

# Nierówności w zdrowiu jako wyzwanie polityczne

## Health inequalities as a political challenge

DOROTA CIANCIARA

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Celem artykułu jest zaprezentowanie wybranych kamieni milowych w globalnym ogniskowaniu uwagi na nierównościach w zdrowiu oraz rekapitulacja krajowego zainteresowania tym problemem, aby podkreślić znaczenie problemu nierówności dla aktualnych polityk zdrowotnych. Przede wszystkim omówiono najważniejsze etapy doświadczeń z Wielkiej Brytanii oraz wysiłki Światowej Organizacji Zdrowia. W polskim kontekście podkreślono, że system Siemaszki był przyjazny dla zdrowia populacji i wspierał, choć z różnym skutkiem, medycynę zapobiegawczą, zapobieganie chorobom zakaźnym, oświatę zdrowotną oraz opiekę zdrowotną nad małymi dziećmi. Po transformacji ustrojowej w 1989 r. problematyka zdrowia populacji została zmarginalizowana i zdominowana przez neoliberalne tezy ekonomiczne. Podano przykłady braku czujności odnośnie do nierówności w zdrowiu w Polsce. Zaznaczono, że ustawa o zdrowiu publicznym, nowy NPZ oraz projekt predefiniowany „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” (w ramach programu PL13) są szansą na zwiększenie społecznej świadomości problemu.

**Słowa kluczowe:** nierówności w zdrowiu, społeczne determinanty zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia, Polska, program PL 13

The aim of the article is to present selected milestones in focusing the global attention on social inequalities in health and recapitulation of Polish national concern about health inequalities, to emphasize the significance of that problem for current health policies. The most important stages of the UK involvement and the efforts of the World Health Organization are presented. In the Polish context it was emphasized that the Siemaszko system was population health friendly, albeit with varying degrees of success, and supported preventive medicine, infectious disease prevention, health education and health care for young children. After the political transformation in 1989 the problem of population health was marginalized and dominated by neoliberal economic theses. Some examples of a lack of vigilance with regard to health inequalities in Poland were discussed. It was noted that the Public Health Act, the new National Health Program as well as predefined project “Reducing social inequalities in health” (within the program PL13) are an opportunity to raise public awareness of the problem.

**Key words:** health inequalities, social determinants, World Health Organization, Poland, programme PL 13

© Hygeia Public Health 2015, 50(3): 441-448

www.h-ph.pl

Nadano: 20.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 19.09.2015

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr hab. n. med. Dorota Cianciara  
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel. 22 56 01 150, e-mail: dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

## Wprowadzenie

W opracowaniu tym termin „nierówności w zdrowiu” oznacza trwałe, systematyczne różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społecznych powstające na podłożu czynników społecznych i ekonomicznych. Nierówności w zdrowiu są ściśle związane z nierównościami społecznymi, w tym dochodowymi. Powstają w wyniku presji warunków, w których ludzie dorastają, żyją, pracują i starzeją się.

W trakcie 7. Europejskiej Konferencji Zdrowia Publicznego, która odbyła się w listopadzie 2014 r. w Glasgow powstała deklaracja pod hasłem *All Hands on Deck to close the health inequalities gap* (Wszystkie ręce na pokład, żeby zniwelować nierówności w zdrowiu). Deklaracja jest dowodem niepokoju wywołanego problemem nierówności w zdrowiu oraz oświadczeniem woli przeciwdziałania temu zjawisku i jego negatywnym konsekwencjom. Znalazł się

w niej m.in. apel o: gromadzenie danych naukowych na temat działań, które są skuteczne w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu, wykorzystanie tych danych w politykach, wymianę dobrych praktyk, większe zaangażowanie pracowników zdrowia publicznego oraz reprezentantów społeczeństwa.

Obecne globalne – i bezprzykładne – skupienie uwagi na zjawisku nierówności w zdrowiu ma przynajmniej siedem ważkich przyczyn. Należą tu następujące, powszechnie podnoszone powody:

- utrzymywanie się, a zwłaszcza narastanie nierówności społecznych oraz zróżnicowania stanu zdrowia mieszkańców w poszczególnych krajach oraz w skali międzypaństwowej, pomimo że większość populacji jest obecnie zdrowsza niż w przeszłości [1-4];
- akceptacja poglądu, że zjawisko nierówności w zdrowiu jest społecznie niesprawiedliwe i nie

- fair* w stosunku do grup, które nie mają szansy na osiągnięcie pełnego potencjału zdrowia [5];
- respektowanie praw człowieka stało się ważnym kryterium oceny władz, prawa i reguł życia społecznego;
  - świadomość, że nierówności mogą być szkodliwe dla wszystkich członków społeczeństwa w wyniku np. rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, skutków nadużywania alkoholu, przemocy czy przestępczości [6];
  - uznanie, że kapitał ludzki i zdrowie są warunkiem wzrostu gospodarczego [7, 8], a nierówności w zdrowiu są kosztowne, powodują realne straty mikro- oraz makroekonomiczne, w tym generują koszty medycyny naprawczej i systemu opieki społecznej [9];
  - przekonanie, że nierównościom w zdrowiu można i trzeba przeciwdziałać [5];
  - woła pokonania tego problemu, w tym [10]:
    - uzupełnienia niedostatków wiedzy, m.in. dotyczącej wszechstronnej diagnozy problemu, a zwłaszcza na temat skutecznych metod przeciwdziałania zjawisku;
    - ulepszenia procesu translacji wiedzy, czyli wykorzystania w aktualnych politykach istniejących dowodów naukowych na temat tego co działa na rzecz równości w zdrowiu.

Trzeba zarazem zauważyć, że istnieje też przyczyna nie artykułowana w tak jednoznaczny sposób, dorozumiana i emocjonalna – świadomość zaniechania stosownych działań i brak właściwej reakcji ok. 30 lat temu, kiedy problem nierówności w zdrowiu był już bardzo widoczny. Patrząc na aktualne piśmiennictwo w dziedzinie zdrowia można stwierdzić, że w wielu krajach zachodnich i na forum międzynarodowym podjęto już niezliczone starania dogłębnej analizy problemu, jego skali i przyczyn, a także metod jego rozwiązania.

Celem tego artykułu jest: (a) zaprezentowanie wybranych kamieni milowych w globalnym ogniskowaniu uwagi wokół nierówności w zdrowiu, (b) rekapitulacja krajowego zainteresowania problemem nierówności w zdrowiu – zwłaszcza w ostatnim czasie. Artykuł ten stanowi pierwszą część cyklu trzech artykułów na temat nierówności w zdrowiu; w kolejnym przedstawiono przyczyny i mechanizmy powstawania nierówności, a w następnym strategię przeciwdziałania zjawisku. Piśmiennictwo ograniczono do koniecznego minimum.

### Stare problemy anglo-amerykańskie w nowych czasach

W 1832 r. w Wielkiej Brytanii ukazał się raport komisji królewskiej, sporządzony głównie przez jej sekretarza Edwina Chadwicka oraz Nassau Williamsa

Seniora, na temat funkcjonowania *Poor Law*, czyli praw biedoty. Doprowadził on w 1834 r. do zmiany prawa (tzw. *Poor Law Amendment Act*), które straciło na znaczeniu dopiero w latach powojennych wraz z rozwojem państwa opiekuńczego. Zauważa się jednak, że ubocznym efektem owych poprawek był przyczynek do rozwoju gospodarki rynkowej [11]. Samo prawo budziło zaś wiele problemów i wątpliwości (tzw. *workhouses*). W 1842 r. Chadwick wraz z dr. Thomasem Southwoodem Smithem zanalizował sytuację sanitarną klasy pracującej i opublikował słynny raport *Sanitary Condition of the Labouring Population*. Jego konsekwencją było przyjęcie w 1848 r. *Public Health Act*.

Podobną rolę – architekta systemu zdrowia publicznego – odegrał w USA Lemuel Shattuck, który m.in. przewodniczył w 1850 r. komisji do spraw zbadania stanu sanitarnego w Massachusetts. Później, przez ponad 100 lat problem nierówności w zdrowiu pozostawał raczej na marginesie uwagi. Nawrót zainteresowania nastąpił mniej więcej trzy dekady po II wojnie światowej. Do pierwszych publikacji, które w USA zyskały uwagę zalicza się opracowanie z 1973 r. na temat zróżnicowania umieralności wg przynależności rasowej oraz statusu społeczno-ekonomicznego [12]. Duże znaczenie miał artykuł Leonarda Syme i Lisy Berkman *Social class, susceptibility and sickness*, w którym przedstawiono dowody na większą chorobowość w niższych klasach społecznych. Autorzy ci wskazywali, że klasa społeczna wykazuje związek z podatnością na różne problemy ze zdrowiem [13]. W latach 70. XX w. Len Syme mówił swoim studentom-lekarzom w Berkeley: *Doctors have no special insight on causes of ill-health* (Lekarze nie mają szczególnego wglądu w przyczyny złego zdrowia), co było wówczas szokujące nawet dla Michaela Marmota, który był tam doktorantem [14]. Obecnie dochód jest silniejszym prognostykiem długości życia Amerykanów niż w poprzednim pokoleniu. Co więcej, w krajach o znacząco niższym PKB i mniejszych nakładach na zdrowie *per capita*, jak Chile, Portugalia, Słowenia czy Korea Płd., umieralność jest aktualnie niższa niż w USA [15]. W wyjątkowo niekorzystnej sytuacji są Afroamerykanie [16]. Pomimo rosnącego zainteresowania problematyką społecznych nierówności w zdrowiu w USA, rutynowy system nadzoru nad chorobami nie sprzyja analizie zjawiska [17]. Obserwując amerykańską reakcję na problem nierówności (podobnie jak na umiarkowany aplauz dla *Obamacare*) należy zawsze pamiętać o historycznej i kulturowej specyfice tego społeczeństwa [18].

W Wielkiej Brytanii powtórne odkrycie ubóstwa i jego konsekwencji zdrowotnych nastąpiło w latach 60. XX w., ale minęło bez większego echa. W 1980 r. ukazał się symboliczny raport Blacka. Wykazano

w nim, że zgony nie są równomiernie rozłożone w populacji i obserwuje się ich nadwyżkę w niższych klasach społecznych. Wykazano też, że zjawisko to raczej nasiliło się od powstania *National Health Service* w 1948 r., a znaczący udział w nim mają nierówności społeczne związane z dochodem, wykształceniem, warunkami mieszkaniowymi, żywieniem, zatrudnieniem oraz warunkami pracy. Tym samym przyjęto, że spośród czterech zakładanych teoretycznych wyjaśnień podłoża nierówności (artefakt, selekcja zdrowotna lub społeczna, przyczyny kulturowo-behawioralne, przyczyny materialistyczne i strukturalne) największe znaczenie mają materialne warunki życia. Po latach oceniono, że w raporcie Blacka przyjęto miękką interpretację teorii materialistycznej, ponieważ gradient zdrowia łączono nie tylko z mierzalnym dochodem, ale również psychospołeczną sytuacją klasy społecznej [19]. Prace grupy roboczej pracującej nad raportem pod przewodnictwem Sir Douglasa Blacka, zainicjowane przez rząd laburzystowski w 1977 r., kończyły się już po wyborczej wygranej partii konserwatywnej Margaret Thatcher. Raport przez niemal rok „leżakował”, a w 1980 r. wydano drukiem niewielką liczbę egzemplarzy [20].

Wspominając raport Blacka należy powiedzieć także, że jego opracowanie zlecił David Hedley Ennals, który w latach 1976-1979 pełnił funkcję *Secretary of State for Social Services*. Uważa się, że jego decyzję sprowokował 33-letni wówczas Richard G. Wilkinson – obecnie szeroko znany, emerytowany epidemiolog. W grudniu 1976 r. w czasopiśmie *New Society* wystosował list do sekretarza Ennalsa zaczynający się od słów: *Dear David Ennals*, dalej opisujący różnicowanie sytuacji zdrowotnej Brytyjczyków i kończący się zdaniem: *As a first step then, may I ask you to set up an urgent inquiry to look into these issues and to recommend action?* (A zatem, jako pierwszy krok, czy mogę prosić Pana o pilne podjęcie badania w celu spojrzenia na te kwestie oraz zalecenie działania?) [21]. Trudno dziś powiedzieć, co miało decydujące znaczenie dla podjęcia prac komisji Blacka – presja i prośba badacza czy świadomość i wola polityka. Niemniej przykład ten pozwala wierzyć w moc sprawczą argumentów merytorycznych.

Raport Blacka stymulował wiele badań, a podsumowaniem następnej dekady był raport Margaret Whitehead *The Health Divide. Inequalities in Health in 1980's*, który ukazał się w marcu 1987 r. pod koniec rządu pani Thatcher. W 1998 r. w okresie rządów partii pracy ukazały się kolejne przełomowe raporty: *Working Together for a Healthier Scotland* oraz tzw. raport Sir Donalda Achesona – *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Wszystkie wykazywały istnienie związku przyczynowego między klasą społeczną a rozpowszechnieniem złego zdrowia (*ill*

*health*). W 2010 r. opublikowano raport Marmota – *Fair society, healthy lives* – w którym stwierdzono, że kluczem do sukcesu w niwelowaniu nierówności jest „proporcjonalny uniwersalizm”, czyli działania proporcjonalne do stopnia nieuprzywilejowania, a zatem obejmujące do pewnego stopnia wszystkich mieszkańców, a nie tylko grupy najbardziej poszkodowane. Koncepcję tę wsparł wkrótce *The Lancet* [22] i europejskie biuro Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ). Podsumowując należy dodać, że obecne zainteresowanie problematyką nierówności w Wielkiej Brytanii jest ogromne, a statystyka publiczna w tym kraju uwzględnia przynależność do klasy społecznej, co upraszcza nieco analizę zjawiska. Ponadto można zauważyć, że brytyjskie głębsze zainteresowanie problematyką nierówności w zdrowiu miało związek z dominującą w danym okresie ideologią polityczną. Zjawisko to jest także widoczne w Holandii [23].

Kraje skandynawskie natomiast uznaje się zazwyczaj za punkt odniesienia do międzynarodowych analiz zjawiska, ponieważ wyróżnia je dość stabilna troska (pomimo zawirowań w latach 90. XX w.) o polityki socjalne, nacisk na równość szans i redukcję ubóstwa. Ogólna sytuacja zdrowotna w tych państwach jest zdecydowanie korzystna, a porównanie z innymi krajami wypada na ich korzyść. Na przykład umieralność pracowników fizycznych w Norwegii oraz Szwecji jest zdecydowanie mniejsza niż w innych krajach europejskich. Przykładowo – różnica w oczekiwanym trwaniu życia między mężczyznami z wykształceniem podstawowym i zawodowym a tymi, którzy mają wykształcenie wyższe wynosiła w Szwecji ok. 4 lat, a w Polsce ok. 12 lat (tab. I). Pomimo tego w krajach nordyckich istnieją stosunkowo trwałe nierówności w zdrowiu [24] i zasadniczo niewiele mniejsze niż w innych krajach europejskich [25].

## Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia przynajmniej od lat 70. XX w. domaga się działania na rzecz równości

Tabela I. Oczekiwane trwanie życia w wieku jednego roku w Polsce, Norwegii i Szwecji – wg płci i poziomu wykształcenia w 2012 r. (źródło: Eurostat)  
Table I. Life expectancy in age of 1 year in Poland, Norway and Sweden by sex and educational attainment by 2012 (source: Eurostat)

Płeć /Sex	Polska /Poland			Norwegia /Norway			Szwecja /Sweden		
	P+Z	W	Razem	P+Z	W	Razem	P+Z	W	Razem
Kobiety /Females	77,5	82,9	80,5	80,2	84,2	82,6	80,9	84,1	82,8
Mężczyźni /Males	65,3	77,9	72,1	75,3	81,0	78,7	76,7	81,1	79,1
Ogółem /Total	71,1	80,6	76,3	77,7	82,6	80,7	78,7	82,7	81,0

P+Z – wykształcenie mniej niż podstawowe podstawowe i zawodowe /less than primary, primary and vocational education; W – wykształcenie wyższe /higher education

w zdrowiu. Wcześniej – w Konstytucji ŚOZ z 1946 r. powiedziano, że: „Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych”. W 1978 r. w Deklaracji z Ałma-Ata (dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej) stwierdzono, że: „Istniejące rażące nierówności (*inequality*) w stanie zdrowia ludzi, w szczególności pomiędzy krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się, ale także w poszczególnych krajach, są niemożliwe do zaakceptowania z powodów politycznych, społecznych i ekonomicznych, toteż są przedmiotem wspólnego zainteresowania wszystkich krajów”.

W *Global Strategy for Health for All* (HFA – Zdrowie dla Wszystkich), przygotowywanej od 1977 r. i aprobowanej w 1981 r., stwierdzono, że: „Problemy zdrowotne i społeczno-ekonomiczne są ze sobą ściśle związane. W wielu krajach sytuacja zdrowotna i społeczno-ekonomiczna jest niezadowolająca, a przyszłe tendencje nie są obiecujące”. Wśród 38 celów strategii HFA dla Europy na pierwszym miejscu wskazano zmniejszenie przynajmniej o 25% do roku 2000 nierówności (*differences*) w stanie zdrowia między krajami i między grupami społecznymi w poszczególnych krajach poprzez poprawę zdrowia narodów i grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji [26]. Niezachwiane przekonanie o decydującej roli czynników społecznych w osiąganiu zdrowia legło u podstaw sformułowania strategii promocji zdrowia. Karta Ottawska z 1986 r. stwierdza, że: „promocja zdrowia skupia się na osiągnięciu równości w zdrowiu”.

Wymienione tu zdarzenia można uznać za prelude do mnóstwa dalszych poszukiwań, wyjaśnień i zaleceń. Od 1990 r. Biuro Regionalne ŚOZ dla Europy zlecało opracowanie wielu badań i raportów technicznych. W marcu 2005 r. w Genewie powołano *Commission on Social Determinants of Health* pod przewodnictwem Micheala Marmota. Rezultatem jej prac był raport *Closing the gap in a generation*, w którym opisano sytuację globalną i który był podłożem rezolucji WHA62.14. Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ŚZZ) z 2009 r. dotyczącej zmniejszania nierówności w zdrowiu poprzez działania skoncentrowane na społecznych uwarunkowaniach zdrowia. Raport zyskał wsparcie Lancetu [27], ale oponenci uznali, że szanujące się czasopismo nie powinno wspierać propagandy politycznej [28]. W październiku 2011 r. 125 reprezentantów krajów członkowskich ŚOZ przyjęło Deklarację z Rio, aprobowaną następnie przez rezolucję ŚZZ (WHA65.8). We wrześniu 2012 r. przyjęto w regionie europejskim politykę *Health 2020*, której celem strategicznym jest m.in. zmniejszanie nierówności w zdrowiu.

## Perspektywa polska

W Polsce okresu rozbiorów zrodził się silny nurt higieniczny, szczególnie aktywny w ostatnich dekadach XIX w. i kontynuowany również po odzyskaniu niepodległości [29]. W latach dwudziestych znanym orędownikiem równości w zdrowiu był np. Marcin Kacprzak, któremu szczególnie bliskie było położenie chłopstwa. Dostrzegał przy tym zróżnicowanie społeczne pisząc: „Medycyna zapobiegawcza na Huculszczyźnie musi się różnić zasadniczo od tejże na Polesiu lub w Poznańskim, bo to wypływa z różnic i w stopie życiowej, i w poziomie kultury i jest zależne od tego, w jakiej mierze ludność ma zapewnioną pomoc lekarską” [30].

Po II wojnie światowej, z różnym skutkiem, forsowano bardziej radykalne rozwiązania w ochronie zdrowia. Paradoksalnie system Siemaszki – nieefektywny i w istocie czysto teoretyczny, ponieważ nigdy nie został w pełni nie zrealizowany – wspierał medycynę zapobiegawczą, a zwłaszcza zapobieganie chorobom zakaźnym poprzez gęstą sieć sanepidów. Działała organizowana centralnie oświata zdrowotna, a Państwowy Zakład Higieny (PZH) corocznie otrzymywał na ten cel przydział papieru z Ministerstwa Kultury. Na początku lat 80. XX w., kiedy mieliśmy w Polsce *baby boom*, każdego roku wydawano 700-800 tys. egzemplarzy broszury o żywieniu i pielęgnacji noworodka i niemowlęcia autorstwa Wandy Szotowej. Otrzymywała ją bezpłatnie każda rodząca matka. Po transformacji ustrojowej problem dysproporcji w sytuacji zdrowotnej różnych grup ludności wyraźnie zszedł z agendy politycznej, chociaż można wskazać przykłady poszukiwania sposobów na poprawę funkcjonowania systemu zdrowotnego, np. na wsi [31]. W trudnym okresie przemian nie zwracano jednak uwagi na rosnącą liczebnie grupę osób pozbawionych pracy, chociaż bezrobocie jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka dla zdrowia, zwłaszcza dla mężczyzn.

Realne i bardziej wnikliwe zainteresowanie problematyką nierówności w zdrowiu, a także użycie tego terminu, nastąpiło później niż w krajach zachodnich i w znacznej mierze było odwzorowaniem tamtych tendencji. Dość powiedzieć, że pierwszy znaczący raport poświęcony *stricte* nierównościom w zdrowiu w społeczeństwie polskim został opublikowany w 2012 r. [32]. Warto zauważyć, że systematyczne analizy sytuacji zdrowotnej ludności kraju zapoczątkował PZH w 1977 r. Dwa ostatnie, syntetyczne opracowania wydano w 2008 oraz 2012 r. i w obu zwrócono uwagę, że: „długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne”, z tym jednak, że pojęcie „nierówności” pojawiło się dopiero w 2012 r. Innym przykładem może być raport na temat stanu zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 1999-2008,

w którym wykazano, że średnia długość życia mężczyzn na Pradze Północ była o 17 lat krótsza niż na Ursynowie. Zarówno w tym raporcie, jak też w jego kontynuacji dotyczącej lat 2009-2011, ani razu nie użyto określenia „nierówności w zdrowiu”.

Patrząc na polskie piśmiennictwo w dziedzinie zdrowia można powiedzieć, że problem nierówności jest rozpatrywany głównie z perspektywy epidemiologiczno-demograficznej. Relatywnie słabiej reprezentowany jest społeczny kontekst problemu. I to pomimo zaangażowania socjologów medycyny, którzy starają się referować zdrowotne skutki rozwarstwienia społeczeństwa. Dość słabo reprezentowany jest również wątek praktyczny i polityczny w relacji do nierówności w zdrowiu, aczkolwiek ukazało się kilka tłumaczeń tekstów ważnych dla strategii działania [33-38].

Cechą charakterystyczną polskich czasopism naukowych jest całkowity brak wymiany poglądów, listów i komentarzy odnośnie do nierówności w zdrowiu, i to zarówno w perspektywie krajowej, jak i międzynarodowej. Odróżnia nas to np. od Wielkiej Brytanii (czy Kanady), gdzie na łamach piśmiennictwa toczy się gorąca dyskusja o polityce, zdrowiu i równości. Można tu wskazać przynajmniej liczne głosy tandemu Martina McKee oraz Davida Stucklera.

Na marginesie zaś – kwestia łączenia zdrowia z polityką nie podoba się wszystkim na świecie, co pokazała reakcja na list zwracający uwagę na ofiary konfliktu w Gazie, zamieszczony w Lancecie w 2014 r. obrońcy „upolitycznienia” zdrowia i czasopism twierdzą, że zgromadzona wielka liczba dowodów na istnienie silnych relacji polityka-zdrowie nie pozwala na ich ignorowanie [39]. Przeciwnicy „upolitycznienia” powinni zaś pamiętać, że ocena tegoż jest względna i całkowicie subiektywna. Pokazuje to eksperyment przeprowadzony w USA dotyczący percepcji etiologii cukrzycy typu 2. W grupach eksperymentalnych uczestnicy otrzymali trzy różne informacje o przyczynach cukrzycy – podłożu genetycznym, stylu życia, czynnikach środowiskowych. W grupie eksperymentalnej żadnych wyjaśnień nie podano. W grupie, która dostała wyjaśnienie środowiskowe większe przyzwolenie dla polityki społecznej zmierzającej do kontroli zachorowań wykazali zadeklarowani Demokraci niż Republikanie [40]. Dyskusja, która rozgorzała w Lancecie pokazuje jednak, że polityka społeczna jest od lat nieznośnym (*wicked*) problemem dla nauki. Nauka woli operować tematami oswojonymi (*tame*) [41].

Wracając do sytuacji w Polsce, problematyka nierówności występowała w dokumentach strategicznych, takich jak kolejne Narodowe Programy Zdrowia (NPZ). I tak w NPZ na lata 1996-2005 znalazł się cel strategiczny (1 spośród 3) w brzmieniu: „Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych”. W NPZ 2007-2015 ustalono cel stra-

tegiczny (1 z 8): „Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji”. Termin „nierówności” wprowadzono zaś w projekcie NPZ 2016-2020, którego jedynym celem strategicznym jest: „Wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”.

Po roku 2009 w polskiej polityce rozwoju zdrowie rozlokowane jest horyzontalnie, a więc zostało włączone do kilku strategii, w tym średniookresowej (ŚSRK) i długookresowej strategii rozwoju kraju (DSRK) oraz do kilku strategii zintegrowanych, a zwłaszcza Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL) oraz Strategii Sprawne Państwo (SSP). Skutkiem takiego podejścia głównym krajowym planem politycznym dla sektora zdrowotnego jest tzw. dokument strategiczno-wdrożeniowy „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (PPdOZ). Nie istnieje przy tym żaden odrębny plan działania na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu. Jakkolwiek problematyka ta pojawia się w wymienionych strategiach, to jednak poruszana jest głównie w opisowych częściach dokumentów i nie stanowi celu działania. Ponadto problematyka ta jest różnie nazywana. I tak: ŚSRK mówi jedynie o „różnicowaniu terytorialnym, np. stanu zdrowia i czynników społecznych je warunkujących”. DSRK posługuje się terminem „różnice w zdrowiu” lub „różnicowanie”, SRKL oraz SSP – „nierówności w zdrowiu”, a w PPdOZ występują różne terminy. Wskazuje to na potrzebę ujednoczenia nazewnictwa, tym bardziej, że w oficjalnych polskich tłumaczeniach dokumentów Komisji Europejskiej posłużono się terminem „nierówności zdrowotne”.

Natomiast w polskim piśmiennictwie naukowym z innych dziedzin można doszukać się tez, które w pewnym sensie umniejszają zjawisko nierówności społecznych, a więc także w zdrowiu. Henryk Domański, wybitny socjolog i znawca problematyki struktury społecznej oraz stratyfikacji wskazywał na nieuchronność nierówności społecznych, a w ich legitymizacji upatrywał czynnika stabilizującego stosunki społeczne [42]. W 2011 r. stwierdził, że „Dotychczasowa historia systemów społecznych wskazuje, że nierówności są koniecznym warunkiem postępu” [43]. Rok później na podstawie badań przeprowadzonych w Polsce w 1988 i 2010 r. dowodził, że „Społeczeństwo polskie daje przyzwolenie dla istniejącej hierarchii zarobków, w szczególności zaś wizja radykalnej egalitaryzacji nie znajduje społecznego poparcia. Pożądanym wzorem są istniejące nierówności zarobków, chociaż należałoby je – wg opinii większości – osłabić” [44]. Ponadto z jego obserwacji wynikało, że nic nie wskazuje na to, aby w Polsce post-komunistycznej dochodziło do zanikania mechanizmów dziedziczenia pozycji społecznej rodziców (wykształcenia i dochodów), a więc

kontynuowana jest reprodukcja pozycji społecznej – dystansów i nierówności [45]. Literalne przyjęcie takiego stanowiska prowadzi do uogólnienia, że nierówności społeczne są w Polsce stosunkowo trwałe, społecznie akceptowane i pełnią funkcje motywujące. Ściślej zaś stanowią tzw. motywację zewnętrzną, czyli bodziec do działania pochodzący z otoczenia. Myśląc tak, abstrahujemy jednak od roli tzw. motywacji wewnętrznej, czyli chęci działania wynikającej z samej satysfakcji płynącej z wykonywania jakiejś czynności. W tym znaczeniu nierówności dochodowe i społeczne mogą być demotywujące, stanowić ukryty koszt nagrody zewnętrznej [46]. Trzeba wszakże odnotować, że H. Domański zauważa korzystny związek między małymi nierównościami społecznymi a poziomem zaufania społecznego oraz związek zaufania ze stopniem demokratyzacji, poziomem rozwoju ekonomicznego oraz zamożności [47]. Piśmiennictwo z obszaru zdrowia publicznego dostarcza tu wielu przesłanek i dowodów na istnienie pozytywnego związku między kapitałem społecznym, w tym zaufaniem społecznym, integracją społeczną a zdrowiem [48, 49].

Przeciętny obserwator krajowego mainstreamu publicystycznego zauważył, że problematyka nierówności w zdrowiu oraz nierówności społecznych i dochodowych jest raczej na uboczu dyskursu. Choć oczywiście docierają do nas sygnały o niedożywieniu dzieci czy nierównym dostępie do opieki medycznej. Można wręcz odnieść wrażenie, że neoliberalne tezy ekonomiczne stały się dogmatem ostatniego ćwierćwiecza. Nawet wydana 2011 r. i napisana wartkim językiem książka Richarda Wilkinsona i Kate Pickett „Duch równości”, nie wzbudziła szczególnego zainteresowania ani rezonansu, podczas gdy w innych krajach toczyły się nad nią ważne dyskusje. Raczej bez większego echa przeszły propozycje i opracowania na temat ekonomii społecznej czy tłumaczenie w Gazecie Wyborczej artykułu amerykańskiego biznesmena i miliardera Nicka Hanauera (pierwszy inwestor Amazona) „Idą po nas z widłami”. Autor twierdził tam, że rosnące nierówności społeczne mogą doprowadzić do rewolucji, powstania, i nawoływał swoich kolegów (*My Fellow Zillioners*) do zmniejszania nierówności np. poprzez wzrost płacy minimalnej w USA do 15 dolarów za godzinę [50]. Chyba mało kto zwrócił uwagę na popularny za granicami tekst Simona Johnsona, byłego głównego ekonomisty Międzynarodowego Funduszu Walutowego (MFW), należącego do struktur ONZ, na temat konieczności wymiany elit sektora finansowego, które działają destrukcyjnie na rozwój [51]. Podobnie niezauważony przeszedł raport OECD z maja 2015 r., a także MFW z czerwca tego roku na temat przyczyn i konsekwencji nierówności dochodowych [52, 53]. Raport MFW opisuje pogłębianie się różnicy dochodowej między osobami bogatymi i całą resztą

populacji. Sugeruje, aby stosowne polityki zaradcze były dostosowane do warunków danego kraju, ale skupiały się na zwiększeniu dochodów osób ubogich i upewnieniu się, że nie dochodzi do drenażu kieszeni przedstawicieli klasy średniej.

Większe ożywienie w polskiej wymianie myśli przyniosło natomiast wydanie w 2015 r. ponad 700-stronicowej książki Thomasa Piketty’ego „Kapitał w XXI wieku”, która ukazała się we Francji w 2013 r., a w wersji angielskojęzycznej w 2014 r. Piketty na podstawie danych z trzech stuleci wykazuje, że z wyjątkiem okresów wojen i poważnych krachów gospodarczych systematycznie zwiększa się koncentracja majątku w rękach niewielkiej grupy. Kiedy wskaźnik rentowności zgromadzonego kapitału staje się na stałe wyższy niż wzrost produkcji i dochodu ( $r > g$ ), to zgromadzony kapitał reprodukuje się szybciej niż dochody z pracy. Praca najemna nie może być wtedy intratna. Jak pisze Piketty: „Kapitalizm automatycznie tworzy arbitralne nierówności nie do zniesienia, stawiając pod znakiem zapytania podstawowe wartości, na jakich opierają się nasze demokratyczne społeczeństwa”. W obliczu takiej diagnozy autor kreśli kilka możliwych scenariuszy, w tym globalne wprowadzenie podatku od bogactwa, w istocie podatku konfiskacyjnego na poziomie 80%. I nie dziwi, że są zwolennicy i przeciwnicy też Piketty’ego.

Patrząc zaś na badania opinii publicznej prowadzone przez CBOS można odnotować, że między rokiem 2009 a 2014 zmieniły się postawy pro-wolnorynkowe i doszło do ich osłabienia. Odsetek osób twierdzących, że w wyniku zmian gospodarczych w Polsce przeciętni ludzie są coraz biedniejsi, a bogaci się nieliczna grupa bogatych wzrósł w tych latach z 69 do 79% [54]. Jednocześnie od 2007 r. stale rośnie liczba osób, które oceniają warunki materialne swojego gospodarstwa domowego jako dobre. W marcu 2014 r. zaledwie 12% respondentów CBOS było niezadowolonych ze swoich warunków materialnych, a 40% wyrażało zadowolenie [55]. Kończąc należy powiedzieć, że zdrowie jest silnie związane z dochodami, jednak nie jest to zależność liniowa, wykładnicza czy potęgowa. Powyżej pewnej kwoty dochodów nie należy oczekiwać wzrostu poziomu zdrowia [56].

## Podsumowanie

Można przypuszczać, że w okresie wyborczym mamy w kraju korzystny klimat do myślenia o nierównościach w zdrowiu oraz do działania na rzecz równości. Ważną rolę mogą tu odegrać ustawa o zdrowiu publicznym, nowy NPZ oraz projekt predefiniowany „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 realizowany w ramach Programu PL13 „Ograniczanie społecznych nierówno-

ści w zdrowiu”. Głównymi realizatorami projektu są MZ, NIZP-PZH, CMKP, CMUJ, NFZ. Wśród wielu działań projektu mieszczą się m.in.: opracowanie wzorów analiz zjawiska nierówności, narzędzi oceny wpływu polityk na zdrowie i wzorów programów zdrowotnych (polityki zdrowotnej). Duże znaczenie dla zwiększenia świadomości problemu i umiejętności działania na rzecz jego zmniejszania będą miały szko-

lenia przeznaczone dla osób związanych z sektorem zdrowia, w tym jednostek samorządu terytorialnego<sup>1/</sup>.

<sup>1</sup> Informacje na temat szkoleń są dostępne pod adresami: <http://www.pzh.gov.pl/>; <http://www.cmkp.edu.pl/struktura-organizacyjna/szkola-zdrowia-publicznego/szkolenia-nizp-pzh-ograniczanie-spoecznych-nierownosci-w-zdrowiu/>; <http://www.kdkevents.pl/nierownosci-w-zdrowiu>

## Piśmiennictwo / References

- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008, 358(23): 2468-2481.
- Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 2012, 75(4): 761-9.
- Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen 2013.
- Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission, Directorate-General for Health and Consumers 2013.
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008.
- Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2000, 54: 923-929.
- Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva 2001: 16.
- Suhrcke M, McKee M, Arce RS, et al. The contribution of health to the economy in the European Union. Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxemburg 2005: 9.
- Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxemburg 2007: 5.
- 7th European Public Health Conference. Glasgow Declaration 'All Hands on Deck'. [http://www.eupha.org/repository/conference/2014/Glasgow\\_2014\\_declaration.pdf](http://www.eupha.org/repository/conference/2014/Glasgow_2014_declaration.pdf)
- Ringel K. Edwin Chadwick, the Market Ideology and Sanitary Reform: On the Nature of the 19th-Century Public Health Movement. *Int J Health Serv*. 1979, 9(1): 107-120.
- Kitagawa EM, Hauser PM. Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology. Harvard University Press, Cambridge 1973.
- Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol*. 1976, 104(1):1-8.
- Marmot M. Historical perspective: the social determinants of disease – some blossoms. *Epidemiol Perspect Innov* 2005, 2: 4.
- US Burden of Disease Collaborators The State of US Health, 1990-2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA* 2013, (6): 591-606.
- Oliver MN. Racial health inequalities in the USA: the role of social class. *Publ Health* 2008, 122(12): 1440-1442.
- Krieger N, Chen JT, Waterman PD, et al. Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures-the public health disparities geocoding project. *Am J Publ Health* 2003, 93(10): 1655-1671.
- McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ* 2011, 343: d 7973.
- Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med* 1997, 44(6): 723-745.
- Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv* 1982, 12(3): 349-380.
- Wilkinson RG. Dear David Ennals. *New Society*, 16 December 1976. <http://www.sohealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-origin-of-the-black-report/dear-david-ennals/>
- Health equity – an election manifesto. *Lancet* 2010, 375(9714): 525.
- Droomers M. Tackling health inequalities in the Netherlands. *Eurohealth* 2009, 15(3): 16-18.
- Lahelma E, Lundberg O, Manderbacka K, Roos E. Changing health inequalities in the Nordic countries? *Scand J Public Health* 2001, 29(suppl 55): 1- 5.
- Lundberg O, Åberg Yngwe M, Kölegård Stjärne M, et al. The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS). Health Equity Studies No 12 Centre for Health Equity Studies (CHESS) Stockholm University/Karolinska Institutet 2008, August: I. [http://www.chess.su.se/polopoly\\_fs/1.54170.1321266667!/menu/standard/file/NEWS\\_Rapport\\_080819.pdf](http://www.chess.su.se/polopoly_fs/1.54170.1321266667!/menu/standard/file/NEWS_Rapport_080819.pdf)
- Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all. WHO, Copenhagen 1985: 24-26.
- Can health equity become a reality. *Lancet* 2008, 372(9650): 1607.
- Stephen P. Bias in WHO report on the social determinants of health. *Lancet* 2008, 373(9660): 298.
- Demel M. Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. Tom I – pod zaborami. AWF, Kraków 2000: 1257
- Kacprzak M. Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia. [w:] Ośrodki zdrowia w Polsce. Kacprzak M (red). Komitet Polski Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, Warszawa 1928: 91.

31. Ciura G. Ochrona zdrowia na wsi. Kancelaria Sejmu RP 1992.
32. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO, Copenhagen 2012.
33. Whitehead M, Dahlgren G. Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 1. WHO Regional Office for Europe, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
34. Dahlgren G, Whitehead M. Europejskie strategie przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu. Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 2. WHO Regional Office for Europe, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.
35. Komisja Europejska. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej. Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans. Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów. Luxemburg 2011.
36. Whitehead M, Povall S, Loring B. Kompleksowe podejście do działań na rzecz równości w zdrowiu. Praktyczne aspekty przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu. WHO, Copenhagen 2014.
37. Loring B. Alkohol i nierówności. Praktyczne aspekty przeciwdziałania nierównościom związanym ze szkodami spowodowanymi spożyciem alkoholu. WHO, Copenhagen 2014.
38. Loring B, Robertson A. Otyłość i nierówności. Praktyczne aspekty przeciwdziałania nierównościom zdrowotnym związanym z nadwagą i otyłością. WHO, Copenhagen 2014.
39. McKee M, Mackenbach JP, Allebeck P. Should a medical journal ever publish a political paper. *Eur J Public Health* 2015, 25(1): 1-2.
40. Gollust SE, Lantz PM, Ubel PA. The polarizing effect of news media messages about the social determinants of health. *Am J Public Health* 2009, 99(12): 2160-2167.
41. Rittel HWJ, Weber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci* 1973, 4: 155-169.
42. Domański H. Legitymizacja nierówności. *Nauka* 2010, 1: 49-66.
43. Domański H. O nierównościach społecznych i demokracji w Polsce. *Res Humana* 2011, 3, supl.
44. Domański H, Sawiński Z. Sprawiedliwe nierówności zarobków. *Studia Socjol* 2012, 206(3): 7-27.
45. Domański H. Stratyfikacja a system społeczny w Polsce. *Ruch Praw Ekonom Socjol* 2009, LXXI(2): 381-395.
46. Bartak J. Motywacyjne aspekty nierówności dochodowych. *Nierówności Społ Wzrost Gospod* 2014, 39(3): 96-109.
47. Domański H. Zaufanie między ludźmi. *Res Humana* 2014, 6: 11-16.
48. Eriksson M. Social capital and health – implications for health promotion. *Glob Health Action* 2011, 4.
49. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2nd edition. WHO, Copenhagen 2003: 23.
50. Hanauer N. Idą po nas z widłami. *Gazeta Wyborcza, Magazyn*, 30.08.2014. [http://wyborcza.pl/magazyn/1,140258,16509198,Ida\\_po\\_nas\\_z\\_widlami.html](http://wyborcza.pl/magazyn/1,140258,16509198,Ida_po_nas_z_widlami.html)
51. Simon Johnson. The quiet coup. *The Atlantic*, May 2009. <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2009/05/the-quiet-coup/307364/>
52. Organization for Economic Co-operation and Development. In It Together: Why Less Inequality Benefits All. OECD, Paris 2015.
53. Dabla-Norris E, Kochhar K, Suphaphiphat N, et al. Causes and Consequences of Income Inequality: A Global Perspective. *Int Monetary Fund* 2015.
54. Polacy o gospodarce wolnorynkowej. *CBOS* 31/2014.
55. Oceny sytuacji gospodarczej i warunków materialnych po 1989 r. *CBOS* 69/2014.
56. Evans W, Wolfe B, Adler N. The SES and Health Gradient: A Brief Review of the Literature. [in:] Wolfe B, Evans W, Seeman TE (ed). *The Biological Consequences of Socioeconomic Inequalities*. Sage, NY 2012: 1-37.