

Неједнакости у здрављу

Стела Стојисављевић

„Док се свијет мијења, мијењају се и неједнакости. Свако друштво има избор по питању нивоа и врсте неједнакости коју је спремно толерисати“.

Педро Консеисао, Директор
Канцеларије за извештаје о
људском развоју, UNDP

Сажетак: Здравствене неједнакости представљају разлике у здравственом стању и доступности здравствених услуга међу различитим групама становништва које могу бити условљене економским, социјалним, политичким и биолошким факторима. Према Свјетској здравственој организацији (СЗО), ове разлике су не само системске и дубоко укоријењене у друштвеним структурама, већ и неправедне, што значи да их је могуће ублажити одговарајућим политикама и интервенцијама. Ограничен приступ здравственој заштити, као и неједнаки исходи лијечења и неравномјерна расподела ресурса, угрожавају социјалну кохезију, доприносећи друштвеној нестабилности и јачању социјалних подјела.

Цитирање: Стојисављевић С (2025)
Неједнакости у здрављу. У: Стојисављевић Д,
Тркуља Р, Пржуљ Н (уредници) Храна и исхрана.
Академија наука и умјетности Републике
Српске, Бања Лука, Монографија LXIV:325–359

Cite as: Stojisavljević S (2025) Health
Inequalities. In: Stojisavljević D, Trkulja R, Pržulj
N (eds) Food and Human Nutrition. Academy
of Sciences and Arts of the Republic of Srpska,
Banja Luka, Monograph LXIV:325–359

Циљеви одрживог развоја, који су усвојени у оквиру Агенде 2030, постављају глобални оквир за рјешавање ових изазова, при чему универзална здравствена покривеност, дефинисана у оквиру Циља 3, има за циљ да обезбиједи једнак приступ квалитетним здравственим услугама без финансијских баријера. Остварење универзалне здравствене покривености доприноси и остваривању других глобалних циљева, као што су елиминација сиромаштва (Циљ 1) и подстицање родне равноправности (Циљ 5), чиме се унапређује социјална инклузија и смањују здравствене неједнакости у друштву.

Основни узроци здравствених неједнакости су сложени и међусобно повезани, укључујући биолошке факторе, као и друштвено-економске услове попут прихода, образовања и услова становања. Социјалне детерминанте здравља, као што су квалитет радних услова и доступност здравствених услуга, играју кључну улогу у смањењу ових неједнакости. Подаци показују да сиромаштво, хронични стрес и социјална искљученост значајно повећавају ризик од погоршаног здравља и скраћују животни вијек.

У Босни и Херцеговини здравствене неједнакости произилазе из историјских, политичких и економских фактора, при чему децентрализовани здравствени систем и разлике између ентитета Републике Српске, Федерације Босне и Херцеговине и Брчко дистрикта додатно отежавају равноправан приступ здравственој заштити. Ови изазови се погоршавају услед недовољне економске развијености и сталног одлива здравствених радника, што угрожава одрживост система и способност пружања адекватне његе становништву.

Исхрана, као један од кључних фактора за очување здравља, игра значајну улогу у превенцији хроничних болести попут гојазности и кардиоваскуларних обољења, док уједно подржава и ментално здравље. Посебно је важна у раном дјетињству, јер обезбеђује оптималан раст и развој, смањујући ризик од здравствених проблема у каснијем животу. Исхрана знатно утиче на неједнакости у здрављу тако што особе које немају континуиран приступ храни и са лошијим прехранбеним навикама имају већи ризик од хроничних болести као што су гојазност, дијабетес и кардиоваскуларне болести. Неадекватна исхрана утиче и на когнитивни развој, имунитет и опште здравствено стање, што додатно продубљује разлике у квалитету живота и здравственим исходима.

Ефикасно рјешавање здравствених неједнакости захтијева координисане интервенције на више нивоа, укључујући политике усмјерене на социјалну правду, побољшану доступност здравствених услуга и економске мјере за

смањење сиромаштва и маргинализације угрожених група. Само кроз мултисекторске приступе, који укључују сарадњу између различитих сектора друштва, могу се обезбиједити праведнији здравствени исходи и одрживи развој у дугорочном оквиру.

Кључне ријечи: неједнакости, здравље, исхрана, социо-економске детерминанте здравља, Босна и Херцеговина

7.1. Увод

Неједнакости у здрављу се односе на разлике у здравственом стању или дистрибуцији здравствених детерминанти међу различитим популационим скупинама. Свјетска здравствена организација (СЗО) неједнакости у здрављу посматра као системске разлике у здравственим исходима, разлике у здравственом статусу или у расподјели здравствених ресурса између различитих скупина становништва. Вајтхед неједнакости у здрављу дефинише као разлике у здрављу које су непоштене и које се могу избјећи (Whitehead et al. 1992) док други неједнакости у здрављу описују као разлике у дистрибуцији детерминанти здравља, као разлику здравственог стања различитих популационих група или наводе да се неједнакости у здрављу поред здравственог стања додатно рефлектују кроз приступ здравственим услугама и здравственим исходима међу различитим популацијама, да су углавном неправедне и да их је могуће модификовати (McCartney et al. 2019; Braveman et al. 2011). Неједнакости у здрављу одражавају чињеницу да великом броју људи недостају ресурси потребни за очување здравља и продужење живота. Здравље омогућава људима учешће у друштвеним и економским активностима, кључно је за човјекову добробит, срећу и задовољство, док постојање неједнакости подрива општу добробит и добар је показатељ успјешности gospodarства у стварању благостања.

7.2. Неопходност разумијевања неједнакости у здрављу

Неједнакости у здрављу су сложен и вишедимензионалан проблем који произилази из различитих друштвених, економских, политичких и еколошких фактора и представљају значајан изазов за даљи развој друштва у цјелини. Оне обухватају разлике у приступу здравственој заштити, квалитети пружене здравствене његе, исходима лијечења, а углавном произилазе из различитих социоекономских, друштвених, политичких и

других фактора на које је могуће дјеловати. Неједнакости у здрављу су глобални проблем и њихово разумијевање и истраживање неопходно је јер су готово увијек одраз шире друштвене неправде (EuroHealthNet 2024). Разумијевање неједнакости у здрављу од стране различитих актера може помоћи у превазилажењу овог проблема и изградњи бољих и праведнијих друштава у којима је омогућен једнак приступ здравственим ресурсима и здрављу. Надаље, смањење неједнакости у здрављу води укупном побољшању јавног здравља и смањењу економских трошкова за здравствени систем и привреду у цјелини. Достижање највећег могућег здравља за све је морална и етичка обавеза друштва јер ове неједнакости произилазе из системских недостатака чије рјешавање може допринијети смањивању или рјешавању проблема здравствених неједнакости. И на крају, разлике и неједнакости у здрављу доводе до нарушавања друштвених кохезија и социјалних напетости које могу утицати на стабилност друштва (Marmot et al. 2009).

7.3. Глобални, регионални и локални аспекти неједнакости у здрављу

На глобалном нивоу неједнакости у здрављу углавном произилазе између високо развијених и неразвијених земаља и препознате као кључна област за интервенције кроз бројне међународне иницијативе и споразуме. Док развијене земље имају веће приходе, већи животни стандард, бољи приступ здравственим ресурсима, развијеније здравствене системе, неразвијене земље се суочавају са недостатком основних животних средстава, здравствених услуга што резултира високом преваленцијом обољевања и смртности које је могуће спријечити. Вакцинација, пренатална њега, широко распрострањене заразне болести су само од неких здравствених изазова са којима се сусрећу земље са ниским економским приходима. ХИВ-АИДС, маларија и туберкулоза још увијек далеко више погађају земље са ниским приходом, док су ове болести већ дужи временски период под контролом у развијеним земљама свијета (World Health Organization, Global Health Observatory 2024). У развијеним земљама инфраструктурни капацитети и ресурси за здравље, попут здравственог особља, лијекова, напредних медицинских технологија су далеко доступнији него у неразвијеним земљама. Фактори као што су социоекономски статус, приступ образовању и здравству, степен политичке стабилности и културно наслијеђе знатно варирају између земаља, регија и

континентата што за посљедицу има различите здравствене исходе (Barreto 2017).

На регионалном нивоу неједнакости у здрављу се манифестују кроз разлике између географских области, унутар једне регије или континента. Тако унутар Европе постоје значајне разлике у здрављу између западних земаља које најчешће имају високе стандарде здравствене заштите и источних земаља које се суочавају са бројним економским проблемима, имају нижи животни стандард, што резултира лошијим здравственим исходима. Неједнакости у здрављу се увелико разликују између земаља Европске уније (Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report 2019). Подаци о очекиваном трајању живота на рођењу за мушкарце и жене се знатно разликује између држава чланица Европске уније. Земље источне Европе имају много краћи животни вијек у поређењу са остатком Европске уније. Према подацима Еуростата из 2017. године разлика између држава је била 9 година, са најдужим животним вијеком од 82,7 година у Шпанији и 73,9 година у Летонији. У Летонији је била и највећа разлика од 11 година у очекиваном трајању живота између мушкараца (68,4) и жена (79,4), а најмању разлику од 3,7 година је имала Холандија. Велике разлике, од 10 година и више, у очекиваном трајању живота на рођењу су забиљежене између особа са високим и ниским нивоом образовања. У 2016. години просјечан животни вијек особа са ниским образовањем се кретао од 67,1 годину у Естонији до 84,6 година за особе са високим образовањем у Италији. Просјечан очекивани здрав животни вијек при рођењу од 2007. до 2107. године је варирао између 53,7 година у Летонији и 71,6 година у Шведској, што значи да у зависности од земље у којој су рођени Европљани би могли да очекују скоро 20 година мање или више здравог живота. Поређење често коришћеног индикатора смртности као мјере заштите здравља становништва указује на четвороструку варијацију између земаља. Док је стопа смртности новорођенчади у Финској и Словенији била 2,2 на 1000, у Румуније је била 8,7 на 1000. Кардиоваскуларне болести су водећи узрок смртности у земљама Европске уније. Стандардизована стопа морталитета од ових болести се у 2016. години кретала од 200 на 100 000 становника у Француској до 1100 на 100 000 становника у Бугарској. Стопа смртности жена од исхемијске болести срца је са 32 пута већа у Литванији него у Француској, а деветострука разлика постоји у смртности од исте болести код мушкараца. Стопе смртности од исхемијске болести и срца генерално су веће у земљама централне и источне Европе него у сјеверној, јужној и западној Европи. Иако је тешко идентификовати стварне разлике између ових земаља, начин живота и приступ лијековима могу имати знатну улогу у настанку ових

неједнакости. Велике варијације широм Европске уније постоје у морталитету од канцерогених обољења. У 2016. години највише стандардизоване стопе смртности забиљежене су у Мађарској и Хрватској, са стопом од преко 330 на 100 000 становника, док је најнижа стопа забиљежена на Кипру, 194 на 100 000 становника. Израженије разлике између земаља Европске уније могу се видјети и између социоекономских група унутар земље у понашању које се односи на здравље. Подаци из 2014. године показују да се дневна потрошња воћа и поврћа увелико разликује међу земљама Европске уније. Тако нпр. 50% становништва старијег од 15 година у Бугарској и Румунији једе најмање једну порција воћа дневно, док у неким другим земљама као што су Италија, Португал и Белгија воће једном дневно једе 75% становништва. Удио становништва које једе пет порција воћа и поврћа дневно расте са нивоом образовања и приходима (Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report 2019).

Смртност мајки и дјеце је још један од показатеља постојања великих здравствених неједнакости. Тако је смртност мајки и дјеце највиша у Субсахарској Африци док Сјеверна Африка има боље здравствене показатеље. Здравствене неједнакости у смртности мајки и дјеце су видљиве и између азијских земаља као што су развијени Јапан и Сингапур, у односу на сиромашне земље попут Непала и Бангладеша (United Nations Children's Fund, The State of the World's children 2023).

Социоекономски статус, урбанизација, различита економска развијеност могу довести и до значајних неједнакости у здрављу унутар држава, градова или заједница. У многим земљама постоји значајна разлика у здрављу урбаног и руралног становништва због бољег приступа здравственим услугама у урбаним срединама (Week et al. 2023). Знатне разлике у приходима и образовању између урбаног и руралног становништва, као и културне праксе и етнички идентитети могу утицати на остварење здравствене заштите, мотивисаност за кориштење превентивних програма или лијечења. Руралне средине често имају већи ризик од одређених заразних болести, због лошијих санитарних услова, нижег нивоа имунизације, ограниченог приступа здравственој њези. Насупрот томе, урбане средине могу имати већи ризик од болести које су повезане са урбаним начином живота, аеро загађењем, седатарним начином живота, лошим прехранбеним навикама, што у коначници може довести до одређених хроничних болести као што су дијабетес, хипертензија, кардиоваскуларне и респираторне болести. За разлику од руралних средина, у урбаним срединама је генерално виши ниво образовања и прихода што за посљедицу ума бољи приступ информацијама о здрављу и доступност здравствене заштите. Здравствена писменост руралног

становништва, односно способност разумијевања и кориштења здравствених информација често је нижа, што утиче на мотивираност кориштења превентивних мјера и здравствене заштите, или доводи до неправилног кориштења здравствених услуга и лошијих здравствених исхода (Chen et al. 2019).

7.4. Циљеви одрживог развоја и универзална здравствена покривеност

Циљеви одрживог развоја (Sustainable Development Goals, SDGs) представљају глобални оквир које су усвојиле државе чланице Уједињених нација 2015. године као дио Агенде одрживог развоја до 2030. године. Овај оквир се састоји од 17 циљева који се фокусирају на различите аспекте одрживог развоја, узимајући у обзир економске, социјалне и еколошке димензије развоја, подстичући међународну сарадњу и солидарност у рјешавању глобалних изазова. Они су фокусирани на смањење неједнакости између и унутар земаља што је кључно за изградњу бољег и праведнијег друштва (United Nations 2015). Циљ 3. одрживог развоја је фокусиран на здравље и благостање, и наглашава потребу за достизањем универзалне здравствене покривености (УЗП) што значи да сви људи имају једнак приступ пуном спектру квалитетних здравствених услуга које су им потребне, када и гдје су им потребне, без финансијских потешкоћа. УЗП подразумева пун континуум основних здравствених услуга, од промоције здравља, до превенције, лијечења, рехабилитације и палијативног збрињавања током животног вијека. На Генералној скупштини Уједињених нација о Универзалној здравственој покривености одржаној у септембру 2023. године, потврђено је да је здравље предуслов, резултат и индикатор социјалне, економске и еколошке димензије одрживог развоја. Тринаести општи програм рада СЗО има за циљ да 1 милијарда људи више има користи од УЗП-а до 2025. године, истовремено доприносећи циљевима да још милијарду људи буде боље заштићено од здравствених ванредних ситуација и да још милијарду људи ужива боље здравље и благостање (World Health Organization 2024). Уназад 30 година доносиоци одлука, истраживачи, јавноздравствени професионалци настоје да побољшају здравље популација и елиминишу разлике у здрављу које су засноване на географском, етничком, културном поријеклу или социоекономским условима живота и другим друштвеним факторима. Ипак, неједнакости у здрављу настављају да привлаче значајну пажњу због изражених разлика које и даље постоје у здрављу и присутне су на различитим нивоима: међу земљама, међу регијама једне земље, међу различитим групама популације

унутар једне земље. Појединци различитог поријекла који припадају различитим социјалним групама или који живе у различитим земљама, могу имати приступ различитим степенима здравствене заштите. Право на здравље је садржано у Универзалној декларацији о људским правима која ствара законску обавезу за државе да обезбиједи здравствену заштиту која је доступна, прихватљива и приступачна за све. Универзална здравствена покривеност коју Свјетска здравствена организација дефинише као приступ свих људи пуном спектру квалитетних здравствених услуга које су им потребне, када и гдје су им потребне, без финансијских потешкоћа је тежња земаља широм свијета. УЗП покрива пун континуум основних здравствених услуга, од промоције здравља до превенције, лијечења, рехабилитације и палијативног збрињавања. УЗП представља кључан корак ка остваривању основног права на здравље, њена суштина је да свим људима, без обзира на њихове финансијске могућности, буде омогућено да добију квалитетне здравствене услуге у обиму и тренутку када су им потребне, без страха од финансијских потешкоћа. Ова идеја је јасно дефинисана у Агенди за одрживи развој до 2030. Уједињених нација, а њена важност је потврђена једним од најсвеобухватнијих међународних споразума у историји, Политичкој декларацији Уједињених нација о универзалном здравственом осигурању. Значај УЗП није само у унапређењу здравља и благостања већ и у доприносу социјалној инклузији, родној равноправности, искорјењавању сиромаштва, економском расту и очувању људског достојанства. Према извјештају Свјетске здравствене организације, УЗП индекс¹ је значајан показатељ глобалних неједнакости у здрављу и знатно се разликује између земаља чланица СЗО, иако његова вриједност континуирано расте. У 2021. години УЗП индекс се кретао у распону од 28 до 91 у 194 земље, при чему је 31 земља имала веома високу покривеност услугама, 93 су имале високу покривеност, 54 је имало средњу покривеност и 16 земаља је имало веома ниску покривеност. Резултати УЗП индекса били су највиши у Европском региону (81) и региону Америке (80), затим на Западном Пацифику (79), Југоисточној Азији (62), источном Медитерану (57) и Афричком региону (44).

¹ Индикатор покривености основним здравственим услугама (дефинисана као просјечна покривеност основним услугама на основу интервенција праћења које укључују репродуктивно здравље, здравље мајки, новорођенчади и дјеце, заразне болести, незаразне болести и капацитет и приступ услугама, међу општом и најугроженијом популацијом) је индекс пријављен на скали јединица од 0 до 100, који се израчунава као геометријска средина 14 индикатора праћења покривености здравственим услугама. Индикатори праћења су организовани према четири компоненте покривености услугама: 1. Репродуктивно здравље, здравље мајке, новорођенчади и деце 2. Заразне болести 3. Незаразне болести 4. Капацитет услуге и приступ

Извор: WHO Global Health Observatory, 2024

(World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank 2023).

Достизање универзалне здравствене покривености и остварење пуног здравственог потенцијала повезано је са неколико других циљева одрживог развоја. Циљ 1. се бави окончањем сиромаштва што је кључно за побољшање здравствених исхода, јер сиромашни људи често немају приступ основним здравственим услугама што доприноси повећању разлика у здрављу. Образовање (Циљ 4) и родна равноправност (Циљ 5) играју значајну улогу у смањењу здравствених неједнакости јер образовани људи имају развијенију свијест о здрављу и здравим понашањима, а оснаживање жена доприноси бољем приступу здравственим ресурсима. Циљ 8 је усмјерен на економски раст и могућност рада, а циљ 10 се залаже са смањење свих врста неједнакости унутар и између земаља и подстиче државе да преузму кораке неопходне за смањење разлика у приступу здрављу и ресурсима. Остварење циљева 13, 14 и 15 је индиректно повезано са здрављем јер еколошки проблеми попут загађења директно утичу на здравствене исходе (United Nations 2015).

7.5. Узроци и исходи неједнакости у здрављу

7.5.1. Узроци неједнакости у здрављу

Узроци неједнакости у здрављу су вишеструки јер на здравље људи не утичу само биолошки, генетски и понашајни фактори појединца, већ једнаку, ако не и већу улогу имају карактеристике друштвене групе којој тај појединац припада. Отавска повеља о унапређењу здравља закључује да основни предуслови за здравље укључују мир, одоговарајуће становање и образовање, доступност храхе, приходе, стабилан екосистем, одрживу експлоатацију ресурса, социјалну правду и правичност у здрављу (World Health Organization 1986).

Неједнакости у здрављу су системске разлике у здравственом стању различитих skupина становништва и расподјели здравствених ресурса, а произилазе из друштвених услова у којима се рађамо, растемо, живимо, радимо и старимо (EuroHealthNet 2024). Оне настају због различитих животних прилика, али и због немогућности или недостатка контроле над тим приликама. Неједнакости у здрављу нису једнодимензионална појава и уско су повезане са човјековим личним карактеристикама и сплетом различитих услова, односно чиниоца који га окружују, а који се у литератури најчешће описују као детерминанте здравља. Друштвене детерминанте здравља обухватају друштвене системе, њихове компоненте, као и ресурсе

и ризике по здравље које ти системи контролишу, дистрибуишу, алоцирају и задржавају. Ови фактори утичу на здравствене исходе, укључујући промјене у трендовима и расподјели здравља. Перспектива друштвених детерминанти здравља додаје теоријску и практичну снагу изван традиционалних основа јавног здравља „домаћин-агент-окружење“. За разлику од традиционалног схватања „природног тока болести“, друштвене детерминанте препознају друштвене силе које утичу на здравствене услове, освјетљавају глобалну варијабилност друштвених ефеката и омогућавају нове приступе у рјешавању проблема јавног здравља (Hahn 2021).

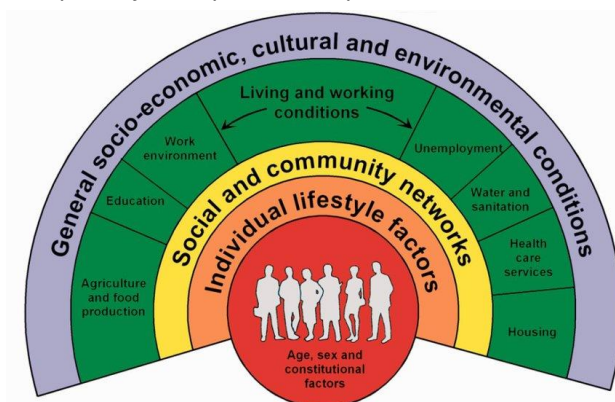
Иако у литератури постоји више дефиниција и класификација детерминанти здравља, све говоре у прилог томе да је здравље условљено широким спектром личних, друштвених, економских и околинских фактора који одређују здравље појединца или заједнице. Свјетска здравствена организација (СЗО) детерминанте здравља посматра кроз више различитих група (World Health Organization 2024):

1. Доходак и социјални статус - људи са нижим дохотком и који се налазе ниско на социјалној лествици имају мање шансе да уживају у добром здрављу, да доживе дубоку старост, они чешће оболијевају и пријевремено умиру. Неповољне социоекономске околности имају тенденцију да се акумулирају током живота, често су комбиноване, и већину људи прате од најранијег дјетињства.
2. Образовање – нижи образовни статус је повезан са лошијим условима живота, више стреса, мање самопоштовања и слабијим здравственим статусом.
3. Физичка околина – доступност чисте воде, чистог ваздуха, добри стамбени услови, постојање саобраћајне комуникације и путева су предуслови за добро здравље.
4. Запослење и радни услови – поред финансијских посљедица, незапосленост носи повећан ризик за стрес изазван страховањем и несигурношћу и нарушено психо-социјално здравље. Поред запослености, за добро здравље су важни радни услови и пословно окружење који подржавају задовољство.
5. Мрежа друштвене подршке – већа друштвена подршка смањује социјалну искљученост и повећава приступ различитим услугама и активностима, омогућава лакше остваривање културних, вјерских, традиционалних обичаја и личних права што се манифестује бољим здрављем.
6. Генетски фактори – насљеђе игра улогу у вјероватноћи оболијевања од неке болести, здрављу и одређивању дужине живота.
7. Здравствено понашање појединца и капацитет за одупирање стресу.

8. Доступност и коришћење здравствене заштите, и ефикасност здравствене службе у превенцији и лијечењу. Постоји пет основних услова у којима је утемељена здравствена неједнакост, односно који су потребни људима за остварење здравог и успјешног живота:

1. Здравствене услуге – доступност, приступачност и квалитет превенције, лијечења и програма његе;
2. Сигурност прихода и социјална заштита – сигурност основног дохотка и смањење здравствених ризика и посљедице сиромаштва током животног вијека;
3. Услови живота – различите могућности, приступ и изложеност животним условима, од којих свака има утицај на здравље и благостање;
4. Друштвени и људски капитал – људски капитал за здравље кроз образовање, учење и писменост, који се односе на друштвени капитал појединаца и заједнице на начине који штите и промовишу здравље и благостање;
5. Запосленост и услови рада – запошљавање и услови рада, укључујући доступност, безбједност, доходак, ризике.

Далгрен и Вајтехед (Dahlgren et al. 1991) социоекономске детерминанте здравља посматрају кроз неколико нивоа који су у међусобној интеракцији (Сл. 7.1). На првом нивоу се налази појединац, са својим генетским предиспозицијама, полом и годинама старости. Ниво два чине ужа и шира друштвена заједница која у великој мјери одређује понашање појединца. На трећем нивоу су представљени услови живота и рада, приступ основним животним потребама и приступ здравственим услугама. Посљедњи, четврти ниво који обухвата социоекономске, културне и услове средине, у непрекидној је интеракцији са претходна три нивоа.



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Сл. 7.1. Социоекономске детерминанте здравља (Dahlgren et al. 1991)

Fig. 7.1. Socio-economic health determinants (Dahlgren et al. 1991)

Неједнакости у здрављу се јављају између мушкарца и жена, образованих и необразованих, између становништва урбаног и руралног подручја, између већинских и мањинских група. Социјално, економско и политичко окружење у којем људи живе утичу на њихов здравствени статус, неовисно о томе да ли живе у неразвијеним, средње развијеним или развијеним земљама свијета.

Поред социоекономских детерминанти које снажно утичу на здравље, у литератури налазимо и друге узроке као што су услови депривације (Lynch et al. 2000), психо-социјални стрес и нарушена друштвена кохезија (Wilkinson et al. 2012), степен укључености државе и неолиберална политика (Muntaner et al. 1999).

Социјални епидемиолози разматрају четири главне категорије које објашњавају постојање здравствених разлика међу географским и друштвеним групама, али истовремено могу дати објашњење за постојање здравствених разлика међу појединцима унутар популације. Прва категорија указује на материјалне факторе који доприносе здравственим неједнакостима. Материјални фактори укључују храну, склониште, загађење и друге физичке ризике и ресурсе који утичу на здравствене исходе. Мјерење апсолутних ресурса, попут апсолутног прихода, корисно је у тестирању улоге материјалне депривације у стварању здравствених разлика, као и објективна мјерења физичких здравствених ризика попут квалитета ваздуха. Другу категорију фактора чине психосоцијални фактори као узроци здравствених неједнакости, посебно међу друштвеним групама. Психосоцијални утицаји на здравље произилазе из осјећаја социјалне искључености, дискриминације, стреса, ниске социјалне подршке и других психолошких реакција на друштвена искуства. Негативна психолошка стања утичу на физичко здравље активирањем биолошког одговора на стрес, што може довести до повећане упале, убрзаног срчаног ритма и повишеног крвног притиска. Разлике у понашању, такође, се често наводе као допринос здравственим неједнакостима. На пример, објашњење које се базира на понашању може приписати здравствене неједнакости разликама у прехрамбеним навикама, учесталости пушења или стопама прегледа за рак међу друштвеним групама или појединцима унутар популације. Иако се здравствена понашања често разликују међу групама, екосоцијални и социјално-еколошки оквири нас подстичу да се запитамо који узроци на вишим нивоима могу бити одговорни за ове варијације. Четврта категорија указује на разлике у биолошким здравственим факторима ризика који су распоређени међу друштвеним групама или контекстима, или варирају међу појединцима унутар популације (Arcaya et al. 2015).

Сложени и међусобно повезани фактори узрокују здравствене неједнакости и социјалне градијенте. Они у основи произилазе из друштвено-политичких фактора који доводе до разлика у расподјели моћи, новца и ресурса између различитих скупова становништва и друштвених класа, што резултира разликама у околишним и појединачним ресурсима. Квалитет њега коју добија новорођенче, радни статус и услови запослења, обезбјеђење довољно прихода за основне животне потребе, квалитет становања, образовања су одреднице које утичу на способност, прилику или мотивацију појединца за остварење доброг здравља. Разлике у здрављу, односно факторима који на њега утичу, потичу од позиције у друштву, бројне су, неправедне, и често се могу избјећи. Оне могу бити мјерене међу појединцима унутар једне популације или постојањем разлика између група, при чему дефиниција групе зависи од ширег историјског и друштвеног контекста, које је неопходно узети у обзир приликом груписања.

Различити теоријски модели здравља нуде и различита објашњења за неједнакости у здрављу, притом наглашавајући различите факторе и механизме који доприносе здравственим разликама у здравственим исходима међу различитим групама људи. Биомедицински модел се фокусира на биолошке и физиолошке факторе као главне детерминанте здравља те здравље дефинише као одсуство болести, а узроке болести проналази у генетским предиспозицијама и спољашњим узрочницима као што су вируси, бактерије и други патогени. Према овом моделу, неједнакости у здрављу произилазе из индивидуланих разлика у биолошким факторима као што су генетска предиспозиција или изложеност одређеним патогенима. Овај модел не придаје велики значај социјалним и економским одредницама здравља. Социјални модел здравља наглашава социјалне детерминанте здравља и бави се контекстом у ком људи живе и раде, односно како ти контексти утичу на здравље. Према овом моделу сиромаштво, дискриминација и социјална искљученост су главни разлози за лоше здравствене исходе. Модел друштвене производње се фокусира на друштвене структуре и производне процесе, развијеност економског система, доношење политичких одлука и равномјерну дистрибуцију ресурса што за посљедицу може имати фаворизацију одређених популационих група на штету других. Објашњење неједнакости у здрављу према моделу животног тока налази се у различитим искуствима током животног вијека и резултат су кумулативног учинка различитих фактора, почевши од пренаталног периода до старости. Људи који су у раном дјетињству изложени неповољним условима живота имају већи ризик за здравље и развијање здравствених проблема касније у животу. Еколошки модел здравља неједнакости у здрављу посматра као интеракцију између

појединца и његове животне средине. Појединци који живе и раде у бољим еколошким условима и здравијим окружењима имају већу могућност за обликовање здравијих исхода у животу. У посљедње вријеме се све више значаја придаје психосоцијалном моделу здравља који наглашава важност психосоцијалних фактора, као што су друштвена подршка, стрес, перцепција социјалне неправде. Према овом моделу неједнакости у здрављу произилазе из различитих психосоцијалних искустава и оспособљености појединца да се са њима носе.

Посљедњих неколико година неједнакости у здрављу се повезују са обрасцима производње и потрошње, посебно у високоиндустријским привредама попут оних у земљама Европске уније. На здравље и добробит додатно утичу дестабилизација околине и климатске промјене, иако је њихов учинак несразмјеран у односу на друге факторе.

Сви претходно наведени модели и узроци здравствених неједнакости говоре у прилог комплексности овог проблема и разумијевању бројних фактора који утичу на здравље.

7.5.2. Глобални исходи неједнакости у здрављу

Неједнакости у здрављу нису увијек правичне. Особе са вишим социоекономским статусом често имају веће приходе, што има омогућава бољу приступачност и доступност здравствене заштите, укључујући приватне здравствене услуге и боље превентивне мјере. С друге стране, особе са нижим приходима, из нижих социоекономских слојева или припадници етничких или расних мањина често се суочавају са финансијским баријерама што им отежава и ограничава приступ квалитетној здравственој заштити, као нпр. мањи приступ специјалистичкој заштити, дуже вријеме чекања на лијечење, недостатак ресурса за превентивну његу. Трошкови здравствене заштите су значајна препрека за особе са ниским приходима што резултира одгађањем или избегавањем тражења здравствене заштите, што има негативне посљедице на здравље. Појединци из социоекономски угрожених група чешће имају краћи животни вијек, већи ризик за развој хроничних незаразних обољења попут дијабетеса, кардиоваскуларних обољења, менталних поремећаја у поређењу са онима из виших друштвених слојева, што додатно погоршава смањен приступ здравственим услугама, доводи до касног дијагностификовања и одложеног или закашњелог лијечења. Расне и етничке мањине често су изложене стресу због дискриминације и социјалне маргинализације, због стигме и дискриминације унутар здравственог система, те недостатка личних ресурса за

суочавање са препрекама на које наилазе приликом покушаја остварења здравља (Weathers et al. 2024). Стигма, дискриминација, расизам су понекад укоријењени у законима, политикама и институцијама, тешко их је избјећи и ограничавају прилике за друштвено маргинализоване популације.

Неједнакости у здрављу из дана у дан постају све веће не само између различитих региона, земаља, заједница, већ оне расту и унутар самих земаља. Премда се у свијету биљежи све већи технолошки напредак и глобални раст и развој, неједнакости у здрављу и даљу остају проблем широм свијета (World Health Organization 2024):

- Сваке године, прије петог рођендана, у свијету умре 16000 дјеце. Ова дјеца умиру од превентабилних болести као што су пнеумонија, маларија, прољев. У подсахарској Африци вјероватноћа да ће дјеца умријети прије пете године живота је 14 пута већа него у остатку свијета. Дјеца из 20% најсиромашнијих породица имају готово двоструко већу шансу да ће умријети прије свог петог рођендана него дјеца из 20% богатих породица
- Један од кључних показатеља неједнакости у здрављу је смртност мајки, и указује на велике разлике између богатих и сиромашних. На земље у развоју отпада 99% смртних случајева мајки у свијету, док је вјероватноћа мајчинске смрти у Чаду 1 према 16, а у Шведској 1 према 10000
- Туберкулоза је болест сиромашних. Готово 95% смртних случајева од туберкулозе се дешава у земљама у развоју. Од туберкулозе најчешће умире младо продуктивно становништво што додатно отежава економски раст и развој
- У земљама са ниским и средњим дохотком се догађа 87% преурањених смрти због незаразних болести
- Око 4,5 милијарде људи није било у потпуности покривено основним здравственим услугама у 2021. години. Дио становништва који трпи катастрофалне здравствене трошкове континуирано се повећавао са 9,6% у 2000. на 13,5% у 2019. години када је премашао милијарду људи. Штавише, у 2019. здравствена потрошња из властитог џепа довела је 344 милиона људи даље у екстремно сиромаштво и 1,3 милијарде у релативно сиромаштво
- Глобални образац недавног стагнирајућег напретка у покривености услугама, док се катастрофална потрошња на здравство континуирано повећава, досљедан је у свим регионима, групама по приходима у већини земаља на свим нивоима прихода.

Разлике у здрављу представљају велики изазов за доносиоце одлука и креаторе политика широм свијета. COVID-19 пандемија додатно је

погоршала постојеће неједнакости у здрављу те створила нове са дугорочним посљедицама, које је готово немогуће предвидјети.

7.6. Кључни аспекти неједнакости у здрављу у Босни и Херцеговини

Здравствене неједнакости у Босни и Херцеговини произилазе из историјских, економских, политичких и социјалних фактора, комплексне су и дубоко укоријењене, а манифестују са на различитим нивоима: између ентитета, урбаних и руралних подручја, заједница и одређених друштвених група. Постојање неједнакости у здрављу представља значајан изазов, не само за здравствени систем већ за државу и друштво у цјелини. Босна и Херцеговина је подијељена на два ентитета, Федерацију Босне и Херцеговине (ФБиХ) и Републику Српску (РС), те Брчко дистрикт. Ова подјела значајно утиче на здравствени систем, пружање и остварење здравствене заштите у Босни и Херцеговини.

Према Уставу Босне и Херцеговине организација и управљање системом здравствене заштите прати политичко уређење земље, па је тако здравствени систем децентрализован до нивоа ентитета и Брчко дистрикта. Она је једна од ријетких земаља која нема јединствен здравствени систем већ је здравствени систем подијељен на три дијела: Република Српска, Федерација Босне и Херцеговине и Брчко дистрикт. У Републици Српској, здравствени систем је централизован, а системом управља Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске. Здравствени систем Републике Српске чини још Фонд здравственог осигурања у чијој надлежности је обавезно здравствено осигурање и финансирање здравствене заштите осигураних лица у Републици Српској. Здравствена заштита становницима Републике Српске је омогућена на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, а у оквиру здравственог система обезбјеђују је јединице локалне самоуправе и послодавци, предузимањем специфичних активности на промоцији здравља, превенцији и лијечењу болести и стања, рехабилитацији обољелих и повријеђених и обезбјеђењу лијекова и медицинских средстава, заштити животне и радне средине. Поред јавног сектора у којем постоји Институт за јавно здравство са пет регионалних центара, 54 дома здравља, 4 специјалне болнице, 1 Универзитетски клинички центар, и 7 института и завода, здравствене услуге су доступне и у бројним приватним здравственим установама. Здравствени систем Федерације Босне и Херцеговине је изразито децентрализован са подјелом надлежности између

Федералног министарства здравства и 10 кантоналних министарстава здравства. У Федерацији Босне и Херцеговине, организација и пружање здравствених услуга је у надлежности кантона, док се здравствене политике утврђују и доносе на нивоу Федерације Босне и Херцеговине. Управљање централизованим здравственим системом Брчко дистрикта је у надлежности Одјела за здравство и остале услуге, које координише активности Фонда здравственог осигурања, Опште болнице, Здравственог центра и Центра за ментално здравље.

Само уређење здравства у Босни и Херцеговини, као и постојање три закона о здравственој заштити и три закона о здравственом осигурању говори у прилог комплексности организовања здравствене заштите и пружања њега становништву Босне и Херцеговине, укључујући непостојање јединствених примарних података о здрављу становништва за Босну и Херцеговину. Узимајући у обзир да сваки ентитет има свој здравствени систем, законе и политике, да постоји разлика у организацији и финансирању, очекивано је постојање разлика у стандардима остваривања здравствене њега и приступу здравственим услугама. Надаље, економска развијеност између ентитета и унутар ентитета се знатно разликује и доприноси стварању неједнакости у здрављу. Богатији дијелови земље попут одређених кантона у ФБиХ и градова у РС, разлике у инфраструктури у здравственим ресурсима доприносе стварању неједнакости у здрављу. Ово је посебно значајно ако се зна да је БиХ једна од најруралнијих земаља Европе са око 51% становништва које живи у руралним подручјима као што су села и ријетко насељена приградска подручја (United Nations Bosnia and Herzegovina 2022).

7.6.1. Здравствени трошкови у Босни и Херцеговини

Босна и Херцеговина је у 2019. години потрошила 9% свог бруто домаћег производа (БДП) на здравство, што је највише у региону, а мало испод просјека земаља Европске уније (9,9%), док су здравствени исходи слабији, са мањим бројем медицинског особља и болничких кревета у поређењу са сусједним и другим земљама ЕУ. Трошкови по глави становника износили су 1477 америчких долара БДП, што је било ниже од просјека земаља Југоисточне Европе (2207 долара БДП), али више од просјека земаља са средњим високим дохотком у европском региону СЗО (1338 долара БДП). За 1,3% популације БиХ здравствени трошкови премашују 25% њихових укупних прихода (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022).

Јавна потрошња на здравство по глави становника значајно је порасла, од 330 долара БДП у 2000. до 1015 долара БДП у 2019. години. Ово је трећи највиши износ међу земљама Југоисточне Европе и изнад просјека земаља са средњим високим дохотком у европском региону СЗО. Удио јавне потрошње на здравство у БДП порастао је са 4,1% у 2000. на 6,2% у 2019, што је изнад просјека ЕУ (6%) (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022).

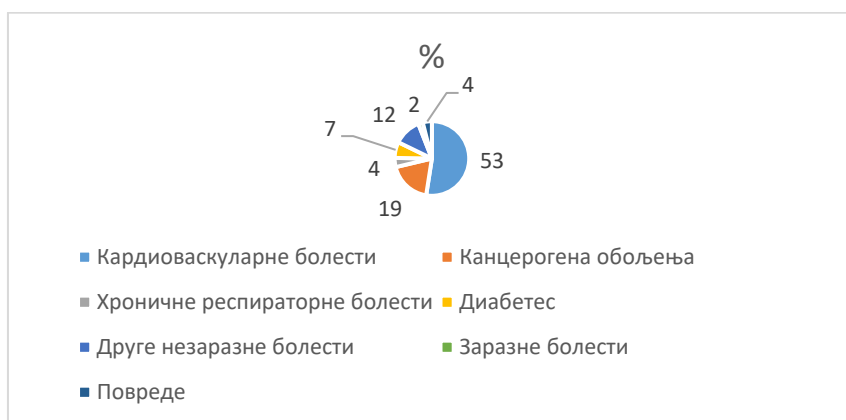
У 2019. години, обавезни доприноси за запослене финансирали су 68% од укупних 70% извора финансирања који су дошли из јавних фондова. С обзиром на то да формално запослени чине само трећину осигураних, ово води до високих стопа доприноса, што обесхрабрује формално запослење и негативно утиче на финансијску одрживост здравственог и социјалног система земље. Плаћање здравствених услуга из џепа чинило је 29,4% укупне потрошње на здравство у 2019. години, што је близу просјека земаља Југоисточне Европе (30,7%) али изнад просјека ЕУ (20,9%) (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022).

7.6.2. Здравствени ресурси у Босни и Херцеговини

Босна и Херцеговина има ограничене ресурсе у здравственом систему. Иако земља има велику мрежу болница са укупно 29 јавних болница (18 у Федерацији БиХ, 10 у Републици Српској и једну у Брчко дистрикту) и шест специјализованих болница, број болничких кревета на 100 000 становника је испод просјека ЕУ и региона СЗО. Иако је примарна здравствена заштита јачала посљедњих година, болнички сектор и даље доминира. Висок проценат амбулантних услуга и даље се обавља кроз болничке пријеме, због недостатка подстицаја за лијечење ван болница. Земља се суочава са озбиљним недостатком здравствених радника, а многи љекари и здравствени радници су емигрирали. Иако су бројеви љекара и медицинских сестара порасли у посљедњих неколико година, они су и даље испод просјека Југоисточне Европе и ЕУ (216 љекара према 382 љекара на 100 000 становника у ЕУ; 578 медицинских сестара према 915 медицинских сестара на 100 000 медицинских сестара у ЕУ) (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022). Земља се суочава са изазовима у управљању здравственим кадровима, а миграција здравствених радника према ЕУ је значајна пријетња (International Organization for Migration 2022). Ниски нивои плата и нередовне исплате додатно компликују ситуацију.

7.6.3. Показатељи здравственог стања становништва и разлика у здрављу у БиХ

Према подацима Агенције за статистику Босне и Херцеговине очекивано трајање живота на дан рођења 2022. године је било 73 године за мушкарце и 77 година за жене. У 2022. години просјечна старост умрлих у Босни и Херцеговини је 77,4 године за жене и 72,2, године за мушкарце. Већ дужи низ година Босна и Херцеговина биљежи негативан природни прираштај, којем значајно доприноси ниска стопа фертилитета. На 1000 живорођене дјеце у 2022. години било је 3,6 мртворођених. Најчешћи узрок оболијевања и умирања у Босни и Херцеговини су превентабилне незаразне болести (Сл. 7.2): исхемијска болест срца, мождани удар, дијабетес мелитус, канцерогена обољења и хронична опструктивна болест плућа (Агенција за статистику Босне и Херцеговине 2024). СЗО процјењује да је у 2018. години 94% свих смртних случајева у Босни и Херцеговини било усљед незаразних болести.



Сл. 7.2. Морталитет у Босни и Херцеговини, 2018. година (Агенција за статистику Босне и Херцеговине 2024.)

Fig. 7.2. Mortality in Bosnia and Herzegovina, year 2018 (Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine 2024)

Хипертензија и употреба дувана су највећи фактори ризика за оболијевање од незаразних болести у Босни и Херцеговини. СЗО процјењује да је преко 28% смртних случајева повезано са повишеним крвним притиском, 26% са употребом дувана и око 24% са хипергликемијом. Учесталост пушења (37,2%) одраслог становништва у Босни и Херцеговини, је знатно изнад просјека Југоисточне Европе (28,2%) и Европског региона (24,6%) (World

Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022). Посебно је забрињавајућа висока учесталост пушења у популацији дјеце и младих (World Health Organization 2020). Студија проведена међу студентском популацијом у Босни и Херцеговини је показала да постоји веома висока преваленција пушења цигарета, 34,1% међу студентима са скоро једнаким пропорцијама међу оба пола (Todorovic et al. 2022).

Катастрофална здравствена потрошња је изазов са којим се становништво Босне и Херцеговине свакодневно суочава (Таб. 1). Иако механизми заштите за одређене популационе групе постоје, катастрофална здравствена потрошња остаје проблем, посебно за сиромашнија домаћинства (Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine 2024). У 2015. око 8,1% домаћинстава у ФБиХ и 9,9% у РС доживјело је катастрофалну потрошњу. Ово је испод катастрофалног нивоа потрошње у другим земљама у европском региону СЗО, али изнад нивоа уочених у сусједним европским земљама попут Хрватске и Словеније (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022).

Таб. 7.1. Јавни и приватни здравствени расходи у Босни и Херцеговини у периоду 2015 – 2022 (Агенција за статистику Босне и Херцеговине 2024)

Table 7.1. Public and private health expenditures in Bosnia and Herzegovina in period 2015 – 2022 (Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine 2024)

Извори финансирања	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.
Јавна потрошња у милионима КМ	1892	1957	1975	2088	2244	2382	2580	2732
Приватна потрошња у милионима КМ	778	803	827	883	950	987	1161	124

У Босни и Херцеговини посебно осјетљиву групу представља ромска популација. Већина Рома у Федерацији Босне и Херцеговине нема здравствено осигурање, па им је самим тим у великој мјери ускраћен приступ здравственим услугама. Ромске жене у Босни и Херцеговини живе у нарочито тешким условима, сиромаштву, уз бројне неостварене здравствене потребе (Stojisavljevic S et al. 2020). Ове неједнакости нису само питање здравственог система, већ и одраз ширих друштвених и структурних неправди (European Commission 2023).

Приступ здравственој заштити великом броју становништва у Босни и Херцеговини и даље остаје проблем, иако закони прописују да приступ здравственој заштити треба да буде једнак за све. Осигурање квалитетне и

доступне јавне здравствене заштите је један од кључних изазова са којима се земља суочава. Покривеност становништва здравственим осигурањем је непотпуна. У 2020. години око 87% становништва ФБиХ и 74% становништва у Републици Српској је имало здравствено осигурање (World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies 2022). Неједнакости у здрављу су такође видљиве у приступу здравственој заштити, посебно међу различитим демографским групама и у погледу институционалне подршке. Истраживање проведено међу старијом популацијом из руралних дијелова Републике Српске указује на бројне тешкоће са којима се суочава старија популација у остваривању права на здравствено осигурање у Републици Српској и указује на системске и административне баријере које продубљују неједнакости у здравству (Stojisavljevic et al. 2022).

7.7. Специфичне здравствене потребе и изазови родних и вулнерабилних популација у остваривању здравља

Осигурање једнаког приступа здравственој заштити и осигурање здравља свих родних и вулнерабилних скупова подразумева дубинско разумијевање биолошких, друштвених, економских и културних фактора који утичу на њихово здравље. Фрагментација и мањкавости у систему здравствене и социјалне заштите угрожавају здравље и безбједност рањивих категорија становништва као што су жене, мањинске популације, ЛГБТ популација. Жене имају специфичне здравствене потребне које су везане уз њихову репродуктивну улогу, те је омогућавање приступа овим услугама кључно за здравље жена. Жене су чешће изложене насиљу у породици и друштву што значајно доприноси депресији и анксиозности и другим менталним проблемима жена (Schouler-Osac et al. 2022). У Босни и Херцеговини приступ сексуалним и репродуктивним здравственим услугама са све жене није загарантован, нарочито у вези са пренаталном, постнаталном његом и трудноћом. Рак грлића материце је најзаступљенији облик рака код жена иако га је могуће превенирати ХПВ вакцином која је тек од 2024. године доступна у земљи. Свијест о контрацепцији и доступност модерних контрацептивних средстава је на изузетно ниском нивоу, доводећи до тога да само 12% жена у БиХ користи ова средства. Насиље над женама је још један фактор угрожености здравља жена у БиХ и неједнаких могућности у здрављу. У истраживању које је провела Организација са кооперацију и сигурност у Европи, ОСЦЕ, у 2018. години 38% жена у БиХ је доживјело неки облик насиља, а тек 7% жена је добро информисано шта

требају урадити у случају дешавања насиља (Organization for Cooperation and Security in Europe 2018).

ЛГБТ особе се често суочавају са дискриминацијом и стигмом у здравственом систему (Stojisavljevic et al. 2017), што може отежати приступ здравственим услугама и довести до лошијих здравствених исхода (Medina-Martinez et al. 2021). Специфичне потребе ЛГБТ популације се односе на потешкоће у приступу психолошкој подршци или одређеној врсти терапије или лијечења. Стигма, дискриминација и социјална изолација које су још увијек широко распрострањене ставља ЛГБТ популацију у неповољан положај када је у питању не само физичко, већ и ментално здравље. ЛГБТ популација има специфичне потребе када је у питању превенција ХИВ и других сексуално преносивих болести те је обезбјеђење приступа одговарајућим услугама, без предрасуда и дискриминације, кључно за достизање здравља и смањење неједнакости ове популационе групе. У квалитативној студији спроведеној међу популацијом мушкараца који имају секс са мушкарцима (МСМ), Стојисављевић и аутори указују на дискриминацију коју MSM доживљавају у здравственим установама у БиХ и колико постојање стигме доприноси неједнаком приступу здравственој заштити и спречава MSM да потраже неопходну здравствену помоћ, додатно учвршћујући постојеће неједнакости (Stojisavljevic et al. 2021; Stojisavljevic et al. 2017).

Сиромаштво, живот у импровизованим насељима, недостатак чисте воде и канализације, као и рад у сакупљању и рециклажи отпада, су фактори коју увелико одређују здравствено стање Рома у БиХ. Поред тога, ниске стопе имунизације, употреба дувана, дрога и алкохола представљају додатне здравствене проблеме у ромској заједници. Додатан проблем представља приступ здравственој заштити. Истраживање проведено у ромским заједницама у Босни и Херцеговини указује на постојање структурних препрека у приступу здравственој заштити за жене Ромкиње што доводи до повећања неједнакости у пружању услуга (Stojisavljevic et al. 2020). Иако дјеца до 18 година аутоматски имају здравствено осигурање, због ниске запослености и слабе укључености у образовање, Роми често остају без осигурања. Према процјенама, 60% Рома у БиХ нема здравствено осигурање, а 73% нема приступ социјалном осигурању. Роми у БиХ користе здравствене услуге знатно мање од других група, што негативно утиче на њихово здравље. Иако закони у Федерацији БиХ и Републици Српској гарантују бесплатну здравствену заштиту деци, многи Роми немају информације о том праву, па га не користе. Малнутриција међу ромском дјецом представља озбиљан проблем. Према истраживању УНИЦЕФ-а, половина ромске дјеце млађе од шест мјесеци пати од хроничне

неухрањености, а MICS4 подаци показују да је 21,1% ромске дјеце испод пет година успореног раста, док 8% има озбиљна кашњења у развоју. Ромска дјеца пет пута чешће имају мању тјелесну масу од вршњака из опште популације (UNICEF 2013).

7.8. Исхрана и здравље

7.8.1. Значај исхране за здравље

Веза између исхране и здравља је комплексна и мултифакторијална, обухватајући, како физиолошке тако и социоекономске аспекте. Исхрана утиче на различите аспекте здравља, а избалансирана и нутритивно богата исхрана је кључ за одржавање здравља и општег благостања. Одговарајућа исхрана обезбјеђује неопходне хранљиве материје (витамине, минерале, протеине, угљене хидрате и масти) које су потребне за правилно функционисање тијела док недостатак или вишак одређених хранљивих материја може довести до бројних здравствених проблема. Она помаже у побољшању квалитета живота и превенцији хроничних болести као што су гојазност, дијабетес тип 2, кардиоваскуларне болести и неке врсте рака. Исхрана утиче на имунолошки систем и његову способност да се бори против инфекција. Недостатак хранљивих материја као што су витамини А, Ц и Д, цинк и протеини може ослабити имунолошки одговор. Такође, постоје докази који показују да исхрана утиче и на ментално здравље јер недостатак одређених нутријената, попут омега-3 масних киселина, витамина Б и антиоксиданата, може бити повезан са менталним поремећајима као што су депресија и анксиозност. Правилна исхрана у дјетињству и адолесценцији је критична за нормалан раст и развој, док неадекватна исхрана у раном дјетињству може довести до трајних посљедица по физички и когнитивни развој. У исхрани се темељи одржавање енергетске равнотеже и тјелесне тежине, а конзумирање више калорија него што тијело троши доводи до повећања тјелесне тежине и гојазности, што је повезано са бројним здравственим проблемима (World Health Organization 2020).

Неједнакости у здрављу често коријене имају још у раном дјетињству, при чему исхрана дјеце има кључну улогу у обликовању дугорочних здравствених исхода. Квалитет и доступност исхране се разликују и условљени су ширим друштвеним факторима, те поред социоекономског статуса значајну улогу имају капацитет и пракса институције за обезбјеђивање правилне исхране и образовање у породици. Раскорак између политика исхране и свакодневне праксе је врло честа појава, те иако политике које промовишу здраву исхрану

постоје, њихова примјена је недоследна услед недостатака маханизма за спровођење, што доводи до разлика у начину на који се имплементирају постојеће смјернице. Студије проведене у предшколским установама у Републици Српској освјетљавају системске препреке које доприносе неједнаким прехранбеним искуствима у најранијем периоду живота. Аутори наглашавају потребу за свеобухватним приступима који обухватају структурне, образовне и економске факторе који обликују исхрану у раном дјетињству. Ограничени буџети, ригидни системи јавних набавки, недостатак ресурса у неразвијеним срединама, потешкоће у обезбјеђивању свјеже и нутритивно богате хране су изазови са којима се предшколске установе суочавају у имплементацији постојећих политика обезбјеђења здраве и квалитетне исхране (Stojisavljevic et al. 2025). Додатан изазов представља ефикасна комуникација између васпитача у предшколским установама и родитеља која се сматра кључном за подстицање досљедних прехранбених навика. Породице са ограниченим ресурсима, недостатком времена, финансијским ограничењима и недовољним знањем често истичу потешкоће у набавци и припреми хране што додатно продубљује јаз у исхрани у раном дјетињству (Niskanovic et al. 2023).

7.8.2. Неједнакости у исхрани

Неједнакости у исхрани представљају глобални изазов који има дубоке социјалне, економске и здравствене посљедице. То су системске разлике у приступу храни, квалитету исхране и исхрани која задовољава нутритивне потребе различитих група људи. Док се у неким дијеловима свијета људи боре са недостатком хране и глађу, у другим дијеловима прекомјерна конзумација хране и епидемије гојазности представљају огроман проблем. Неједнакости у исхрани су најчешће резултат комплексне комбинације различитих фактора који укључују социоекономске прилике, образовање, приступ здравственој заштити, културолошки фактор и сл. Ови фактори истовремено дјелују на друштвеном и индивидуалном нивоу, обликујући шта, када, гдје и колико људи једу. Они међусобно утичу на различитим нивоима, током читавог животног циклуса и кроз различите генерације. Социоекономске неједнакости играју важну улогу у обликовању исхране људи, те је нутритивни статус појединаца значајно одређен економским, образовним и родним факторима. Истраживања показују да су сиромашне заједнице, жене и дјеца чешће изложени ризику од неухрањености и здравствених проблема повезаних са лошом исхраном. У многим земљама са ниским и средњим дохотком, рурална подручја показују лошије нутритивне исходе у односу на урбана, што указује на неравноправан развој

и ограничен приступ здравој храни. Жене, нарочито у земљама са ограниченим ресурсима, суочавају се са већим ризиком од анемије и других здравствених проблема узрокованих недостатком основних хранљивих састојака. Истовремено, дјеца из сиромашних домаћинстава често не добијају адекватну исхрану током најосјетљивијих фаза развоја, што угрожава њихов раст, развој и образовне могућности.

Особе са нижим приходима неријетко имају ограничени приступ храни, посебно здравој храни јер је она често скупља и мање доступна у њиховом окружењу, а то може довести до лоших прехранбених навика и повећаног ризика од развоја хроничних болести као што су дијабетес, гојазност, срчана обољења. Они су често приморани да бирају јефтинију храну која је нутритивно сиромашна, што доводи до лоших здравствених исхода и повећава ризик од хроничних болести. Образовање, такође, има важну улогу у неједнакостима у исхрани, па тако особе са вишим нивоом образовања имају лакши приступ информацијама о правилној исхрани и боље разумијевање утицаја здраве исхране на здравље. Гојазност међу дјецом родитеља са нижим образовним статусом се биљежи у многим европским земљама. Прекомјерна тежина, укључујући гојазност је забиљежена у ЕУ код око 23% дјечака и 21% дјевојчица. Исхрана људи је, такође, повезана са приступом здравственој заштити. Неједнакости у здрављу често коријене имају још у раном дјетињству, при чему исхрана дјеце има кључну улогу у обликовању дугорочних здравствених исхода. Квалитет и доступност исхране се разликују и условљени су ширим друштвеним факторима, те поред социоекономског статуса значајну улогу имају капацитет институције праксе за обезбјеђивање правилне исхране и образовање у породици. Раскорак између политика исхране и свакодневне праксе је врло често појава, те иако политике које промовишу здраву исхрану постоје, њихова примјена је недоследна услед недостатака механизма за спровођење, што доводи до разлика у начину на који се имплементирају постојеће смјернице.

Особе које немају приступ здравственој заштити или немају довољно знања о здравој и правилној исхрани имају мање могућности за примјену здравих прехранбених навика што може допринијети даљем погоршању њиховог здравља и повећању неједнакости у исхрани и здрављу. Културолошки фактори, такође, играју важну улогу у исхрани људи. У неким културама, традиционална храна је нутритивно богата и здрава, док у неким културама доминира храна са високим садржајем шећера, масти и соли што може допринијети лошем здрављу (Agurs-Collins et al. 2024).

Неједнакости у исхрани се не могу посматрати без увида у најнепосредније утицаје који долазе кроз систем хране, гдје пољопривредна производња, трговина, прерада, малопродаја, угоститељство и оглашавање одређују које намирнице су доступне, на којим мјестима и по којим цијенама. Ови утицаји, заузврат, утичу на знање, преференције, куповину, припрему и навике у исхрани људи. Навике у исхрани су, такође, посљедица ширих животних услова у којима људи живе, одрастају, уче, раде и старе. Ти животни услови су обликовани дубљим друштвеним нормама, вриједностима, политикама, институцијама и процесима који управљају друштвом и који неједнако расподјељују факторе ризика за нездраву исхрану. У многим државама људи са мање финансијских средстава, нижим образовањем, несигурним радним мјестима и лошим животним условима су склонији несигурности у снабдијевању храном, нездравом исхрани и већем ризику од болести повезаних са исхраном (Friel et al. 2015).

Глобална нутриционистичка криза и неједнакост у исхрани представљају озбиљне проблеме са значајним посљедицама по здравље популација и економски развој. Неравноправан приступ здравој и квалитетној храни продубљује постојеће неједнакости, нарочито међу најугроженијим групама становништва. У многим заједницама, доступност здравих намирница зависи од економских прилика, географских ограничења и образовног нивоа, што утиче на нутритивни статус појединаца и њихово опште здравље. Док се један дио становништва суочава са неухрањеношћу и недостатком есенцијалних микронутријената, други дио пати од прекомјерне исхране и гојазности, што представља растући здравствени изазов. Подаци из Еуростата за 2014. годину показују да широм ЕУ постоје значајне неједнакости у погледу процента одраслих који су гојазни, па се тако број гојазних особа изнад 15 година старости кретао од 9% у Румунији до 25% на Малти. Прекомјерна исхрана и гојазност нарочито су изражени у урбаним подручјима, гдје модерни стилови живота, брза храна и недостатак физичке активности повећавају ризик од хроничних болести. Преко 40% одраслих у свијету има проблем са прекомјерном тежином или гојазношћу, што повећава ризик од незаразних болести. Малнутриција, у свим њеним облицима, представља велики изазов за здравствене системе широм свијета. Према подацима глобалног извјештаја о исхрани, 22% дјеце млађе од пет година показује знаке застоја у расту, што је директан показатељ хроничне неухрањености.

Иако је постигнут извјестан напредак у побољшању исхране и смањењу неухрањености у неким дијеловима свијета, напредак је неравномјеран. Земље са високим дохотком оствариле су значајан напредак у превенцији нутритивних дефицита, али гојазност остаје изазов и за њих. Насупрот томе,

земље са ниским дохотком заостају у испуњавању глобалних нутриционистичких циљева због ограничених ресурса и слабих здравствених система. Ниједна земља није на путу да постигне све глобалне циљеве, као што су смањење гојазности, анемије код жена и дјеце, те унапређење праксе дојења. Главни изазови укључују недостатак финансијских средстава, политичке нестабилности и климатске промјене, које утичу на производњу хране и приступ ресурсима (Development Initiatives 2020). Климатске промјене значајно утичу на пољопривредну производњу и безбједност хране. Екстремни временски услови, попут суша и поплава, доводе до смањења приноса и поремећаја у ланцима снабдијевања. Ове промјене највише погађају сиромашне заједнице које су већ изложене високим ризицима од нутритивних недостатака.

Подаци из извјештаја о глобалној нутриционистичкој ситуацији и неједнакостима у исхрани указују на то да малнутриција и даље погађа значајан дио свјетске популације, и то у различитим облицима, од неухрањености до прекомјерне исхране и микронутритивних дефицита.

- Преко 144 милиона дјеце широм свијета пати од закржљалости (успореног раста) због хроничне неухрањености, док је 47 милиона дјеце озбиљно неухрањено и суочава се са ризиком од смртности и трајних здравствених проблема
- Једна од три одрасле особе у свијету има прекомјерну тежину или је гојазна, што повећава ризик од болести попут дијабетеса, кардиоваскуларних болести и неких облика карцинома
- Велики број људи људи се суочава са микронутритивним недостацима и пати од недостатка есенцијалних хранљивих материја, попут гвожђа и витамина А, што доводи до анемије, слабљења имунитета и других здравствених проблема, нарочито код жена и дјеце
- Жене и дјеца често су изложени већем ризику од нутритивних недостатака због биолошких и социоекономских фактора. На примјер, анемија је широко распрострањена међу женама репродуктивног доба због недостатка гвожђа
- У руралним заједницама нутритивни исходи су лошији него у урбаним срединама, услед лошије инфраструктуре, ограниченог приступа здравој храни и услуга здравствене заштите.

Пандемија COVID-19 додатно је продубила нутритивне неједнакости и додатно закомпликовала напоре за побољшање глобалног нутритивног стања. Поред директних здравствених посљедица, пандемија је погоршала економске неједнакости и пореметила ланце снабдијевања храном, што је довело до већег броја нутритивно угрожених појединаца, нарочито у земљама са ниским и средњим приходима. Губитак прихода, поремећаји у

ланцима снабдијевања и ограничен приступ храни погоршали су нутритивни статус милиона људи широм свијета, посебно оних који припадају најугроженијим групама.

7.8.3. Кораци за смањење неједнакости у исхрани

Рјешавање глобалне нутриционистичке кризе представља приоритет који захтијева координацију свих заинтересованих страна — од влада и међународних организација до цивилног сектора и заједница. Превенција и рјешавање проблема гојазности и неравноправног приступа здравој исхрани морају бити приоритети у глобалним јавноздравственим политикама. Потребно је уложити додатне напоре како на глобалном, тако и на локалном нивоу како би се осигурао једнак приступ здравој исхрани за све и успорили негативни трендови који угрожавају јавно здравље. Будући кораци укључују улагања у одрживе прехранбене системе, образовање о здравој исхрани и мјере за смањење сиромаштва. Само кроз заједничке напоре може се постићи значајан напредак у испуњавању глобалних нутриционистичких циљева и осигурати здравију будућност за све. Мултисекторски приступ, улагања у образовање, јавноздравствене програме и подршку локалним пољопривредним системима су неопходни за постизање нутриционистичких циљева. Да би се смањиле неједнакости у исхрани потребан је низ мјера на нивоу политике, заједнице и појединца као што су побољшање приступа здравој храни кроз субвенционисане програме подрше, едукацију о значају здраве исхране, промовисање здравих прехранбених навика. Такође је важно радити на побољшању социоекономских прилика и образовања како би се осигурало да сви имају једнаке могућности за здрав живот. Стварање окружења у којем ће сви имати једнаке могућности за очување здравља и превенцију болести је императив, а постизање праведнијег друштва и одрживог развоја, гдје социјални и економски фактори неће представљати препреку за добробит и квалитет живота свих појединаца.

7.9. Закључак

Неједнакости у здрављу су дубоко укоријењене у друштвеним, политичким и економским структурама и представљају један од највећих изазова савременог друштва. Оне нису резултат случајности нити су утемељене искључиво на здравственим факторима, већ су одраз шире друштвене

неправде која почива на разликама у благостању, образовању, запослености, стамбеним и животним условима и социјалним услугама. Неједнакости у здрављу су неправедне и могу се спријечити одговарајућим јавноздравственим политикама и друштвеним интервенцијама. Разумијевање неједнакости у здрављу није могуће само посматрањем биолошких или понашајних фактора већ је потребно шире разумијевање социјалних детерминанти здравља које обликују живот сваког појединца и доприносе здрављу различитих популационих група.

Слично као и у остатку свијета, неједнакости у здрављу су присутне у Босни и Херцеговини, а фрагментираност и децентрализованост здравственог система их додатно погоршавају. Постојање различитих законских и институционалних оквира, недостатак јединствених статистичких података, различит економски развој, као и изражене разлике између урбаних и руралних средина стварају погодно тло за нарушавање равноправности у здрављу за грађане Босне и Херцеговине.

Важан аспект здравствених неједнакости чини неадекватна и нередовна исхрана, која повезана са ниским приходима и слабом образованошћу представља фактор ризика и доприноси већој учесталости хроничних незаразних болести. Квалитетна исхрана препозната је као темељ дугорочног и доброг здравља и друштвеног развоја, и као таква кључна за смањење здравствених разлика.

Рјешавање неједнакости у здрављу захтијева свеобухватан и мултисекторски приступ који поред здравственог сектора укључује финансије, образовање, социјалну заштиту и запошљавање. Смањење неједнакости у здрављу је могуће само уз постојање политичке воље и спремности на реформе усмјерене ка већој социјалној правди и једнакости.

Литература

- Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine. 2024. "Bosna i Hercegovina u brojevima 2023." NUM_00_2023_TB_1_BS.pdf (bhas.gov.ba).
- Agurs-Collins T, Alvidrez J, ElShourbagy Ferreira S, Evans M, Gibbs K, Kowtha B, Pratt C, Reedy J, Shams-White M, Brown AG. 2024. Perspective: Nutrition Health Disparities Framework: A Model to Advance Health Equity. Adv Nutr. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100194. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38616067; PMCID: PMC11031378.
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob Health Action. 2015 Jun 24;8:27106. doi: 10.3402/gha.v8.27106. PMID: 26112142; PMCID: PMC4481045.

- Barreto ML. Health inequalities: a global perspective. *Cien Saude Colet*. 2017. Portuguese, English, Spanish. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017. PMID: 28723991.
- Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, Laveist T, Borrell LN, Manderscheid R, Troutman A. 2011. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health*. 101 Suppl 1(Suppl 1):S149-55. doi: 10.2105/AJPH.2010.300062. Epub 2011 May 6. PMID: 21551385; PMCID: PMC3222512.
- Chen X, Orom H, Hay JL, Waters EA, Schofield E, Li Y, Kiviniemi MT. 2019. Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use. *J Rural Health*. doi: 10.1111/jrh.12335. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30444935; PMCID: PMC6522336.
- Dahlgren G, Whitehead M. 1991. "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe." *The Lancet* (Institute for Futures Studies).
- Development Initiatives, Bristol, UK. 2020. "Global Nutrition Report: Action on equity to end malnutrition." https://media.globalnutritionreport.org/documents/2020_Global_Nutrition_Report_2hrssKo.pdf.
- EuroHealthNet. 2024. *Health Inequalities*. Последњи приступ 08. January 2024. <https://health-inequalities.eu/health-inequalities/>.
- European Commission. 2023. "COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. Bosnia and Herzegovina 2022 Report." https://neighbourhood-enlargement.ec.europa.eu/document/download/a113b381-3389-4be7-95b2-a4fb91c8c243_en?filename=Bosnia%20and%20Herzegovina%20Report%2022.pdf.
- Friel S, Hattersley L, Ford L, O'Rourke K. Addressing inequities in healthy eating. *Health Promot Int*. 2015 Sep;30 Suppl 2:ii77-88. doi: 10.1093/heapro/dav073. PMID: 26420812.
- Hahn RA. What is a social determinant of health? Back to basics. 2021. *J Public Health Res*. doi: 10.4081/jphr.2021.2324. PMID: 34162174; PMCID: PMC8672311.
- Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. . 2019. Copenhagen.
- International Organization for Migration (IOM). 2022. "Emigration of Health and Information and communication professionals from Bosnia and Herzegovina. Challenges and opportunities." <https://bih.iom.int/sites/g/files/tmzbd1076/files/documents/emigration-of-health-and-information-eng.pdf>.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000 Apr 29;320(7243):1200-4. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200. PMID: 10784551; PMCID: PMC1127589.

- Michael Marmot, Richard Wilkinskon. 2009. *Social Determinants of HEalth, 2nd edition*. Oxford Academic.
- McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. 2019. Defining health and health inequalities. *Public Health*. PMID: 31154234; PMCID: PMC6558275.
- Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, Sosa-Palanca EM, García-Martínez P, Mármol-López MI. 2021. Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. doi: 10.3390/ijerph182211801. PMID: 34831556; PMCID: PMC8624572.
- Michael Marmot, Richard Wilkinskon. 2009. *Social Determinants of HEalth, 2nd edition*. Oxford Academic.
- Muntaner C, Lynch J. Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *Int J Health Serv*. 1999;29(1):59-81. doi: 10.2190/G8QW-TT09-67PL-QTNC. PMID: 10079398.
- Niskanovic J, Stojisavljevic D, Stojisavljevic S, Djikanovic B, Manigoda D. 2023. "Exploring possibilities for the development of healthy eating habits in preschool settings: parent's and teacher's perspectives." *Food Science and Nutrition*.
- Ngo ST, Steyn FJ, McCombe PA. Gender differences in autoimmune disease. 2014. *Front Neuroendocrinol*. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.04.004. Epub 2014 May 2. PMID: 24793874.
- Organization for Cooperation and Security in Europe, OSCE. 2018. "Dobrobit i sigurnost žena: OSCE-ovo istraživanje o nasilju nad ženama u Bosni i Hercegovini." https://arsbih.gov.ba/wp-content/uploads/2019/11/Istra%c5%beivanje-o-dobrobiti-i-sigurnosti-%c5%beena-u-BIH_BOS.pdf.
- Schouler-Ocak M, Brandl EJ. 2022. "The Impact of Violence and Abuse on Mental Health of Women – Current Data." *Eur Psychiatry*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9565855/pdf/S0924933822001304a.pdf>.
- Stojisavljevic S, Djikanoivc B., Stojisavljevic D., Manigoda D., Niskanovic J. 2025. "The policy and practice of establishing healthy eating in preschool children in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina." *BMC Nutrition* 11 (30).
- Stojisavljevic S, Djikanovic B, Matejic B. 2017. "The Devil has entered you: A qualitative study of Men Who Have Sex With Men (MSM) and the stigma and discrimination they experience from healthcare professionals and the general community in Bosnia and Herzegovina." *Plose One*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179101>.
- Stojisavljević S, Djikanovic B, Voncina L at al. 2022. "The challenge of ensuring elderly people can access their health insurance entitlements: a mixed method study on the Republic of Srpska's Protectors of Patients' Health Insurance Entitlements." *BMJ Global Health*. doi:10.1136/bmjgh-2022-009373.
- Stojisavljevic S, Djikanovic B, Matejic B. 2021. "Today one partner, tomorrow another one, and no one is suspicious that you are gay": A Qualitative Study

- of Understanding HIV Related Risk Behavior Among MSM in Bosnia and Herzegovina." *Journal of Homosexuality*.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2021.1943280>.
- Stojisavljevic S, Grabez M, Stojanovski K. 2020. "Unmet Health Needs of Roma Women in the Two Biggest Roma Communities in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Front Public Health*." *Front. Public Health*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075933/>.
- Todorović I, Cheng F, Stojisavljević S, Marinković S, Kremenović S, Savić P, Golić-Jelić A, Stojaković N, Stoisavljević-Šatara S, Igić R, et al. 2022. "Prevalence of Cigarette Smoking and Influence of Associated Factors among Students of the University of Banja Luka: A Cross Sectional Study." *Medicina*.
<https://www.mdpi.com/1648-9144/58/4/502>.
- UNICEF. 2013. "The Status of Roma Children and Families in Bosnia and Herzegovina."
- United Nations Bosnia and Herzegovina. 2022. "Coomon Country Analysis Bosnia and Herzegovina 2022."
https://bosniaherzegovina.un.org/sites/default/files/2022-11/2022%20CCA_EXTERNAL-web.pdf.
- United Nations Children's Fund, The State of the World's . 2023. Florence.
- United Nations. 2015. "Transformin our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development."
<https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.
- Weeks WB, Chang JE, Pagán JA, Lumpkin J, Michael D, Salcido S, et al. 2023. "Rural-urban disparities in health outcomes, clinical care, health behaviors, and social determinants of health and an action-oriented, dynamic tool for visualizing them." *PLOS Global Pub;lic HEalth* 3(10) 3(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002420>.
- Weathers AL, Garg N, Lundgren KB, Benish SM, Baca CB, Benson RT. 2024. Improved Accuracy/Completeness of EHR Race/Ethnicity Data: A Requisite Step to Address Disparities in Care. *Neurol Clin Pract*. 2024 Jun;14(3):e200313. doi: 10.1212/CPJ.0000000000200313. Epub 2024 Apr 16. Erratum in: *Neurol Clin Pract*. 2024 Jun;14(3):e200349. doi: 10.1212/CPJ.0000000000200349. PMID: 38720950; PMCID: PMC11073868.
- Whitehead, M. 1992. "The concepts and principles of equity and health." *Int J Health Serv*. doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.
- Wilkinson R, Pickett K. 2012. *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane. <https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1007/s11211-012-0148-9>.
- World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies. 2022. "Health Systems in Action Insight for Bosnia and Herzegovina."
<https://eurohealthobservatory.who.int/>.

- World Health Organization. 2024. *Health inequities and their causes*. Последњи приступ 16. Septembar 2024. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>.
- World Health Organization. (2020). *Healthy diet*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Health Organization. без датума. "Noncommunicable Diseases (NCDs) Country Profiles. 2018." <https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases>.
- World Health Organization. 2024. "Operational framework for monitoring social determinants of health equity." Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375732/9789240088320-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. 1986. "Ottawa Charter for Health Promotion." WH-1987-May-p16-17-eng.pdf
- World Health Organization. 2020. "Summary results of the Global Youth Tobacco Survey in selected countries of the WHO European." <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336752/WHO-EURO-2020-1513-41263-56157-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. 2024. *Universal Health Coverage*. Последњи приступ 09. September 2024. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- World Health Organization. Global Health Observatory. 2024. <https://www.who.int/data/gho>.
- World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2023. "Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report."

Health Inequalities

Stela Stojisavljević

Summary

Health inequalities represent differences in health status and access to healthcare services among various population groups, influenced by economic, social, political, and biological factors. According to the World Health Organization (WHO), these disparities are not only systemic and deeply rooted in social structures but also unjust, meaning they can be mitigated through appropriate policies and interventions. Limited access to healthcare, unequal treatment outcomes, and uneven distribution of resources threaten social cohesion, contributing to societal instability and reinforcing social divides.

The Sustainable Development Goals (SDGs) adopted under the 2030 Agenda provide a global framework to address these challenges, with universal health coverage (UHC), outlined under Goal 3, aiming to ensure equitable access to quality healthcare services without financial barriers. Achieving UHC also contributes to other global goals, such as eradicating poverty (Goal 1) and promoting gender equality (Goal 5), thus enhancing social inclusion and reducing health inequalities within societies.

The root causes of health inequalities are complex and interconnected, encompassing biological factors as well as socio-economic conditions such as income, education, and housing. Social determinants of health, including the quality of working conditions and access to healthcare services, play a key role in mitigating these disparities. Data shows that poverty, chronic stress, and social exclusion significantly increase the risk of poor health outcomes and shorten life expectancy.

In Bosnia and Herzegovina, health inequalities stem from historical, political, and economic factors. The decentralized healthcare system and disparities between the country's entities – Republika Srpska, the Federation of Bosnia and Herzegovina, and the Brčko District – further complicate equal access to healthcare. These challenges are exacerbated by insufficient economic development and the continuous outflow of healthcare workers, threatening the sustainability of the system and the ability to provide adequate care to the population.

Nutrition, as a key factor in health preservation, plays a significant role in preventing chronic diseases such as obesity and cardiovascular conditions while

supporting mental health. It is particularly crucial during early childhood, ensuring optimal growth and development and reducing the risk of health issues later in life. Nutrition also contributes to health inequalities, as individuals with limited access to food or poor dietary habits face a higher risk of chronic diseases, such as obesity, diabetes, and cardiovascular problems. Inadequate nutrition affects cognitive development, immunity, and overall health, further deepening disparities in quality of life and health outcomes.

Effectively addressing health inequalities requires coordinated interventions at multiple levels, including policies focused on social justice, improved healthcare accessibility, and economic measures to reduce poverty and marginalization of vulnerable groups. Only through multisectoral approaches, involving collaboration across different sectors of society, can fairer health outcomes and sustainable development be achieved in the long term.

Keywords: Inequalities, Health, Nutrition, Socio-Economic Determinants of Health, Bosnia and Herzegovina

