

Strategie zmniejszania nierówności w zdrowiu

Strategies to reduce health inequalities

DOROTA CIANCIARA

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Współczesne polityki zdrowotne powinny mieć dwa komplementarne cele, tj. poprawę zdrowia ogółu populacji oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Celem artykułu jest omówienie strategii zmniejszania nierówności w zdrowiu. Szczegółowo omówiono podejście oparte na metaforze upstream-downstream, koncepcję Hilary Graham, stanowisko Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead, a także podejście selektywne i uniwersalne. Szczególną uwagę zwrócono na podejście międzysektorowe, w tym ewolucję tego podejścia, metody pracy oraz efektywność w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu.

Słowa kluczowe: nierówności w zdrowiu, polityka publiczna, czynniki społeczno-ekonomiczne

Contemporary health policies should have two apparently complementary objectives, i.e. to improve the health of the general population and to reduce health inequalities. The aim of this article is to discuss strategies for health inequality reduction. Details of an approach based on the upstream-downstream metaphor, concepts formulated by Hilary Graham, standpoint expressed by Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, and selective/ targeted and universal approaches were discussed. Particular attention was paid to the intersectional approach, including its evolution, working methods and effectiveness in reducing health inequalities.

Key words: health inequalities, public policy, socioeconomic factors

© Hygeia Public Health 2015, 50(3): 449-456

www.h-ph.pl

Nadesłano: 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. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu jest zaleceniem lub celem działania wskazanym w wielu dokumentach krajowych oraz międzynarodowych. Przykładowo – celem norweskiej ustawy o zdrowiu publicznym (w podwójnym znaczeniu – stanu i dystrybucji zdrowia w populacji oraz działalności praktycznej) jest: „wkład w rozwój społeczny, który wspiera zdrowie i zmniejsza nierówności w zdrowiu” [1]. W projekcie polskiej ustawy do zadań z zakresu zdrowia publicznego zaliczono: „ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych”. Problematyka ta została uwzględniona przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ) oraz UE [2-4]. W *Health 2020* nadano jej rangę celu strategicznego i operacyjnego/zdrowotnego [5]. Stopień realizacji *Health 2020* pod względem zmniejszania nierówności będzie monitorowany za pomocą pięciu wskaźników. Są to: (a) umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń, (b) oczekiwany czas życia w chwili naro-

dzin z podziałem na płeć, (c) odsetek dzieci w wieku szkolnym nie objętych nauką, (d) wskaźnik bezrobocia z podziałem na wiek i płeć, (e) utworzenie i udokumentowanie krajowej oraz regionalnej polityki na rzecz zmniejszania niesprawiedliwości (*inequity*) w zdrowiu [6]. Ostatni ze wskaźników nie ma charakteru ilościowego, a źródłem danych mają być doroczne raporty składane przez wszystkie kraje członkowskie do dyrektora Biura Regionalnego ŚOZ dla Europy.

Zaleceniom, politykom i planom współtowarzyszy redefiniowanie celów i funkcji zdrowia publicznego (nauki i sztuki) – obok artykułowanej dotychczas poprawy stanu zdrowia populacji wymienia się zmniejszanie nierówności w zdrowiu. W regionie europejskim ŚOZ problematyka nierówności została przypisana do jednej z 10 podstawowych funkcji zdrowia publicznego: „promocja zdrowia, w tym działania odnoszące się do społecznych determinantów zdrowia oraz niesprawiedliwości (*inequity*) w zdrowiu” (EPHO 4) [7]. W Wielkiej Brytanii przyjmuje się, że aksjologicznym podłożem działania zdrowia publicznego są: równość, upodmiotowienie, efektywność, oparcie na dowodach, uczciwość oraz integracja [8]. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu staje się celem codziennej pracy

w zdrowiu publicznym [9] i coraz bardziej dotyczy to także świata lekarskiego [10, 11]. Rozszerzenie celów działania zdrowia publicznego wiąże się z przyjęciem społeczno-ekologicznego modelu zdrowia i skupieniem uwagi na społecznych, ekonomicznych i politycznych uwarunkowaniach zdrowia. Zdrowie publiczne stało się rzeczywiście nowym zdrowiem publicznym.

W piśmiennictwie można odnaleźć liczne podejścia do wyznaczania strategicznych kierunków polityki, której celem jest zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Wybór kierunku nie jest wyłącznie sprawą techniczną. Od świadomego wyboru zależy przyszły sukces lub porażka [12]. Wymienione okoliczności pokazują, że społeczność pracowników zdrowia publicznego w Polsce musi poświęcić więcej uwagi temu problemowi oraz podjąć kroki zmierzające do niwelowania istniejących różnic.

Celem tego artykułu jest omówienie kluczowych strategii zmniejszania nierówności w zdrowiu. Zostaną zaprezentowane cztery stanowiska w sprawie dróg postępowania. Ich nazwy stworzono na potrzeby tego opracowania. Należy zauważyć, że nie są to kategorie rozłączne. Trzeba też powiedzieć, że w piśmiennictwie opisano również inne propozycje odnośnie do strategicznych kierunków działania. W dalszej części artykułu używano terminu „nierówności w zdrowiu” niezależnie od nazewnictwa używanego w opracowaniach oryginalnych.

Podejście z perspektywy biegu rzeki

W klasycznej przypowieści zdrowia publicznego przypadkowy świadek dostrzega człowieka, który tonie w rwącej rzece. Ratuje go, ale zauważa następnych. Ratuje więc kolejnych, a potem postanawia pójść w górę rzeki, żeby sprawdzić dlaczego ci wszyscy ludzie wpadli do wody. Opierając się na wielu źródłach, można przyjąć, że autorem przypowieści był socjolog medycyny Irving Zola, a upowszechnił ją John McKinlay w 1974 r., także socjolog [13]. Metafora ta pokazuje, że działania na rzecz równości, mogą mieć trojaki charakter: (a) pod prąd, w górę rzeki (*upstream*), (b) w nurcie (*midstream*), (c) z prądem, w dół rzeki (*downstream*) (tab. I) [14, 15].

Podejście z perspektywy biegu rzeki jest podobne do profilaktyki rozumianej zgodnie z historią naturalną choroby. Działania *upstream* są zbliżone do profilaktyki pierwotnej wg typowego podziału trzy-stopniowego, wprowadzonego przez Hugh Leavella i E. Guerneya Clarka ze Szkół Zdrowia Publicznego przy uniwersytetach Harvarda i Columbia (lata 40. XX. w.). Szczególne podobieństwo dotyczy zapobiegania nieswoistego oraz *primordial prevention*. Zgodnie z koncepcją Bogdana M. Kleczkowskiego (lata 60. XX w.) zapobieganie nieswoiste jest obok swoistego częścią profilaktyki I fazy. Termin *primordial prevention*, odnoszący się do działań wyprzedzających penetrację czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji, wprowadził Toma Strasser w artykule *Reflections on Cardiovascular Diseases* (lata 70. XX w.). Przy dużych podobieństwach, podejścia te różnią się punktem wyjścia: bieg rzeki dotyczy okoliczności życiowych, a profilaktyka – postępu choroby. Reprezentują zatem nurt społeczny vs biomedyczny. Podejście z perspektywy biegu rzeki ma liczne i różnorodne zastosowania w zdrowiu publicznym, w tym np. może służyć do oceny wpływu polityk zdrowotnych [16].

Podejście z perspektywy adresata działań

W 2004 r. Hilary Graham zwróciła uwagę, że problematykę nierówności w Anglii można postrzegać w trzech wymiarach, czyli: (a) złego stanu zdrowia grup najbardziej nieszczęśliwych – tzw. *group*, (b) różnicy między zdrowiem grup najbardziej nieszczęśliwych i najbogatszych, czyli dwóch biegunów hierarchii społecznej – tzw. *gap*, (c) zróżnicowania zdrowia między poszczególnymi grupami społecznymi – tzw. *gradient* [17, 18]. Wymiary te wyznaczają trzy kierunki działania.

Pierwszy kierunek zmierza do poprawy zdrowia najsłabszych (*worst off*). Są to strategie stosunkowo wyraziste: znajdują moralne uzasadnienie, mają ściśle określone grupy docelowe, są łatwe do zaplanowania, monitorowania i ewaluacji oraz mają zazwyczaj formalne powiązania z aktualnymi politykami krajowymi i agencjami (np. polityki rewitalizacji mieszkań). Mają też złe strony. Mogą podkopać poczucie solidarności społecznej, czego przykładem może być nasze krajowe

Tabela I. Charakterystyka podejść do nierówności w zdrowiu z perspektywy biegu rzeki
Table I. Upstream-downstream approaches in reducing health inequalities

Kryterium /Criterion	Upstream	Midstream	Downstream
Cel ogólny /Mission	Przyczyny przyczyn nierówności	Przyczyny nierówności	Skutki przyczyn nierówności
Cel szczegółowy /Goal	Reforma fundamentalnych struktur	Zmniejszenie ekspozycji i podatności	Poprawa dostępu do usług
Poziom /Level	Makro: krajowy, międzynarodowy	Mezo: regionalny, lokalny, organizacji, społeczności	Mikro: świadczenia zdrowotne
Rodzaj determinantów /Determinants	Strukturalne: społeczne, środowiskowe ekonomiczne	Pośrednie: warunki życia, czynniki psychospołeczne, behawioralne	Bezpośrednie: biologiczne, fizjologiczne
Przykładowe obszary działania /Examples for action	Polityki ekonomiczne, podatkowe, edukacyjne, zatrudnienia, transportu, mieszkaniowe	Żywność, aktywność fizyczna, stres, samoocena, kompetencje zdrowotne, korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, wsparcie społeczne	Dostępność i jakość świadczeń, wrażliwość kulturowa świadczeniodawców i personelu

doświadczenie związane z realizacją „Pilotażowego programu rządowego na rzecz społeczności romskiej w województwie małopolskim na lata 2001-2003”. Program ten budził niemałe emocje, a nawet protesty okolicznych mieszkańców. Ponieważ program zaowocował pewnymi oczekiwanymi zmianami na lepsze, to był kontynuowany w skali ogólnopolskiej w latach 2004-2013, a następnie przedłużony na okres 2014-2020. Kolejnym minusem tego podejścia jest fakt, że bezwzględna poprawa zdrowia najsłabszych nie musi oznaczać względnego zmniejszenia zróżnicowania zdrowotnego. Jeśli bowiem grupy najsilniejsze (*better off*) i ze środka skali „uciekną do przodu”, to pomimo rzeczywistej poprawy w grupie najsłabszych, nieoczekiwanie okaże się, że sytuacja tej grupy jest relatywnie gorsza niż była wcześniej. I są dowody, że jest to realny scenariusz. Ponadto koncentracja na grupach najsłabszych, często mniejszościowych, związanych ze ściśle określonym środowiskiem i adresem, praktycznie nie odnosi się do ogólnych, strukturalnych przyczyn nierówności, a zatem nie ma wpływu na zdrowie pozostałych grup. Poprzestanie na działaniach u dołu drabiny społecznej, a zwłaszcza takich jak modyfikowanie zachowań czy rozpoznawanie indywidualnych czynników ryzyka, nie przyczynia się do spłaszczenia gradientu zdrowia. Niemniej podejście to znajduje liczne zastosowania i na przykład są dowody, że zaangażowanie pacjentów, wspólne podejmowanie decyzji w procesie diagnostycznym i terapeutycznym jest szczególnie korzystne dla grup nieuprzywilejowanych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym i z małymi kompetencjami zdrowotnymi [19].

Drugi kierunek polityki może być skierowany na niwelowanie różnicy (*gap*) między grupami najbiedniejszymi a najbogatszymi, względnie populacją uśrednioną. Podejście to wymaga wdrożenia działań korzystnych dla obu grup, ale najbardziej intensywnych wśród najsłabszych. Oczekuje się, że w tej grupie zmiany będą największe i najszybsze. Podejście to stwarza szansę na precyzyjne wskazanie celów działania, pozwala na obserwację pewnych tendencji i może łączyć się z innymi politykami. Niemniej dotyczy tylko dwóch skrajnych biegunów w hierarchii, czyli mniejszości, i traci z pola widzenia środkową większość. Nadal realne jest ryzyko braku zgody społecznej i nieproporcjonalnej dystrybucji korzyści zdrowotnych.

Trzeci kierunek jest bardziej ambitny i polega na spłaszczaniu gradientu zdrowia w całej populacji, czyli wyrównywaniu różnic między poszczególnymi grupami. Grupy na dole hierarchii społecznej, najbiedniejsze, powinny osiągnąć największe zyski zdrowotne. Kolejne grupy, mniej biedne, mają odnieść nieco mniejsze korzyści, itd. Ponieważ ogniskiem zainteresowania są wszyscy, nie tylko grupy najbied-

niejsze, toteż nieuniknione jest działanie w obszarze ogólnych strukturalnych uwarunkowań nierówności w zdrowiu. Chociaż strategie takie są skomplikowane, kosztowne, długotrwałe i kłopotliwe w ewaluacji, to stanowią o równości w zdrowiu.

Omówione podejścia są komplementarne, ponieważ oddziaływanie na gradient wymaga zmniejszenia względnych różnic między przeciwstawnymi szczeblami hierarchii społecznej, co z kolei uwzględnia poprawę zdrowia i warunków życia grup najsłabszych. Działania podejmowane w kolejności *group-gap-gradient* mogą stanowić kolejne kroki w zmniejszaniu nierówności. W 2014 r. zaproponowano podejście stopniowe: najpierw upewnić się, że aktualne działania nie pogarszają sytuacji (czyli po pierwsze nie szkodzić, np. przy pomocy *Health Inequality Impact Assessment*), a następnie wykonać działania w sekwencji *group-gap-gradient* [20].

Podejście z perspektywy uniwersalistycznej

Polityki socjalne od zawsze stały przez dylematem na jakich zasadach opierać zarządzanie ryzykiem i zabezpieczeniem społecznym – uniwersalizmu czy „selektywizmu”. W uniwersalizmie zabezpieczeniem obejmuje się całą populację, podczas gdy w podejściu selektywnym tylko niektóre grupy lub osoby, które wybiera się według określonego kryterium. W latach 60-70 XX w. wyraźnie dominowała wizja uniwersalistyczna, podczas gdy od lat 80. XX w. w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się nastąpił zdecydowany przechyl w kierunku selekcjonowania adresatów. W krajach rozwiniętych model państwa opiekuńczego został zastąpiony przez model liberalizmu ekonomicznego, w którym interwencjonizm i rządowe programy pomocy społecznej są ograniczane (np. szkolenie warunkiem otrzymania zasiłku dla bezrobotnych) [21].

Podejścia uniwersalne i selektywne mają związek z adresatem działań. W uniwersalnych (*universal approaches*) dostęp do usług i programów jest wynikiem przynależności do jakiejś dużej populacji (kobiet, dzieci w wieku do sześciu lat, mieszkańców danego miasta, etc.) bez różnicy ze względu na dochód, klasę społeczną, rasę, przynależność etniczną czy status zatrudnienia. W założeniach każdy członek takiej populacji powinien mieć równy dostęp do oferowanych usług, np. edukacji czy opieki zdrowotnej. W rzeczywistości podejścia uniwersalne nigdy takie nie są. W selektywnych (*targeted approaches*) – uprawnienie do korzystania z usług wymaga spełnienia określonych kryteriów, takich jak np. dochód, stan zdrowia czy adres. Zakłada się, że normy i stereotypy społeczne (np. upokarzanie biednych, seksizm, rasizm) stanowią bariery równego dostępu do czynników warunkujących zdrowie, toteż zmniejszanie

nierówności wymaga działań ściśle celowanych do grup nieuprzywilejowanych [22].

Każde z tych podejść ma wady i zalety, dlatego w praktyce często stosowane jest podejście mieszane – „selektywny uniwersalizm” (*targeted universalism*). Różnice między tymi podejściami pokazano w tabeli II.

Podejście selektywnego uniwersalizmu jest popularne w USA i Kanadzie, podczas gdy podobną ideę w Wielkiej Brytanii i Europie nazywa się „uniwersalizmem proporcjonalnym”. Pojęcie to wprowadzono w 2010 r. w raporcie Marmota *Fair Society, Healthy Lives*. Stwierdzono tam, że nastawienie się wyłącznie na tych, którzy są w najgorszym położeniu nie zmniejszy nierówności w wystarczającym stopniu. Ażeby spłaszczyć społeczny gradient zdrowia, działania powinny mieć charakter uniwersalny, ale ich skala i intensywność powinna być proporcjonalna do stopnia poszkodowania [23]. Koncepcja ta jest wspierana przez *The Lancet* [24] i aprobowana przez Biuro Regionalne ŚOZ dla Europy [3]. Podejście uniwersalne i selektywne w połączeniu z podejściem biegu rzeki wykorzystano w działaniach norweskich (tab. III) [25, 26].

Podejście 10 zasad działania

W 2007 r. Margaret Whitehead i Göran Dahlgren zaproponowali 10 następujących zasad tworzenia polityk na rzecz równości w zdrowiu [27]:

1. Polityki powinny dążyć do poprawy zdrowia osób w złej sytuacji, bez pogarszania sytuacji grup w najlepszym położeniu.
2. Trzy główne podejścia (*group-gap-gradient*) są niezależne, ale powinny stanowić kolejne kroki w działaniu.
3. Polityki zdrowotne powinny mieć jednocześnie dwa cele: poprawy zdrowia ogółu i zmniejszenia nierówności.

4. Działania powinny dotyczyć nie tylko społecznych uwarunkowań zdrowia, ale także społecznych uwarunkowań nierówności (np. poprzez zróżnicowane podejście do warunków pracy w całym spektrum populacji).
5. Dobre intencje są niewystarczające, dlatego należy monitorować przebieg działań, sprawdzać, czy nie przynoszą szkody i prowadzić ocenę wpływu na nierówności (*Health Inequality Impact Assessment*).
6. Należy wybrać odpowiednie narzędzia do pomiaru nierówności i osiągniętych postępów, zwłaszcza pod kątem różnic i zmian w wymiarze bezwzględnym i względnym.
7. Trzeba podjąć zorganizowane wysiłki, aby udzielić głosu grupom zmarginalizowanym i pracować z nimi po partnersku.
8. Zawszy gdy jest to możliwe należy opisywać i analizować nierówności w zdrowiu osobno dla kobiet i mężczyzn.
9. Zróżnicowanie zdrowia ze względu na pochodzenie etniczne i miejsce zamieszkania odnosić do czynników społeczno-ekonomicznych.
10. Systemy zdrowotne powinny opierać się na zasadzie sprawiedliwości, co polega m.in. na tym, aby świadczenia publiczne zapewniały taki sam standard opieki wszystkim osobom oraz nie były zorientowane na zysk.

Podejście międzysektorowe

Podejście międzysektorowe w istocie dotyczy zarządzania zdrowiem i powinno być narzędziem do realizacji wymienionych strategii, a w szczególności *upstream* i *midstream*, *gap-gradient* oraz uniwersalistycznej. Podejście to przechodziło ewolucję, toteż ważne jest rozpoznanie zmian, które przebiegały czterema falami. Dominantami tych fal były: (a) działania międzysektorowe, podstawowa opieka zdrowotna

Tabela II. Przykładowe działania związane z propagowaniem karmienia piersią wg podejścia
Table II. Examples of action on breastfeeding promotion according to approach

	Podejście / Approach		
	Uniwersalistyczne / Universal	Selektywne / Targeted / Selective	Selektywno-universalne / Targeted-universal
Rzecznictwo na rzecz środowiska przyjaznego karmieniu piersią w instytucjach/organizacjach, w biznesie i w grupach społecznych	Programy edukacyjne związane z karmieniem piersią oraz wsparcie organizowane w biednych/zaniedbanych dzielnicach	Rzecznictwo na rzecz środowiska przyjaznego karmieniu piersią oraz praca z grupami społecznymi w celu wspierania polityk i programów karmienia piersią realizowanych w wśród kobiet niezamożnych	

Tabela III. Mapa interwencji do kompleksowej polityki w celu zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu w Norwegii
Table III. Intervention map for comprehensive policies to reduce social inequalities in health in Norway

	Reformy społeczne / Social reform Upstream	Redukcja ryzyka / Risk reduction Midstream	Redukcja skutków / Effect reduction Downstream
	Działania uniwersalne / Universal measures	Publiczny system edukacji, podatki, polityki rynku pracy, itd.	Środowisko życia i pracy; Wielostronne działania dotyczące stylu życia
Działania selektywne / Selective measures	Zasiłki społeczne według kryterium dochodowego	Działania dotyczące stylu życia dostosowane do poszczególnych grup	Świadczenia zdrowotne dostosowane do poszczególnych grup

i polityka *Health for All* (HFA – Zdrowie dla Wszystkich), (b) polityka prozdrowotna i promocja zdrowia, (c) zdrowie we wszystkich politykach, (d) cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia [28].

Fala pierwsza symbolicznie zaczęła się w 1978 r., kiedy w Deklaracji z Alma-Aty stwierdzono, że „osiągnięcie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest najważniejszym celem społecznym w skali świata, a jego realizacja wymaga działań wielu sektorów społecznych i ekonomicznych, które uzupełniają działania sektora zdrowia” [29]. Wśród wymienionych sektorów znalazły się rolnictwo, hodowla zwierząt, przemysł żywnościowy, edukacja, mieszkalnictwo, roboty publiczne, komunikacja. Nie była to lista zamknięta, ponieważ wyliczanie kończyło się stwierdzeniem „oraz inne sektory”, a także uwagą, że działania tych sektorów powinny być skoordynowane. Współpraca międzysektorowa stała się fundamentalną zasadą realizacji polityki HFA, a zwłaszcza osiągnięcia równości w zdrowiu [30]. W instrumentarium HFA działania międzysektorowe na rzecz zdrowia (*intersectoral action for health*) zdefiniowano jako relacje i związki między podmiotami z sektora zdrowotnego z podmiotami reprezentującymi inne obszary, stworzone z myślą osiągnięcia celów zdrowotnych. Służy to uzyskaniu większego stopnia skuteczności, wydajności i trwałości niż można by to osiągnąć w wyniku samodzielnej pracy sektora zdrowotnego [31].

W polityce HFA posługiwano się również synonimicznym określeniem „działania wielosektorowe” (*multisectoral action*) i powiedziano, że jego sens polega na uwypukleniu mnogości uczestniczących sektorów [32]. Do dzisiaj w piśmiennictwie używa się powszechnie przymiotników *intersectoral*, *multisectoral*, a także *cross-sectional*.

Fala druga rozpoczęła się z początkiem lat 80. XX w., kiedy do użycia weszło określenie „polityka prozdrowotna” (*healthy public policy*), zaproponowane przez Trevora Hancocka albo Nancy Milio [33], bowiem źródła podają różnych autorów terminu. Określenie upowszechniło się w wyniku rozwoju koncepcji promocji zdrowia i przyjęcia Karty Ottawskiej. Politykę prozdrowotną scharakteryzowano jako wyraźną troskę o zdrowie i sprawiedliwość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za zdrowotne skutki tych polityk. Podkreślano, że odpowiedzialność taka spoczywa na wszystkich sektorach i poziomach życia społecznego. Celem polityki prozdrowotnej jest tworzenie wspierającego środowiska, które pozwala ludziom prowadzić zdrowe życie [34]. W nurcie tym powstało wiele cennych idei, w tym model zdrowia Dahlgrena i Whitehead. W projekcie *Healthy Cities*, największym poligonie doświadczalnym promocji zdrowia, podawano zaś, że planowanie rozwoju i poprawy zdrowia typu „Partenon” powinno być

zastąpione planowaniem typu „plaster miodu” [35]. Pierwszy rodzaj planowania polega na tym, że każdy sektor miejski (biura/wydziały urzędu miasta) tworzy swój niezależny plan uwzględniający jakiś aspekt zdrowotny i przypomina to kolumnadę w fasadzie ateńskiego Partenonu. W górnej części budowli powstaje co prawda plan poprawy zdrowia, niemniej jest sumą oddzielnych składowych. W drugim typie planu każda komórka plastra miodu obrazuje dany sektor miejski, a współpraca i koordynacja odbywa się na etapie wstępnego planowania działań. Obecnie podejścia te nazwalibyśmy odpowiednio: wertykalnym i horyzontalnym.

Trzecia fala ma początek w 2006 r. w czasie prezydencji fińskiej w Radzie UE, kiedy upowszechniono określenie *Health In All Policies* (HiAP – Zdrowie we Wszystkich Politykach). HiAP jest strategią horyzontalną, która dąży do tego, aby uzyskać wpływ na takie determinanty zdrowia, które są zależne od polityk różnych sektorów, innych niż sektor zdrowia [36]. Od tego czasu w dokumentach międzynarodowych funkcjonowały dwa określenia – polityka prozdrowotna w opracowaniach ŚÓZ, a HiAP w pracach UE. W 2010 r. ŚÓZ przyjęła nazewnictwo unijne w Oświadczeniu z Adelajdy, podkreślając zarazem, że koncepcja ta ma związek ze zmniejszaniem nierówności w zdrowiu [37].

Czwarta fala zaczęła się niedawno i wykorzystuje poprzednie doświadczenia. W 2012 r. Ilona Kickbusch i współ. zaproponowali określenie „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” (*whole-of-government-and-whole-of-society*) [28] oraz tzw. Inteligentne zarządzanie/gospodarowanie zdrowiem (*smart governance for health*). Zaliczono doń: (a) współpracę, (b) zaangażowanie obywateli, (c) różne formy regulacji, (d) niezależne agencje, (e) adaptatywne polityki, elastyczne struktury i prognozowanie. Zasady te służą równości w zdrowiu [38].

Nie spierając się o nazwy – współpraca międzysektorowa może mieć charakter horyzontalny i wertykalny. Horyzontalny dotyczy współdziałania ministerstw, sektora zdrowotnego z innymi sektorami (edukacja, opieka społeczna, mieszkalnictwo, itd.) oraz podmiotów z różnych poziomów organizacji systemu zdrowotnego (POZ, AOS, szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, itp.). Wertykalny obejmuje współpracę w pionie między podmiotami jednego sektora (z poziomu krajowego, regionalnego i lokalnego) oraz różnych szczebli w danej jednostce (np. zarząd, menedżerowie, pracownicy).

W działaniach międzysektorowych stosuje się wiele narzędzi przydatnych w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu, takich jak np.: *Health Impact Assessment* (HIA – ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie), *Health Inequalities Impact Assessment* (HIIA – ocena

wpływu/oddziaływania na nierówności w zdrowiu) [39], *Health Equity Assessment, Poverty Impact Assessment, Land Use Planning Tools, The Equity Gauge*.

Działania międzysektorowe są bardzo obiecujące pod względem zmniejszania nierówności, ponieważ pozwalają na modyfikację wielu różnych uwarunkowań zdrowia w tym samym czasie, umożliwiając wykorzystanie zasobów kilku sektorów i podmiotów (ludzie, pieniądze i czas), a także zwiększając dynamikę działań, zapewniają powtarzalność przekazu. Z tego powodu podejście międzysektorowe jest podstawą działania na rzecz równości i jest komplementarne wobec pozostałych [40]. Niemniej jest to podejście skomplikowane w realizacji, a szczególnie trudne, jeśli obejmuje wielu partnerów i poziomów decyzyjnych. Więcej dobrych przykładów można znaleźć na poziomie społeczności niż na poziomach krajowym czy globalnym. Łatwiej jest stworzyć zdrową społeczność niż zdrowy kraj czy zdrowy świat [41].

Obecnie nie mamy wielu dowodów na efektywność działań międzysektorowych w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu, a także na ich wpływ na społeczne determinanty zdrowia, zwłaszcza w podejściu *upstream*. Wynika to z małej liczby badań ewaluacyjnych oraz trudności metodologicznych w pomiarze działań wielopoziomowych i wielopartnerskich [42, 43]. Interesujący jest tu przykład dekryminalizacji posiadania narkotyków w Portugalii od 2001 r. [44]. Przy wykorzystaniu całego spektrum działań (gwarantowany dochód minimalny, większe zasoby na politykę antynarkotykową, poprawa prewencji i leczenia, redukcja szkód, reintegracja społeczna) odnotowano spadek użycia narkotyków w populacji 15-24 lata, spadek liczby zakażeń HIV oraz spadek liczby przestępstw pod wpływem narkotyków.

Na podstawie doświadczeń międzynarodowych do czynników, które decydują o sukcesie współpracy międzysektorowej zaliczono m.in.: posiadanie przez partnerów wspólnej wizji problemu, celów i efektów, dobre relacje partnerskie, zróżnicowanie partnerów, silne przywództwo oraz wydajne struktury i procesy do realizacji planów [45]. Ponadto zwrócono uwagę na potrzebę stworzenia zbioru przykładów (*case-studies*) jako podstawy do przemyśleń, modyfikacji lub naśladowania [46]. W Wielkiej Brytanii większego impetu działaniom międzysektorowym na rzecz równości nadawało zaangażowanie polityczne, niż wyniki badań opisujących zróżnicowanie sytuacji zdrowotnej w populacji. Korzystne było pracowanie w *mainstreamie*, czyli włączanie problematyki nierówności do już działających programów. Otworzyło to dostęp

do większych środków finansowych oraz umożliwiło skoncentrowanie się na strategiach, a nie administrowaniu programami. Bardzo ważne było wsparcie skarbu państwa, które umożliwiło zmianę silosowej mentalności poszczególnych działów rządu. Ważne okazały się lokalne partnerstwa i porozumienia, powołanie grup roboczych składających się z ekspertów i interesariuszy, stworzenie odpowiednich wskaźników, narzędzi oraz przeprowadzenie audytu [47].

Podsumowanie

Współczesne polityki zdrowotne mają podwójny cel, czyli poprawę zdrowia plus zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Realizacja tych celów wymaga innych działań. Konieczne jest wykorzystanie strategii i metod właściwych dla każdego celu, ale jednocześnie logicznie powiązanych i spójnych, aby uniknąć wewnętrznych sprzeczności oraz wzajemnego wykluczania się. Przykładowo – jeśli do realizacji celu poprawy zdrowia populacji wdrożymy program masowych badań przesiewowych, a w nim ustalimy bardzo wygórowane kryteria do zawierania kontraktów publicznego płatnika ze świadczeniodawcami, zawrzemy kontrakty z niewielką liczbą podmiotów, które będą nieodpowiednio rozlokowane przestrzennie i stosunkowo trudno dostępne środkami transportu publicznego, a także otwarte w wąskim przedziale godzin, nie przeprowadzimy odpowiedniej „uszytej na miarę” akcji informacyjnej i edukacyjnej, to uczestnikami tego programu będą przede wszystkim osoby o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym – stosunkowo dobrze wykształcone i nieźle sytuowane. W efekcie może okazać się, że program doprowadził do zmniejszenia umieralności czy chorobowości ogólnej, ale zwiększył nierówności w zdrowiu. Zjawisko to jest dobrze znane z obszaru skryningów w kierunku nowotworów [48-51].

Powyższy przykład pokazuje, że inteligentne zarządzanie/gospodarowanie zdrowiem obejmuje także zarządzanie równością i sprawiedliwością w dostępie do zdrowia [52]. W regionie europejskim ŚOZ, który obejmuje 53 kraje, obserwuje się poważne niedostatki w zarządzaniu równością. Niedostatki te dotyczą: (a) świadomego, poinformowanego wyboru strategii postępowania, (b) sprawności w tworzeniu polityk i planów, (c) dostarczania usług i programów, (d) nadzoru nad przebiegiem działań oraz (e) kompetencji z dziedziny zdrowia publicznego u wszystkich interesariuszy procesu [38]. Czy Polska należy do chlubnych wyjątków?

Piśmiennictwo / References

1. The Norwegian Public Health Act. Ministry of Health and Care Services, ACT-2011-06-24-29.
2. Commission on Social Determinants of Health. 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: 2.
3. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen 2013: i-xli.
4. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. European Commission, Directorate-General for Health and Consumers 2013: 147-151.
5. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, Copenhagen 2013.
6. Targets and indicators for Health 2020 Version 2. WHO, Copenhagen 2014: 9.
7. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. WHO Regional Committee for Europe Sixty-second session Malta, 10-13 September 2012: 10-13.
8. The UK's Faculty of Public Health. What is public health? http://www.fph.org.uk/what_is_public_health
9. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's Talk: Public Health Roles for Improving Health Equity. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University 2013. http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_EN_Final.pdf
10. How doctors can close the gap? Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education. Royal College of Physicians 2010. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/rcp-report-how-doctors-can-close-the-gap.pdf>
11. Social determinants of health. What doctors can do? Br Med Ass 2011, October.
12. Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health Inequalities: a Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU 2005, October: 10.
13. McKinlay JB. A case for refocusing upstream: the political economy of illness. [in:] Proceedings of American Heart Association Conferences on Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk. Am Health Assoc, Seattle 1974: 7-17.
14. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's talk... Moving upstream. NCCDH 2014. http://nccdh.ca/images/uploads/Moving_Upstream_Final_En.pdf
15. Turrell G, Oldenburg BE, Mcguffog I, et al. Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda. Queensland University of Technology, School of Public Health, Ausinfo, Canberra 1999: 2.
16. Brownson RC, Seiler R, Eyster AA. Measuring the impact of public health policy. Prev Chronic Dis 2010, 7(4): A77.
17. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradient? J Soc Policy 2004, 33(1): 115-131.
18. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS, Health Development Agency 2004.
19. Durand M-A, Carpenter L, Dolan H, et al. Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 2014, 9(4): e94670
20. Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2014: 8.
21. Mkandawire T. Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. UN Research Institute for Social Development 2005.
22. Let's talk: Universal and targeted approaches to health equity. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University 2013. http://nccdh.ca/images/uploads/Approaches_EN_Final.pdf
23. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. UCL Institute for Health Equity, London 2010: 15.
24. Health equity – an election manifesto. Lancet 2010, 375(9714): 525.
25. Torgersen TP, Giæver Ø, Stigen OT. Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. The Norwegian Case Oslo 2007, August: 8.
26. Strand M, Brown C, Torgersen TP, Giæver Ø. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Studies on social and economic determinant of population, No 4. WHO, Copenhagen 2009: 32.
27. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. WHO, Copenhagen 2007: 15-22.
28. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012: 50-80.
29. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. WHO, Alma-Ata, USSR 6-12 September 1978.
30. Intersectoral action for health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. WHO, Geneva 1986: 9-11.
31. Intersectoral Action for Health A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century. Report of the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada: 3.
32. Glossary of terms used in the "Health for All Series" no 1-8. WHO, Geneva 1984: 14.
33. Milio N. Glossary: healthy public policy. J Epidemiol Community Health 2001, 55: 622-623.
34. Second international conference on health promotion. Healthy Public Policy, Adelaide, Australia, 5-9 April 1988.
35. A working tool on city health development planning. Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health, March 2001: 6-7.
36. Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. [in:] Health in All Policies Prospects and potentials. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds). Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006: 3-20.
37. Adelaide Statement on Health in All Policies moving towards a shared governance for health and well-being. Report from the International Meeting on Health in All Policies. WHO, Adelaide 2010.

38. Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. WHO, Copenhagen 2013.
39. Health Inequalities Impact Assessment. An approach to fair and effective policy making Guidance, tools and templates. NHS Health Scotland, Edinburgh 2011.
40. Whitehead M, Poval S, Loring B. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequalities in health. WHO, Copenhagen 2014: 5-7.
41. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors – experiences in international action, public health and health. Ministry of Health, 2007: vi-vii.
42. Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: Expedited Systematic Review an Expedited Systematic Review. National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University 2012: 22. http://nccd.ca/images/uploads/ISA_Report_EN1.pdf
43. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. BMC Public Health 2013, 13: 1056.
44. Murkin G. Drug decriminalisation in Portugal. Setting the record straight. Transform. Getting drugs under control. 2014, 11 June.
45. Danaher A. Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Inter-sectoral Collaboration. Wellesley Institute 2011: 3.
46. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO 2008: iii-v. http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
47. Earwicker R. The English experience in promoting intersectoral collaboration in tackling health inequalities. Department of Health, England. Health Inequalities Unit. http://www.who.int/social_determinants/media/isa_case_study_england.pdf
48. Sarfati D, Shaw C, Simmonds S. Commentary: Inequalities in cancer screening programmes. Int J Epidemiol 2010, 39(3): 766-768.
49. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. Int J Epidemiol 2010, 39(3): 757-65.
50. Health at a glance 2013. OECD Indicators. OECD 2013: 148-149.
51. Gordon-Dseagu V. Cancer and health inequalities: an introduction to current evidence. Cancer Research UK: 16-19.
52. Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action. WHO, Copenhagen 2012: 38-39.