетирано основно образование	12,6	12,6	14,0	10,6	15,9	16,4	12,4
Средно	9,5	12,6	7,3	7,0	9,0	7,4	9,3
Вишо или високо	2,5	5,0	2,5	2,4	4,7	5,9	6,6
Просек	9,7	11,7	7,6	7,5	9,8	10,2	9,9

Во 2014 година 51,7% од сите случаи на доенечка смртност се случиле во првиот месец од животот (неонатална смртност) од 0 до 28 дена, а како главна медицинска причина се перинатални причини

(недоносеност и предвременото раѓање); тој процент од вкупните причини во 2014 година изнесувал 73%. Иако голем дел од причините за оваа состојба не се познати, податоците на глобално ниво покажуваат дека предвременото раѓање е високо асоцирано со пушење во текот на бременоста, лоша исхрана, психосоцијален стрес, тешка физичка работа, ненавремена и несоодветна здравствена заштита во текот на бременоста, низок степен на образование на мајката и тинејџерска бременост; сите овие фактори имаат тенденција да се акумулираат кај жените кои се соочуваат со сиромаштија (*5-7*).

Но сепак, фактот што диспаритетите во однос на доенечката смртност сè уште опстојуваат, водат кон заклучок дека Милениумските развојни цели нема да ги достигнеме ако не успееме да ги намалиме тие разлики. Идните напори треба да се насочат токму во тој правец – намалување на разликите во доенечката смртност помеѓу одделни групи новороденчиња преку интервенции коишто ќе ја зголемат достапноста на здравствени услуги за сите бремени жени без разлика на социоекономската положба, но и преку интервенции кои ќе ги имаат предвид социјалните детерминанти на здравјето (8).

Примери на интервенции коишто имаат за цел да ги намалат нееднаквостите во однос на доенечката смртност во Република Македонија

Во Република Македонија постојат бројни позитивни примери на интервенциичијацел е да ги намалат овие нееднаквости. Со *Акциониот план за подобрување на матерналното здравје и намалување на перинаталната и доенечката смртност* 2013-2014 година беа предвидени и реализирани голем број активности. Покрај активности за унапредување на квалитетот на услугите, дел од тие активности имаа за цел да ја зголемат достапноста до одделни видови услуги неопходни за унапредување на перинаталното здравје: зајакнување на капацитетите на семејните лекари за давање услуги во доменот на семејното планирање, обезбедување средства за покривање на трошоците за партиципација за одредени антенатални прегледи за ранливи групи бремени жени (Ромки, невработени, приматели на социјална помош). Со Програмата за активна здравствена заштита на мајките и децата, со години наназад, континуирано се спроведуваа таргетирани активности коишто имаа за цел да го унапредат здравјето на ранливите групи на мајки и деца, но сепак тие ниту по обем ниту по содржина не беа доволни да го намалат јазот.

Во периодот 2013-2014 година, како дел од напорите на Регионалната канцеларија на СЗО за Европскиот регион во давањето техничка поддршка на земјите-членки во промоција на еднаквоста во националните здравствени програми, беше спроведен процес на обуки на мултидисциплинарен тим од земјата со цел јакнење на капацитетите за реориентирање на стратегии, програми и активности (СПА) во линија на Милениумските развојни цели 4 и 5, а со цел постигнување поголема здравствена еднаквост со експлицитен, но и ексклузивен фокус на Ромската популација (9). Истиот тим понатаму направи ревизија и реориентација на *Програмата за активна здравствена заштита на мајките и децата* со цел идентификација на бариерите со кои се соочуваат одделни групи жени во пристапот до интервенциите во програмата и осмислување на активности коишто имаа за цел да ги намалат или отстранат постоечките бариери, да го унапредат пристапот до услугите, посебно до оние на кои им е најпотребна со цел истите да се доближат до ранливите групи. Целиот процес беше опишан преку студија на случај и објавен на интернет-страницата на Светската здравствена организација (10).

Препораки за интеграција на еднаквоста во здравствените политики поврзани со здравјето на мајките и децата

„Сакаме да видиме подобро здравје и добросостојба за сите, како едно од човековите права. Парите не можат да купат подобро здравје. Добрите политики коишто промовираат еднаквост имаат подобри шанси. Мора да се справуваме со коренот на проблемот (на лошото здравје и нееднаквостите) преку пристап што ги има предвид социјалните детерминанти и кој ги вклучува сите сектори и целото општество“.

д-р Маргарет Чен,
Генерален директор на СЗО

За да бидат ефикасни, здравствените системи треба да бидат приспособени на потребите на различните групи население. За да тоа се случи, пред сè е потребно здравствените политики да ги инкорпорираат во себе принципите на еднаквост и почитување на човековите права и да ги адресираат социјалните детерминанти на здравјето, односно условите во кои луѓето се раѓаат, растат, живеат, работат и стареат, вклучително и нивната достапност до здравствени услуги.

Иако постои убедување кај носителите на одлуки дека принципот на еднаквост и праведност се доволно инкорпорирани во постоечките политики, сè уште како да не е посветено доволно внимание на овој проблем. Адресирањето на социјалните детерминанти на здравјето бара голема политичка посветеност, здравствен систем кој е ориентиран кон постигнување на еднаквоста и кохерентни политики помеѓу одделни сектори. Здравствениот систем ориентиран кон постигнување на еднаквоста мора да ја имапредвид хетерогеноста на населението и може да ги адресира разликите во изложеноста и во ранливоста. Кога е во прашање здравјето на мајките и децата, тоа би можело да го постигне преку:

- **Ревизија на прогресот во однос на МРЦ 4 и 5 и дефинирање на цели на национално ниво во пост - 2015 агендата** коишто ја отсликуваат заложбата за намалување на постоечките нееднаквости во здравствениот статус на мајките и децата. Во иднина, ниедна цел не би требало да се дефинира без да се имаат предвид сите социоекономски групи на мајки и деца.
- **Дефинирање на индикатори кои ќе го мерат намалувањето на јазот,** односно потребно е целосно менување на разбирањето на прогресот.
- **Инвестирање во податоци**. Потребни се и интервенции за подобрување на обемот и квалитетот на податоците кои ги генерира здравствениот информативен систем, како во однос на дизагрегација на податоците во однос на социодемографските карактеристики на мајката, така и во однос на обезбедување на услови да ранливите категории мајки не се „губат“ во системот. Тоа би можело да се постигне со дополнително собирање на податоци преку теренски истражувања помеѓу популација која не е доволно покриена со постоечкиот здравствен информативен систем.
- **Адресирање на нееднаквостите во националните политики, односно креирање политичка рамка** која ја препознава и промовира важноста на намалувањето на разликите во здравствениот статус на мајките и децата како начин на подобрување на севкупното здравје на населението. Тоа во голема мера е и во линија на понатамошната имплементација на Стратегијата за здравје 2020 на Република Македонија вклучително и на Акциски план за јавно здравје.
- **Континуирано градење на институционалните капацитети.** Постои потреба од силни институции кои се во состојба

да го поддржат носењето на политики во здравствениот и во останатите сектори и кои можат на најдобар начин да го менаџираат придонесот од останатите делови од општеството како академијата, науката и граѓанското општество. За тоа да се случи постои потреба од јакнење на капацитетите на поголем број јавно-здравствени професионалци од здравствениот и од други сектори за концептот на еднаквост со цел адресирање на социјалните детерминанти на здравјето во постоечките и во планираните политики за здравје. Од огромно значење е и луѓето кои се инволвирани во креирањето на политики да бидат сензибилизирани за тоа и при креирање и имплементација на секој стратегиски документ да бидат способни активностите/интервенциите да ги приспособат на потребите на различните групи мајки и деца.

- **Ревизија на постоечките политики и нивна реориентација во насока на постигнување на поголема еднаквост.** Голем број стратегиски документи кои се однесуваат на здравјето на мајките и децата (Национална стратегија за безбедно мајчинство, Национална стратегија за сексуално и репродуктивно здравје идр.) треба да бидат ревидирани и реориентирани во насока на адресирање на постоечките нееднаквости.
- **Еднаквост во финансирањето на здравствени услуги -** елиминирање на можностите квалитетот и достапноста на здравствените услуги во текот на бременоста да бидат загрозени поради финансиски бариери (ослободување од партиципација за здравствени услуги во текот на бременоста, дефинирање на есенцијален пакет на антенатални услуги итн.).
- **Јакнење на хуманите ресурси на ниво на здравствен систем** во насока на постигнување на еднаквост во пристапот и квалитетот на услуги, вклучително и обезбедување здравствена грижа сензитивна кон разликите кај сите здравствени работници коишто даваат услуги во доменот на безбедното мајчинство (семејно планирање, антенатална заштита, интрапартум и постнатална заштита) на сите нивоа на здравствениот систем, со фокус на примарната здравствена заштита со што би се намалиле голем број на бариери.
- **Јакнење на интерсекторскиот пристап** – воспоставување механизми за координација помеѓу одделни сектори – здравство, образование, финансии, социјална заштита и животна средина со цел максимизирање на синергијата во напорите да се

адресираат социјалните детерминанти на здравјето (креирање интерсекторски тимови кои ќе вршат реориентирање на постоечки политики, проширување на Комитетот за безбедно мајчинство и Комитетот за промоција, заштита и поддршка на доењето со претставници од други сектори итн.).

Ако при креирање и имплементација на стратегиските документи не се посвети доволно внимание на концептот на еднаквост и на потребите на различните групи, постои ризик да се загрози успешноста на нивната имплементација и да се создадат услови за понатамошно продлабочување на нееднаквостите. Ако не го подобриме здравјето на оние најранливите, се компромитира успехот на сите останати напори на општеството (11).

Извршно резиме

Различната социоекономска положба на поединецот во општеството создава разлики во нивото на ранливост и отпорност на негативни настани во животот поради што различни групи население се соочуваат со различен вид здравствени ризици и бариери до здравствени услуги и до нерамномерни шанси за постигнување добро здравје. Голем дел од јавно-здравствените програми не ги земаат предвид овие разлики и не се доволно ориентирани кон намалување на здравствените нееднаквости. Постоечките податоци покажуваат дека луѓето од пониските социоекономски слоеви во РМ имаат полош здравствен статус и имаат усвоено поголем број нездрави животни стилови. Континуирано стапката на доенечка смртност е повеќекратно пониска кај доенчиња чии мајки се со повисок степен на образование, во однос на оние чии мајки се без образование или со нецелосно основно образование. Иако генерално постои тренд на намалување на доенечката смртност во последната декада, националниот просек всушност ги маскира разликите. Постојат голем број позитивни примери на јавно-здравствени интервенции кои имаат за цел да ги намалат овие разлики, но потребни се понатамошни напори за нивно намалување на ниво на политики и на ниво на здравствен систем. Ако при креирање и имплементација на јавно-здравствени интервенции не се посвети доволно внимание на потребите на различните групи, постои ризик да се компромитира успехот на сите останати напори на општеството за унапредување на здравјето на овие две најранливи групи.

Референци

1. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254–58doi:10.1136/jech.57.4.254(http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full, accessed 25 November 2014).
2. Wilkinson R, Marmot M, editors. Social determinants of health. The solid facts, second edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, accessed 25 August 2015).
3. Whitehead M, Dahlgren, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up, part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf, accessed 25 August2015).
4. Информација за здравјето на мајките и децата во Република Македонија, 2006-2014 год. Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен Дом на Скопје, Скопје, 2015 год..
5. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report 2008.
6. Salmasi G, Grady R, Jones J, et al. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(4):423-41.
7. IHE Report. Determinants and Prevention of LBW: A synopsis of evidence. Institute of Health Economics, Alberta, Canada, 2008.
8. The lottery of birth**:** Giving all children an equal chance to survive. The Save the Children Fund,2015
9. (http://www.issuelab.org/resource/lottery_of_birth_giving_all_children_an_equal_chance_to_survive_the).
10. Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Swift T. Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: health equity training process in Spain. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 9 (Case studies). Geneva, World Health Organization, 2013
11. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf)
12. Review and reorientation of the “Programme for active health protection of mothers and children” for greater health equity in the Former Yugoslav Republic of Macedonia 2015(http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/roma-health/publications/_recache.)
13. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 2001;30(3):427-32 doi: 10.1093/ije/30.3.427(http://ije.oxfordjournals.org/content/30/3/427.full.pdf, accessed 22 August 2015).