



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Warszawa, 2025 r.

RAPORT NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA PUBLICZNEGO PZH - PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO

REKOMENDACJE DO DZIAŁAŃ OGRANICZAJĄCYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W KONTEKŚCIE DOŚWIADCZEŃ INNYCH KRAJÓW

AUTORZY:

dr n. o zdr. Maria Piotrowicz, dr n. med. Katarzyna Lewtak,
mgr Katarzyna Malewska-Niemyjska, mgr Anna Rutyna, lek. dent. Arleta Surowska,
dr hab., prof. CMKP Urszula Religioni, dr hab. n. med., prof. NIO Paweł Koczkodaj,
Michał Frydryszak, dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak

REDAKCJA:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak



RAPORT: REKOMENDACJE DO DZIAŁAŃ OGRANICZAJĄCYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W KONTEKŚCIE DOŚWIADCZEŃ INNYCH KRAJÓW

autorzy:

dr n. o zdr. Maria Piotrowicz, dr n. med. Katarzyna Lewtak,
mgr Katarzyna Malewska-Niemyjska, mgr Anna Rutyna,
lek. dent. Arleta Surowska, dr hab., prof. CMKP Urszula Religioni,
dr hab. n. med., prof. NIO Paweł Koczkodaj,
Michał Frydryszak, dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak

redakcja dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,
finansowane przez Ministra Zdrowia

Warszawa 2025 r.

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH –
Państwowy Instytut Badawczy, 2025

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Narodowego
Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła

ISBN 978-83-65870-98-8

Wydawca Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy ul.
Chocimska 24, 00-791 Warszawa tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200 e-mail:
wydawnictwo@pzh.gov.pl
2025

Spis treści

Streszczenie raportu	5
1. Wstęp	8
1.1. Definicje użyte w raporcie	8
1.2. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego	13
1.3. Promocja zdrowia a ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu	21
2. Część I: Działania zdrowia publicznego związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, zrealizowane w latach 2021-2023 i sprawozdane do systemu ProfiBaza	26
2.1. Metodyka	27
2.2. Wyniki	30
2.3. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje	52
2.4. Podsumowanie dotychczas przygotowanych raportów w ramach NPZ dotyczących działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych realizowanych w Polsce w latach 2022 i 2023	57
Literatura	63
3. Część II: Działania i rekomendacje w zakresie ograniczania zjawiska nierówności w zdrowiu w kontekście doświadczeń w wybranych krajach	64
3.1. Działania i rekomendacje dotyczące ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu na świecie	64
3.1.1. Wprowadzenie	65
3.1.1.1. Skala problemu – świat i Polska	65
3.1.1.2. Historyczne tło badań nad nierównościami zdrowotnymi	67
3.1.1.3. Społeczne determinanty zdrowia - omówienie i przykłady	68
3.1.1.4. Władza jako jedna z fundamentalnych przyczyn nierówności zdrowotnych	69
3.1.1.5. Perspektywa kluczowych agend międzynarodowych: WHO, OECD i Banku Światowego	71
3.1.1.6. Istotność doświadczeń międzynarodowych dla Polski	73
3.1.2. Przegląd dokumentów strategicznych (WHO Health Equity Framework, Health in All Policies, Marmot Review)	74
3.1.2.1. Ramy WHO dla równości w zdrowiu	74
3.1.2.2. Health in All Policies (HiAP) – zdrowie we wszystkich politykach	76
3.1.2.3. Marmot Review – „Fair Society, Healthy Lives” i aktualizacje	78
3.1.3. Przykłady działań w wybranych krajach	79
3.1.3.1. Anglia	80
3.1.3.2. Szkocja	83
3.1.3.3. Irlandia Północna	84
3.1.3.4. Norwegia	86
3.1.3.5. Holandia	89
3.1.3.6. Niemcy	92
3.1.3.7. Francja	93
3.1.3.8. Włochy	96

3.1.3.9. Kanada	98
3.1.3.10. Stany Zjednoczone	100
3.1.3.11. Brazylia	102
3.1.3.12. Australia	104
3.1.3.13. Japonia	106
3.1.4. Podsumowanie oraz rekomendacje dla Polski wynikające z doświadczeń międzynarodowych	108
3.2. Działania i rekomendacje dotyczące ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce	122
Wprowadzenie	123
3.2.1. Aktualny obraz i wyzwania w zakresie nierówności w zdrowiu w Polsce	127
3.2.1.1. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia	127
3.2.1.2. Diagnoza społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce	142
3.2.2. Strategiczne ramy działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu	161
3.2.2.1. Dokumenty i strategie międzynarodowe	161
3.2.2.2. Krajowe dokumenty strategiczne i polityki zdrowotne	164
3.2.2.3. Zalecenia i mechanizmy monitoringu	171
3.2.3. Planowanie i wdrażanie skutecznych interwencji mających na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu	173
3.2.3.1. Dobre praktyki i programy międzynarodowe	173
3.2.3.2. Polskie doświadczenia na poziomie krajowym i lokalnym	179
3.2.3.3. Ramy planowania i realizacji działań	182
3.2.3.4. Wyzwania i bariery we wdrażaniu skutecznych działań	188
3.2.4. Podsumowanie i rekomendacje	189
Strategia i zarządzanie	189
Edukacja	190
Rynek pracy i środowisko pracy	191
System ochrony zdrowia	192
Monitoring i ewaluacja	192

Streszczenie raportu

Wstęp raportu zawiera teoretyczne wprowadzenie do tematyki zdrowia publicznego oraz zjawiska społecznych nierówności w zdrowiu. W tej części zaprezentowano podstawowe definicje i zagadnienia takie jak m.in. odnowione przez Światową Organizację Zdrowia podstawowe funkcje zdrowia publicznego (ang. Essential Public Health Functions – EPHFs), promocja zdrowia jako funkcja ukierunkowana na świadczenie (ang. Public health service oriented functions) oraz nierówności w zdrowiu (ang. Health inequalities). Przedstawione definicje wprowadzają w tematykę nierówności stanowiąc punkt wyjścia do szczegółowego omówienia tego zagadnienia w kolejnych częściach raportu.

Głównym celem promocji zdrowia jest dążenie do równości i sprawiedliwości w zdrowiu, a także wzmocnienie roli społeczności oraz jednostek w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia. Realizacja tej idei odbywa się poprzez zalecane strategie takie jak: prowadzenie polityki prozdrowotnej, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, rozwój umiejętności indywidualnych oraz wzmocnienie działań społeczności. Promocja zdrowia ukierunkowana jest na społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia i powinna szczególnie uwzględniać potrzeby grup społecznych nieuprzywilejowanych w populacji, w tym zagrożonych ubóstwem, wykluczeniem społecznym oraz problemami zdrowotnymi.

Raport składa się z dwóch zasadniczych części. Część I raportu zawiera analizy dotyczące działań zdrowia publicznego związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, zrealizowane w latach 2021-2023 i sprawozdane do systemu ProfiBaza. System ten gromadzi informacje o zadaniach zdrowia publicznego na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z 2025 r. poz. 340). W części II raportu zaprezentowano eksperckie opracowania dotyczące skutecznych działań i rekomendacji w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w kontekście doświadczeń innych krajów, przygotowane przez dwóch ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego.

W części I raportu opisano metodykę analiz, wyniki wraz z podsumowaniem, a także sformułowano wnioski i rekomendacje dla decydentów instytucji centralnych oraz samorządowych. Opracowano je na podstawie analizy sprawozdanych działań zdrowia publicznego związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zaprezentowane dane za lata 2021-2023 wskazują na wzrost zainteresowania problematyką wykluczenia społecznego, natomiast dominują działania z obszaru przeciwdziałania uzależnieniom i promocji zdrowia psychicznego. Kluczową rolę w realizacji działań odgrywają jednostki samorządu terytorialnego, które wymagają instytucjonalnego i merytorycznego wsparcia. Wśród sprawozdanych działań przeważają aktywności z zakresu edukacji zdrowotnej, a zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych jest mało zróżnicowany i wymaga rozszerzenia. Istnieje potrzeba kierowania działań do różnych grup zagrożonych wykluczeniem, które - jak wskazują dane - rzadziej są adresatami programów w porównaniu z osobami uzależnionymi czy osobami

z zaburzeniami psychicznymi. Do takich grup zaliczają się m.in. osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym czy osoby długotrwale bezrobotne. Zalecane jest także tworzenie programów dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczno-demograficznych, co zwiększa skuteczność prowadzonych interwencji.

Oddzielny podrozdział raportu poświęcony został omówieniu dotychczas opracowanych przez NIZP PZH – PIB raportów, w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, które objęły analizy działań zdrowia publicznego na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych realizowanych w Polsce w latach 2022 i 2023. Na podstawie wyników z poszczególnych raportów sformułowano wnioski i rekomendacje. Najważniejsze z nich wskazały na potrzebę prowadzenia polityki migracyjnej, spójnej z założeniami krajowej polityki zdrowotnej. Zalecane są działania międzysektorowe w obszarze zdrowia migrantów, rzecznictwo zdrowotne oraz wspólne projektowanie działań z udziałem wszystkich interesariuszy.

W części II raportu opisane zostały działania i rekomendacje w zakresie ograniczania zjawiska nierówności w zdrowiu. W ramach tej części pierwszy z rozdziałów, przygotowany przez dra hab. n. med. Pawła Koczkodaję, prezentuje światowy kontekst walki z ograniczaniem zjawiska społecznych i zdrowotnych nierówności. Rozdział dotyczy działań i rekomendacji w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu na świecie i zawiera omówienie skali problemu nierówności zdrowotnych w ujęciu globalnym. Przedstawiono historyczne tło badań nad zjawiskiem oraz wyjaśniono rolę społecznych determinantów zdrowia. Autor podkreśla znaczenie władzy jako kluczowego czynnika wpływającego na różnice zdrowotne. W rozdziale ukazano także perspektywę międzynarodowych organizacji, takich jak WHO, OECD czy Banku Światowego. Wskazano znaczenie ich doświadczeń międzynarodowych dla polskiego kontekstu.

W dalszej części rozdziału przeanalizowano wybrane dokumenty strategiczne dotyczące zdrowia publicznego i równości w zdrowiu, w tym m.in. Ramy WHO dla równości w zdrowiu, koncepcję zdrowia we wszystkich politykach (ang. Health in All Policies).

Przedstawiono przykłady wdrażania polityk zdrowotnych w różnych państwach. Do analizy nierówności w zdrowiu wybrano kraje o zróżnicowanym położeniu geograficznym i odmiennych uwarunkowaniach społeczno-gospodarczych, od krajów europejskich, takich jak Anglia, Norwegia czy Niemcy, po państwa pozaeuropejskie, w tym Kanadę, Brazylię czy Japonię. Analiza pokazuje zróżnicowane podejścia i narzędzia, które mają na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Analiza modeli systemów ochrony zdrowia, polityki społecznej i podejścia do problemu nierówności każdego z wybranych krajów zakończona jest wnioskami dla polityki zdrowotnej.

W rozdziale znajduje się także podsumowanie oraz rekomendacje dla Polski wynikające z doświadczeń międzynarodowych. Polska powinna opracować i wdrożyć Narodową Strategię Redukcji Nierówności w Zdrowiu, obejmującą wszystkie sektory polityki publicznej. Ważnym elementem jest także dążenie do poprawy warunków życia i ograniczania ubóstwa oraz

traktowanie czynników społeczno-ekonomicznych jako fundamentu zdrowia publicznego. Kluczowe znaczenie ma rozwój podstawowej opieki zdrowotnej, w tym telemedycyny oraz systematyczne monitorowanie nierówności z uwzględnieniem czynników społecznych i geograficznych. Równie istotne jest włączenie społeczności w proces decyzyjny i przygotowanie systemu ochrony zdrowia odpornego na zmieniające się wyzwania związane z klimatem, migracjami i cyfryzacją.

Kolejny rozdział części II raportu, przygotowany przez dr hab., prof. CMKP Urszulę Religioni skupia się na kontekście krajowym problematyki nierówności – poświęcony został działaniom i rekomendacjom dotyczącym ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce.

Rozdział przedstawia aktualną sytuację dotyczącą nierówności w zdrowiu w Polsce oraz wyzwania związane z ich ograniczaniem. W rozdziale zaprezentowano i omówiono strategiczne ramy działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu, odwołując się zarówno do dokumentów i strategii międzynarodowych, jak i do krajowych dokumentów oraz polityk zdrowotnych. Autorka podkreśla, że ograniczanie nierówności w zdrowiu stanowi obecnie jedno z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Europie, a także cel wielu strategii międzynarodowych. W Polsce działania te realizowane są w oparciu o strategię i programy krajowe oraz poprzez wypełnianie zobowiązań wynikających z członkostwa w UE i WHO.

Kolejny fragment rozdziału poświęcono planowaniu i wdrażaniu skutecznych interwencji. Zaprezentowano przykłady dobrych praktyk z poziomu międzynarodowego oraz doświadczenia polskie, zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym. Szczególną uwagę zwrócono na wyzwania i bariery, takie jak niedofinansowanie działań na poziomie lokalnym i regionalnym czy niski poziom świadomości problemu wśród lokalnych decydentów, a nawet społeczeństwa.

W podsumowaniu zawarto rekomendacje, które obejmują potrzebę strategicznego zarządzania, w tym m.in. uznanie ograniczania nierówności zdrowotnych za priorytet działalności państwa. Wśród rekomendacji wymienione zostały także: dostęp do edukacji, poprawa warunków pracy i rynku pracy, zmiany w systemie ochrony zdrowia oraz konsekwentne prowadzenie monitoringu i ewaluacji.

Poszczególne części raportu, w tym jego rozdziały, stanowią odrębne opracowania, które prezentują różne perspektywy i aspekty nierówności w zdrowiu w Polsce i na świecie. Stanowią jednocześnie spójną całość, która ukazuje szeroką perspektywę w zakresie analiz i strategii działań na rzecz ograniczania niekorzystnego zjawiska jakim są obserwowane obecnie społeczne i zdrowotne nierówności. Dążenie do równości w zdrowiu stanowi jeden z kluczowych celów systemów zdrowotnych na świecie

1. Wstęp

1.1. Definicje użyte w raporcie

Wybrane, podstawowe definicje z obszaru zdrowia publicznego:

- **Zdrowie publiczne** – nauka i sztuka zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia za pomocą zorganizowanych wysiłków społeczeństwa (Region Europejski WHO).
- **Interwencja zdrowia publicznego** – działania podejmowane w imieniu i na rzecz jednostek, rodzin, systemów i społeczności w celu poprawy lub ochrony zdrowia. Interwencje wdraża się za pomocą programów i projektów (*Minnesota Department of Health 2001*).

Interwencja zdrowia publicznego oznacza akcję, kampanię, program, projekt, plan, strategię lub politykę związaną ze zdrowiem społeczeństwa lub grup w populacji. Celem interwencji jest osiągnięcie zmiany i możliwych do zidentyfikowania rezultatów. Jest zamierzonym, zaplanowanym i ukierunkowanym postępowaniem w obrębie systemu lub procesu, a jego celem jest usunięcie niepożądanego zjawiska lub zapobieżenie mu.

- **Funkcje zdrowia publicznego – znowelizowane funkcje zdrowia publicznego** (ang. Essential Public Health Functions, EPHFs) – według stanowiska Centrali WHO w 2022 roku zaliczono do nich: (1) Monitorowanie i ocena (ewaluacja) stanu zdrowia ludności, wykorzystania świadczeń zdrowotnych oraz nadzór nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia, (2) Zarządzanie sytuacjami zagrożenia zdrowia publicznego, (3) Zapewnienie skutecznego zarządzania zdrowiem publicznym, a także regulacji i ustawodawstwa, (4) Wspieranie wydajnych i skutecznych systemów zdrowotnych oraz wielosektorowego planowania, finansowania i zarządzania zdrowiem populacji, (5) Ochrona ludności przed zagrożeniami zdrowia, w tym środowiskowymi i zawodowymi, chorobami zakaźnymi, ryzykiem chemicznym i radiacyjnym; bezpieczeństwo żywności, (6) Promowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i niezakaźnych, (7) Promowanie zdrowia i dobrostanu oraz podejmowanie działań mających na celu uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i niesprawiedliwości, (8) Zapewnienie zaangażowania/ włączenia społeczności, uczestnictwa i mobilizacji społecznej na rzecz zdrowia i dobrostanu, (9) Zapewnienie odpowiedniej liczby odpowiednio wykwalifikowanych pracowników zdrowia publicznego, (10) Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości, (11) Postęp badań w zakresie zdrowia publicznego, (12)

Zapewnienie równego dostępu do podstawowych leków i innych technologii medycznych oraz racjonalnego ich wykorzystania.

- **Promocja zdrowia** – proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz poprawę zdrowia (21 listopada 1986 roku, Karta Ottawska).

Proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a poprzez to – poprawę zdrowia (WHO 1989).

- **Profilaktyka chorób** – działania skierowane nie tylko na zapobieganie wystąpieniu choroby (jak np. szczepienia ochronne lub kontrola wektorów przenoszących choroby lub działalność antytytoniowa), ale również na zahamowanie postępu choroby, a także ograniczanie jej skutków, kiedy już wystąpi. Istnieje kilkanaście strategii profilaktyki chorób.

Działania ukierunkowane na zapobieganie występowaniu choroby, a także na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności.

- **Nierówności w zdrowiu** (ang. *Health inequalities*) – niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia (mierzone poprzez m.in. zapadalność, chorobowość, umieralność, obciążenie chorobami) pomiędzy różnymi grupami społecznymi w populacji oraz pomiędzy różnymi populacjami. Różnice w stanie zdrowia w populacji (zapadalność, chorobowość, umieralność, obciążenie chorobami), które wynikają z czynników środowiskowych, społecznych, ekonomicznych oraz z polityki publicznej. 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.

- **Niesprawiedliwości w zdrowiu** (ang. *Health inequity*) – systematyczne (zachodzące stale od dłuższego czasu) różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społeczno-ekonomicznych, które można mierzyć za pomocą zmiennych, takich jak: dochód, wykształcenie, zatrudnienie. Wynikają z czynników społecznych i ekonomicznych, asymetrii siły/władzy, nierównego dostępu do usług oraz dóbr, a więc są niesprawiedliwe. Zarazem są to różnice, których można by uniknąć.

- **Równość** – sprawiedliwy podział możliwości, władzy i zasobów w celu zaspokojenia potrzeb wszystkich ludzi, niezależnie od ich wieku, zdolności, płci, dochodów, poziomu wykształcenia, kultury czy pochodzenia.

- **Wykluczenie społeczne** – brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich. To każda sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych (rodzinnych, zawodowych, obywatelskich, towarzyskich), korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób.

- **Osoby wykluczone społecznie** – osoby cechujące się brakiem lub ograniczonymi możliwościami uczestnictwa, wpływania, korzystania z podstawowych praw, instytucji publicznych, usług, rynków, które powinny być dostępne dla każdego.

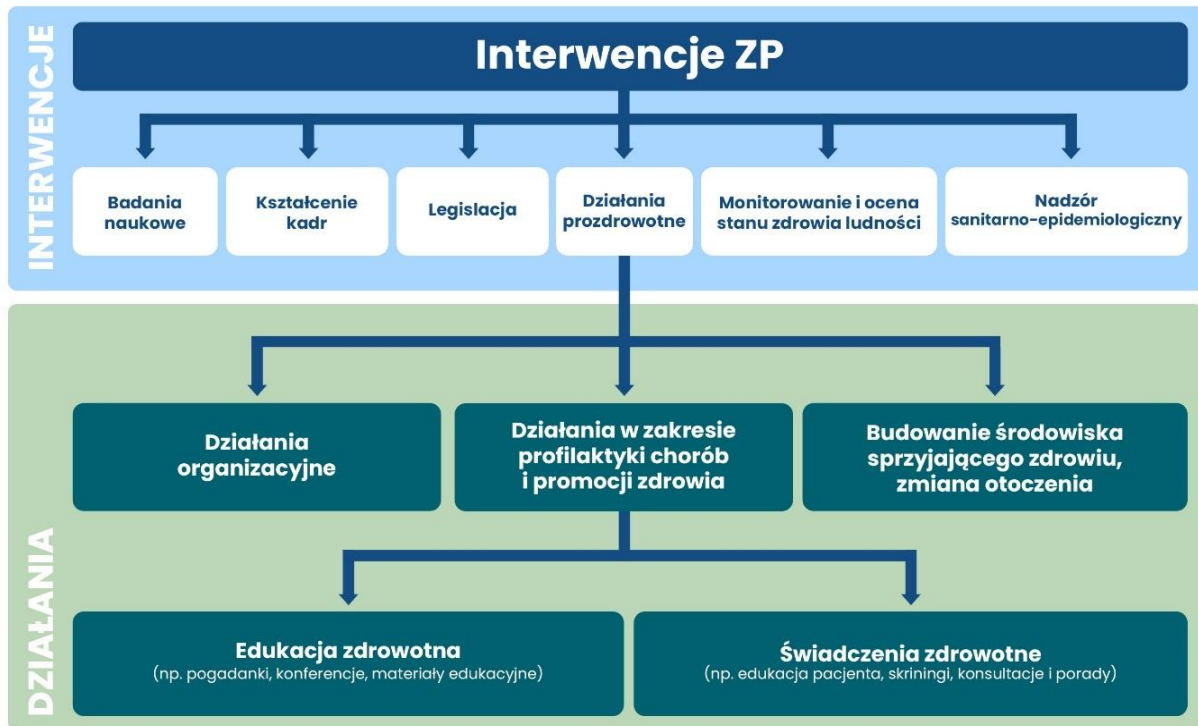
W literaturze wymienia się następujące grupy:

- Osoby uzależnione i współuzależnione (od alkoholu, narkotyków, innych substancji psychoaktywnych), osoby zagrożone uzależnieniem (np. młodzież eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Osoby z niepełnosprawnością, w tym intelektualną (np. renciści, osoby przewlekłe / nieuleczalnie chore, osoby starsze wymagające długotrwałej opieki), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Osoby z zaburzeniami psychicznymi i zagrożone problemami psychicznymi, osoby wymagające pomocy psychologicznej, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych (np. ośrodków wsparcia dziennego, domów dziecka, ośrodków socjoterapii, dzieci / młodzież objęte/ta instytucjonalną pieczę zastępczą), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Ofiary przemocy (np. domowej, rówieśniczej, w tym wykorzystywane dzieci), sprawcy przemocy domowej, rodziny z problemami związanymi z przemocą;
- Dzieci lub młodzież / osoby dorosłe z rodzin dysfunkcyjnych (np. rodziny z problemami wychowawczymi, zagrożone patologiami społecznymi);
- Osoby samotne (np. społecznie izolowane, bez przyjaciół i rodziny, dzieci pozbawione opieki rodziców);

- Osoby / rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (np. w trudnej sytuacji materialnej, zagrożone ubóstwem, bezdomne, odbiorcy pomocy społecznej, mieszkańcy domu pomocy społecznej);
 - Osoby długotrwale bezrobotne, osoby zagrożone utratą pracy, o niskich kwalifikacjach zawodowych;
 - Więźniowie, osoby z kryminalną przeszłością, osoby objęte opieką kuratorską, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
 - Uchodźcy, mniejszości narodowe lub etniczne;
 - Inne.
- **Społeczne uwarunkowania zdrowia** – warunki, w których ludzie rodzą się, dorastają, pracują, żyją i starzeją się.
- **Status społeczno-ekonomiczny** – miara określająca status społeczny jednostki pod względem m.in. dochodu, wykształcenia, miejsca zamieszkania, zakresu władzy.

Określenia przyjęte w systemie ProfiBaza:

W systemie ProfiBaza, który służy do celów sprawozdawczych z zadań zdrowia publicznego, podstawowe terminy to: interwencja, ścieżka interwencji oraz działania. Definicje oraz zależności występujące pomiędzy tymi określeniami przedstawiono poniżej na Rycinie 1.



Rycina 1. Podział interwencji zdrowia publicznego z uwzględnieniem ścieżek interwencji oraz działań w ich ramach

- **Interwencja** – program lub projekt (realizowany poprzez określone działanie / działania), służący poprawie lub ochronie zdrowia określonej populacji o określonych cechach na określonym terenie.
- **Ścieżka interwencji** – rodzaj interwencji (zadania) zdrowia publicznego. W systemie ProfiBaza wyróżniono następujące ścieżki interwencji: (1) Działania prozdrowotne, (2) Monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji, (3) Nadzór sanitarno-epidemiologiczny, (4) Badania naukowe, (5) Legislacja, (6) Kształcenie kadr ochrony zdrowia, (7) Monitorowanie i zarządzanie zasobami kadrowymi ochrony zdrowia.
- **Działanie** – działanie, czynności zrealizowane w ramach podejmowanej interwencji.

Inne pojęcie stosowane w systemie ProfiBaza i związane z określeniem rodzajów interwencji i działań to:

- **Interwencja Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS)** – program realizowany przez jednostki PIS w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia. Wyróżniamy program podlegający monitoringowi i ewaluacji (interwencja

programowa) lub taki, który nie podlega monitoringowi i ewaluacji (interwencja nieprogramowa).

- **Program polityki zdrowotnej** – program zdrowotny realizowany przez jednostkę / jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra / Ministrów, który uzyskał pozytywną lub warunkowo-pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) lub realizowany jest na podstawie rekomendacji wydanej przez Prezesa AOTMiT. Program polityki zdrowotnej to zaplanowane, szerokie działania z zakresu opieki zdrowotnej, które są skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Zawiera on konkretne cele i określa termin, w jakim mają zostać osiągnięte. Są to przede wszystkim: wykrywanie i zrealizowanie określonych potrzeb zdrowotnych, poprawa stanu zdrowia określonej grupy docelowej chorych. Programy polityki zdrowotnej dotyczą: ważnych zjawisk epidemiologicznych, ważnych problemów zdrowotnych (innych niż epidemiologiczne) dotyczących całej lub określonej grupy docelowej chorych – przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrażania nowych procedur medycznych i profilaktyki. Od 1 stycznia 2015 r. programy polityki zdrowotnej opracowują, wdrażają, realizują i finansują ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego.
- **Program zdrowotny Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)** – program profilaktyczny realizowany przez NFZ. Program zdrowotny, czyli zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- **Obszary opieki** – tematyka interwencji / działań skierowanych do wybranych populacji.

1.2. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego

W 2022 roku Centrala Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation – WHO) znowelizowała listę podstawowych funkcji zdrowia publicznego (ang. Essential Public Health Functions - EPHFs). Odnowiony katalog zadań zdrowia publicznego dla Regionu Europejskiego WHO stanowi odpowiedź na aktualne wyzwania zdrowotne oraz zidentyfikowane luki i fragmentację systemów zdrowotnych, które ujawniły się podczas pandemii COVID-19, a ich konsekwencje odczuwane są i będą jeszcze przez długi czas przez społeczeństwa z różnych regionów świata.

Według wcześniejszej listy do funkcji zdrowia publicznego zaliczono dziesięć aktywności w tym: (1) Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem, (2) Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na nie, (3) Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, pracy, żywności, (4) Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu, (5) Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób, (6) Zapewnienie gospodarowania (ang. *governance*) zdrowiem, (7) Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego, (8) Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania, (9) Informacja, komunikacja i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia, (10) Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki. Funkcje te zostały podzielone na dwie grupy: (I) Funkcje wiodące (ang. *core EPHOs*), do których zaliczono funkcje 1-5, w tym: funkcje 1-2 dotyczące tzw. zwiadu epidemiologicznego (ang. *intelligence*) oraz funkcje 3-5 stanowiące główne świadczenia/usługi zdrowia publicznego (ang. *services*); (II) Funkcje umożliwiające (ang. *enabler EPHOs*), do których zaliczono funkcje 6-10, mające zapewnić sprawne funkcjonowanie zdrowia publicznego.

Natomiast odnowiona lista funkcji zdrowia publicznego dla Regionu Europejskiego WHO obejmuje 12 następujących zadań:

- **EBPH 1. Monitorowanie i ocena (ewaluacja) stanu zdrowia ludności, wykorzystania świadczeń zdrowotnych oraz nadzór nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia** (ang. *Monitoring and evaluating population health status, health service utilization and surveillance of risk factors and threats to health*)

Funkcja obejmuje rutynowe, systematyczne lub doraźne gromadzenie danych oraz ich analizę i wykorzystanie. Zbierane i interpretowane informacje dotyczą stanu zdrowia populacji oraz jego uwarunkowań, w tym potencjalnych zagrożeń dla zdrowia, społecznych nierówności w zdrowiu, czynników ryzyka, ale także czynników ochronnych, wzmacniających zdrowie ludności, korzystania ze świadczeń zdrowotnych, wydajności systemu zdrowotnego i działań międzysektorowych, dostępności kadr zdrowia publicznego oraz skuteczności i efektywności interwencji prozdrowotnych.

- **EPHF 2. ZARZĄDZANIE SYTUACJAMI ZAGROŻENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO** (ang. *Managing public health emergency*)

Druga funkcja zdrowia publicznego skupia się na działaniach mających na celu zapobieganie, przygotowanie, wczesną identyfikację, szybkie reagowanie oraz usuwanie skutków wystąpienia sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego. Działania te mogą być podejmowane w ramach jednego sektora, jak i we współpracy międzysektorowej. Koncentrują się one na kompleksowym zarządzaniu kryzysowym, które obejmuje przewidywanie ryzyka i działania wyprzedzające, prognozowanie, planowanie i gotowość do reagowania, prewencję, kontrolę i łagodzenie skutków, powiadamianie, raportowanie,

reagowanie, a także utrzymanie i przywracanie podstawowych usług zdrowotnych oraz odbudowę po ustąpieniu zagrożenia zdrowia publicznego.

- **EPHF 3. ZAPEWNIENIE SKUTECZNEGO ZARZĄDZANIA ZDROWIEM PUBLICZNYM, A TAKŻE REGULACJI I USTAWODAWSTWA**

(ang. Assuring effective public health governance, regulation, and legislation)

Funkcja ta polega na budowaniu i utrzymaniu silnej infrastruktury operacyjnej dla zdrowia publicznego w sektorze zdrowotnym i innych sektorach na różnych szczeblach decyzyjnych w celu zapewnienia skutecznego zarządzania zdrowiem (ang. governance). Skupia się na działaniach rozwijających i utrzymujących silne przywództwo w zdrowiu publicznym, w celu realizacji funkcji i usług zdrowia publicznego oraz formułowania skutecznych przepisów prawa, polityk i strategii działania.

- **EPHF 4. WSPIERANIE WYDAJNYCH I SKUTECZNYCH SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH ORAZ WIELOSEKTOROWEGO PLANOWANIA, FINANSOWANIA I ZARZĄDZANIA ZDROWIEM POPULACJI**

(ang. Supporting efficient and effective health systems and multisectoral planning, financing and management for population health)

Czwarta funkcja zdrowia publicznego obejmuje działania skoncentrowane na świadczeniach zdrowia publicznego oraz wielosektorowe planowanie i finansowanie działań na rzecz zdrowia ludności. Polega na planowaniu, finansowaniu, ocenie i zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej w celu dostosowania ich do potrzeb i priorytetów zdrowotnych populacji w sposób zintegrowany i zorientowany na zdrowie publiczne, z maksymalizacją korzyści zdrowotnych w ramach dostępnych zasobów.

- **EPHF 5. OCHRONA LUDNOŚCI PRZED ZAGROŻENIAMI ZDROWIA, W TYM ŚRODOWISKOWYMI I ZAWODOWYMI, CHOROBYMI ZAKAŻNYMI, RYZYKIEM CHEMICZNYM I RADIACYJNYM; BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCI**

(ang. Protecting populations against health threats, including environment and occupational hazards, communicable disease threats, food safety, chemical and radiation hazards)

Funkcja ma na celu ochronę zdrowia populacji przed naturalnymi, spowodowanymi przez środowisko lub człowieka zagrożeniami, które mogą przekształcić się w zagrożenia zdrowia publicznego. Dotyczy zdrowia środowiskowego, zdrowia w miejscu pracy, bezpieczeństwa żywności, ochrony przed zagrożeniami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi i nuklearnymi, a także ochrony przed chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, bezpieczeństwa drogowego oraz bezpieczeństwa pacjentów i konsumentów.

Podejmowane działania mają charakter ponadsektorowy i międzynarodowy, obejmując skoordynowane wysiłki wielu sektorów i państw w zakresie przeciwdziałania potencjalnym lub już zidentyfikowanym zagrożeniom dla zdrowia publicznego.

- **EPHF 6. PROMOWANIE PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA CHOROÓB ZAKAŹNYCH I NIEZAKAŹNYCH**

(ang. *Promoting prevention and early detection of communicable and noncommunicable diseases*)

Funkcja obejmuje środki, procesy i działania wspierające zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób zakaźnych oraz niezakaźnych, w tym m.in. chorób psychicznych, w populacjach na każdym poziomie profilaktyki tj. pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej. Działania te skupiają się również na kwestiach związanych z równością w zdrowiu. Jednym z wytyczonych celów tego obszaru aktywności jest między innymi wprowadzenie zasad zapobiegania i wczesnej diagnostyki chorób do procesów planowania i modyfikacji dostarczanych usług zdrowotnych.

- **EPHF 7. PROMOWANIE ZDROWIA I DOBROSTANU ORAZ PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU UWZGLĘDNIENIE SZERSZYCH UWARUNKOWAŃ ZDROWIA I NIESPRAWIEDLIWOŚCI**

(ang. *Promoting health and well-being and actions to address the wider determinants of health and inequity*)

Funkcja ta dotyczy aktywności ukierunkowanych na poprawę strukturalnych, społeczno-ekonomicznych oraz indywidualnych determinant zdrowia oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Kluczowe jest prowadzenie działań wielosektorowych, polityki we wszystkich sektorach wpływających na zdrowie i równość w zdrowiu (ang. Health in All Policies), tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, czyli wprowadzanie zmian w otoczeniu i warunkach życia ludzi. Działania służą upodmiotowieniu (ang. empowerment) populacji, grup społecznych i jednostek w celu zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem i jego determinantami oraz zmiany zachowań i stylu życia w kierunku prozdrowotnym.

- **EPHF 8. ZAPEWNIENIE ZAANGAŻOWANIA/WŁĄCZENIA SPOŁECZNOŚCI, UCZESTNICTWA I MOBILIZACJI SPOŁECZNEJ NA RZECZ ZDROWIA I DOBROSTANU**

(ang. *Ensuring community engagement, participation and social mobilization for health and well-being*)

Funkcja obejmuje działania w zakresie komunikacji oraz zaangażowania społeczności w celu informowania, motywowania i aktywizowania populacji w kwestiach zdrowotnych.

Polega na tworzeniu środowiska sprzyjającego podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych oraz współodpowiedzialności obywateli za własne zdrowie. Istotnym elementem jest również rozwijanie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa (ang. health literacy), umożliwiającym uczestnictwo w planowaniu usług zdrowotnych, a także poszukiwanie, rozumienie i wykorzystywanie rzetelnych informacji w celu ograniczania ryzyka zdrowotnych, zapobiegania chorobom, promowania zdrowia, efektywnego korzystania z systemu opieki zdrowotnej oraz podejmowania działań rzeczniczych w społecznościach.

- **EBPH 9. ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNIEJ LICZBY ODPOWIEDNIO WYKWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKÓW ZDROWIA PUBLICZNEGO**

(ang. Ensuring adequate quantity and quality of public health workforce)

Funkcja obejmuje zasoby, procesy i działania zapewniające kompetentnych pracowników zdrowia publicznego na rzecz promowania i ochrony zdrowia populacji. Cel ten realizowany jest poprzez planowanie oraz regularne monitorowanie i ocenę zasobów kadrowych, ocenę i rozwój edukacji oraz szkoleń, a także promowanie zrównoważonego rozwoju kadr/pracowników. Rozwijanie odpowiednich umiejętności i kompetencji kadry zdrowia publicznego (np. umiejętności technicznych, komunikacyjnych, strategicznych i przywódczych) wspiera świadczenia, usługi oraz działania zdrowia publicznego zgodne z potrzebami zdrowotnymi populacji.

- **EBPH 10. ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ODPOWIEDNIEJ JAKOŚCI**

(ang. Assuring quality of and access to health services)

Funkcja polega na wspieraniu świadczeń zdrowotnych oraz zagwarantowaniu równego dostępu do kompleksowych, wysokiej jakości i zintegrowanych usług medycznych, dostosowanych do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji z uwzględnieniem priorytetowych zagrożeń zdrowotnych. Odbywa się to poprzez ewaluację oraz podnoszenie jakości i adekwatności świadczeń zdrowotnych oraz opieki społecznej, a także ocenę i promowanie równości w dostępie do tych usług.

- **EBPH 11. POSTĘP BADAŃ W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO**

(ang. Advancing public health research)

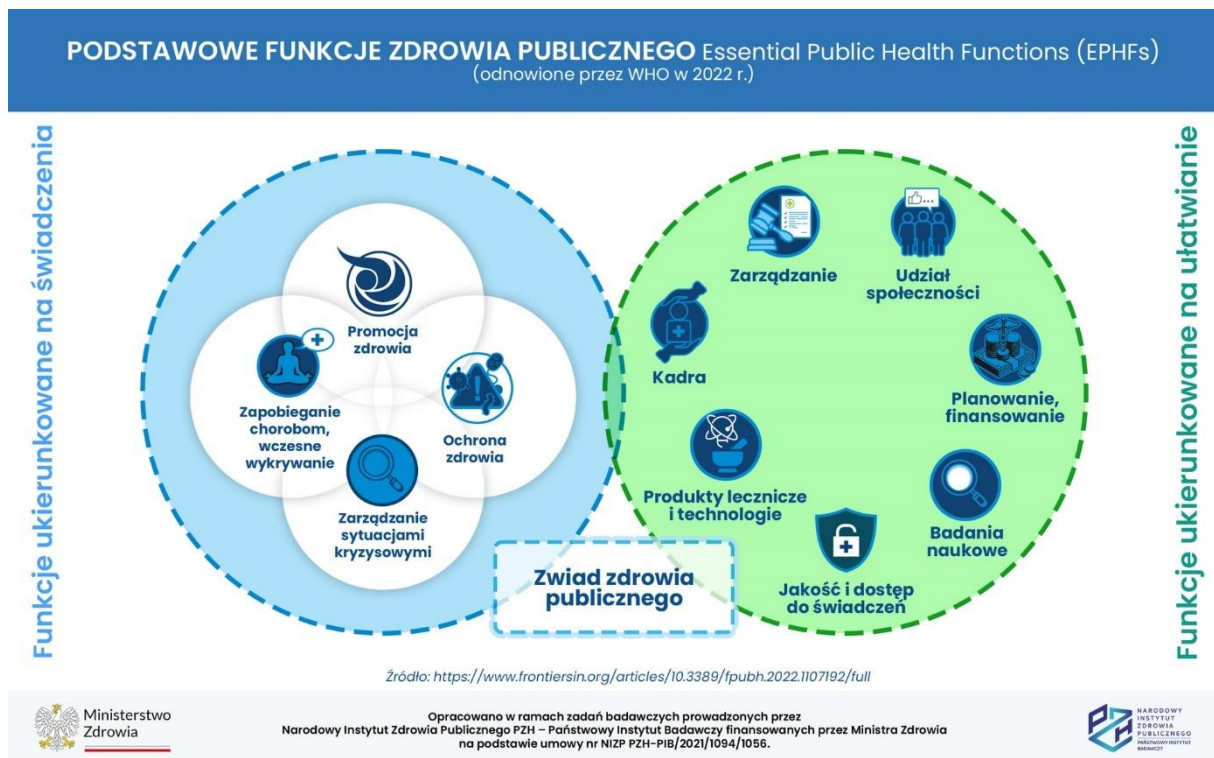
Jedenasta funkcja zdrowia publicznego obejmuje wspieranie badań naukowych w celu podejmowania decyzji opartych na dowodach. Polega na rozwoju bazy wiedzy dla polityki, usług i interwencji zdrowotnych oraz poszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań dla wyzwań zdrowia publicznego. Badania naukowe obejmują m.in. badania epidemiologiczne,

badania uwarunkowań zdrowia, wydajności systemów oraz świadczeń zdrowotnych, a także badania dotyczące działań międzysektorowych, ekonomię zdrowia oraz analizy w zakresie nauk behawioralnych i społecznych. Funkcja ma na celu rozwój infrastruktury badawczej zdrowiu publicznym i zaangażowanie społeczności.

- **EBPH 12. ZAPEWNIENIE RÓWNEGO DOSTĘPU DO PODSTAWOWYCH LEKÓW I INNYCH TECHNOLOGII MEDYCZNYCH ORAZ RACJONALNEGO ICH WYKORZYSTANIA**

(ang. Ensuring equitable access to and rational use of essential medicines and other health technologies)

Funkcja ta dotyczy działań ukierunkowanych na zapewnienie równego dostępu do niezbędnych leków, szczepionek, metod diagnostycznych, technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz sprzętu medycznego i chirurgicznego. Uwzględnia się racjonalne wykorzystanie tych zasobów, przy jednoczesnym zapewnieniu ich bezpieczeństwa, skuteczności oraz zgodności z zasadami etyki. Rozwój badań naukowych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz efektywne wdrażanie ich wyników stanowią podstawę dla tworzenia innowacyjnych rozwiązań służących ochronie i promocji zdrowia populacji. Zinwentaryzowany katalog EPHFs przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Odnowione przez WHO w 2022 r. podstawowe funkcje zdrowia publicznego (Essential Public Health Functions – EPHFs)

Źródło: <https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/EPHO/2024/05.jpg> (dostęp 15.07.2025)

Porównanie zaktualizowanej listy EPHFs z wcześniejszą, dobrze znaną europejską listą EPHOs pokazuje, że odnowiony katalog funkcji zdrowia publicznego jest obszerniejszy, zarówno pod względem liczby funkcji, jak i zakresu tematycznego. Na zinventaryzowanej liście znalazły się odpowiedniki istniejących już wcześniej funkcji lub ich rozszerzenia i doprecyzowania. Ponadto wprowadzono dwie nowe funkcje dotyczące zapewnienia jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych i społecznych oraz dostępu do leków i technologii medycznych. Tych funkcji nie było wcześniej na liście europejskiej, a zostały one zapożyczone, w zmodyfikowanym brzmieniu, z odnowionej listy funkcji zdrowia publicznego dla obu Ameryk przedstawionej przez PAHO w 2020 roku.

W Tabeli 1 zaprezentowano porównanie zaktualizowanej europejskiej listy EPHFs z wcześniejszą listą EPHOs, w którym wskazano funkcje: rozszerzone, nowe (uzupełnienia) oraz odpowiedniki dotychczas istniejących.

Tabela 1. Znowelizowana lista EPHFs w porównaniu do wcześniejszej europejskiej listy EPHOs

Lp.	Funkcje EPHFs	Odniesienie do EPHOs
1.	Monitorowanie i ocena (ewaluacja) stanu zdrowia ludności, wykorzystania świadczeń zdrowotnych oraz nadzór nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia	Odpowiednik EPHOs 1 oraz 2, tzw. zwiadu epidemiologicznego; rozszerzenie o monitorowanie i ewaluację wykorzystania świadczeń zdrowotnych
2.	Zarządzanie sytuacjami zagrożenia zdrowia publicznego	Rozszerzenie EPHOs 2
3.	Zapewnienie skutecznego zarządzania zdrowiem publicznym, a także regulacji i ustawodawstwa	Odpowiednik EPHOs 6
4.	Wspieranie wydajnych i skutecznych systemów zdrowotnych oraz wielosektorowego planowania, finansowania i zarządzania zdrowiem populacji	Rozszerzenie EPHOs 8
5.	Ochrona ludności przed zagrożeniami zdrowia, w tym środowiskowymi i zawodowymi, chorobami zakaźnymi, ryzykiem chemicznym i radiacyjnym; bezpieczeństwo żywności	Odpowiednik EPHOs 3

6.	Promowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i niezakaźnych	Odpowiednik EPHOs 5
7.	Promowanie zdrowia i dobrostanu oraz podejmowanie działań mających na celu uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i niesprawiedliwości	Odpowiednik EPHOs 4
8.	Zapewnienie zaangażowania/włączenia społeczności, uczestnictwa i mobilizacji społecznej na rzecz zdrowia i dobrostanu	Odpowiednik EPHOs 9
9.	Zapewnienie odpowiedniej liczby odpowiednio wykwalifikowanych pracowników zdrowia publicznego	Odpowiednik EPHOs 7
10.	Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości	Uzupełnienie funkcji EPHOs
11.	Postęp badań w zakresie zdrowia publicznego	Odpowiednik EPHOs 10
12.	Zapewnienie równego dostępu do podstawowych leków i innych technologii medycznych oraz racjonalnego ich wykorzystania	Uzupełnienie funkcji EPHOs

(źródło: Cianciara D. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2023, Tom 29, Nr 2, 63–72)

W stosunku do uprzedniej europejskiej listy w zaktualizowanej wersji EPHFs zrezygnowano z wcześniejszego podziału zadań zdrowia publicznego na funkcje kluczowe i wspomagające. Nowa klasyfikacja wyróżnia cztery funkcje zorientowane na świadczenia oraz siedem funkcji o charakterze ułatwiającym. Funkcje skupione na świadczeniach powinny być zintegrowane z usługami na wszystkich poziomach, szczególnie z podstawową opieką zdrowotną (POZ). Natomiast funkcje ułatwiające obejmują działania realizowane zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w innych sektorach i w społecznościach. Zwiad zdrowia publicznego (EPHFs 1) stanowi działalność o charakterze przekrojowym tzn. jest ukierunkowana na świadczenia, ale pełni również funkcję wspierającą.

1.3. Promocja zdrowia a ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu

Promocja zdrowia została zdefiniowana w Karcie Ottawskiej, czyli dokumencie proklamowanym 21 listopada 1986 r. na 1. Międzynarodowej Konferencji nt. Promocji Zdrowia, która odbyła się w Kanadzie (Ottawa, Ontario) pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Trzy lata po tym wydarzeniu WHO dodatkowo uściśliła pierwotną definicję promocji zdrowia wskazując, że jest to „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a poprzez to – poprawę zdrowia”.

Promocję zdrowia charakteryzują i odróżniają od innych aktywności w zdrowiu publicznym działania ukierunkowane na poprawę strukturalnych, społeczno-ekonomicznych oraz indywidualnych determinant zdrowia oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Nadrzędnym celem promocji zdrowia jest dążenie do równości i sprawiedliwości w zdrowiu.

Zgodnie z Kartą Ottawską cele promocji zdrowia realizowane są poprzez pięć strategicznych kierunków działania:

- 1) prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej,
- 2) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu,
- 3) wzmacnianie działań społeczności (upodmiotowienie), aby podejmowały kwestie związane ze zdrowiem,
- 4) rozwój umiejętności indywidualnych (kształtowanie zachowań prozdrowotnych),
- 5) reorientację działań sektora zdrowotnego/udzielania świadczeń zdrowotnych.

W odnowionym katalogu funkcji zdrowia publicznego (EPHFs) z 2022 roku promocja zdrowia (EPHFs 7) stanowi jedną z czterech funkcji, które zorientowane są na świadczenia, obok ochrony zdrowia (EPHFs 5), profilaktyki chorób i wczesnego ich wykrywania (EPHFs 6) oraz zarządzania sytuacjami kryzysowymi (EPHFs 2).

Świadczenia, usługi zdrowia publicznego obejmują różnorodne działania, takie jak m.in. planowanie, wdrażanie i ewaluacja polityk, przepisów oraz programów i świadczeń populacyjnych; kształtowanie wiedzy, postaw i zachowań oraz kompetencji zdrowotnych; zmiany w otoczeniu, tworzenie warunków życia i pracy sprzyjających zdrowiu; a także działania z zakresu komunikacji zdrowotnej i rzecznictwa zdrowotnego (ang. health advocacy). Realizacja usług zdrowia publicznego jest ściśle powiązana z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej, usług społecznych oraz działaniami podejmowanymi poza sektorem medycznym tzn. we wszystkich sektorach, w tym m.in. środowiska, rolnictwa, edukacji, mieszkalnictwa, zatrudnienia, transportu czy mediów i reklamy.

Celem promocji zdrowia jest wzmacnianie roli społeczności oraz jednostek w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia (ang. empowerment – upodmiotowienie) m.in. poprzez rozwijanie umiejętności i kompetencji zdrowotnych (ang. health literacy), realizację działań

angażujących różne sektory, które promują prozdrowotne zachowania i tworzą sprzyjające zdrowiu otoczenie. Do tego konieczne jest wspieranie inicjatyw ukierunkowanych na szersze determinanty zdrowia oraz redukcja nierówności i niesprawiedliwości zdrowotnych.

Wśród tzw. subfunkcji promocji zdrowia wymienia się m.in.: planowanie, wdrażanie i ocenę interwencji promujących zdrowie, w tym polityk, regulacji, programów i działań rzeczniczych nastawionych na zmiany warunków środowiskowych i społecznych oraz zachowań i stylu życia. Działania dotyczą szerokich uwarunkowań zdrowia zarówno w odniesieniu do chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, w ramach podejścia obejmującego cały rząd i społeczeństwo (ang. whole of society and whole of government approach). Zakres aktywności promocji zdrowia przedstawiono na Rycinie 3.

7 **PROMOWANIE ZDROWIA I DOBROSTANU ORAZ PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU UWZGLĘDNIENIE SZERSZYCH UWARUNKOWAŃ ZDROWIA I NIESPRAWIEDLIWOŚCI W ZDROWIU**
Promoting health and well-being and actions to address the wider determinants of health and inequity

Funkcje ukierunkowane na świadczenia

OPIS

Upodmiotwienie społeczności w celu zwiększenia kontroli nad zdrowiem populacji poprzez podniesienie poziomu kompetencji zdrowotnych (health literacy) oraz wielosektorowe działania na rzecz promowania zachowań i środowisk sprzyjających zdrowiu, a także wspieranie działań dotyczących szerszych uwarunkowań zdrowia i nierówności / niesprawiedliwości w zdrowiu.



Odpowiednik EPHOs 4
Promocja zdrowia obejmująca działania dotyczące społecznych determinantów zdrowia i nierówności w zdrowiu

ZAKRES

- Projektowanie, wdrażanie i ewaluacja interwencji prozdrowotnych, w tym dot. zachowań zdrowotnych, stylu życia oraz zmian w środowisku życia i otoczeniu społecznym, na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej i ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu
- Podjęcie i wspieranie działań dot. szerszych uwarunkowań zdrowia poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo”, w tym zwiększenie udziału jednostek i społeczności w podejmowaniu decyzji mających wpływ na zdrowie
- Promowanie, rozwijanie i monitorowanie polityk i przepisów prawa mających na celu promowanie zdrowia oraz zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu
- Realizacja rzecznictwa opartego na dowodach oraz komunikacja społeczna na rzecz promowania zachowań prozdrowotnych i środowisk sprzyjających zdrowiu oraz budowania zaufania społeczności

Projekt Północnej Karelii



Źródło: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience/essential-public-health-functions>



Ministerstwo
Zdrowia

Opracowano w ramach zadań badawczych prowadzonych przez
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy finansowanych przez Ministra Zdrowia
na podstawie umowy nr NIZP PZH-PIB/2021/1094/1056.



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Rycina 3. EPHFs 7 Promowanie zdrowia i dobrostanu oraz podejmowanie działań mających na celu uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i niesprawiedliwości w zdrowiu
Źródło: <https://profibaza.pzh.gov.pl/EPHF/EPHF7>

Głównym zadaniem rządów, polityków i decydentów, czyli wszystkich tych, którzy tworzą i mają wpływ na polityki publiczne w różnych sektorach społeczno-gospodarczych determinujących zdrowia populacji jest nie tylko poprawa statusu zdrowotnego obywateli, ale także ograniczanie zjawiska społecznych nierówności w zdrowiu.

(Społeczne) Nierówności w zdrowiu (ang. *health inequalities, social inequalities in health*) definiowane są jako niesprawiedliwe (ang. *unfair*) i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami społecznymi w populacji oraz pomiędzy różnymi populacjami. Są

to trwałe i systematyczne różnice w stanie zdrowia, które powstają na podłożu społecznym i są ściśle związane z nierównościami społecznymi na przykład dochodowymi czy związanymi z warunkami bytowymi.

Zagadnienie społecznych nierówności w zdrowiu ściśle wiąże się z problemem wykluczenia społecznego. Wykluczenie społeczne prowadzi do stopniowego ograniczania podmiotowości jednostek i grup społecznych, do zanikania społecznej aktywności oraz zdolności do działania, a także do nierówności w zdrowiu. Towarzyszy temu groźna tendencja do utrwalania się tego stanu rzeczy. Znajdowanie się w niekorzystnym położeniu społecznym może rodzić kolejne problemy z podmiotowością, uprawnieniami, wolnością wyboru, pracą, dochodami, edukacją, wypoczynkiem, zdrowiem oraz korzystaniem z instytucji, w tym ochrony zdrowia.

W krajach rozwiniętych jako główny cel systemu zdrowotnego przyjmuje się poprawę stanu zdrowia populacji, a jednocześnie redukcję istniejących nierówności zdrowotnych. Strategie ograniczania nierówności społecznych i zdrowotnych powinny w pierwszej kolejności uwzględniać działania m.in. na rzecz populacji najbardziej narażonych, nieuprzywilejowanych (ang. *vulnerable populations*) czyli grupy ze szczególnym ryzykiem zdrowotnym i społecznym wynikającym z niekorzystnych warunków życiowych. W literaturze przedmiotu odnaleźć można różne typologie takich grup. Są to osoby, grupy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, zagrożone wykluczeniem społecznym, w tym m.in.: osoby długotrwale bezrobotne, osoby o niskich dochodach, osoby żyjące w ubóstwie/na granicy ubóstwa, osoby niepełnosprawne, osoby uzależnione, osoby bezdomne, osoby samotne i społecznie izolowane, rodziny z trudnościami (np. wychowawczymi, przemocą domową), więźniowie, uchodźcy, imigranci i mniejszości etniczne. Z perspektywy polityk i strategii ukierunkowanych na redukcję nierówności oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, szczególnie rekomendowane są działania skierowane do grup nieuprzywilejowanych w populacji.

W niniejszym raporcie przedstawiono: analizy dotyczące działań zdrowia publicznego związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym zrealizowane w latach 2021-2023 i sprawozdane do systemu ProfiBaza (Część I raportu) oraz skuteczne działania i rekomendacje w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce w kontekście doświadczeń innych krajów, zaproponowane przez ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego (Część II raportu).

Literatura

1. 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference? Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Siersbaek R, O'Donnell C, Parker S, Ford J, Burke S, Ní Cheallaigh C. Social exclusion and its impact on health over the life course: A realist review protocol. HRB Open Res. 2023;6:34. doi: 10.12688/hrbopenres.13746.2.
3. Korporowicz-Żmichowska V. Nierówności w health literacy – aspekty przestrzenne i edukacyjne. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy. 2023;73:75–91. doi: 10.15584/nsawg.2023.1.5.
4. Strona projektu ProfiBaza. <https://profibaza.pzh.gov.pl/>. (dostęp: 24.07.2025).
5. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z 2025 r. poz. 340.
6. World Health Organization. Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Cianciara D. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2023;29(2):63–72. doi: 10.26444/monz/167457.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health (SDOH), <https://www.cdc.gov/about/priorities/why-is-addressing-sdoh-important.html> (dostęp: 21.07.2025).
9. Bengtsson T, Dribe M, Helgertz J. When did the health gradient emerge? Social class and adult mortality in southern Sweden, 1813–2015. Demography. 2020 Jun;57(3):953–77. doi:10.1007/s13524-020-00877-5.
10. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, de Gaetano G, Iacoviello L. Socioeconomic gradient in health: mind the gap in 'invisible' disparities. Ann Transl Med. 2020 Sep;8(18):1200. doi:10.21037/atm.2020.04.46.
11. World Health Organization. Promoting health and reducing health inequities by addressing the social determinants of health. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf (dostęp: 22.07.2025)
12. World Health Organization. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoeczne-nerownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf> (dostęp: 21.07.2025).
13. Syrek E. Kryzys kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie i jego konsekwencje dla zdrowia publicznego. Studia Edukacyjne. 2022;65:21–34. doi: 10.14746/se.2022.65.2.

14. Bielińska K. Od równego dostępu do sprawiedliwości zdrowotnej. *Więś i Rolnictwo*. 2022;4(197):63–75. doi: 10.53098/wir042022/04.
15. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:923–29. Doi: 10.1136/jech.54.12.923.
16. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015;14:81. doi: 10.1186/s12939-015-0207-6.
17. Garzón-Orjuela N, Samacá-Samacá DF, Luque Angulo SC, et al. An overview of reviews on strategies to reduce health inequalities. *Int J Equity Health*. 2020;19:192. doi: 10.1186/s12939-020-01299-w.
18. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. Institute of Health Equity; 2020. <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on> (dostęp: 1.07.2025).
19. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Rychtaříková J, Rodriguez-Sanz M, Vineis P, White C, Wojtyniak B, Hu Y, Nusselder WJ. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018 Jun 19;115(25):6440–6445. doi: 10.1073/pnas.1800028115.

2. Część I: Działania zdrowia publicznego związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, zrealizowane w latach 2021-2023 i sprawozdane do systemu ProfiBaza

DZIAŁANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO ZWIĄZANE Z OGRANICZANIEM WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO, WSPARCIEM GRUP WYKLUCZONYCH LUB ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, ZREALIZOWANE W LATACH 2021-2023 I SPRAWOZDANE DO SYSTEMU PROFIBAZA

autorzy:

dr n. o zdr. Maria Piotrowicz, dr n. med. Katarzyna Lewtak,
mgr Katarzyna Malewska-Niemyjska, mgr Anna Rutyna,
lek. dent. Arleta Surowska

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,
finansowane przez Ministra Zdrowia

Warszawa 2025 r.

2.1. Metodyka

Na mocy art. 12 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z 2025 r. poz. 340) organy administracji rządowej – z wyjątkiem wojewody – a także agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego są zobowiązane do przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rocznej informacji dotyczącej działań zrealizowanych lub podjętych w roku poprzedzającym.

Roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie w terminie do 31 marca każdego roku. Wojewoda dokonuje weryfikacji przekazanych danych oceniając ich zgodność z wymogami określonymi w ustawie, a także spójność realizowanych celów i podjętych bądź zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi oraz zadaniami wskazanymi w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ). Zebrane informacje stanowią podstawę do przygotowania informacji zbiorczej obejmującej opinię w zakresie zgodności działań z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej, którą wojewoda przekazuje Ministrowi Zdrowia w terminie do dnia 30 września każdego roku. Natomiast organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przekazują Ministrowi Zdrowia roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego do 30 kwietnia każdego roku. Na podstawie danych przekazanych przez wyżej opisane podmioty objęte obowiązkiem sprawozdawczym, co dwa lata Minister Zdrowia sporządza informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, która jest następnie przekazywana Radzie Ministrów, a po jej przyjęciu skierowana do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Od 2022 r. przekazywanie do Ministra Zdrowia rocznej informacji w formie elektronicznej odbywa się za pośrednictwem systemu ProfiBaza. Źródłem danych są sprawozdane do systemu ProfiBaza interwencje (zadania) z zakresu zdrowia publicznego realizowane w Polsce w latach 2021-2023. Zgodnie z założeniami w ramach każdej interwencji należało zrealizować co najmniej jedno działanie.

W niniejszym rozdziale analizom poddano działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym zrealizowane w latach 2021-2023.

Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji interwencji/działań do analiz:

- przynajmniej jedno działanie w ramach danej interwencji dotyczyło problematyki wykluczenia społecznego, wsparcia grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- z opisu interwencji/działania wynikało, że dotyczy ono problematyki wykluczenia społecznego, wsparcia grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- interwencja/działanie dotyczyło szeroko rozumianych aktywności związanych z problematyką wykluczenia społecznego oraz wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. Oznacza to, że odbiorcami działań włączonych do analiz były zarówno osoby z grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym jako wyłączna grupa adresatów (np. osoby bezrobotne) lub jako jedna z grup adresatów (np. działania skierowane do wszystkich mieszkańców gminy, w tym do podopiecznych domów pomocy społecznej). Ponadto, odbiorcami działań były także inne osoby, w tym np. przedstawiciele grup zawodowych zaangażowanych w prace na rzecz walki z wykluczeniem społecznym. Zaliczono tu m.in. pracowników samorządów, pracowników socjalnych/domów pomocy społecznej, osoby pracujące z trudną młodzieżą, nauczycieli szkolnych lub pracowników ochrony zdrowia stykających się z dziećmi z niepełnosprawnością czy osoby pracujące w obszarze profilaktyki uzależnień.

W rozdziale wyróżniono następujące obszary wykluczenia społecznego, w tym grupy osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- Osoby uzależnione i współuzależnione (od alkoholu, narkotyków, innych substancji psychoaktywnych), osoby zagrożone uzależnieniem (np. młodzież eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Osoby z niepełnosprawnością (intelektualną i fizyczną), osoby niesprawne (np. renciści, osoby przewlekłe / nieuleczalnie chore, osoby starsze wymagające długotrwałej opieki), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Osoby z zaburzeniami psychicznymi i zagrożone problemami psychicznymi, osoby wymagające pomocy psychologicznej, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych (np. ośrodków wsparcia dziennego, domów dziecka, ośrodków socjoterapii, dzieci / młodzież objęta instytucjonalną pieczą zastępczą), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Ofiary przemocy (np. domowej, rówieśniczej, w tym wykorzystywane dzieci), sprawcy przemocy domowej, rodziny z problemami związanymi z przemocą;
- Dzieci lub młodzież / osoby dorosłe z rodzin dysfunkcyjnych (np. rodziny z problemami wychowawczymi, zagrożone patologiami społecznymi);

- Osoby samotne (np. społecznie izolowane, bez przyjaciół i rodziny, dzieci pozbawione opieki rodziców);
- Osoby / rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (np. w trudnej sytuacji materialnej, zagrożone ubóstwem, bezdomne, odbiorcy pomocy społecznej, mieszkańcy domu pomocy społecznej);
- Osoby długotrwale bezrobotne, osoby zagrożone utratą pracy, o niskich kwalifikacjach zawodowych;
- Więźniowie, osoby z kryminalną przeszłością, osoby objęte opieką kuratorską, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób;
- Uchodźcy, mniejszości narodowe lub etniczne;
- Inne.

Ze względu na specyfikę zjawiska adresaci interwencji / działania mogli zostać zakwalifikowani do więcej niż jednej grupy osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Należy zaznaczyć, że po pierwszym roku sprawozdawczości (tj. zebraniu danych za rok 2021) w systemie ProfiBaza zaktualizowano słowniki, w tym także słownik dotyczący problematyki wykluczenia społecznego. Od roku 2022 obowiązywał wyżej przedstawiony słownik. Dane dotyczące wykluczenia społecznego za 2021 rok zostały przekodowane w celu ujednoczenia danych ze wszystkich trzech lat objętych analizami w tym rozdziale.

W analizach obejmujących działania zrealizowane w latach 2021-2023 wzięto pod uwagę następujące zmienne:

- Rok / lata realizacji działania,
- Obszar wykluczenia społecznego, wsparcia grupy osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym (według powyżej opisanego słownika),
- Ścieżka interwencji,
- Typ interwencji,
- Typu podmiotu sprawozdającego się (właściciel działania),
- Typu podmiotu sprawozdającego się (szczegółowo),
- Województwo,
- Poziom realizacji (właściciel działania),
- Kategoria działania,
- Kategoria działania w zakresie edukacji zdrowotnej,
- Kategoria działania w zakresie świadczeń zdrowotnych,

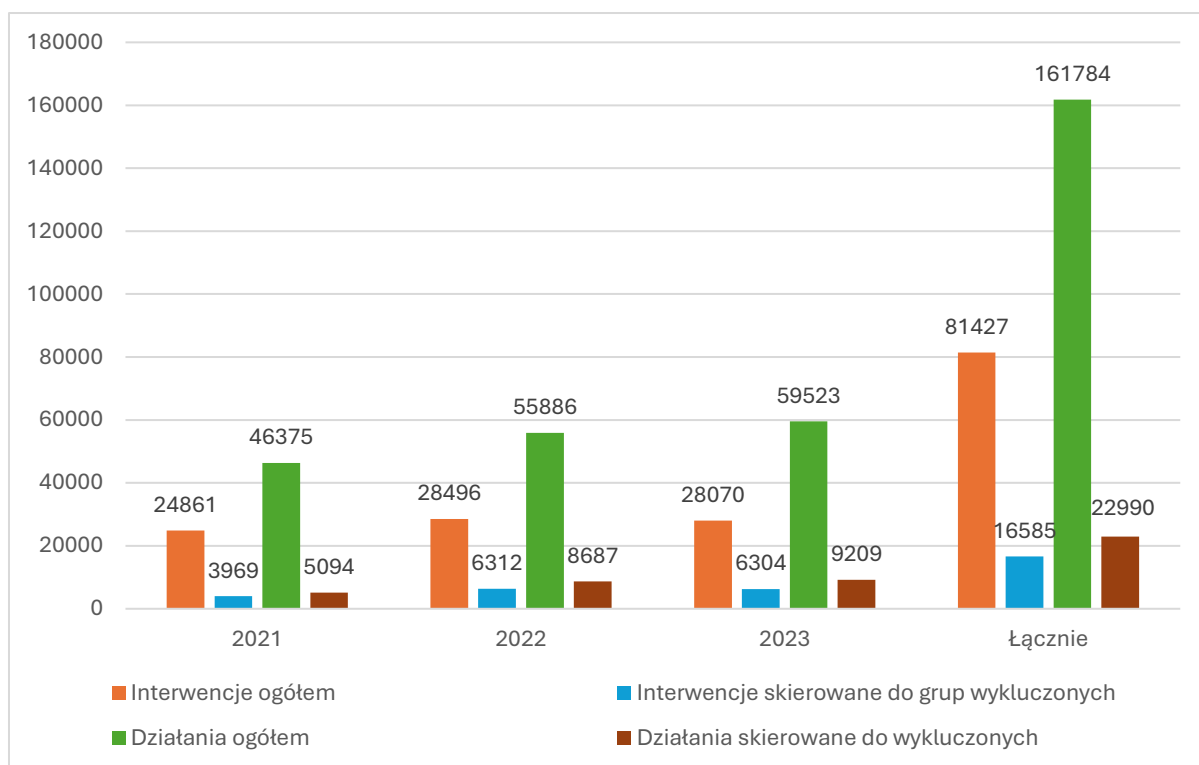
- Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025,
- Płeć adresatów / odbiorców działania,
- Grupy wieku adresatów / odbiorców (działania skierowane do więcej niż jednej grupy wieku),
- Grupy wieku adresatów / odbiorców (działania skierowane wyłącznie do jednej grupy wieku),
- Tematyka działań/obszar opieki.

2.2. Wyniki

W latach 2021 – 2023 zrealizowano łącznie 81 427 interwencji zdrowia publicznego ogółem, w tym 161 784 działania. Wśród wszystkich działań zdrowia publicznego odnotowano **22 990 działań związanych z ograniczaniem zjawiska wykluczenia społecznego, w tym m.in. działań skierowanych do grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym (tj. 14,2% wszystkich działań w analizowanym okresie)**. Zostały one zrealizowane w ramach 16 585 interwencji, stanowiąc 20,3% wszystkich interwencji zdrowia publicznego w analizowanym okresie. Interwencje i działania zdrowia publicznego ogółem oraz te związane z ograniczaniem zjawiska wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, w poszczególnych latach przedstawiono w Tabeli 2 oraz na Rycinie 4.

Tabela 2. Liczba i odsetek interwencji/działań ogółem oraz działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021-2023

Rok	Interwencje ogółem	Interwencje skierowane do grup wykluczonych	Działania ogółem	Działania skierowane do wykluczonych
2021	24861	3969	46375	5094
2022	28496	6312	55886	8687
2023	28070	6304	59523	9209
łącznie	81427	16585	161784	22990

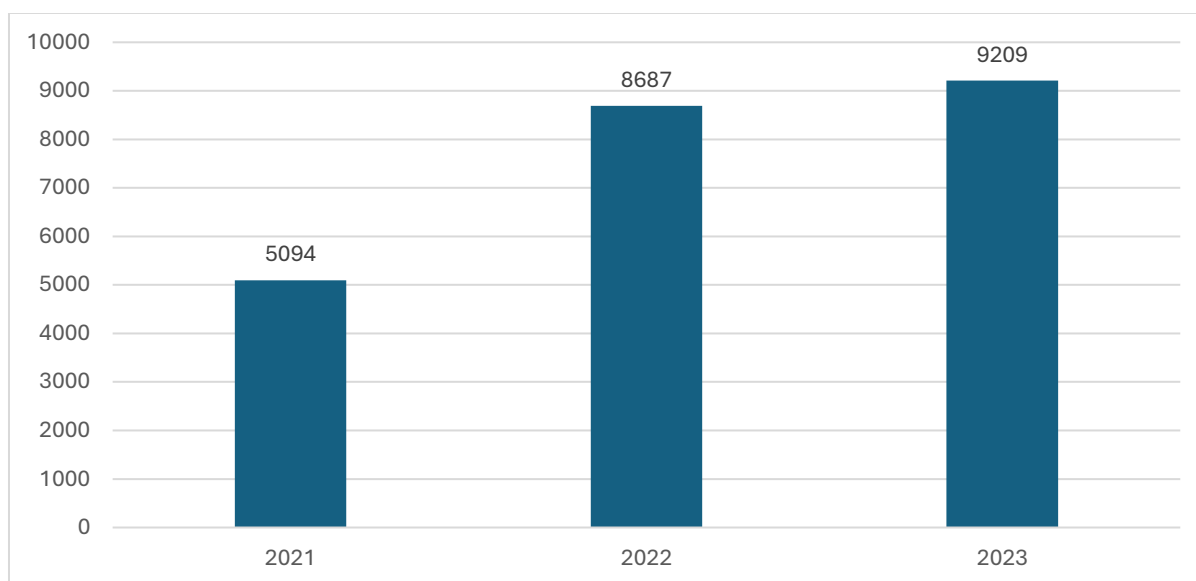


Rycina 4. Liczba i odsetek interwencji/działań ogółem oraz działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021-2023

W niniejszym rozdziale analizami objęto działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, zrealizowane w latach 2021–2023 (tj. 22 990 działań; 100%). W omawianym okresie systematycznie wzrastała liczba działań, od 5 094 działań w 2021 roku do 9 209 w 2023 roku (Tabela 3, Rycina 5). Wśród analizowanych działań najczęściej zrealizowano w 2023 roku (40,0%).

Tabela 3. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym ogółem w latach 2021–2023

Rok	Ilość	Procent
2021	5094	22,2
2022	8687	37,8
2023	9209	40,0
Ogółem	22990	100,0



Rycina 5. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym ogółem w latach 2021–2023

Najwięcej działań, bo ponad połowa, dotyczyło problematyki uzależnień (53,9% działań), w tym aktywności skierowanych do osób uzależnionych, współuzależnionych jako głównej grupy lub jednej z grup adresatów, jak również innych działań związanych z walką z uzależnieniami (np. szkoleń pracowników w zakresie profilaktyki uzależnień) (Tabela 4, Rycina 6). Co piąte działanie związane było ze wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonych problemami psychicznymi, wymagających pomocy psychologicznej, ich rodzin, osób najbliższych lub osób pracujących w omawianym obszarze (22,9% działań).

Pozostałe działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, pomocą skierowaną do grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym dotyczyły: dzieci, młodzieży, osób z rodzin dysfunkcyjnych (16,7%); ofiar przemocy, sprawców przemocy, problematyki przemocy domowej lub rówieśniczej (15,3%); migrantów, uchodźców wojennych, mniejszości narodowych lub etnicznych (14%); a także osób z niepełnosprawnością, upośledzeniem, osób niesprawnych i niesamodzielnych (13,0%). Rzadziej realizowane działania dotyczyły: osób/rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (11,4%); podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych, ich rodzin lub pracowników tego rodzaju placówek (7,5%); osób samotnych (4,4%); lub osób w trudnej sytuacji na rynku pracy np. bezrobotnych (2,1%).

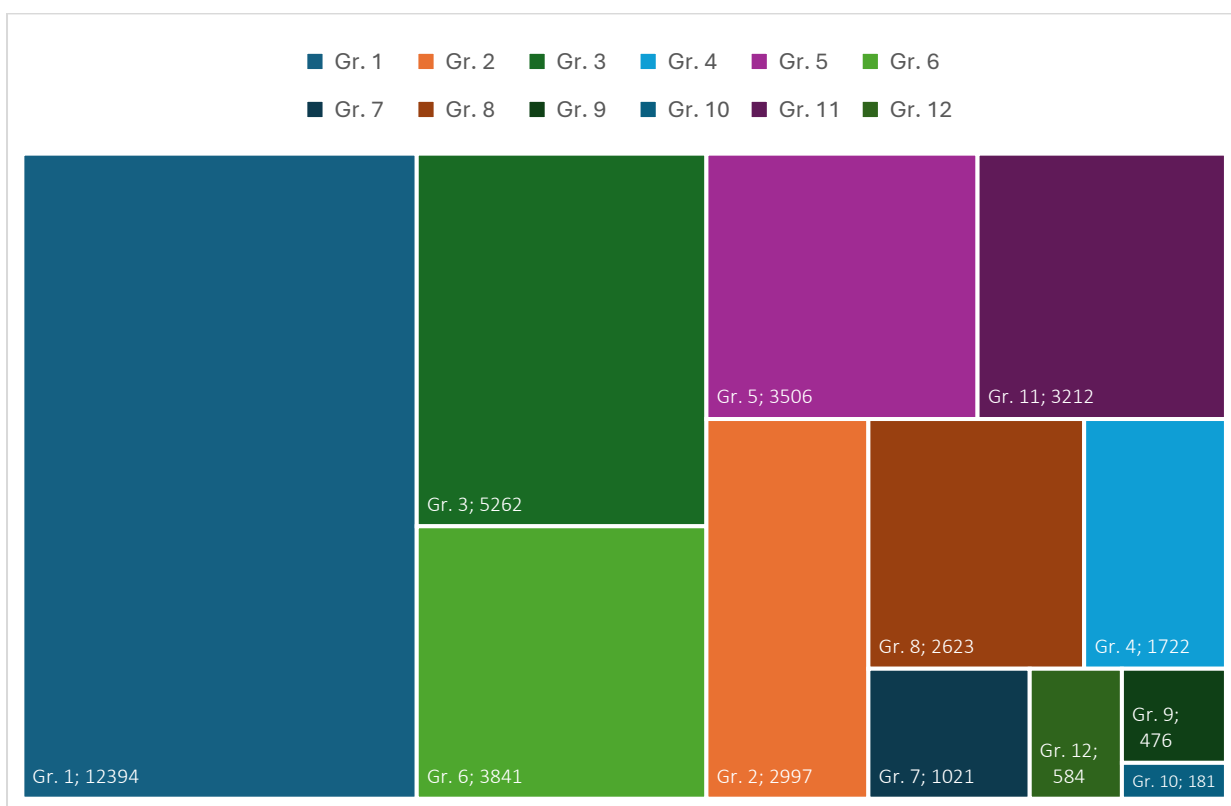
Tabela 4. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021-2023 według kategorii grupy

Grupa wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym	Ilość	Procent
1. Osoby uzależnione i współuzależnione (od alkoholu, narkotyków, innych substancji psychoaktywnych), osoby zagrożone uzależnieniem (np. młodzież eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób	12394	53,9
2. Osoby niepełnosprawne, upośledzone umysłowo i fizycznie, osoby niesprawne (np. renciści, osoby przewlekłe/nieuleczalnie chore, osoby starsze wymagające długotrwałej opieki), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób	2997	13,0
3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i zagrożone problemami psychicznymi, osoby wymagające pomocy psychologicznej, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób	5262	22,9
4. Podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych (np. ośrodków wsparcia dziennego, domów dziecka, ośrodków socjoterapii, dzieci/młodzież objęte instytucjonalną pieczę zastępczą), członkowie rodzin i opiekunowie tych osób	1722	7,5
5. Ofiary przemocy (np. domowej, rówieśniczej, w tym wykorzystywane dzieci), sprawcy przemocy domowej, rodziny z problemami związanymi z przemocą	3506	15,3
6. Dzieci lub młodzież/osoby dorosłe z rodzin dysfunkcyjnych (np. rodziny z problemami wychowawczymi, zagrożone patologiami społecznymi)	3841	16,7
7. Osoby samotne (np. społecznie izolowane, bez przyjaciół i rodziny, dzieci pozbawione opieki rodziców)	1021	4,4
8. Osoby/rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (np. w trudnej sytuacji materialnej, zagrożone ubóstwem, bezdomne, odbiorcy pomocy społecznej, mieszkańcy domu pomocy społecznej)	2623	11,4
9. Osoby długotrwale bezrobotne, osoby zagrożone utratą pracy, o niskich kwalifikacjach zawodowych	476	2,1

10. Więźniowie, osoby z kryminalną przeszłością, osoby objęte opieką kuratorską, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób	181	0,8
11. Uchodźcy, mniejszości narodowe lub etniczne	3212	14,0
12. Inne	584	2,5

*możliwość wielokrotnego wyboru

- 1. Osoby uzależnione i współuzależnione, osoby zagrożone uzależnieniem, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób
- 2. Osoby niepełnosprawne, upośledzone umysłowo i fizycznie, osoby niesprawne, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób
- 3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i zagrożone problemami psychicznymi, osoby wymagające pomocy psychologicznej, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób
- 4. Podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób
- 5. Ofiary przemocy, sprawcy przemocy domowej, rodziny z problemami związanymi z przemocą
- 6. Dzieci lub młodzież/osoby dorosłe z rodzin dysfunkcyjnych
- 7. Osoby samotne
- 8. Osoby/rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym
- 9. Osoby długotrwale bezrobotne, osoby zagrożone utratą pracy, o niskich kwalifikacjach zawodowych
- 10. Więźniowie, osoby z kryminalną przeszłością, osoby objęte opieką kuratorską, członkowie rodzin i opiekunowie tych osób
- 11. Uchodźcy, mniejszości narodowe lub etniczne
- 12. Inne



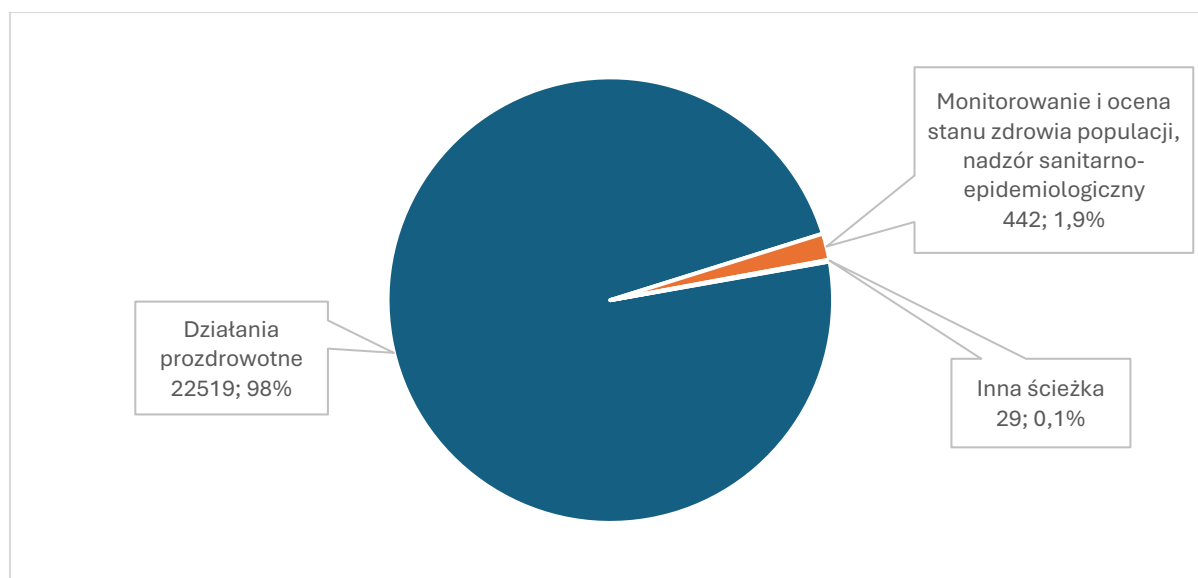
Rycina 6. Liczba działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021-2023 według kategorii grupy

Działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym realizowano przede wszystkim w ramach ścieżki - działania prozdrowotne (98,0%). Natomiast niewielki odsetek działań (2%) dotyczył aktywności w ramach pozostałych ścieżek (Tabela 5, Rycina 7).

Tabela 5. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według ścieżki interwencji

Ścieżka interwencji	Ilość	Procent
Działania prozdrowotne	22519	98,0
Monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji, nadzór sanitarno-epidemiologiczny	442	1,9
Inna ścieżka*	29	0,1
Ogółem	22990	100,0

*dotyczy ścieżek: Kształcenie kadr ochrony zdrowia, Legislacja, Badania naukowe



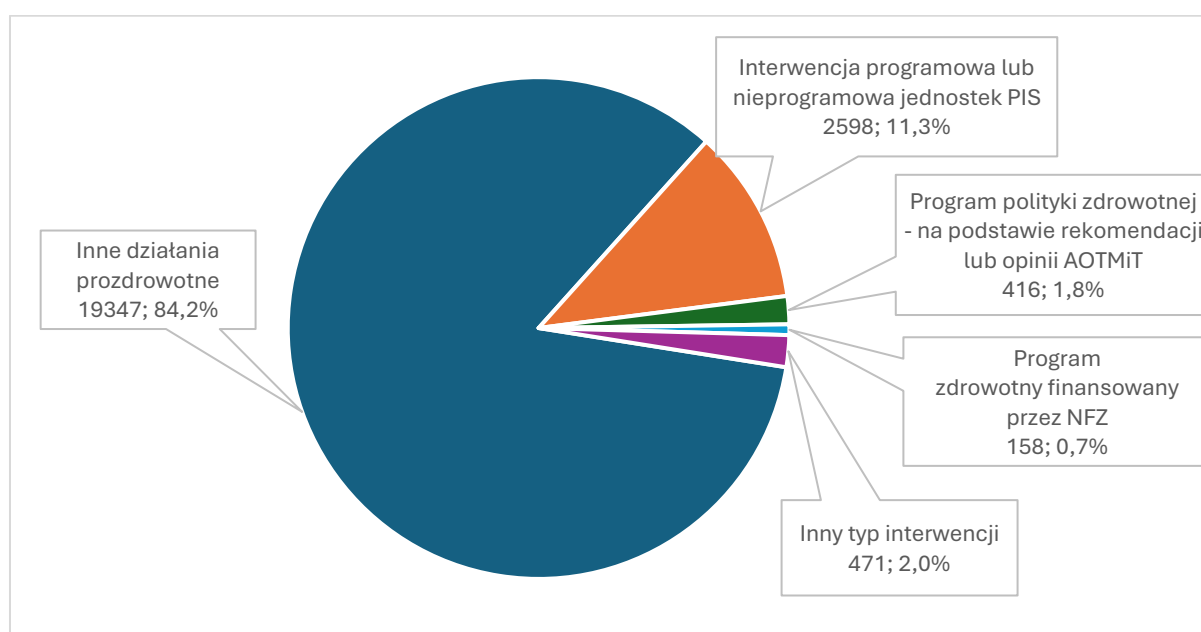
Rycina 7. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według ścieżki interwencji

Wśród analizowanych działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym dominowały inne działania prozdrowotne (84,2%), to znaczy inne niż - interwencje jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej (11,3%), programy polityki zdrowotnej (1,8%) czy programy zdrowotne NFZ (0,7%) (Tabela 6, Rycina 8).

Tabela 6. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu interwencji

Typ interwencji	Ilość	Procent
Inne działania prozdrowotne	19347	84,2
Interwencja programowa lub nieprogramowa jednostek PIS	2598	11,3
Program polityki zdrowotnej - na podstawie rekomendacji lub opinii AOTMiT	416	1,8
Program zdrowotny finansowany przez NFZ	158	0,7
Inny typ interwencji*	471	2,0
Ogółem	22990	100,0

* dotyczył ścieżek innych niż działania prozdrowotne, w których nie występuje podział na typy interwencji

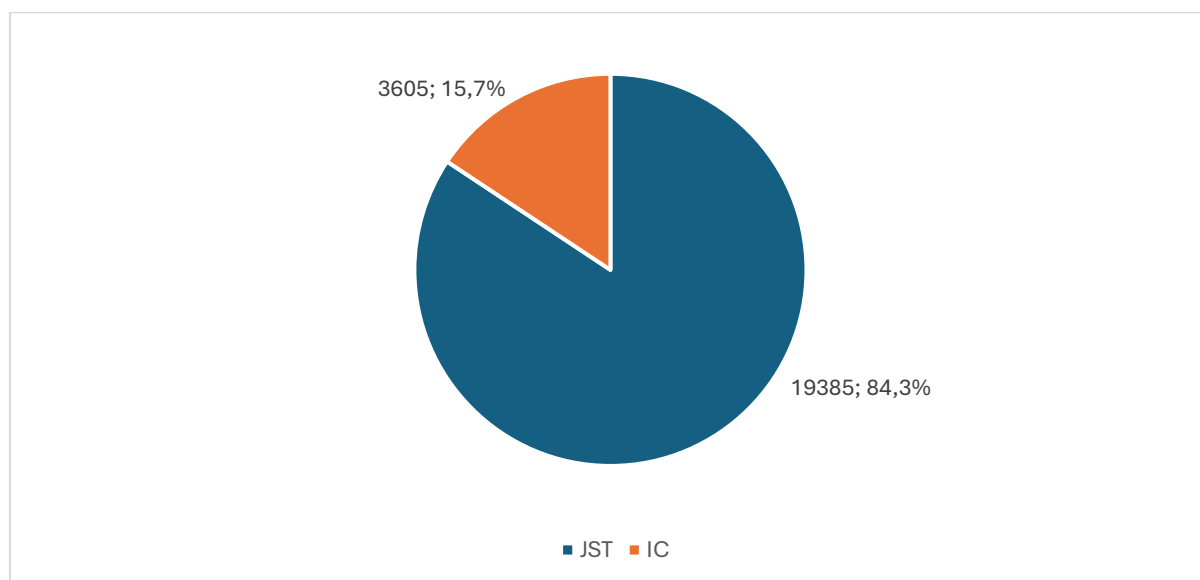


Rycina 8. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu interwencji

W realizacji działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym najbardziej aktywne były jednostki samorządu terytorialnego (84,3%), natomiast jednostki centralne sprawozdały mniej działań (15,7%). (Tabela 7, Rycina 9).

Tabela 7. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu podmiotu sprawozdającego działanie

Typ podmiotu sprawozdającego się	Ilość	Procent
JST	19385	84,3
IC	3605	15,7
Ogółem	22990	100,0



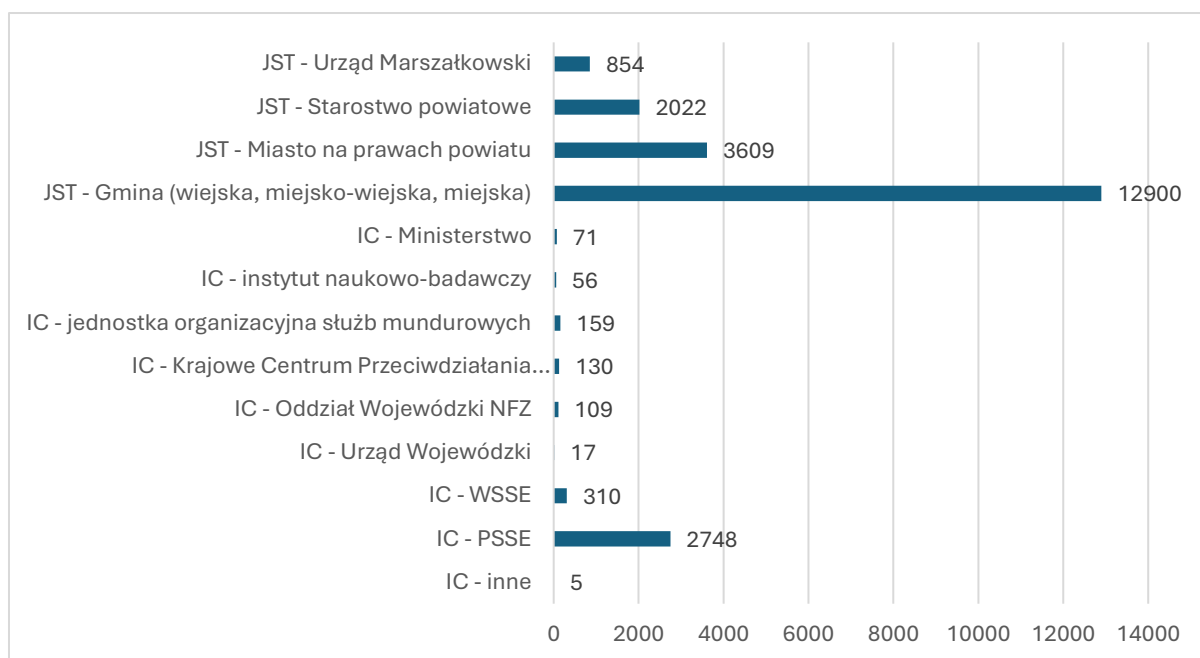
Rycina 9. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu podmiotu sprawozdającego działanie

Największy udział w realizacji działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym miały gminy – co drugie działanie zrealizowała gmina miejska, miejsko-wiejska lub wiejska (56,1%) (Tabela 8, Rycina 10). Aktywność wykazały również miasta na prawach powiatu (15,7%), starostwa powiatowe (8,8%) oraz urzędy marszałkowskie (3,7%).

Natomiast wśród instytucji centralnych najczęściej działań sprawozdały jednostki PIS, w tym Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (12%) oraz Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (1,3%). Udział pozostałych instytucji centralnych nie przekraczał 1%.

Tabela 8. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu podmiotu sprawozdającego działanie (szczegółowe kategorie)

Typ podmiotu sprawozdającego się (szczegółowo)	Ilość	Procent
JST - Urząd Marszałkowski	854	3,7
JST - Starostwo powiatowe	2022	8,8
JST - Miasto na prawach powiatu	3609	15,7
JST - Gmina (wiejska, miejsko-wiejska, miejska)	12900	56,1
IC - Ministerstwo	71	0,3
IC - instytut naukowo-badawczy	56	0,2
IC - jednostka organizacyjna służb mundurowych	159	0,7
IC - Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom	130	0,6
IC - Oddział Wojewódzki NFZ	109	0,5
IC - Urząd Wojewódzki	17	0,1
IC - WSSE	310	1,3
IC - PSSE	2748	12,0
IC - inne	5	0,0
Ogółem	22990	100,0



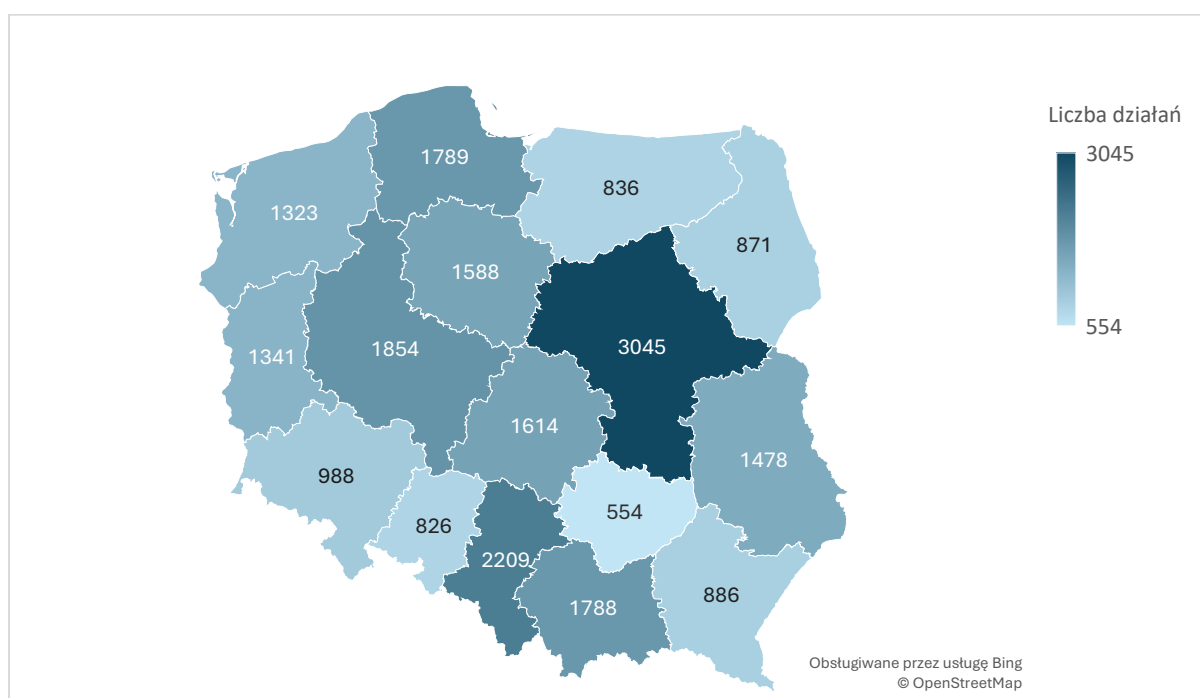
Rycina 10. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według typu podmiotu sprawozdającego działanie (szczegółowe kategorie)

Najwięcej działań sprawozdano w województwach: mazowieckim (13,2%), śląskim (9,6%) oraz wielkopolskim (8,1%) (Tabela 9, Rycina 11). Natomiast najmniej działań wykazały jednostki znajdujące się na terenie województw: świętokrzyskiego (2,4%), opolskiego i warmińsko-mazurskiego (po 3,6%).

Tabela 9. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według województwa podmiotu sprawozdającego działanie

Województwo	Ilość	Procent
dolnośląskie	988	4,3
kujawsko-pomorskie	1588	6,9
lubelskie	1478	6,4
lubuskie	1341	5,8
łódzkie	1614	7,0
małopolskie	1788	7,8
mazowieckie	3045	13,2
opolskie	826	3,6

podkarpackie	886	3,9
podlaskie	871	3,8
pomorskie	1789	7,8
śląskie	2209	9,6
świętokrzyskie	554	2,4
warmińsko-mazurskie	836	3,6
wielkopolskie	1854	8,1
zachodniopomorskie	1323	5,8
Ogółem	22990	100,0

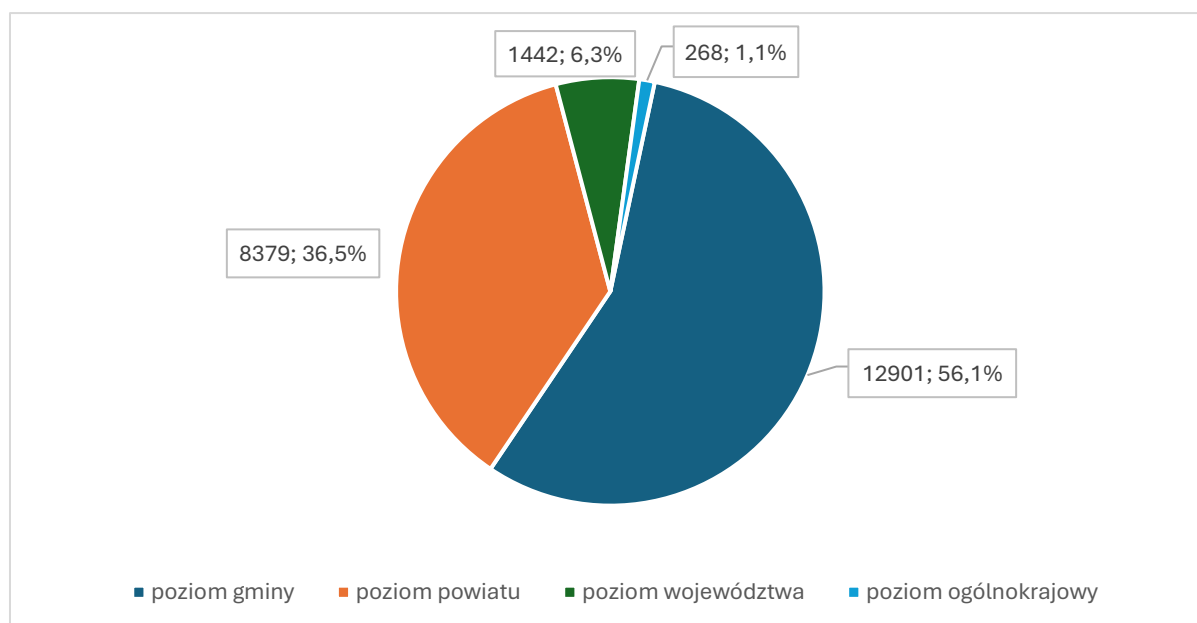


Rycina 11. Liczba działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021-2023 wg województwa realizatora

Ponad połowa działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym realizowana była przez podmioty na poziomie gminy (56,1%) (Tabela 10, Rycina 12). Co trzecie działanie zrealizowano na poziomie powiatu (36,5%), a znacznie rzadziej opisywane działania miały zasięg wojewódzki (6,3%) lub ogólnokrajowy (1,1%).

Tabela 10. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według zasięgu działania

Poziom realizacji (właściciel działania)	Ilość	Procent
poziom gminy	12901	56,1
poziom powiatu	8379	36,5
poziom województwa	1442	6,3
poziom ogólnokrajowy	268	1,1
Ogółem	22990	100,0



Rycina 12. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według zasięgu działania

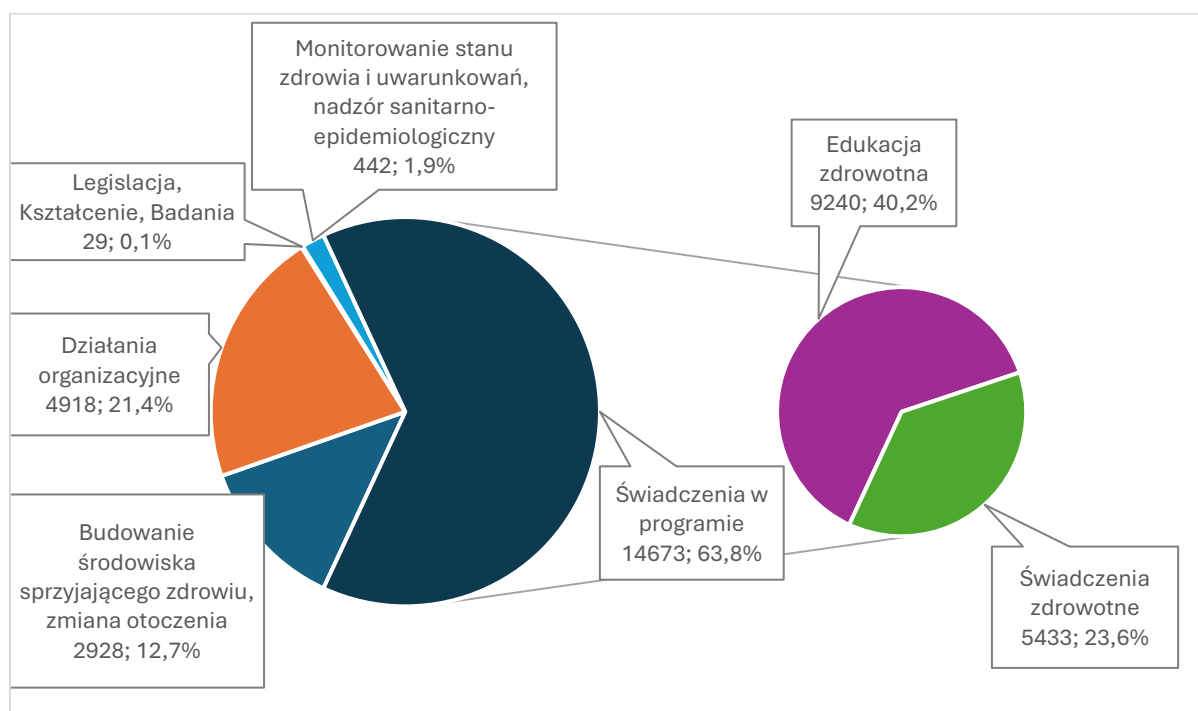
Działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym sklasyfikowano według określonych kategorii (Tabela 11, Rycina 13). Najwięcej działań zrealizowano w kategorii świadczenia w programie (63,8%), która objęła działania z zakresu edukacji zdrowotnej (40,2%) oraz świadczenia zdrowotne (23,6).

Kolejne pod względem częstości wskazań były następujące kategorie: działania organizacyjne, w tym m.in. działania promocyjno-informacyjne lub związane z administracją programem

zdrowotnym (21,4%); budowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiana otoczenia np. tworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego (12,7%); oraz monitorowanie stanu zdrowia i uwarunkowań, nadzór sanitarno-epidemiologiczny (2,0%). Inne kategorie działania stanowiły poniżej jednego procenta.

Tabela 11. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według kategorii działania

Kategoria działania	Ilość	Procent
Budowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiana otoczenia	2928	12,7
Działania organizacyjne	4918	21,4
Legislacja, Kształcenie, Badania	29	0,1
Monitorowanie stanu zdrowia i uwarunkowań, nadzór sanitarno-epidemiologiczny	442	2,0
Świadczenia w programie	14673	63,8
Ogółem	22990	100,0

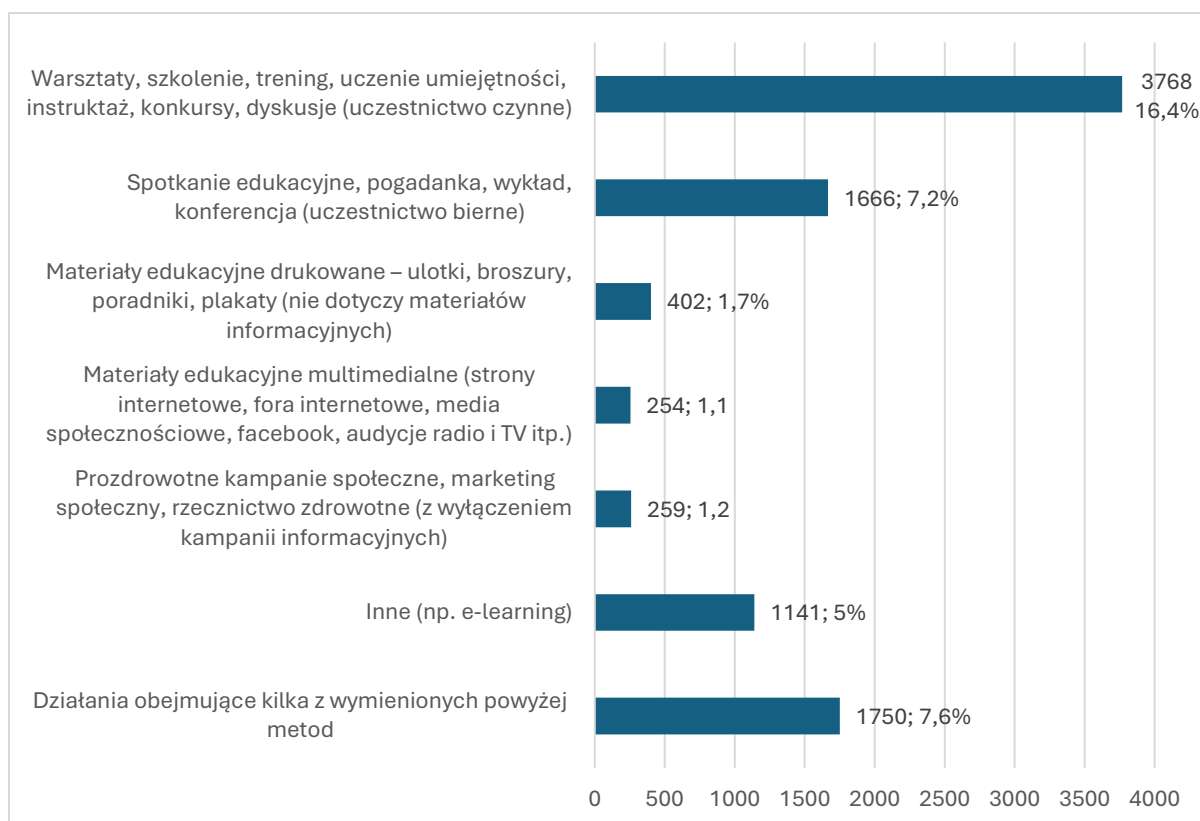


Rycina 13. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według kategorii działania

Edukacja zdrowotna w ramach działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, była realizowana przed wszystkim poprzez: warsztaty, szkolenia, treningi... (uczestnictwo czynne) stanowiąc 16,4% analizowanych działań; spotkania edukacyjne, pogadanki, wykłady... (uczestnictwo bierne) – 7,2%, a także poprzez działania obejmujące jednocześnie kilka metod (7,6%). Pozostałe formy edukacji zdrowotnej objęły: materiały multimedialne... (1,1%%); imprezy masowe, prozdrowotne kampanie społeczne... (1,2%) lub inne (5,0%) (Tabela 12, Rycina 14).

Tabela 12. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 w zakresie edukacji zdrowotnej

Kategoria działania	Ilość	Procent
Warsztaty, szkolenie, trening, uczenie umiejętności, instruktaż, konkursy, dyskusje (uczestnictwo czynne)	3768	16,4
Spotkanie edukacyjne, pogadanka, wykład, konferencja (uczestnictwo bierne)	1666	7,2
Materiały edukacyjne drukowane – ulotki, broszury, poradniki, plakaty (nie dotyczy materiałów informacyjnych)	402	1,7
Materiały edukacyjne multimedialne (strony internetowe, fora internetowe, media społecznościowe, facebook, audycje radio i TV itp.)	254	1,1
Prozdrowotne kampanie społeczne, marketing społeczny, rzecznictwo zdrowotne (z wyłączeniem kampanii informacyjnych; np. impreza masowa)	259	1,2
Inne (np. e-learning)	1141	5,0
Działania obejmujące kilka z wymienionych powyżej metod (np. Uczestnictwo bierne + czynne, uczestnictwo bierne + materiały edukacyjne, inne kombinacje metod)	1750	7,6
Ogółem (świadczenia w programie w zakresie edukacji zdrowotnej)	9240	40,2

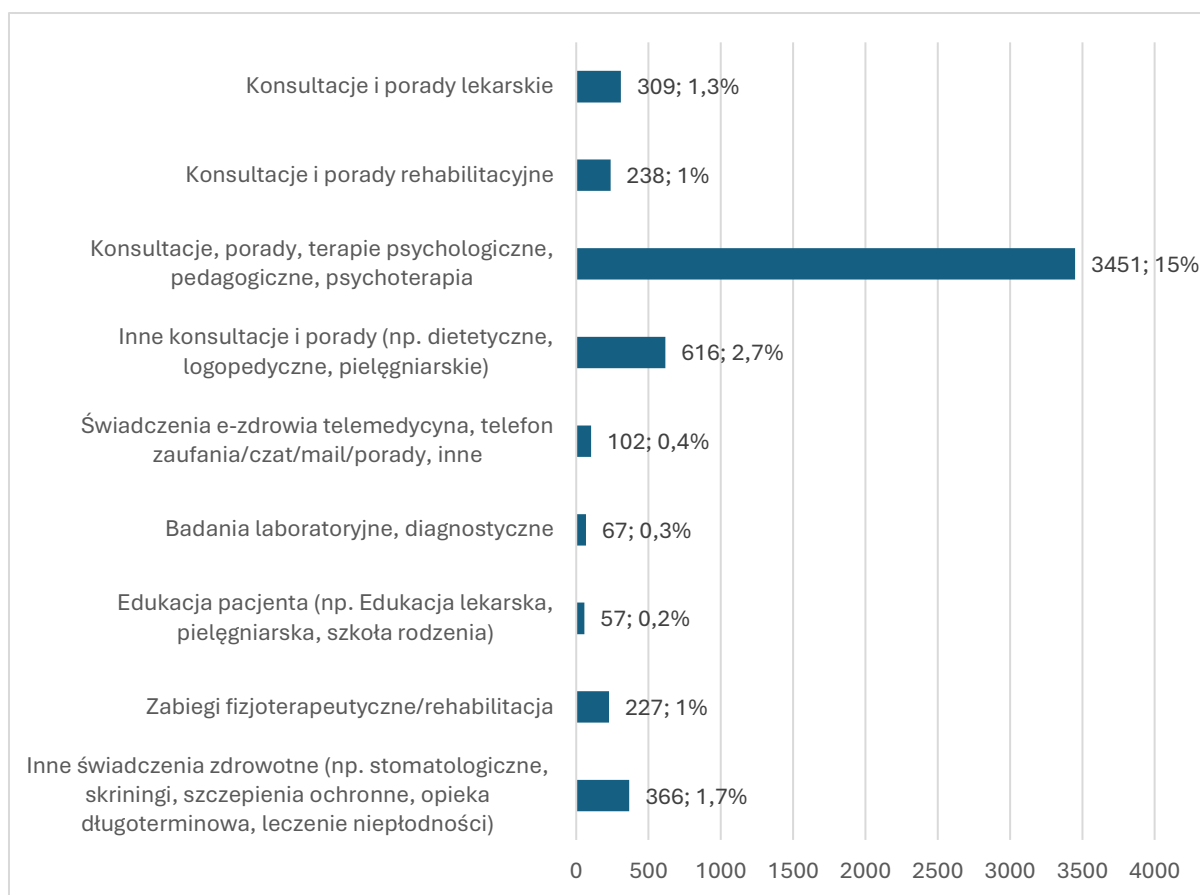


Rycina 14. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 w zakresie edukacji zdrowotnej

Świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi w ramach działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, najczęściej były: konsultacje, porady, terapie psychologiczne... (15,0%) (Tabela 13, Rycina 15). Znacznie rzadziej wskazywano pozostałe konsultacje i porady, w tym lekarskie, rehabilitacyjne lub inne (od 2,7% do 1%). Inne rodzaje świadczeń zdrowotnych, takie jak np. świadczenia stomatologiczne, szczepienia ochronne (1,7%), a także zabiegi fizjoterapeutyczne/rehabilitacja, świadczenia e-zdrowia lub edukacja pacjenta stanowiły znikome odsetki (po 1,0% lub mniej).

Tabela 13. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 w kategorii świadczenia zdrowotne

Kategoria działania	Ilość	Procent
Konsultacje i porady lekarskie	309	1,3
Konsultacje i porady rehabilitacyjne	238	1,0
Konsultacje, porady, terapie psychologiczne, pedagogiczne, psychoterapia	3451	15
Inne konsultacje i porady (np. dietetyczne, logopedyczne, pielęgniarские)	616	2,7
Świadczenia e-zdrowia telemedycyna, telefon zaufania/czat/mail/porady, inne	102	0,4
Badania laboratoryjne, diagnostyczne	67	0,3
Edukacja pacjenta (np. Edukacja lekarska, pielęgniarська, szkoła rodzenia)	57	0,2
Zabiegi fizjoterapeutyczne/rehabilitacja	227	1,0
Inne świadczenia zdrowotne (np. stomatologiczne, skryningi, szczepienia ochronne, opieka długoterminowa, leczenie niepłodności)	366	1,7
Ogółem	5433	23,6



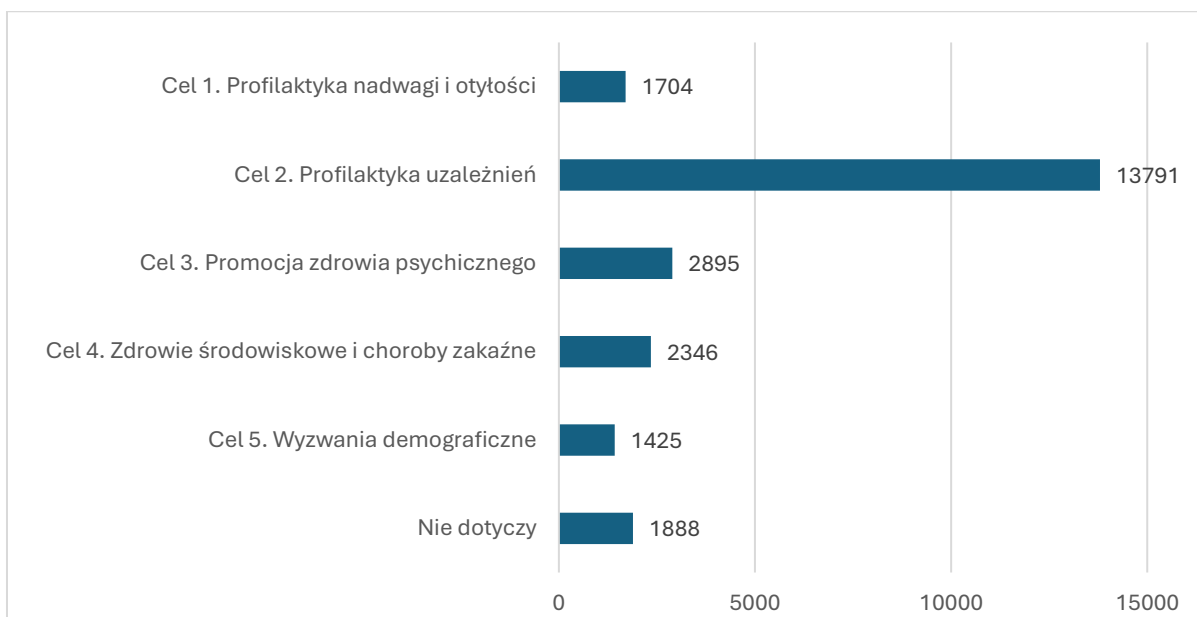
Rycina 15. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 w kategorii świadczenia zdrowotne

Najwięcej działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym zrealizowano w ramach celu operacyjnego NPZ nr 2 Profilaktyka uzależnień (60,0%) (Tabela 14, Rycina 16). Około co dziesiąte działanie dotyczyło celu nr 3 Promocja zdrowia psychicznego oraz celu nr 4 Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne (odpowiednio: 12,6% i 10,2%). Rzadziej sprawozdawano działania związane były z celem nr 1 Profilaktyka nadwagi i otyłości (7,4%) lub celem nr 5 Wyzwania demograficzne (6,2%).

Tabela 14. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według celów operacyjnych NPZ

Cel NPZ	Ilość	Procent
Cel 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości	1704	7,4
Cel 2. Profilaktyka uzależnień	13791	60,0
Cel 3. Promocja zdrowia psychicznego	2895	12,6
Cel 4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne	2346	10,2
Cel 5. Wyzwania demograficzne	1425	6,2
Nie dotyczy	1888	8,2

*możliwość wielokrotnego wyboru

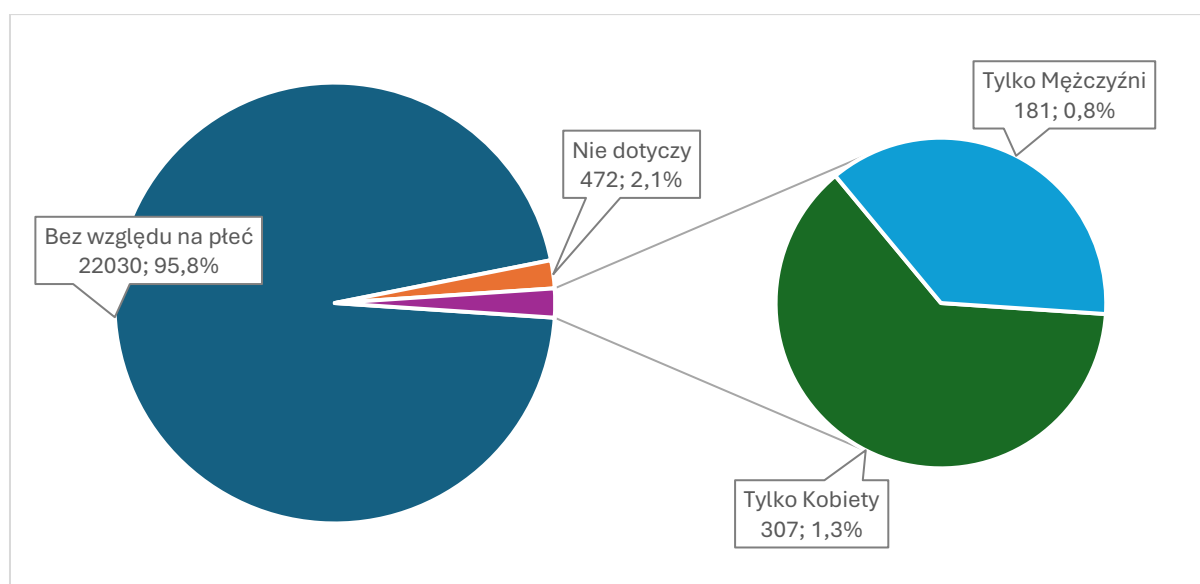


Rycina 16. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według celów operacyjnych NPZ

Działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym kierowano do różnych adresatów. Zdecydowana większość działań adresowana była do odbiorców bez względu na ich płeć (95,8%), a jedynie niewielką ich część skierowano do wybranej płci (Tabela 15, Rycina 17).

Tabela 15. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według płci odbiorców

Płeć	Ilość	Procent
Bez względu na płeć	22030	95,8
Tylko Kobiety	307	1,3
Tylko Mężczyźni	181	0,8
Nie dotyczy	472	2,1
Ogółem	22990	100,0



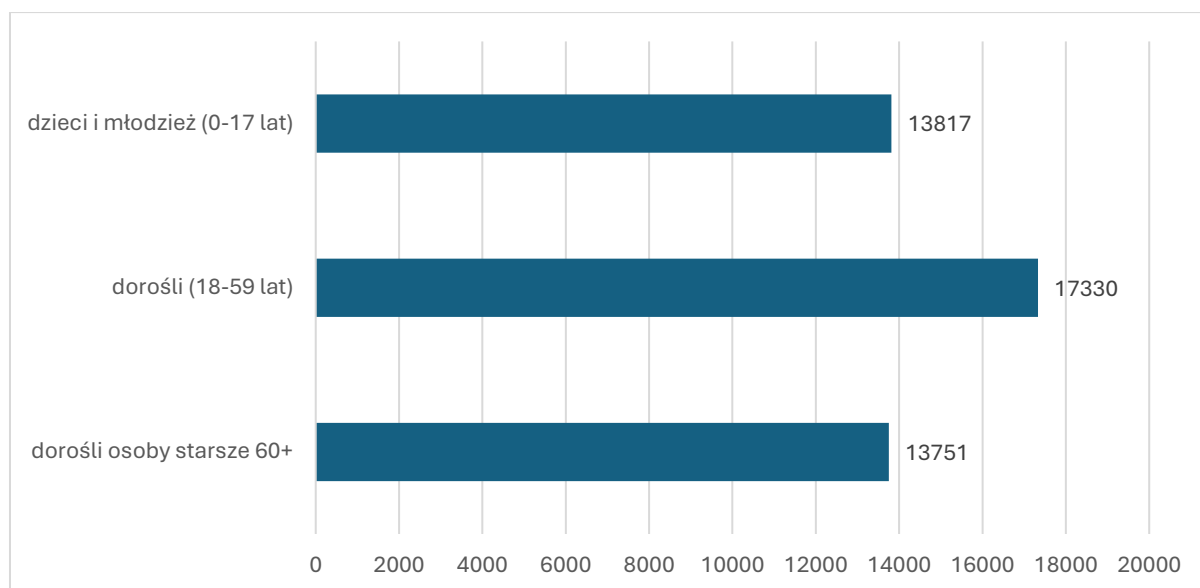
Rycina 17. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według płci odbiorców

Adresatów działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym można także charakteryzować pod względem wieku. Większość działań skierowano jednocześnie do różnych grup wieku. Wśród nich trzy czwarte działań dotyczyło m.in. osób dorosłych, 60,1% działań skierowano m.in. do grupy dzieci i młodzież, a w przypadku 59,8% działań odbiorcami były m.in. osoby starsze (Tabela 16, Rycina 18).

Tabela 16. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według grupy wieku odbiorców (działania skierowane do więcej niż jednej grupy wieku)

Grupa adresatów/odbiorców*	Ilość	Procent
Dzieci i młodzież (0-17 lat)	13817	60,1
Dorośli (18-59 lat)	17330	75,4
Dorośli osoby starsze 60+	13751	59,8

*działania skierowane do więcej niż jednej grupy wieku



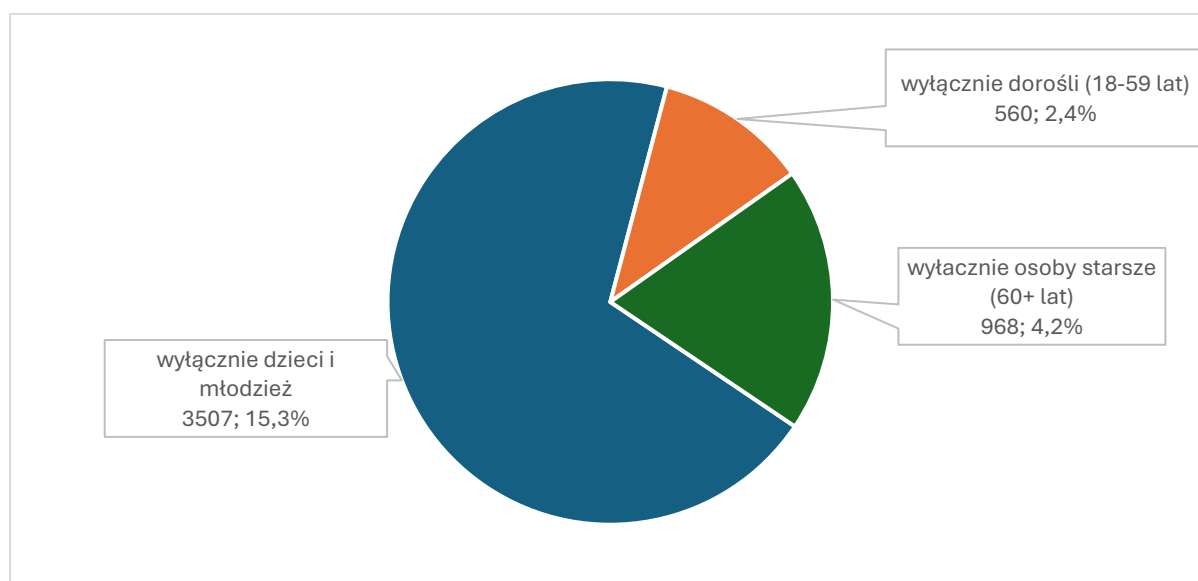
Rycina 18. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według grupy wieku odbiorców (działania skierowane do więcej niż jednej grupy wieku)

Natomiast rzadko działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym dedykowano wyłącznie jednej grupie wieku (Tabela 17, Rycina 19). W przypadku 15,3% działań ich adresatami była wyłącznie grupa dzieci i młodzieży. Działania skierowane wyłącznie do osób starszych lub wyłącznie osób dorosłych stanowiły niewielkie odsetki (odpowiednio: 4,2% i 2,4%).

Tabela 17. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według grupy wieku odbiorców (działania skierowane wyłącznie do jednej grupy wieku)

Grupa adresatów/odbiorców*	Ilość	Procent
Wyłącznie dzieci i młodzież (0-17 lat)	3507	15,3
Wyłącznie dorośli (18-59 lat)	560	2,4
Wyłącznie osoby starsze (60+ lat)	968	4,2

* nie wykazano programów skierowanych jednocześnie do różnych grup wieku



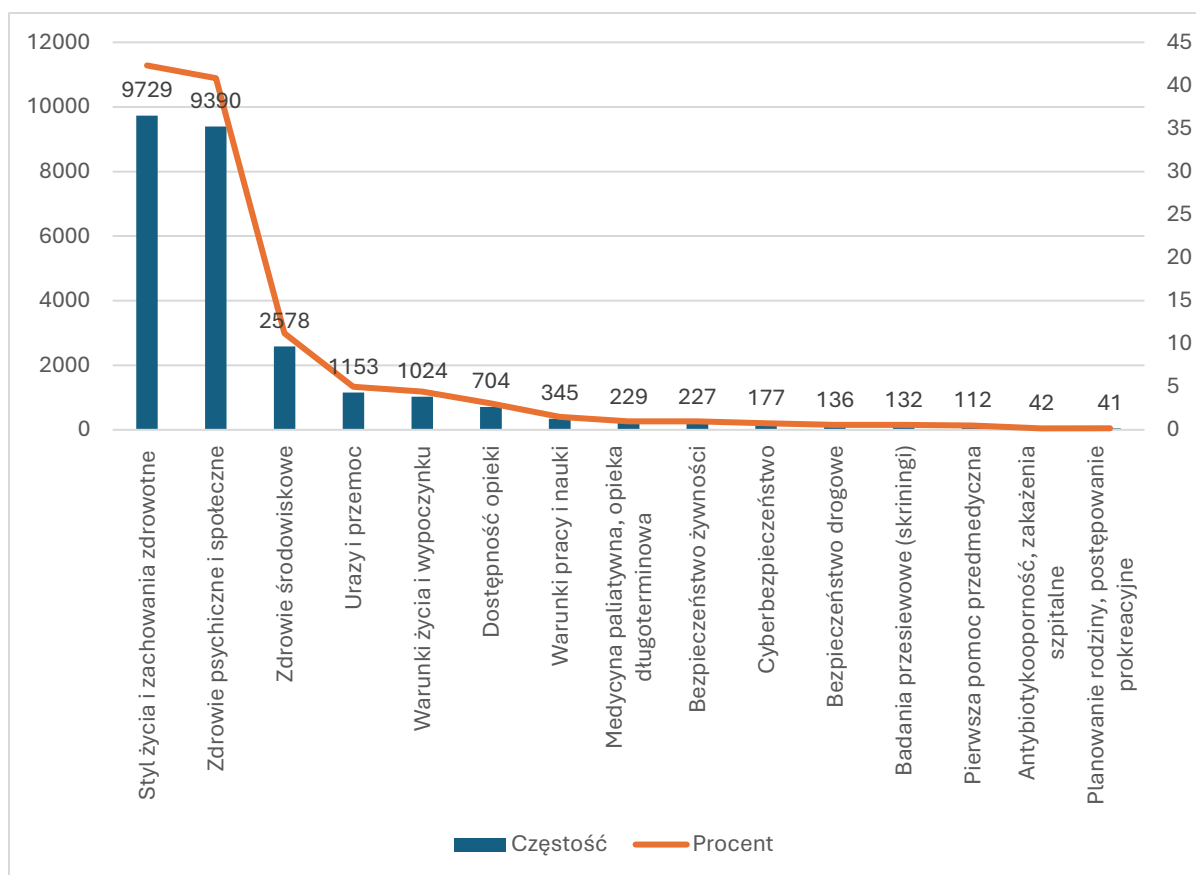
Rycina 19. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według grupy wieku odbiorców (działania skierowane wyłącznie do jednej grupy wieku)

Działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym koncentrowały się wokół różnych tematów / obszarów opieki. Najbardziej popularną tematyką działań był styl życia i zachowania zdrowotne (42,3%) oraz zdrowie psychiczne i społeczne (40,5%). Inne obszary, których dotyczyły analizowane działania to: zdrowie środowiskowe (11,2%), urazy i przemoc (5,0%), warunki życia i wypoczynku (4,5%) czy warunki pracy i nauki (1,5%). Pozostała tematyki, jak np. bezpieczeństwo żywności lub cyberbezpieczeństwo, związane były z niewielkim odsetkiem działań (po 1% lub poniżej).

Tabela 18. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według wybranej tematyki/obszarów opieki

Tematyka działań/obszar opieki	Ilość	Procent
Styl życia i zachowania zdrowotne (ogólnie, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, odżywianie, aktywność fizyczna, substancje psychoaktywne itp.)	9729	42,3
Zdrowie psychiczne i społeczne	9390	40,8
Zdrowie środowiskowe	2578	11,2
Urazy i przemoc	1153	5,0
Warunki życia i wypoczynku	1024	4,5
Dostępność opieki / dostęp do świadczeń zdrowotnych	704	3,1
Warunki pracy i nauki	345	1,5
Medycyna paliatywna, opieka długoterminowa, 'końca życia'	229	1,0
Bezpieczeństwo żywności	227	1,0
Cyberbezpieczeństwo	177	0,8
Bezpieczeństwo drogowe	136	0,6
Badania przesiewowe (skriningi)	132	0,6
Pierwsza pomoc przedmedyczna	112	0,5
Antybiotykooporność, zakażenia szpitalne	42	0,2
Planowanie rodziny, postępowanie prokreacyjne (in vitro)	41	0,2

*możliwość wielokrotnego wyboru



Rycina 20. Liczba i odsetek działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2021–2023 według wybranej tematyki/obszarów opieki

2.3. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje

Podsumowanie:

- W latach 2021-2023 zrealizowano łącznie 81 427 interwencji zdrowia publicznego oraz 161 784 działania w ramach tych interwencji. Liczba interwencji i działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w analizowanym okresie wyniosła odpowiednio: 16 585 (tj. 20,3% wszystkich interwencji zdrowia publicznego) oraz 22 990 (tj. 14,2% wszystkich działań).
- Analizami objęto działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym z lat 2021 – 2023 (tj. 22 990 działań, 100%). W omawianym okresie systematycznie wzrastała liczba działań, od 5 094 działań (22,2%) w 2021 roku do 9 209 (40,0%) w 2023 roku.
- Ponad połowa działań podejmowanych w obszarze wykluczenia społecznego dotyczyła problematyki uzależnień, w tym aktywności skierowanych do osób uzależnionych

i współzależnionych (53,9%), a co piąte działanie dotyczyło osób z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonych problemami psychicznymi (22,9%).

- Rzadziej realizowane działania (od 16,7% do 11,4%) koncentrowały się na następujących grupach: dzieci, młodzież, osoby z rodzin dysfunkcyjnych; ofiary przemocy i sprawcy przemocy; migranci, uchodźcy wojenni, mniejszości narodowe lub etniczne; osoby z niepełnosprawnością, czy osoby, rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym
- Najmniejszy odsetek działań skierowany był do podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych, ich rodzin lub pracowników tego rodzaju placówek (7,5%); osób samotnych (4,4%); lub osób w trudnej sytuacji na rynku pracy np. bezrobotnych (2,1%).
- Analizowane działania ukierunkowane na ograniczanie wykluczenia społecznego oraz wsparcie osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym najczęściej realizowano w ramach ścieżki prozdrowotnej (98%). Pozostałe działania (2,0%) zrealizowano w ramach monitorowania i oceny stanu zdrowia populacji, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, a także innych ścieżek (tj. kształcenie kadr ochrony zdrowia, legislacja, badania naukowe).
- Wśród analizowanych aktywności przeważały inne działania prozdrowotne (84,2%), a rzadziej działania realizowane były jako: interwencje jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej (11,3%), programy polityki zdrowotnej (1,8%) czy programy zdrowotne NFZ (0,7%).
- Największą aktywność w realizacji działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym wykazały jednostki samorządu terytorialnego (84,3%), a zdecydowanie mniejszy udział w tym obszarze miały jednostki szczebla centralnego (15,7%).
- Ponad połowa działań związanych z tematyką wykluczenia miała zasięg lokalny i zrealizowana została przez gminy (miejskie, miejsko-wiejskie lub wiejskie) (56,1%). Rzadziej działania tego rodzaju podejmowały miasta na prawach powiatu (15,7%), starostwa powiatowe (8,8%) oraz urzędy marszałkowskie (3,7%). Wśród jednostek centralnych najwięcej działań sprawozdały jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w tym Powiatowe i Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne (13,3%).
- Najbardziej aktywne w realizacji analizowanych działań były jednostki z województw: mazowieckiego (13,2%), śląskiego (9,6%) oraz wielkopolskiego (8,1%). Natomiast najmniejszy udział w realizacji działań odnotowano w województwach: świętokrzyskim (2,4%), opolskim oraz warmińsko-mazurskim (po 3,6%).
- Działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym najczęściej realizowano jako świadczenia w programie (63,8%), obejmujące edukację zdrowotną i świadczenia zdrowotne. Rzadziej były to działania organizacyjne (21,4%), działania dotyczące

budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiany otoczenia (12,7%); oraz monitorowanie stanu zdrowia i uwarunkowań, nadzór sanitarno-epidemiologiczny (2,0%).

- Działania z zakresu edukacji zdrowotnej (40,2%) najczęściej realizowane były poprzez: warsztaty, szkolenia, treningi (16,4%), spotkania edukacyjne, pogadanki, wykłady (7,2%) lub działania obejmujące jednocześnie kilka metod (7,6%). Pozostałe formy edukacji zdrowotnej objęły m.in. materiały multimedialne, imprezy masowe, prozdrowotne kampanie społeczne (od 5,0% do 1,1%).
- W ramach świadczeń zdrowotnych (23,6%) realizowano przede wszystkim: konsultacje, porady, terapie psychologiczne (15,0%) oraz pozostałe konsultacje i porady, w tym lekarskie, rehabilitacyjne lub inne (od 2,7% do 1,0%). Niewielki odsetek działań dotyczył świadczeń stomatologicznych, szczepień ochronnych (1,7%), a także zabiegów fizjoterapeutycznych/ rehabilitacji, świadczeń e-zdrowia lub edukacji pacjenta (po 1,0% lub mniej).
- Ponad połowa działań związanych z tematyką wykluczenia społecznego realizowana była w ramach drugiego celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia – Profilaktyki uzależnień (60,0%). Około co dziesiąte działanie dotyczyło celu 3. Promocja zdrowia psychicznego (12,6%) oraz celu 4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne (10,2%). Najrzadziej realizowano działania w ramach celu 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości (7,4%) oraz celu 5. Wyzwania demograficzne (6,2%).
- Niemal wszystkie działania związane z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym kierowane były do adresatów bez względu na ich płeć (95,8%) Działania skierowane wyłącznie do kobiet stanowiły 1,3%, a wyłącznie do mężczyzn – poniżej 1,0% wszystkich analizowanych działań.
- Zdecydowana większość działań dotyczących walki z wykluczeniem społecznym adresowana była jednocześnie do przedstawicieli różnych grup wieku. Wśród odbiorców dominowała grupa dorosłych (18-59 lat; 75,4%), niewiele mniej działań skierowano do dzieci i młodzieży (0-17 lat; 60,1%) oraz osób starszych (60+; 59,8%).
- Natomiast działania skierowane wyłącznie do jednej grupy wieku najczęściej dotyczyły dzieci i młodzieży (15,3%). Mniej działań skierowano wyłącznie do osób dorosłych (2,4%) oraz osób starszych (4,2%).
- Najczęstszą tematyką działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym był: styl życia i zachowania zdrowotne (42,3%) oraz zdrowie psychiczne i społeczne (40,5%). Inne obszary opieki obejmowały m.in.: zdrowie środowiskowe (11,2%), urazy i przemoc (5,0%), warunki życia i wypoczynku (4,5%) czy warunki pracy i nauki (1,5%).

Wnioski i rekomendacje:

Na podstawie analizy sprawozdanych działań związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, sformułowano następujące wnioski oraz rekomendacje skierowane do decydentów instytucji centralnych oraz samorządowych:

- Zebrane dane dotyczące sprawozdanych zadań zdrowia publicznego z lat 2021-2023 wskazują na wzrost zainteresowania problematyką wykluczenia społecznego, w tym wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Należy kontynuować i rozwijać działania ukierunkowane na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Powinny one stać się jednym z priorytetowych obszarów działania w zdrowiu publicznym, ponieważ stanowią kluczowy element redukcji nierówności w zdrowiu i wyrównywaniu szans zdrowotnych wśród różnych grup społecznych w populacji.

Pomocne będą dalsze, pogłębione analizy i badania dotyczące liczby oraz zakresu aktywności w omawianym obszarze w celu szczegółowej oceny zaobserwowanych trendów w podejmowanych działaniach.

- Dominujące obszary wsparcia w kontekście ograniczania zjawiska wykluczenia społecznego to szeroko definiowane uzależnienia (dotyczące substancji psychoaktywnych, hazardu czy Internetu) oraz zdrowie psychiczne, w tym wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonych problemami psychicznymi.

Wskazane jest rozszerzenie tematyki oraz kierowanie działań do wielu, różnych grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, tak aby dążyć do poprawy sytuacji we wszystkich grupach ryzyka. Wskazana jest intensyfikacja działań skierowanych do grup, do których dedykowano mniej działań, m.in. osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, osób w trudnej sytuacji na rynku.

- Największą aktywność w działaniach związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego, wsparciem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, wykazały jednostki samorządu terytorialnego, w szczególności gminy, co potwierdza kluczową rolę samorządów w diagnozowaniu potrzeb lokalnych i reagowaniu na nie.

Konieczne jest instytucjonalne i merytoryczne wsparcie jednostek samorządu terytorialnego jako lokalnego lidera działań na rzecz ograniczania wykluczenia społecznego. Z kolei jednostki centralne powinny zapewnić koordynację działań na wszystkich szczeblach administracyjnych. Warto także rozwijać planowanie, realizację i monitorowanie działań jednostek centralnych, samorządowych oraz innych organizacji, które zaangażowane są w polityki i aktywności podejmowane na rzecz zmniejszania różnic w zdrowiu.

- Większość sprawozdanych aktywności związanych z ograniczaniem wykluczenia społecznego to działania z zakresu edukacji zdrowotnej oraz świadczeń zdrowotnych. Wśród świadczeń zdrowotnych dominujący udział miały konsultacje i porady psychologiczne. Wskazuje to na małe zróżnicowanie oferty świadczeń zdrowotnych kierowanych do grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Istnieje potrzeba rozszerzenia zakresu świadczeń w programach, w tym świadczeń zdrowotnych dostępnych dla grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wskazane jest wprowadzanie bardziej różnorodnych form wsparcia, takich jak np. świadczenia z zakresu rehabilitacji, świadczenia środowiskowe czy programy integrujące świadczenia społeczne i zdrowotne.

- Najczęściej działania kierowane były do szerokiej grupy odbiorców, niezależnie od ich płci i wieku, co może wskazywać na brak programów odpowiednio zaplanowanych i dostosowanych do potrzeb różnych grup odbiorców w omawianym obszarze walki z wykluczeniem społecznym.

Zalecane jest planowanie działań prozdrowotnych „skrojonych na miarę” (ang. targeted interventions), to znaczy uwzględniających różnice w społeczno-demograficznej charakterystyce oraz potrzebach różnych grup adresatów. Programy ukierunkowane na ograniczenie nierówności w zdrowiu powinny być oparte na dowodach naukowych (ang. evidence-based) oraz odpowiadać specyficznym potrzebom grupy docelowej m.in. dzieci i młodzieży, seniorów, mężczyzn, osób bezrobotnych czy mniejszości narodowych. Takie podejście wymaga dodatkowych nakładów, jednakże zwiększa trafność i skuteczność interwencji.

2.4. Podsumowanie dotychczas przygotowanych raportów w ramach NPZ dotyczących działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych realizowanych w Polsce w latach 2022 i 2023

Rozdział zawiera streszczenie najważniejszych wyników, wnioski i rekomendacje w zakresie działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych realizowanych w Polsce w latach 2022 i 2023. Stanowiły one tematykę dwóch ostatnich raportów, przygotowanych w NIZP PZH – PIB, dotyczących interwencji zdrowia publicznego z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym działań na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Migranci, uchodźcy wojenni, mniejszości narodowe lub etniczne stanowią jedną z grup wykluczonych / zagrożonych wykluczeniem społecznym ze względu na ich specyficzną, trudną sytuację życiową w jakiej się znaleźli, deprywację wielu podstawowych potrzeb, w tym także zdrowotnych, w wyniku zdarzeń nagłych, losowych i/lub w związku ze ich funkcjonowaniem w odmiennym kontekście kulturowym.

Z uwagi na wybuch wojny w Ukrainie oraz wzmożoną migracją tamtejszych obywateli do Polski, w 2023 r., a następnie w 2024 r. przygotowano raporty pt. „Interwencje zdrowia publicznego z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym działań na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu za rok 2022/2023. Działania na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych w Polsce”

W ciągu pierwszego miesiąca wojny do Polski przybyło ponad 2 mln obywateli Ukrainy. Należy podkreślić, że żaden inny kraj europejski nie mierzył się z tak liczną falą migrantów i uchodźców wojennych w związku z napaścią Rosji na Ukrainę. Nagły wzrost liczby osób wymagających wsparcia stanowił istotne obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wszelstronna pomoc udzielana zarówno przez Polaków, jak i instytucje państwowe, samorządowe dotyczyła wsparcia humanitarnego, społecznego, finansowego i rzeczowego dla uchodźców ukraińskich w Polsce oraz ich rodaków, którzy pozostali w kraju. Wyjątkowa sytuacja stanowiła wyzwanie dla systemu zdrowotnego, a ujawniając przy tym potrzebę szybkiego dostosowania dostępnych zasobów i procedur wymagała działań ze strony instytucji każdego szczebla.

W okresie od 24 lutego 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. do Polski przyjechało 17,1 mln obywateli Ukrainy. W tym samym czasie do Ukrainy z Polski wyjechało 15,3 mln obywateli Ukrainy. Aktualnie szacuje się, że w Polsce przebywa około 1,5 mln obywateli Ukrainy. Większość z nich, głównie kobiety i dzieci korzysta z ochrony czasowej, zgodnie z ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa [1].

Podsumowując wyniki pierwszego raportu w ramach NPZ należy stwierdzić, że w roku 2022 do grupy migrantów i uchodźców wojennych skierowano 956 interwencji (tj. 3,4% interwencji ogółem), w tym 1 423 działania (2,5% wszystkich działań). Wśród wszystkich sprawozdanych działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych, większość stanowiły działania prozdrowotne (74,2%), a co czwarte działanie dotyczyło monitorowania i oceny stanu zdrowia

populacji, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego (25,3%). Działania te poddano analizie ilościowej.

Niespełna co trzecie działanie prozdrowotne (29,5%) skierowane było wyłącznie do grupy migrantów i uchodźców wojennych. Pozostałe działania kierowano do szerszego grona odbiorców, w tym m.in. do migrantów i uchodźców, którzy stanowili jedną z grup docelowych. Jednostkami realizującymi najwięcej działań prozdrowotnych były jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej (76,1%), a rzadziej tego typu działania realizowały jednostki samorządu terytorialnego (22,2%). Z kolei jednostki centralne (z wyłączeniem PIS) sprawozdały 1,7% działań skierowanych do grupy migrantów i uchodźców wojennych.

Wśród sprawozdanych działań prozdrowotnych przeważały działania organizacyjne (52,9%) oraz świadczenia w programie (41,3%). W ramach ostatniej kategorii dominowała edukacja zdrowotna (84,4% działań), na którą składa się m.in. przygotowanie materiałów edukacyjnych, spotkania edukacyjne, pogadanki, konferencje, warsztaty i treningi. Natomiast świadczenia zdrowotne takie jak np. szczepienia ochronne, konsultacje i porady lekarskie oraz psychologiczne stanowiły jedynie 15,6%. Niewiele działań (5,8%) dotyczyło budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiany otoczenia.

Zdecydowana większość działań realizowana była w ramach dwóch celów operacyjnych NPZ tj. Celu 4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne (45,7% działań) oraz Celu 2. Profilaktyka uzależnień (13% działań).

Działania prozdrowotne odbywały się głównie w placówkach oświatowych (20%), za pośrednictwem mediów (13%), w placówkach opieki zdrowotnej (12,3%) i instytucjach użyteczności publicznej np. bibliotekach, domach kultury, klubach (10,5%). Najmniej tego typu działań zrealizowano w miejscach pobytu uchodźców (2,3%).

Tematyka działań koncentrowała się głównie wokół stylu życia i zachowań zdrowotnych (37,2%) oraz szczepień ochronnych i chorób zwalczanych drogą szczepień (35,3%). Co piąte działanie dotyczyło zdrowia psychicznego i społecznego (20,8%) oraz zdrowia środowiskowego (20,8%).

Wśród działań prozdrowotnych dominowały działania o charakterze lokalnym (76,6%), natomiast działania ogólnokrajowe stanowiły 23,4%. Najwięcej działań realizowano w województwach: kujawsko-pomorskim (15,8%), mazowieckim i podlaskim (po 8,1%). Z kolei najmniejszą aktywnością wykazały się województwa: lubuskie (1,1%), dolnośląskie (2,2%), warmińsko-mazurskie (3,1%) i opolskie (3,3%).

Kolejna grupa działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych w 2022 roku to monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny (25,3% wszystkich działań). Działania te zrealizowały jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS), w tym wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Działania najczęściej skierowane były do wszystkich mieszkańców (97,0%) np. powiatu, w tym m.in. do migrantów i uchodźców wojennych. Rzadko podejmowano tego rodzaju działania skupiające się wyłącznie na omawianej w raporcie grupie adresatów (3,0%).

Wśród omawianych aktywności dominowały działania dotyczące uwarunkowań zdrowia i zagrożeń, nadzoru nad chorobami (86,1%), w tym zagadnienia takie jak: zdrowie środowiskowe, monitoring środowiska, warunki życia, nauki i pracy, szczepienia ochronne, niepożądane odczyny poszczepienne oraz bezpieczeństwo pacjenta. Jako monitoring stanu zdrowia ludności zakwalifikowano co dziesiąte działanie (10%). Pozostałe działania dotyczyły zagrożenia i sytuacji kryzysowych oraz reagowania (3,9%), w tym identyfikacji i monitorowania zagrożeń w sytuacjach kryzysowych, przygotowania do zagrożeń i reagowania, komunikacji ryzyka oraz wdrożenia Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (ang. International Health Regulations - IHR).

Efektom prowadzonych działań było najczęściej opracowanie raportu, sprawozdania, podsumowania (90,3%). Wśród pozostałych efektów wykazano także: popularyzację wiedzy (6,4%), prowadzenie portalu internetowego, bazy danych on-line lub rejestru (4,4%) czy opracowanie standardów, wytycznych rekomendacji, procedur (3,3%).

W raporcie analizą jakościową objęto pojedyncze działania dotyczące migrantów i uchodźców wojennych, które sprawozdano jako badania naukowe oraz działania z obszaru legislacji.

Badania naukowe na rzecz imigrantów i uchodźców wojennych podejmowały tematykę m.in.: szczepień ochronnych dla nowoprzybytych migrantów, jakości życia ukraińskich matek i dzieci przebywających na terenie Polski na skutek działań wojennych czy też korzystania przez migrantów i uchodźców wojennych ze świadczeń zdrowotnych w Polsce. Z kolei działanie z obszaru legislacji dotyczyło udziału przedstawicieli Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w Horyzontalnej Grupie Roboczej do Spraw Narkotyków Rady Unii Europejskiej (HDG).

W kolejnym raporcie opracowanym przez NIZP PZH – PIB w 2024 r. i przedstawiającym dane za rok 2023 kontynuowano tematykę migrantów i uchodźców wojennych. Podsumowując wyniki raportu w 2023 roku do grupy migrantów i uchodźców wojennych skierowano 1 022 interwencje (3,6% wszystkich interwencji), w tym 1 775 działań (tj. 3% wszystkich działań). Spośród 1 775 analizowanych działań jedynie 7,0% skierowanych było wyłącznie do grupy migrantów i uchodźców wojennych. Natomiast w przypadku większości działań migranci, uchodźcy wojenni stanowili jedną z grup odbiorców.

Działania prozdrowotne stanowiły 98,6% wszystkich działań kierowanych do migrantów i uchodźców wojennych. Zostały one poddane analizie ilościowej w raporcie. Najczęstszym rodzajem działań prozdrowotnych były „inne działania”, których sprawozdano 62,8% oraz interwencje nieprogramowe jednostek PIS (29%). W mniejszym zakresie realizowano interwencje programowe jednostek PIS (5,7%), programy polityki zdrowotnej zgłaszane na podstawie pozytywnej lub warunkowo-pozytywnej opinii lub rekomendacji AOTMiT (2,1%).

Wśród instytucji realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego najwyższą aktywnością w realizacji działań prozdrowotnych skierowanych do grupy migrantów i uchodźców wojennych wykazały się jednostki samorządu terytorialnego (63,8%). Z kolei instytucje centralne zrealizowały co trzecie takie działanie (36,2%).

Dominowały działania o charakterze lokalnym, realizowane na terenie jednej lub kilku jednostek samorządu terytorialnego - gminy, powiatu lub województwa (90,7%). Natomiast odnotowano mniej działań o zasięgu ogólnopolskim (9,3%). Województwami, które wykazały się największą aktywnością w realizacji działań były: lubuskie (16,9%) oraz śląskie (16,2%). Z kolei najmniej działań wykazano w województwach: świętokrzyskim (0,6%), dolnośląskim (1,3%) oraz warmińsko-mazurskim (1,5%).

Wśród sprawozdanych działań prozdrowotnych dominowały świadczenia w programie (62,8%). W tej kategorii najwięcej działań dotyczyło edukacji zdrowotnej (86%). Obejmowały one głównie warsztaty, szkolenia, spotkania o charakterze edukacyjnym, pogadanki, konferencje oraz materiały edukacyjne drukowane i multimedialne. Jedynie 14,0% działań dotyczyło udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak konsultacje lekarskie, porady, terapie psychologiczne i pedagogiczne. Pozostałe działania prozdrowotne sprawozdano jako działania organizacyjne (26,6%) oraz budowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiana otoczenia (10,6%).

Działania prozdrowotne skierowane do migrantów i uchodźców wojennych koncentrowały się głównie wokół tematyki stylu życia i zachowań zdrowotnych (48,2%), zdrowia psychicznego i społecznego (25,1%) oraz zdrowia środowiskowego (16,8%). Mniej działań dotyczyło szczepień ochronnych i chorób zwalczanych drogą szczepień (10,7%) oraz nierówności w zdrowiu / wykluczenia społecznego / społecznych uwarunkowań zdrowia (7,1%). Najrzadziej działania dotyczyły tematów związanych z planowaniem rodziny, postępowaniem prokreacyjnym, bezpieczeństwem drogowym oraz medycyną paliatywną, opieką długoterminową.

W obszarach aktywności innych niż działania prozdrowotne tzn. dotyczących monitorowania i oceny stanu zdrowia populacji oraz nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, a także badań naukowych i legislacji w 2023 r. zrealizowano kilkanaście działań (1,4% działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych). Dane te poddano analizie jakościowej.

Działania w ramach ścieżki monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji oraz nadzoru sanitarno-epidemiologicznego dotyczyły najczęściej uwarunkowań zdrowia i zagrożeń, nadzoru nad chorobami (85,7%) oraz monitoringu stanu zdrowia ludności (14,3%). Najwięcej działań realizowały stacje sanitarno-epidemiologiczne, w tym zarówno powiatowe, jak i wojewódzkie (43,75%) oraz instytuty naukowo-badawcze (12,5%).

Wśród województw największą aktywnością wykazały się województwa śląskie (43,75%), mazowieckie i podlaskie (po 12,5%). Efektem prowadzonych działań było najczęściej sporządzenie raportu, sprawozdania lub podsumowania (93,3%). Ponadto wykazano pojedyncze: działania popularyzatorskie oraz konferencje. Działania zrealizowano w ramach dwóch celów operacyjnych NPZ tj. Celu 4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne (12, 75%) oraz Celu 2. Profilaktyka uzależnień (6,25%).

Wśród działań ze ścieżki monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny znalazły się takie jak m.in „Wzmoczony nadzór nad występowaniem chorób

zakaźnych wśród uchodźców z Ukrainy, podejmowanie działań profilaktycznych, rejestracja chorób zakaźnych wśród uchodźców z Ukrainy”, „Nadzór nad obiektami użyteczności publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów wykonujących działalność leczniczą” lub „Nadzór nad miejscami pobytu uchodźców w zakresie występowania chorób zakaźnych”.

W 2023 r. wśród działań na rzecz grupy migrantów i uchodźców wojennych zrealizowano badania naukowe. Cztery z nich były projektami na poziomie krajowym, a jeden – międzynarodowym. Badania zostały zrealizowane w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-PIB i dotyczyły np. dostępności do szczepień ochronnych wśród dzieci – migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy w Polsce lub podstawowej opieki zdrowotnej wobec kryzysu migracyjnego (ocena możliwości systemu). Ponadto w 2023 r. na rzecz migrantów i uchodźców sprawozdano także pojedyncze interwencje w obszarze legislacji oraz kształcenie kadr ochrony zdrowia.

Podsumowując dwa lata (rok 2022 i 2023) realizacji interwencji/działań zdrowia publicznego na rzecz migrantów i uchodźców wojennych sformułowano następujące wnioski i rekomendacje:

- W systemie sprawozdawczym z zadań zdrowia publicznego w analizowanym okresie odnotowano relatywnie niski udział działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych (tj. jako jedynej lub jednej z wielu grup odbiorców działania), biorąc pod uwagę skalę zjawiska nagłego napływu obywateli Ukrainy do Polski oraz ich potrzeby zdrowotne i społeczne.

Niezbędne jest podjęcie działań służących poprawie jakości procesu sprawozdawczego z zadań zdrowia publicznego, w tym kompletność i jakość danych gromadzonych w systemie. Przykład działań na rzecz migrantów i uchodźców wojennych pokazał, że sprawozdawczość nie odzwierciedla rzeczywistej skali działań podejmowanych w Polsce na rzecz omawianej grupy odbiorców. Jednakże kwestia niedoszacowania rzeczywistej aktywności podmiotów zdrowia publicznego w kraju objętych sprawozdawczością dotyczy także innych zagadnień w ramach gromadzonych w systemie danych.

- Wśród sprawozdanych działań prozdrowotnych skierowanych m.in. do migrantów i uchodźców wojennych przeważały działania o charakterze organizacyjnym i edukacyjnym, natomiast zdecydowanie mniejszy nacisk położono na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Wsparcie grup wykluczonych / zagrożonych wykluczeniem społecznym w dostępie do usług medycznych oraz zdrowia publicznego powinno stanowić priorytet zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym oraz służyć ograniczeniu społecznych nierówności w zdrowiu. Ze względu na liczną grupę obywateli Ukrainy,



którzy przybyli do Polski, a część nich wciąż pozostaje w naszym kraju, kwestia ochrony zdrowia migrantów i uchodźców wojennych, w tym poprawa dostępności do działań profilaktycznych (takich jak m.in. programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej) oraz świadczeń leczniczych powinna stanowić istotną część krajowej polityki migracyjnej, spójnej z założeniami krajowej polityki zdrowotnej.

- Sprawozdane działania inne niż prozdrowotne, w tym z obszaru monitorowania i oceny stanu zdrowia populacji oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny, legislacji czy kształcenia kadr ochrony zdrowia, stanowiły niewielki odsetek działań zdrowia publicznego na rzecz migrantów i uchodźców wojennych. Jednocześnie wykazano nieliczne badania naukowe nad zdrowiem migrantów i uchodźców wojennych oraz jego uwarunkowaniami. Niedostatki i braki w wyżej wymienionych obszarach oraz dostęp do informacji o tego rodzaju interwencjach utrudnia ocenę zagrożeń zdrowia publicznego i podejmowanie w systemie zdrowotnym skutecznych działań naprawczych opartych na dowodach naukowych.

Istnieje potrzeba współpracy badaczy oraz praktyków zdrowia publicznego zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym, a także zapewnienie dostępu do danych dotyczących stanu zdrowia i zagrożeń zdrowotnych. Pozwoli to lepiej zidentyfikować potrzeby zdrowotne różnych grup społecznych populacji oraz skutecznie planować i wdrażać działania służące zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego. Aby działania te były efektywne i zgodne z zasadami evidence-based public health, niezbędne jest określenie priorytetowych kierunków badań, wspieranie inicjatyw naukowych oraz rozwijanie współpracy między różnymi sektorami w tym zakresie.

- Zalecane są działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej grup wykluczonych / zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym m.in. migrantów i uchodźców wojennych oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu

Tego rodzaju działania obejmują prowadzenie polityki międzysektorowej, komunikację i rzecznictwo zdrowotne (ang. health advocacy), współpracę decydentów, badaczy i praktyków, w tym organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli grup nieuprzywilejowanych / wykluczonych społecznie, zgodnie z zasadą wspólnego projektowania działań (ang. *co-design*). Skuteczność działań redukujących nierówności w zdrowiu wymaga włączenia i zaangażowania wszystkich kluczowych interesariuszy.

Literatura

1. Urząd do Spraw Cudzoziemców, Obywatele Ukrainy w Polsce – raport statystyczny, gov.pl, 24 lutego 2025. Dostęp: <https://www.gov.pl/web/udsc/obywatele-ukrainy-w-polsce--raport-statystyczny> [dostęp: 22.08.2025 r.]

3. Część II: Działania i rekomendacje w zakresie ograniczania zjawiska nierówności w zdrowiu w kontekście doświadczeń w wybranych krajach

3.1. Działania i rekomendacje dotyczące ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu na świecie

DZIAŁANIA I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE OGRANICZANIA SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU NA ŚWIECIE

autor:

dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,
finansowane przez Ministra Zdrowia

Warszawa 2025 r.

3.1.1. Wprowadzenie

3.1.1.1. Skala problemu – świat i Polska

Nierówności zdrowotne stanowią trwałą cechę współczesnych społeczeństw, a ich skala podważa zarówno efektywność systemów ochrony zdrowia, jak i zasadę sprawiedliwości społecznej. W literaturze przedmiotu określa się je jako systematyczne, możliwe do uniknięcia i niesprawiedliwe różnice w wynikach zdrowotnych pomiędzy grupami ludności. Różnice te nie są po prostu „naturalnymi” wariacjami, lecz odzwierciedleniem warunków życia i redystrybucji zasobów w ramach porządku społecznego [1]. Ujęcie to zwraca uwagę na fakt, że zdrowie populacji jest wypadkową nie tylko czynników biologicznych i zachowań jednostek, ale przede wszystkim uwarunkowań strukturalnych - edukacji, mieszkalnictwa, zatrudnienia, dochodu, miejsca zamieszkania i pozycji społecznej, w których jednostki rodzą się, dorastają, pracują i starzeją.

Dowody empiryczne wskazują, że przeciętne wskaźniki krajowe często maskują głębokie dysproporcje wewnątrzpaństwowe. Analizy oparte na danych z badań Demographic and Health Surveys (DHS) oraz Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), przywoływane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), pokazują wyraźne gradienty społeczne, takie jak np.: zahamowanie wzrostu u dzieci oraz śmiertelność poniżej 5. roku życia są znacznie wyższe w gospodarstwach o najniższym statusie majątkowym, w rodzinach matek bez formalnego wykształcenia i na obszarach wiejskich - nawet jeśli średnie krajowe w tym samym czasie ulegają poprawie [1]. Zjawisko to unaocznia, że poprawa „średniej” bywa osiągnięta kosztem pozostawienia w tyle grup najbardziej wrażliwych (tzw. improvement paradox), jeżeli polityki zdrowotne nie są od początku projektowane z perspektywą równości.

Opisany wzorzec widoczny jest także w państwach o wysokich dochodach, co skłania do bardziej obszernych wyjaśnień teoretycznych. Zgodnie z teorią fundamentalnych przyczyn, nawet gdy eliminujemy konkretne zagrożenia lub wdrażamy nowe interwencje (np. szczepienia, terapie), grupy uprzywilejowane szybciej i skuteczniej wykorzystują zasoby elastyczne (pieniądze, wiedzę, sieci społeczne, prestiż, władzę itd.), utrzymując przewagę zdrowotną nad grupami gorzej sytuowanymi. W konsekwencji nierówności powielają się w kolejnych domenach zdrowia, mimo postępu technologicznego i poprawy przeciętnych wskaźników zdrowotnych. Najnowsze ujęcia kładą nacisk na nierówny rozkład władzy jako meta-mechanizm - to, kto ma wpływ na instytucje, regulacje i narracje publiczne, decyduje o kształcie środowiska zdrowotnego oraz o tym, które problemy są uznawane za priorytet polityczny [2].

Z perspektywy polityki zdrowotnej kluczowe jest to, że system ochrony zdrowia sam może utrzymywać nierówności, jeśli architektura finansowania i podaży świadczeń sprzyja częstszej konsumpcji świadczeń przez grupy lepiej sytuowane. Z analiz Banku Światowego wynika, że

w wielu krajach to zamożniejsze gospodarstwa domowe w większym stopniu korzystają z publicznych wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy najubożsi, mimo większych potrzeb, mają ograniczony dostęp do podstawowych usług zdrowotnych. Co więcej, utrwalone różnice obserwuje się w tak newralgicznych wskaźnikach jak zgony niemowląt czy niedożywienie dzieci, co unaocznia ciężar społeczny i etyczny nierówności zdrowotnych [3].

W wymiarze europejskim, a zwłaszcza w Polsce, problem nierówności zdrowotnych jest widoczny nie tylko w wynikach zdrowotnych, ale również w nakładach i zasobach. Dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) pokazują, że w 2022 r. wydatki na zdrowie per capita (PPP, ceny bieżące) wynosiły w Polsce ok. 1 908 EUR wobec ok. 3 533 EUR średnio w 27 krajach Unii Europejskiej (UE27); w relacji do PKB udział wydatków na zdrowie także pozostawał niższy niż w UE27 [4]. Taki niedobór zasobów, w połączeniu z wewnętrznymi zróżnicowaniami społeczno-ekonomicznymi oraz przestrzennymi, tworzy warunki sprzyjające pogarszaniu się zdrowia wraz ze spadkiem pozycji społecznej i ma bezpośrednie przełożenie na profilaktykę, wczesne wykrywanie i wyniki leczenia w obszarach o największej koncentracji czynników ryzyka.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera monitorowanie nierówności jako odrębny komponent systemów informacji zdrowotnej. WHO wskazuje, że rzetelne, rutynowe i porównywalne zbieranie danych niezagregowanych (według dochodu, edukacji, płci, wieku, miejsca zamieszkania) jest warunkiem kluczowym i niezbędnym dla projektowania adekwatnych interwencji zdrowotnych i oceny ich wpływu na redystrybucję szans zdrowotnych. Bez powyższego monitoringu, a więc bez uwidaczniania nierówności, polityka zdrowotna łatwo popada w opieranie swoich działań wyłącznie o uśrednione dane, które nie zmieniają położenia grup znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji [1].

Wreszcie, łącząc wnioski z badań teoretycznych, analiz systemowych i danych porównawczych, należy podkreślić trzy strategiczne implikacje:

- nie wystarczy poprawa średnich - kluczowe jest uwzględnienie, jak efekty rozkładają się między poszczególnymi grupami;
- interwencje powinny być od początku projektowane z myślą o równości, np. poprzez rozwiązania uniwersalne wdrażane w sposób proporcjonalny do potrzeb ze szczególnym ukierunkowaniem na te największe;
- konieczne jest wzmacnianie zdolności analitycznych instytucji publicznych do prowadzenia cyklicznych przeglądów nierówności w zdrowiu i korekt kursu polityk w świetle analizy uzyskiwanych danych [1–4].

3.1.1.2. Historyczne tło badań nad nierównościami zdrowotnymi

Dyskusja o nierównościach w zdrowiu ma długą historię, sięgającą XIX wieku. Już wtedy pionierzy zdrowia publicznego, tacy jak Rudolf Virchow czy Friedrich Engels, opisywali, jak warunki życia robotników wpływają na ich zdrowie. Engels, analizując sytuację klasy pracującej w Anglii, pokazywał, że wysoka śmiertelność, choroby zakaźne i niedożywienie wynikają przede wszystkim z biedy, złych warunków mieszkaniowych i bardzo ciężkiej pracy, a nie z indywidualnych cech ludzi. Był to jeden z pierwszych opisów tego, co współcześnie określane jest społecznymi determinantami zdrowia [5].

W XX wieku rozwój epidemiologii społecznej pozwolił systematycznie badać te zależności. Punktem zwrotnym stał się tzw. „Black Report”, opublikowany w Wielkiej Brytanii w 1980 roku [6]. Przygotowany na zlecenie rządu przez Douglasa Blacka i jego zespół raport pokazał, że mimo powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej różnice w zdrowiu między klasami społecznymi nie tylko się utrzymywały, ale nawet pogłębiały. Obalił przy tym popularne wówczas teorie – np. że to tylko błąd statystyczny („artefakt”) albo efekt tego, że osoby chore spadają w hierarchii społecznej („selekcja społeczna”). Autorzy wskazali jednoznacznie, że głównymi przyczynami są czynniki strukturalne, takie jak dochód, warunki pracy i poziom wykształcenia. Na podstawie ustaleń „Black Report” wyróżniono cztery główne sposoby tłumaczenia nierówności zdrowotnych:

- hipoteza artefaktu - różnice to wynik błędów pomiarowych - szybko odrzucona;
- hipoteza selekcji społecznej - osoby chore częściej spadają w hierarchii - uznana za czynnik drugorzędny;
- hipoteza kulturowo-behawioralna - wskazuje na styl życia i wybory jednostek - częściowo trafna, ale niewystarczająca;
- hipoteza strukturalna - podkreślająca kluczowe znaczenie warunków społeczno-ekonomicznych - uznana za dominującą [6].

W następnych dekadach kolejne raporty - m.in. Acheson Report (1998) i Marmot Review (2010) – potwierdziły te wnioski. Michael Marmot i jego zespół, badając dane z Anglii, sformułowali koncepcję „gradientu zdrowotnego” (health gradient). Pokazuje ona, że różnice zdrowotne nie ograniczają się do podziału na „bogaty” i „biedny”. Tworzą raczej ciągły spadek jakości zdrowia i długości życia wzdłuż całej drabiny społecznej. Każdy kolejny, niższy szczebel wiąże się ze gorszym zdrowiem i krótszym życiem - niezależnie od dostępu do lekarza [7].

Na arenie międzynarodowej punktem przełomowym był raport Komisji ds. Społecznych Determinantów Zdrowia WHO (CSDH) z 2008 roku – „Closing the Gap in a Generation” [8]. Komisja pod przewodnictwem Michaela Marmota podkreśliła, że nierówności zdrowotne wynikają z niesprawiedliwego podziału władzy, pieniędzy i zasobów. Zaproponowała trzy główne kierunki działań:

- poprawę warunków codziennego życia;

- przeciwdziałanie nierównemu podziałowi zasobów;
- rozwój monitoringu i badań nad nierównościami.

Dokument ten stał się ważnym punktem odniesienia dla polityk wielu państw i organizacji, w tym OECD i Banku Światowego.

W Polsce temat nierówności zdrowotnych zyskał na znaczeniu w latach 90. XX wieku, w okresie transformacji systemowej. Raporty Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH wielokrotnie wskazywały na rosnące różnice regionalne w długości życia, umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych czy nowotworów oraz w dostępie do świadczeń zdrowotnych [9]. Zwracano uwagę, że osoby z niższym poziomem wykształcenia i dochodu częściej chorują, a mieszkańcy wsi mają gorszy dostęp do specjalistów i badań profilaktycznych niż mieszkańcy dużych miast.

Z dotychczasowych doświadczeń badań nad nierównościami zdrowotnymi płyną dwa główne wnioski. Jest to problem trwały i odporny na proste rozwiązania - nawet tam, gdzie system opieki zdrowotnej jest dobrze rozwinięty, nierówności nie znikają. Najbardziej skuteczne natomiast okazują się podejścia szerokie i strukturalne, obejmujące nie tylko ochronę zdrowia, ale także edukację, pracę, mieszkalnictwo i sprawiedliwszy podział zasobów.

3.1.1.3. Społeczne determinanty zdrowia - omówienie i przykłady

Współczesna koncepcja zdrowia publicznego podkreśla, że to, jak długo i w jakiej kondycji żyjemy, w większym stopniu zależy od warunków społecznych niż od samej medycyny klinicznej. Te czynniki określane są mianem społecznych determinantów zdrowia (social determinants of health, SDH). Według definicji WHO należą do nich warunki, w jakich ludzie się rodzą, dorastają, pracują, żyją i starzeją się. To także szersze procesy i systemy, które kształtują codzienność - polityka, gospodarka, kultura czy relacje społeczne [10].

Do najważniejszych determinantów należą:

- dochód i status społeczny - im wyższe, tym lepsze warunki życia i większe możliwości korzystania z opieki zdrowotnej;
- wykształcenie - decyduje nie tylko o szansach na rynku pracy, ale też o wiedzy zdrowotnej i zdolności do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia;
- warunki pracy - obejmują bezpieczeństwo zatrudnienia i narażenie na zagrożenia zawodowe;
- środowisko fizyczne - jakość powietrza, wody, mieszkania czy infrastruktury sanitarnej;
- wsparcie społeczne i relacje - zwiększają odporność na stres i choroby;
- dostęp do opieki zdrowotnej - zarówno profilaktycznej, jak i leczniczej [10].

Dobrym obrazem ich znaczenia jest tzw. gradient zdrowotny. Oznacza on, że na każdym szczeblu hierarchii społecznej osoby o wyższej pozycji cieszą się lepszym zdrowiem niż ci stojący niżej - nawet jeśli różnice w dochodach czy wykształceniu nie są duże. Innymi słowy,

nie tylko najbiedniejsi, ale także klasy średnie doświadczają skutków strukturalnych nierówności [7].

Badania z Europy Zachodniej pokazują, że mężczyźni z wykształceniem podstawowym żyją średnio o 5-10 lat krócej niż ci z wykształceniem wyższym [11]. Podobne różnice dotyczą także zachorowań na choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory złośliwe. W Stanach Zjednoczonych, mimo jednego z najwyższych PKB na świecie, Afroamerykanie żyją krócej i częściej chorują na większość najczęściej występujących chorób [12]. Z kolei w wielu krajach rozwijających się główne wyzwania nadal dotyczą podstawowych warunków życia: niedożywienia, braku dostępu do czystej wody i kanalizacji oraz dużej podatności na choroby zakaźne [8].

W Polsce szczególnie wyraźny jest wpływ poziomu wykształcenia na długość życia. Mężczyźni z wyższym wykształceniem żyją średnio o 12 lat dłużej niż ci z wykształceniem podstawowym [9]. U kobiet różnica jest mniejsza, ale wciąż znacząca – około 7 lat. Podobne zależności obserwuje się w zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory złośliwe.

Istotnym czynnikiem jest także środowisko. Polska należy do krajów UE o najwyższym zanieczyszczeniu powietrza pyłami PM2.5, co odpowiada za przedwczesne zgony dziesiątek tysięcy osób rocznie [4]. Ważne są też warunki pracy - ponad jedna trzecia pracowników deklaruje kontakt ze szkodliwymi substancjami chemicznymi, co plasuje Polskę wśród państw o najwyższym ryzyku zawodowym w UE [4].

Jedno z kluczowych pytań brzmi, dlaczego te różnice zdrowotne utrzymują się, mimo ogólnego postępu medycyny i poprawy warunków życia? Teoria fundamentalnych przyczyn wskazuje, że osoby o wyższym statusie społecznym lepiej potrafią korzystać z dostępnych zasobów. Szybciej reagują na nowe zagrożenia (np. pandemię COVID-19), częściej sięgają po innowacyjne terapie i łatwiej przyjmują prozdrowotne zachowania. W efekcie działania skierowane do całej populacji mogą niekiedy zwiększać nierówności, bo w praktyce bardziej korzystają na nich grupy uprzywilejowane [2].

3.1.1.4. Władza jako jedna z fundamentalnych przyczyn nierówności zdrowotnych

Rozwój teorii fundamentalnych przyczyn skłonił badaczy do szukania głębszych wyjaśnień trwałości nierówności zdrowotnych. Coraz częściej podkreśla się, że u źródeł wszystkich mechanizmów leży nierówny podział władzy - ekonomicznej, politycznej, kulturowej, symbolicznej i związanej z wiedzą [2]. To właśnie władza decyduje o tym, kto kontroluje zasoby zdrowotne, kto może wpływać na decyzje polityczne i jakie narracje dominują w przestrzeni publicznej.

- Władza ekonomiczna

Najbardziej oczywistą formą władzy jest posiadanie i kontrola zasobów materialnych. Osoby i grupy o wyższych dochodach i majątku mogą kupować lepszą opiekę

zdrowotną i lepsze warunki życia, a także zamieniać kapitał ekonomiczny na inne formy wpływu – np. na media, edukację czy politykę [14]. Różnice w dochodach to zatem nie tylko kwestia „braku” u jednych i „nadwyżki” u innych, lecz element głębszej struktury, w której ci z kapitałem utrwalają swoją przewagę kosztem reszty społeczeństwa [15].

- Władza polityczna i instytucjonalna

Władza polityczna polega na zdolności do kształtowania prawa, regulacji i polityk publicznych, które bezpośrednio wpływają na społeczne determinanty zdrowia. To układ sił politycznych decyduje, czy priorytetem będzie np. walka z ubóstwem i nierównościami, czy deregulacja rynku pracy i ograniczanie wydatków socjalnych. Badania Beckfielda i Kriegera pokazują, że system polityczny i orientacja rządów przekładają się na skalę nierówności zdrowotnych - tam, gdzie silniejsza jest redystrybucja podatkowa i zabezpieczenie socjalne, różnice zdrowotne są mniejsze [16].

- Władza kulturowa i symboliczna

Istotna jest także zdolność do kształtowania norm, wartości i narracji. Media, szkoły czy instytucje religijne mogą wzmacniać istniejące podziały albo je podważać. Stygmatyzacja grup, takich jak osoby ubogie, migranci, mniejszości etniczne czy osoby LGBT+, sprzyja ich marginalizacji i pogarsza wyniki zdrowotne [17]. W literaturze mówi się wręcz o „stygmatyzacji jako fundamentalnej przyczynie nierówności zdrowotnych” [18].

- Władza wiedzy

Szczególnym obszarem jest władza oparta na wiedzy - naukowej i eksperckiej. To, jakie badania są finansowane, jakie dane zbierane i jak interpretowane wyniki, zależy od układów sił w nauce, polityce i mediach. WHO zwraca uwagę, że brak systematycznego monitorowania nierówności zdrowotnych sprawia, iż problem pozostaje niewidoczny i nie trafia na listę priorytetów politycznych [1]. Władza wiedzy obejmuje też zdolność do narzucania definicji, np.: czy dane różnice są traktowane jako „naturalne”, czy jako „niesprawiedliwe i możliwe do zmiany” [19].

McCartney i współpracownicy zaproponowali ramy analityczne, które pomagają wskazać źródła, przestrzenie i formy władzy utrwalające nierówności zdrowotne [2]. Podkreślają oni, że władza działa nie tylko poprzez jawną dominację (np. kontrolę nad polityką), ale także poprzez ukryte mechanizmy - normalizowanie status quo, uznawanie nierówności za coś „naturalnego” czy przerzucanie odpowiedzialności na jednostki. Zdrowie staje się w tym ujęciu obszarem, na którym odbijają się szersze relacje władzy - między kapitałem a pracą, elitami politycznymi a obywatelami, większością kulturową a mniejszościami.

Postrzeganie władzy jako podstawowej przyczyny nierówności zdrowotnych ma ważne skutki praktyczne. Po pierwsze, kieruje uwagę na reformy strukturalne - redystrybucję dochodów i bogactwa, regulację korporacji wpływających na zdrowie (np. przemysłu tytoniowego,

alkoholowego czy spożywczego) oraz wzmacnianie demokratycznych mechanizmów uczestnictwa. Po drugie, podkreśla wagę działań w sferze symbolicznej - przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji oraz zmianę narracji publicznej i edukacyjnej. Po trzecie, wskazuje na potrzebę demokratyzacji wiedzy - otwartego dostępu do danych, przejrzystości badań i większego udziału społeczności w podejmowaniu decyzji [2, 16].

3.1.1.5. Perspektywa kluczowych agend międzynarodowych: WHO, OECD i Banku Światowego

Dyskusja o nierównościach zdrowotnych znajduje swoje odzwierciedlenie w działaniach najważniejszych organizacji międzynarodowych. Szczególną rolę odgrywają tu trzy instytucje: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Bank Światowy. Każda z nich posługuje się innymi narzędziami, ale wszystkie podkreślają, że walka z nierównościami wymaga działań systemowych, wykraczających poza samą ochronę zdrowia i obejmujących całość polityk społeczno-gospodarczych.

- *WHO – zdrowie jako prawo człowieka i kwestia sprawiedliwości*

WHO od lat jasno podkreśla, że zdrowie to podstawowe prawo człowieka, a nierówności zdrowotne są przejawem niesprawiedliwości społecznej [8]. Raport Komisji ds. Społecznych Determinantów Zdrowia z 2008 roku (Closing the Gap in a Generation) wezwał rządy do podjęcia trzech kluczowych działań:

1. poprawy codziennych warunków życia,
2. przeciwdziałania niesprawiedliwemu podziałowi władzy, pieniędzy i zasobów,
3. regularnego monitorowania nierówności i upowszechniania wiedzy [8].

W 2025 roku WHO opublikowała kolejny raport globalny. Potwierdzono w nim wcześniejsze ustalenia, ale wskazano też nowe wyzwania - takie jak zmiany klimatu, cyfryzacja i migracje, które mogą pogłębiać nierówności, jeśli nie zostaną odpowiednio uwzględnione [13]. WHO od dawna promuje także podejście „Health in All Policies”, zgodnie z którym kwestie zdrowotne powinny być brane pod uwagę w każdej polityce publicznej – od transportu po mieszkalnictwo.

- *OECD – dane porównawcze i narzędzia monitorowania*

OECD wnosi do debaty przede wszystkim analizę porównawczą. Organizacja od lat bada różnice w długości życia, dostępności świadczeń czy w czynnikach ryzyka między krajami, a także między grupami społecznymi w ramach poszczególnych państw. W najnowszym Rejestrze Nierówności w Onkologii OECD podkreśla, że brak równego dostępu do profilaktyki i leczenia nowotworów przekłada się na różnice w przeżywalności. W Polsce można by uniknąć setek tysięcy nowych zachorowań, gdyby skutecznie ograniczono palenie tytoniu, spożycie alkoholu i narażenie na zanieczyszczenia środowiskowe [4].

OECD zaznacza, że zwiększenie wydatków samo w sobie nie jest wystarczającym rozwiązaniem – ważne jest, aby środki były kierowane na zmniejszanie nierówności. Instytucja proponuje m.in.:

- proporcjonalnie uniwersalne programy profilaktyczne (ang. proportionate universalism);
 - inwestycje w edukację zdrowotną wśród grup o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym;
 - lepsze wykorzystanie danych do oceny wpływu polityk na nierówności.
- *Bank Światowy – zdrowie, a rozwój gospodarczy*

Bank Światowy koncentruje się głównie na ekonomicznych skutkach nierówności zdrowotnych. W raporcie „Attacking Inequality in the Health Sector” pokazano, że brak równego dostępu do opieki zdrowotnej i profilaktyki powoduje nie tylko cierpienie jednostek, lecz także straty dla gospodarki [3]. Dzieci z najuboższych rodzin dwa razy częściej umierają w okresie niemowlęcym niż dzieci z rodzin najbogatszych, a zahamowanie wzrostu występuje u nich ponad trzy razy częściej. To oznacza utratę kapitału ludzkiego, spadek produktywności i rosnące koszty systemowe.

Dlatego Bank Światowy rekomenduje polityki łączące cele zdrowotne i ekonomiczne: większe inwestycje w podstawową opiekę zdrowotną, finansowanie programów profilaktycznych dla najuboższych oraz reformy finansowania ochrony zdrowia w stronę większej progresywności. W praktyce chodzi o przesunięcie akcentu z kosztownych usług specjalistycznych, z których najczęściej korzystają osoby zamożniejsze, na podstawowe świadczenia i edukację zdrowotną w społecznościach marginalizowanych.

Wspólny mianownik i wyzwania na przyszłość

Mimo różnic w języku i metodach, WHO, OECD i Bank Światowy są zgodne co do jednego: nierówności zdrowotne mają charakter strukturalny i wymagają działań wykraczających poza medycynę kliniczną. Wszystkie trzy instytucje podkreślają wagę monitorowania różnic, polityk międzysektorowych oraz redystrybucji zasobów na rzecz grup najbardziej narażonych.

Nowym wyzwaniem jest uwzględnienie czynników globalnych takich jak: zmiany klimatu, transformacja cyfrowa, migracje i niestabilność rynku pracy. Jeśli nie zostaną one odpowiednio włączone do polityk publicznych, istnieje ryzyko, że nierówności zdrowotne będą się dalej pogłębiać, mimo postępu medycyny i wzrostu gospodarczego.

3.1.1.6. Istotność doświadczeń międzynarodowych dla Polski

Analizę nierówności zdrowotnych w Polsce należy osadzać w szerszym, międzynarodowym kontekście. Zjawisko to ma charakter uniwersalny - wszystkie państwa, niezależnie od poziomu rozwoju gospodarczego, zmagają się z różnicami w zdrowiu między grupami społecznymi. Badania porównawcze pokazują, że choć ich skala i tempo zmian zależą od systemu politycznego, modelu opieki zdrowotnej czy struktury społecznej, mechanizmy leżące u ich podstaw są podobne [20]. Analiza doświadczeń innych krajów pozwala więc rozpoznać zarówno ogólne prawidła rządzące powstawaniem nierówności, jak i konkretne rozwiązania instytucjonalne, które mogą je ograniczać.

Praktyki międzynarodowe dostarczają także przykładów długofalowych strategii. Anglia, Szkocja czy Norwegia wdrożyły programy walki z nierównościami zdrowotnymi oparte na współpracy międzysektorowej, systematycznym monitoringu i ocenie efektów [21]. Szkocka strategia Equally Well czy podejście wypracowane w Anglii po Marmot Review pokazują, że dobrze zaprojektowane polityki publiczne mogą przynosić wymierne korzyści dla grup najbardziej defaworyzowanych. Polska może korzystać z tych doświadczeń, adaptując sprawdzone mechanizmy do własnych uwarunkowań społecznych i instytucjonalnych.

Istotnym elementem jest także możliwość porównywania postępów. OECD i Komisja Europejska publikują regularne raporty wskazujące, jak poszczególne kraje radzą sobie z redukcją nierówności zdrowotnych. Polska jako członek OECD i UE, może wykorzystywać te dane do oceny swojej pozycji, identyfikowania luk i wyznaczania realistycznych celów politycznych [22].

Wiele wyzwań zdrowotnych ma charakter ponadnarodowy i wymaga działań koordynowanych. Zmiany klimatu, migracje, globalizacja rynku pracy czy ekspozycja na produkty przemysłu spożywczego i tytoniowego to problemy, których nie da się rozwiązać wyłącznie w granicach jednego państwa. Doświadczenia innych krajów w obszarze regulacji, profilaktyki i edukacji są więc szczególnie cenne, ponieważ pokazują, które interwencje mogą być skuteczne wobec globalnych determinantów zdrowia [13].

Odwoływanie się do przykładów międzynarodowych wzmacnia także legitymizację działań krajowych. Polityki oparte na dowodach naukowych i rekomendacjach takich instytucji jak WHO, OECD czy Bank Światowy łatwiej zdobywają akceptację społeczną i polityczną. Mogą też stanowić ważny argument w dyskusjach nad reformami i pomagać w przełamywaniu oporu wobec zmian.

Podsumowując, czerpanie z doświadczeń innych państw jest dla Polski nie tylko źródłem inspiracji, ale także koniecznym warunkiem skutecznej polityki zdrowotnej. Umożliwia identyfikację najlepszych praktyk, porównywanie postępów oraz wdrażanie sprawdzonych rozwiązań dostosowanych do krajowych realiów społecznych i instytucjonalnych.

3.1.2. Przegląd dokumentów strategicznych (WHO Health Equity Framework, Health in All Policies, Marmot Review)

3.1.2.1. Ramy WHO dla równości w zdrowiu

Ramy Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące równości zdrowotnej wyrastają z uznania, że nierówności w zdrowiu są w znacznej mierze skutkiem niesprawiedliwego rozkładu władzy, pieniędzy i zasobów oraz dlatego wymagają odpowiedzi wykraczającej poza sektor medyczny [8], [13]. W Regionie Europejskim trzon tej odpowiedzi tworzą: podejście Health in All Policies (HiAP), które osadza zdrowie i równość jako cele całego rządu, Health Equity Status Report / Initiative (HESR/HESRI) wraz z narzędziami wdrożeniowymi oraz zestaw rozwiązań operacyjnych i analitycznych, które pozwalają przełożyć pomiar nierówności na decyzje polityczne [23-26].

HiAP, ujęte w Helsiński Statement – Framework for Country Action, proponuje prostą, ale wymagającą strukturę zarządzania:

- formalny mandat i podstawę prawną do uwzględniania skutków zdrowotnych w politykach wszystkich resortów;
- międzyresortowe ciało koordynacyjne umiejscowione przy rządzie;
- rutynowe oceny wpływu na zdrowie i equity (ex ante i ex post);
- wspólne wskaźniki oraz mechanizmy przejrzystości i rozliczalności [23].

To nie jest alternatywa dla polityki zdrowotnej, lecz rama, która uszczelnia działania w mieszkalnictwie, transporcie, edukacji, środowisku czy finansach tak, by ich netto-efekt nie powiększał luki zdrowotnej.

Treść działań porządkuje europejski Health Equity Status Report: pięć warunków koniecznych do poprawy zdrowia populacji i ograniczania nierówności:

1. dostępne, wysokiej jakości usługi zdrowotne;
2. bezpieczeństwo dochodu i ochrona socjalna;
3. godne warunki życia (mieszkalnictwo, infrastruktura, środowisko);
4. kapitał społeczny i ludzki (edukacja, umiejętności, sieci wsparcia);
5. godna praca i warunki zatrudnienia [25].

Dokument łączy je z przykładowymi interwencjami oraz zestawami wskaźników, podkreślając, że skuteczność należy oceniać nie tylko po średnich wartościach, lecz przede wszystkim po dystrybucji efektu między grupami społecznymi [25, 26]. Towarzyszące Health Equity Policy Tool przekłada ten katalog na język decyzji - dla każdego z pięciu warunków wskazuje typy interwencji „co działa”, sugeruje dobór miar i sposób monitorowania, aby było jasne, czy korzyści rzeczywiście trafiają do grup o najwyższych potrzebach [26].

Aby rząd mógł wiarygodnie „domknąć pętlę” od dowodów do decyzji, WHO proponuje spójny ciąg:



Ramy operacyjne monitorowania społecznych determinantów zdrowia precyzują tu trzy wymogi:

- obowiązkową dezagregację wszystkich kluczowych wskaźników (dochód/wykształcenie/płeć/wiek/miejsce zamieszkania);
- łączenie danych zdrowotnych i społecznych w jednym przepływie analitycznym;
- wbudowanie wyników analiz w cykl budżetowy oraz mechanizmy governance (przeglądy międzyresortowe, priorytety wydatkowe, korekty regulacji) [24].

Na poziomie narzędziowym służą temu rozwiązania HEAT/HEAT Plus oraz baza WHO Health Inequality Monitor. To oprogramowanie umożliwia porównywanie i wizualizację różnic m.in. według poziomu dochodu (kwintyle majątkowe), wykształcenia czy miejsca zamieszkania (miasto-wieś), a także przygotowanie publicznych raportów z postępu i przeglądów okresowych [27, 28]. W praktyce oznacza to, że tzw. dowód równościowy nie powstaje doraźnie, ale jest budowany systematycznie i następnie przekładany na konkretne decyzje przy pomocy podejścia HiAP oraz narzędzia politycznego HESR [23, 26].

Ramy WHO akcentują dwie zasady wdrażania, które chronią przed sytuacją, w której poprawa „średnich wyników” idzie w parze z rosnącymi nierównościami. Pierwsza to „proportionate universalism” - programy i usługi są dostępne dla wszystkich, ale ich intensywność rośnie proporcjonalnie do potrzeb, tak aby dodatkowe zasoby nie trafiały w większym stopniu do grup uprzywilejowanych [25, 26]. Druga to konsekwentne przesuwanie punktu ciężkości „w górę strumienia”, czyli adresowanie uwarunkowań strukturalnych (dochód, zatrudnienie, edukacja, warunki mieszkaniowe), a nie wyłącznie korygowanie indywidualnych zachowań [8], [13, 25]. Obie zasady stosuje się w perspektywie cyklu życia, co pozwala uchwycić momenty o największym potencjale zwrotu równościowego.

Dobrym przykładem zastosowania podejścia life-course jest raport WHO/Europe poświęcony wczesnym etapom życia, dzieciństwu i adolescencji. Zawiera on praktyczne „menu” działań: powszechnie dostępna i wysokiej jakości opieka oraz edukacja wczesnodziecięca, programy wspierające rodziców i wizyty domowe, regulacje dotyczące środowiska zdrowia dzieci (marketing żywności i napojów, przestrzeń wolne od dymu tytoniowego, bezpieczeństwo

ruchu drogowego), stabilna i prorodzinna polityka pracy (w tym nieprzenoszalny urlop ojcowski i elastyczne formy zatrudnienia), świadczenia i ulgi ograniczające ubóstwo dzieci, a także kompleksowe usługi zdrowotne (opieka prenatalna, bilanse, szczepienia, wsparcie zdrowia psychicznego nastolatków). Każdej z interwencji przypisano wskaźniki i obowiązek monitorowania korzystania z nich przez grupy wrażliwe, co pozwala ocenić rzeczywisty wpływ na zmniejszanie nierówności, a nie tylko na średnie wartości [29].

W ten sposób poziom globalny (CSDH, World Report on Social Determinants of Health Equity) wyznacza normatywny kierunek, natomiast poziom europejski dostarcza konkretnych narzędzi i wzorców wdrożeniowych. Razem tworzą one most od diagnozy nierówności do decyzji publicznych, które można monitorować i rozliczać [23-26, 29].

3.1.2.2. Health in All Policies (HiAP) – zdrowie we wszystkich politykach

Health in All Policies (HiAP) to sposób prowadzenia polityki publicznej, w którym na zdrowie i równość patrzy się przez pryzmat wszystkich decyzji - nie tylko tych zapadających w resortach zdrowia. Celem jest, aby reformy transportowe, mieszkaniowe, edukacyjne czy podatkowe łącznie zmniejszały luki zdrowotne, nie natomiast w sposób nieintencjonalny je pogłębiały [23],[25],[26]. W dokumentach WHO HiAP łączy się z ideą „spójności polityk” - duże cele rozwojowe nie powinny się nawzajem znosić, a ważne decyzje powinny przechodzić test wpływu na zdrowie i równość [23]. Praktyczne lekcje widać w zebranych przez WHO studiach przypadków. Państwa i miasta, które wdrażały HiAP, pracowały równolegle na trzech torach: regulacje, finanse i wiedza (zamiast ograniczać się do konsultacji bez mocy sprawczej) [30].

W codziennej pracy rządu, HiAP układa się w rozpoznawalne kategorie narzędzi. Regulacje to m.in. normy jakości powietrza, standardy efektywności energetycznej budynków, planowanie przestrzenne sprzyjające aktywności pieszej i rowerowej czy ograniczenia marketingu produktów szkodliwych dla dzieci. Finanse publiczne obejmują podatki i ulgi kształtujące zachęty (np. akcyzy prozdrowotne), oznaczanie wydatków pod cele równościowe oraz przeglądy budżetów pokazujące, kto konkretnie korzysta z publicznych środków. Wiedza i współzrządzenie to wspólne wskaźniki i przeglądy międzyresortowe, stała współpraca z samorządami i organizacjami społecznymi oraz szkolenia dla administracji spoza sektora zdrowia [31, 32, 33]. Taka konfiguracja sprawia, że HiAP staje się procedurą wbudowaną w cykle legislacyjne i budżetowe, a nie jednorazową kampanią [24, 26].

WHO podkreśla konkretne techniki ułatwiające praktykę. Jedną z najbardziej użytecznych jest Health Lens Analysis, czyli włączenie perspektywy zdrowia na wczesnym etapie projektowania polityk sektorowych. Zespół zdrowia publicznego, pracując z autorem polityki (np. transportowej), szuka rozwiązań, które przyniosą współkorzyści, np. modernizacja ulic łączy poprawę bezpieczeństwa, większą aktywność fizyczną i lepszą jakość powietrza, a więc jednocześnie cele zdrowotne i gospodarcze [30]. Skuteczne wdrożenia łączą to z programami

szkoleń oraz uzgodnionym słownikiem pojęć, by „zdrowie”, „równość” i „współkorzyści” były tak samo rozumiane także w resortach gospodarki, transportu czy finansów [31, 32].

Kluczem do trwałych efektów jest mierzalność. Zalecane jest włączanie wyników analiz nierówności (np. z HEAT/HEAT Plus) wprost do ocen regulacji i przeglądów wydatków oraz publikowanie paneli wskaźników, które pokazują nie tylko wartości średnie, ale i dystrybucję korzyści według dochodu, wykształcenia, płci, wieku i miejsca zamieszkania [24, 26, 27], [28, 32]. Dzięki temu rośnie rozliczalność, a utrzymanie kursu na równość jest łatwiejsze, nawet gdy ścierają się różne horyzonty czasowe (krótki cykl polityczny vs. długofalowe skutki zdrowotne).

Istotnym impulsem dla HiAP była Adelaide Statement II, która powiązała podejście bezpośrednio z Agendą 2030 i wezwała do tzw. „dobrej współrzędności dla zdrowia i dobrostanu”. Wskazano wówczas trzy filary:

- spójność polityczną;
- udział społeczny i rozliczalność wobec celów równościowych;
- praktyki operacyjne – testy spójności celów w procesie legislacyjnym, włączanie zdrowia do planowania gospodarczego oraz trwałe partnerstwa z samorządami [34].

Z kolei doświadczenia Australii pokazują, że najbardziej trwałe rezultaty uzyskuje się tam, gdzie HiAP łączy mechanizm polityczny (umocowanie w centrum rządu), proces (współprojektowanie i ocena wpływu) oraz dowody (wspólne wskaźniki i cykliczne przeglądy). Ewaluacje opisują również konkurencję o zasoby, różne horyzonty czasowe, zmiany priorytetów i narzędzia ich ograniczania, takie jak umowy celowe i budżetowe zobowiązania do wyników [35].

Reasumując, HiAP to podejście, które łączy cele zdrowotne i równościowe z politykami sektorów. Działa wtedy, gdy:

- instrumenty regulacyjne, fiskalne i planistyczne są planowane z perspektywą zdrowia i nierówności;
- analityka równościowa jest wpisana w przeglądy regulacji i wydatków;
- istnieją mechanizmy godzenia sprzecznych celów;
- postępy mierzy się dystrybucyjnie, a nie tylko na średniej [31-34].

W takim ujęciu HiAP scala rozwój gospodarczy, dobrostan społeczny i sprawiedliwość zdrowotną w jeden, mierzalny i rozliczalny program działania.

3.1.2.3. Marmot Review – „Fair Society, Healthy Lives” i aktualizacje

Marmot Review (2010) [7] pozostaje najważniejszym, opartym na dowodach naukowych drogowskazem dla krajów o wysokich dochodach, jak ograniczać nierówności zdrowotne. Raport uporządkował działania publiczne wzdłuż następujących sześciu celów obejmujących cały cykl życia i przestrzeń społeczną:

1. najlepszy start dla każdego dziecka (wczesna edukacja, wsparcie rodzin, żywienie);
2. lepsze możliwości dla młodzieży (edukacja, umiejętności, bezpieczne przejścia na rynek pracy);
3. sprawiedliwy standard życia dla wszystkich (dochody minimalne, świadczenia, polityka podatkowa);
4. zdrowa i zrównoważona praca dla wszystkich (jakość pracy, bezpieczeństwo, równowaga praca–życie);
5. zdrowe i zrównoważone miejsca (mieszkalnictwo, transport, środowisko lokalne);
6. silniejsza prewencja w systemie zdrowia.

Dwa przekrojowe postulaty raportu - podejście life-course oraz proportionate universalism (programy powszechne, ale z intensywnością rosnącą z poziomem potrzeb), stały się stałym elementem wytycznych WHO i polityk krajowych [7, 26].

Dziesięć lat później bilans opublikowany w raporcie „The Marmot Review 10 Years On” pokazał zarówno postępy, jak i obszary niepowodzeń. Zwrócono uwagę na spowolnienie przyrostu długości życia i utrzymujące się (a miejscami rosnące) luki między regionami i grupami społecznymi, przy jednoczesnym pogorszeniu wskaźników ubóstwa dzieci i jakości warunków pracy w części populacji. Wnioski były jednoznaczne - jeśli naprawdę chcemy zmniejszać nierówności zdrowotne, w pierwszej kolejności inwestujemy w wczesne lata życia, tzn. w opiekę i edukację małych dzieci, wsparcie rodzin oraz bezpieczne warunki mieszkaniowe, bo to przynosi największy i najtrwalszy efekt. [36].

Aktualizacja dokumentu „Build Back Fairer” (2020) [33] - przygotowana w cieniu pandemii COVID-19, pokazała, jak wstrząsy społeczne powiększają istniejące luki zdrowotne. Zaproponowano testy równościowe („equity-proofing”) wszystkich planów odbudowy - każda większa interwencja fiskalna lub regulacyjna powinna mieć z góry określony wykaz oczekiwanych korzyści dla grup o najwyższych potrzebach i wskaźniki, które pozwolą to rozliczyć. Raport podkreślił także znaczenie infrastruktury społecznej (lokalne usługi, opieka, edukacja, transport publiczny) i bezpieczeństwa dochodu, co pozostaje w pełnej zgodzie z ramami operacyjnymi WHO dotyczącymi pomiaru i zarządzania nierównościami [24, 33].

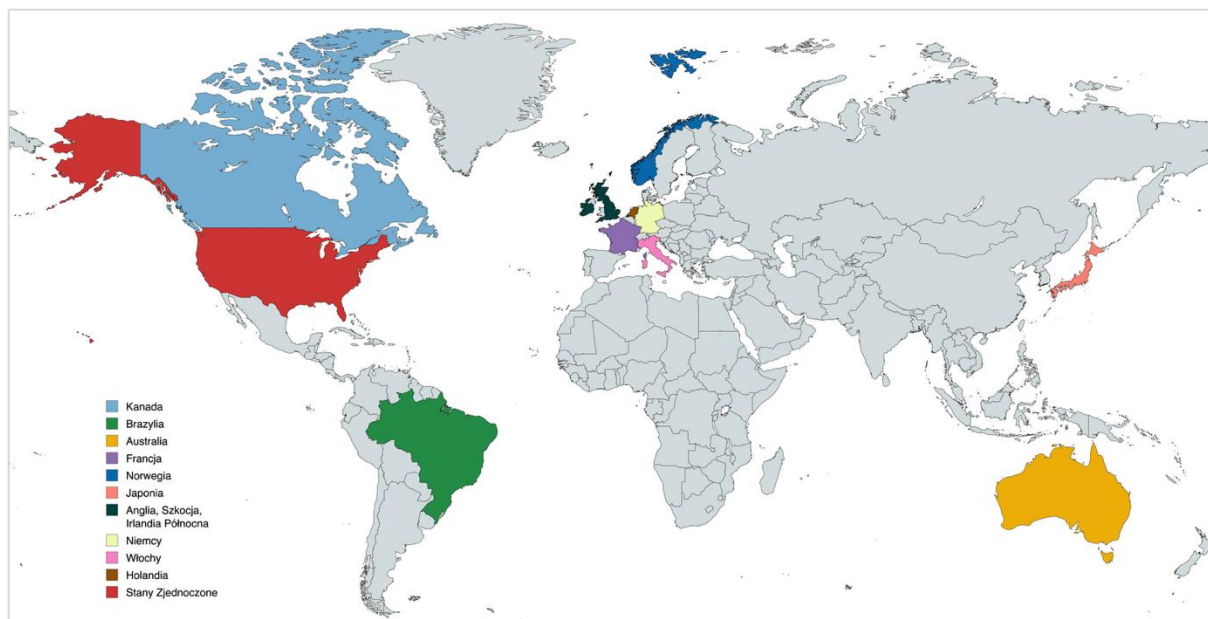
Po 2010 r. liczne regiony i miasta modyfikowały swoje strategie zgodnie z logiką sześciu celów i proportionate universalism. Jednym z najlepiej udokumentowanych przykładów jest Greater Manchester - przegląd Build Back Fairer in Greater Manchester opisał, jak przełożono wnioski Marmota na lokalne decyzje - od wskaźników wczesnodziecięcych i polityki mieszkań socjalnych, przez standardy „good work” (stabilność, płaca, bezpieczeństwo), po integrację

zdrowia psychicznego w szkołach i usługach społecznych. Raport wskazał też konkretne dźwignie wdrożeniowe, takie jak układanie budżetów pod cele równościowe, twarde wskaźniki dystrybucyjne i partnerstwo z władzami dzielnic oraz organizacjami społecznymi [37]. Równolegle rozwijane są „wskaźniki Marmota” – publiczne zestawy mierników pozwalające śledzić postępy w obszarach kluczowych dla nierówności (wczesne dzieciństwo, edukacja, praca, dochód, środowisko zamieszkania). Ich zaletą jest jednoznaczne powiązanie wyników zdrowotnych z determinantami społecznymi, co ułatwia rozmowę o priorytetach i finansowaniu [38].

Co wynika z dowodów dla polityk krajowych? Marmot Review dostarcza priorytetów treściowych i uzasadnienia koszt-efektywnego kierunku. Jeżeli środki mają faktycznie zmniejszać luki, powinny płynąć w pierwszej kolejności w obszary poza zdrowotne - wczesne lata życia, mieszkalnictwo, dochody minimalne, jakość pracy, przy jednoczesnym wzmocnieniu profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Z punktu widzenia zarządzania publicznego „pakiet Marmota” dobrze łączy się z architekturą przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu WHO opisaną wcześniej.

3.1.3. Przykłady działań w wybranych krajach

Do analizy nierówności w zdrowiu wybrano kraje o zróżnicowanym położeniu geograficznym i odmiennych uwarunkowaniach społeczno-gospodarczych (Ryc. 21). Znalazły się wśród nich zarówno państwa europejskie (Anglia, Irlandia Północna, Szkocja, Norwegia, Holandia, Niemcy, Francja, Włochy), jak i przedstawiciele innych kontynentów - Ameryki Północnej (Kanada, USA), Ameryki Południowej (Brazylia), Azji (Japonia) oraz Australii i Oceanii (Australia). Tak szeroki wybór pozwala uchwycić różne modele systemów ochrony zdrowia, odmiennie tradycje polityki społecznej i podejścia do problemu nierówności. Jednocześnie umożliwia porównanie doświadczeń krajów wysoko rozwiniętych z tymi, które mierzą się z większymi wyzwaniami rozwojowymi. Dzięki temu analiza zyskuje charakter globalny i pozwala lepiej zrozumieć, jakie czynniki sprzyjają skutecznemu ograniczaniu nierówności zdrowotnych w odmiennych warunkach kulturowych, ekonomicznych i instytucjonalnych.



Ryc. 21 Kraje świata wybrane do analizy dotyczącej nierówności w zdrowiu

3.1.3.1. Anglia

Marmot Review i jego wpływ na politykę zdrowotną

Publikacja Marmot Review – Fair Society, Healthy Lives (2010) – wyznaczyła ramy polityki równości zdrowia w Anglii, kładąc nacisk na sześć obszarów działań oraz zasadę „uniwersalizmu proporcjonalnego” (powszechne działania o natężeniu proporcjonalnym do poziomowi deprivacji). Jak opisano wcześniej, przegląd wskazał, że wyrównywanie szans zdrowotnych wymaga konsekwentnej, międzysektorowej polityki społecznej – od wczesnego dzieciństwa, przez edukację i zatrudnienie, po zdrowe miejsca życia i starzenie się [7].

Dziesięć lat później aktualizacja „The Marmot Review 10 Years On” wykazała zatrzymanie poprawy długości życia oraz pogłębianie się nierówności po 2010 r., wiążąc te trendy m.in. z pogorszeniem warunków społeczno-ekonomicznych [36]. Przegląd ten podkreślił, że bez długofalowego, całościowego podejścia wykraczającego poza sektor ochrony zdrowia (dochody, mieszkalnictwo, edukacja, praca) wpływ samej opieki zdrowotnej na redukcję nierówności jest ograniczony [36].

W szerszym ujęciu historycznym, dowody z okresu rządowej Krajowej Strategii Redukcji Nierówności Zdrowia (1999–2010), częściowo inspirowanej wnioskami Achesona i zbieżnej z podejściem Marmota – pokazują, że skoordynowane działania międzyresortowe potrafią realnie zmniejszać luki zdrowotne. Systematyczny przegląd badań wykazał, że w latach strategii nierówności (w ujęciu bezwzględnym i względnym) w zakresie długości życia i umieralności niemowląt malały. Po 2010 r. wiele wskaźników ponownie się pogorszyło [39]. Nowa analiza szeregu czasowego dla umieralności w wieku 65–69 lat potwierdza spadek nierówności absolutnych w okresie 2000–2010 oraz ich narastanie po 2011 r. [40].

W ostatnich latach Marmot i współpracownicy akcentują potrzebę „odbudowy bardziej sprawiedliwej” po pandemii – z naciskiem na warunki życia, pracy i jakości miejscowej gospodarki – co znalazło odzwierciedlenie m.in. w raportach dla władz regionalnych i ruchu „Marmot Places” [36].

Programy National Health Service (NHS) na rzecz redukcji nierówności w zdrowiu

Reforma z Health and Care Act 2022 ustanowiła 42 Zintegrowane Systemy Opieki (Integrated Care Systems - ICS) oraz nałożyła na NHS i nowe Integrated Care Boards (ICB) wyraźne obowiązki dotyczące ograniczania nierówności w dostępie, doświadczeniu i wynikach [41]. Najnowsze analizy polityki wskazują jednak na niejednoznaczność i rozproszenie celów – oraz ryzyko „wypierania” tematu nierówności przez krótkoterminowe priorytety operacyjne (np. presja na szpitale) [42], a wcześniejsze badanie dokumentów lokalnych planów pokazywało dużą zmienność podejść i brak spójnych mierników [43]. Dodatkowo lokalne interpretacje reform NHS potrafią rozmywać relację między ubóstwem a nierównościami zdrowotnymi, co utrudnia projektowanie adekwatnych interwencji [44].

Długoterminowy Plan NHS i ukierunkowanie działań

The NHS Long Term Plan (2019) zobowiązał lokalne systemy do wykazania, jak do roku 2023/24 i roku 2028/29 konkretnie zmniejszą nierówności, a także jak umiejscawiają walkę z nierównościami w strukturze wydatków (więcej dla obszarów o większych potrzebach zdrowotnych) [45]. W odpowiedzi uruchomiono National Healthcare Inequalities Improvement Programme (HiQiP) oraz pięć priorytetów operacyjnych po COVID-19, a także narzędzia analityczne (dashboard, matrix) wspierające identyfikację grup ryzyka i monitorowanie postępu [47–49].

Core20PLUS5 – klinicznie ukierunkowane wyrównywanie

Centralnym narzędziem NHS są ramy Core20PLUS5 – definiujące populację docelową (najbardziej zdeprywatyzowane 20% populacji + lokalnie zdefiniowane grupy „PLUS”) oraz pięć priorytetów klinicznych, pierwotnie dla dorosłych (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe - wczesne wykrywanie, przewlekłe choroby układu oddechowego, zdrowie matki i dziecka - w tym palenie w ciąży, oraz dostęp do opieki) i adaptowane dla dzieci i młodzieży [46]. Wytyczne operacyjne 2022/23 i 2023/24 wymagają od ICS wdrażania Core20PLUS5 oraz utrzymywania koncentracji na zapobieganiu, zarządzaniu populacyjnym i redukcji luk w dostępie, doświadczeniu i wynikach [48].

W praktyce, co pokazują badania jakościowe i analizy dokumentów, część systemów ma trudności z przełożeniem tej agendy na spójne, mierzalne programy. Brakuje jednolitej definicji, jakiej nierówności dotyczy interwencja (społeczna vs. czysto medyczna), a priorytety bywają rozproszone [42-44]. Jednocześnie doświadczenia z lat 1999–2010 wskazują, że ukierunkowane (w tym geograficzne) ważenie finansowania NHS na rzecz obszarów o większej

deprywacji może przyczyniać się do redukcji nierówności w umieralności, szczególnie przy wsparciu szerokich polityk społecznych [39].

Podjęcia place-based (terytorialne) i narzędzia wspierające

Zalecenia dotyczące place-based approaches (triada interwencji: poziom obywatelski, usługowy i społecznościowy) wzmacniają przesunięcie z projektów jednostkowych ku wspólnej odpowiedzialności samorządu, NHS, organizacji społecznych i biznesu [50].

Lokalne inicjatywy i partnerstwa międzysektorowe

- Miasta i regiony „Marmot”
Coventry – Marmot City (od 2013) - ewaluacja (2020) wskazała na trwałe partnerstwo międzysektorowe, osadzenie zasad Marmota w strategii miasta oraz szereg inicjatyw przekrojowych (wczesne dzieciństwo, edukacja, zatrudnienie, środowisko lokalne). Wyzwaniem pozostaje skalowanie i odporność na wstrząsy finansowe [51].
- Greater Manchester, „Build Back Fairer” (2021) - program regionalny łączący zdrowie z polityką mieszkaniową, zatrudnieniem i zieloną transformacją; kładzie nacisk na „godne życie” i redukcję gradientu społecznego w zdrowiu po pandemii [37].

Kolejne samorzady dołączają do „Marmot Places”, budując plany walki z głównymi przyczynami przedwczesnych zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby płuc) poprzez działania nad zachowaniami zdrowotnymi i warunkami życia [37].

Partnerstwa między ochroną zdrowia, samorządem i organizacjami społecznymi

W całej Anglii ICS współpracują z władzami lokalnymi i sektorem dobrowolnym (VCSE) przy wdrażaniu Core20PLUS5 (np. docieranie do osób bezdomnych, migrantów i mniejszości etnicznych), rozwoju danych warstwowych wg deprywacji/etniczności (Healthcare Inequalities Improvement Dashboard) oraz współprojektowaniu usług (np. ścieżki kardiologiczne, onkologiczne, oddechowe) [46, 49]. Badania konsekwentnie pokazują jednak, że bez klarownego rozgraniczenia co jest domeną opieki zdrowotnej, a co polityk społecznych – oraz bez stabilnego finansowania, partnerstwa łatwo grzęzną w ogólnikach [42-44].

Lekcje z poziomu lokalnego w Anglii:

- Precyzja celu i miary - skuteczniejsze są programy z jasno zdefiniowaną nierównością (np. luka w wykrywaniu nowotworów stadium I/II) i konkretną grupą Core20PLUS, z raportowaniem efektów w ujęciu absolutnym i względnym [39, 46,48].
- Alokacja zasobów - ważenie środków do obszarów o większych potrzebach oraz „kotwiczenie” interwencji w usługach pierwszego kontaktu i zdrowiu publicznym [39, 45].

- Międzysektorowość - integracja działań zdrowotnych z polityką mieszkaniową, edukacją i pracą (przykłady - Coventry, Greater Manchester) [37, 51].
- Odporność na wstrząsy - ochrona kluczowych elementów polityk społecznych (dochody rodzin, opieka wczesnodziecięca) jest warunkiem utrzymania korzyści w zdrowiu populacyjnym, co potwierdzają wnioski z okresu 1999–2010 kontra lata po 2010 [36, 39, 40].

3.1.3.2. Szkocja

Szkockie podejście do redukcji nierówności zdrowotnych wyraźnie ukształtował raport „Equally Well” (2008), który podobnie jak późniejsze podejście Marmota w Anglii podkreślał znaczenie działań międzysektorowych, obejmujących edukację, zatrudnienie i mieszkalnictwo, oraz konieczność wczesnej interwencji i wsparcia rodzin [52].

W 2018 r. weszła w życie inicjatywa Fairer Scotland Duty (część Equality Act 2010), nakładająca na instytucje publiczne prawny obowiązek analizowania wpływu decyzji strategicznych na nierówności wynikające z deprivacji społeczno-ekonomicznej. Organy publiczne muszą także publikować oceny skutków podejmowanych decyzji [53].

Kolejnym ważnym krokiem była reforma integrująca opiekę zdrowotną i społeczną - Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014, która doprowadziła do powołania Integration Joint Boards (IJBs), odpowiedzialnych za wspólne planowanie i kontraktowanie usług zdrowotno-społecznych. Reforma miała na celu poprawę koordynacji i większe ukierunkowanie na opiekę środowiskową oraz redukcję nierówności [54, 55].

Programy i instrumenty

Kluczową rolę w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej odgrywa inicjatywa Scottish Deep End Project, zrzeszająca lekarzy pracujących w najbardziej zdeprivowanych rejonach Glasgow i innych miast. Projekt ten zwrócił uwagę na problemy nadmiernego obciążenia w praktykach obsługujących społeczności o największych potrzebach i doprowadził do wprowadzenia pilotażowych rozwiązań organizacyjnych [56]. Badania wykazały także, że wydłużenie czasu konsultacji w praktykach działających w warunkach deprivacji sprzyja lepszemu zaangażowaniu pacjentów i ich poczuciu sprawczości w procesie leczenia [57].

Politykę wspierają rozbudowane narzędzia monitorujące

Public Health Scotland i Scottish Public Health Observatory (ScotPHO) przygotowują zestawy wskaźników oraz raporty analizujące trendy i porównania nierówności zdrowotnych [58, 59, 60]. Dodatkowo Scottish Government publikuje serię raportów „Long-term Monitoring of Health Inequalities”, które od ponad dekady dostarczają szczegółowych danych o różnicach w

umieralności i oczekiwanej długości życia w przekroju społeczno-ekonomicznym i geograficznym [61].

Z Deep End powiązany jest program Community Link Workers, który włącza pracowników socjalnych i doradców do zespołów podstawowej opieki zdrowotnej. Jego celem jest lepsze odpowiadanie na potrzeby psychospołeczne pacjentów oraz wsparcie w poruszaniu się po systemie usług społecznych. Rządowa ewaluacja tego programu potwierdziła jego rolę w poprawie dostępu do pozamedycznego wsparcia, choć wskazano także na wyzwania związane z finansowaniem i stabilnością organizacyjną [62].

Inicjatywy lokalne i partnerstwa

Na poziomie lokalnym IJBs współpracują z samorządami i organizacjami społecznymi, wdrażając podejścia terytorialne (place-based). Obejmują one m.in. doradztwo finansowe, wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego i profilowanie populacji w celu lepszego planowania usług. Analizy wskazują, że stopień dojrzałości integracji różni się między regionami, a ograniczenia budżetowe i niedobory kadrowe w sektorze opieki społecznej mogą utrudniać realizację ambicji redukcji nierówności [54, 55].

Lekcje z doświadczeń Szkocji

- Umocowanie prawne (Fairer Scotland Duty) włącza analizę nierówności w proces decyzyjny instytucji publicznych [53];
- Integracja zdrowia i opieki społecznej poprzez IJBs ułatwia działania na determinantach zdrowia wykraczających poza system medyczny [54, 55];
- Programy takie jak Deep End i Community Link Workers zwiększają dostępność wsparcia dla osób w najbardziej zdeprywatyzowanych społecznościach, ale wymagają stabilnego finansowania i lepszego mierzenia efektów w skali populacyjnej [56, 57, 62].

3.1.3.3. Irlandia Północna

W Irlandii Północnej ramą działań w zdrowiu publicznym był program Making Life Better 2013–2023, czyli wspólny plan całego rządu, mający na celu poprawę zdrowia populacji i zmniejszenie nierówności [63].

Systematyczny monitoring nierówności w zdrowiu zapewnia coroczny dokument „Health Inequalities Annual Report (HSCIMS)”, przygotowywany przez Departament Zdrowia oraz agencję Northern Ireland Statistics and Research Agency (NISRA). Najnowsze edycje raportu (2024, 2025) dokumentują utrzymujące się luki między najbardziej i najmniej zdeprywatyzowanymi obszarami, szczególnie w umieralności możliwej do uniknięcia, zdrowiu

psychicznym oraz we wskaźnikach związanych z używaniem substancji [64, 65]. Uzupełnia je ogólnodostępny panel danych - Health Inequalities Dashboard [66].

Programy i instrumenty

W odpowiedzi na zidentyfikowane luki rozwijany jest model Multi-Disciplinary Teams (MDTs) in Primary Care - włączający do praktyk lekarskich m.in. psychologów, terapeutów zdrowia psychicznego, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, pielęgniarki środowiskowe i położne. Pilotaż rozpoczęto w 2018 r., a kolejne aktualizacje potwierdzają jego rozwój w najbardziej newralgicznych obszarach [67, 68].

Równolegle wdrażany jest Integrated Care System (ICS NI) - ramy planowania usług „jednego systemu”, nastawione na potrzeby populacyjne i redukcję nierówności poprzez współpracę z partnerami spoza ochrony zdrowia (samorządy, sektor społeczny) [69, 70].

Inicjatywy i cele ukierunkowane

Departament Zdrowia prowadzi także inicjatywy miejscowe skierowane na redukcję nierówności, np. programy Live Better w wybranych lokalizacjach. W ramach HSCIMS udostępniane są także panele i zestawy danych, umożliwiające śledzenie wskaźników nierówności na poziomie regionów i gmin [66, 71].

Najważniejsze doświadczenia z Irlandii Północnej

Przykład Irlandii Północnej dostarcza cennych wniosków dotyczących przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu:

- Konsekwentny monitoring (HSCIMS) pozwala precyzyjnie ukierunkować interwencje na obszary największych potrzeb [64, 65];
- Integracja i wzmocnienie zespołów w podstawowej opiece (MDTs) zwiększają dostęp do wsparcia medycznego i społecznego [67, 68];
- Integrated Care System wzmacnia podejście populacyjne i sprzyja działaniom międzysektorowym [69, 70];
- Skalowanie interwencji wymaga stabilnego finansowania i odpowiednich zasobów kadrowych [67, 70];
- Doświadczenia Irlandii Północnej wpisują się w szersze podejście WHO Europe, które podkreśla znaczenie działań na determinantach społecznych zdrowia [72];
- Analizy Instytutu Zdrowia Publicznego (IPH) pokazują, że podejście Irlandii Północnej może być lepiej rozumiane w szerszym kontekście wyspy, gdzie podobne wyzwania nierówności zdrowotnych są obserwowane po obu stronach granicy [73].

3.1.3.4. Norwegia

Norwegia jako państwo opiekuńcze, od wielu dekad traktuje kwestię równości zdrowotnej jako element szerszej polityki społecznej. Już w okresie międzywojennym ruch robotniczy i socjaldemokracja kładły nacisk na warunki życia - zatrudnienie, mieszkalnictwo, zabezpieczenie socjalne - jako fundament zdrowia publicznego [74]. Po II wojnie światowej, w miarę rozwoju instytucji państwa dobrobytu, kwestie sprawiedliwości społecznej zostały włączone do systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej, co stanowiło istotny wyróżnik w porównaniu z innymi krajami europejskimi [75].

W latach 80. XX wieku Norwegia, podobnie jak inne kraje skandynawskie, zaczęła wdrażać programy zainspirowane globalnymi inicjatywami WHO, takimi jak „Health for All 2000” czy Karta Ottawska. Jednak dopiero w latach 2000-ych temat nierówności zdrowotnych nabrał szczególnego znaczenia, zwłaszcza w kontekście dowodów na występowanie wyraźnego społecznego gradientu zdrowia. Kluczowym momentem było przyjęcie Strategii „Reducing Social Inequalities in Health” (2007), a następnie uchwalenie Ustawy o zdrowiu publicznym (Folkehelseloven) w 2012 r., która po raz pierwszy w sposób kompleksowy zobowiązała wszystkie poziomy administracji publicznej do podejmowania działań na rzecz redukcji nierówności zdrowotnych [75, 76].

Ramy prawne i polityki systemowe

Ustawa o zdrowiu publicznym z 2012 r. zdefiniowała zdrowie publiczne jako zadanie wspólne wszystkich sektorów polityki. Nałożyła na gminy obowiązek opracowywania strategii zdrowia publicznego oraz monitorowania lokalnych nierówności zdrowotnych. Przepisy podkreślały konieczność uwzględniania zdrowia we wszystkich politykach, od edukacji i rynku pracy, po planowanie przestrzenne i politykę podatkową [75]. Dzięki temu Norwegia stworzyła jedne z najbardziej kompleksowych ram prawnych w Europie, umożliwiających podejmowanie działań międzysektorowych.

W praktyce realizacja celów zależy jednak w dużym stopniu od potencjału gmin. Badania wskazują, że gminy o wyższych zasobach kadrowych i finansowych skuteczniej wdrażają polityki redukujące nierówności, podczas gdy mniejsze jednostki często ograniczają się do działań o charakterze formalnym [75, 76].

Wyniki badań i dowody naukowe

Mimo rozbudowanego państwa dobrobytu, w Norwegii utrzymują się wyraźne różnice zdrowotne według statusu społeczno-ekonomicznego. Dane z czterech rund badania HUNT (1984–2019) pokazują stabilność absolutnych nierówności w samoocenie zdrowia i zdrowiu psychicznym, ale jednocześnie wzrost nierówności względnych między grupami edukacyjnymi.

Osoby z najniższym wykształceniem istotnie częściej raportują zły stan zdrowia i dolegliwości psychiczne w porównaniu z osobami z wyższym wykształceniem [76].

Podobne wnioski płyną z badań nad śmiertelnością z powodu chorób układu krążenia. Analizy z projektu CVDNOR wykazały, że nawet przy powszechnym dostępie do leczenia, dochód i poziom wykształcenia pozostają istotnymi determinantami przeżywalności pacjentów z niewydolnością serca. Różnice były szczególnie widoczne wśród osób młodszych, co potwierdza tezę o kumulacji niekorzystnych czynników społecznych przez całe życie [77].

Z kolei analiza geograficzna wykazała, że pomiędzy hrabstwami Norwegii utrzymują się różnice w długości życia, sięgające kilku lat. W latach 1980–2014 średnia długość życia wzrosła z 75,6 do 82 lat, jednak mieszkańcy północy kraju wciąż odznaczają się gorszymi wskaźnikami zdrowotnymi w porównaniu z południem [78].

Spółeczny wymiar nierówności

Na poziomie indywidualnym i społecznym istotną rolę odgrywają także sieci wsparcia. Badania wskazują, że starsi Norwegowie o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej posiadają rozbudowane sieci kontaktów przyjacielskich i wsparcia społecznego, co sprzyja lepszemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. Natomiast w grupach uboższych deficyty w tym obszarze pogłębiają skutki deprivacji materialnej [74].

Dzieci i młodzież jako priorytet

W norweskiej strategii nierówności zdrowotnych szczególny nacisk położono na dzieciństwo i młodość jako kluczowe etapy życia. Wdrażano szerokie programy wsparcia rodzin i dzieci, m.in. powszechny dostęp do przedszkoli, darmowe posiłki w szkołach czy zajęcia sportowe finansowane przez gminy. Badania pokazują, że wczesne inwestycje w edukację i rozwój społeczny mogą ograniczać późniejsze różnice zdrowotne, jednak wciąż obserwuje się znaczące różnice w stanie zdrowia i stylu życia pomiędzy dziećmi z rodzin o różnym statusie ekonomicznym [75, 79].

Nierówności zdrowotne wśród migrantów

Norwegia, podobnie jak inne kraje skandynawskie, doświadcza rosnącej liczby migrantów. Wynik badań wskazują, że grupy imigranckie częściej doświadczają problemów zdrowotnych związanych z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą typu 2) oraz gorszego dostępu do profilaktyki. W Oslo i innych dużych miastach realizowane są specjalne programy lokalne, które mają na celu dotarcie do społeczności migranckich poprzez współpracę z liderami lokalnymi, tłumaczenie materiałów edukacyjnych i tworzenie kulturowo dostosowanych usług zdrowotnych [80].

System monitorowania nierówności

Norwegia wypracowała rozbudowany system monitorowania nierówności zdrowotnych. Główną rolę pełni Norweski Instytut Zdrowia Publicznego (Folkehelseinstituttet, FHI), który prowadzi rejestry zdrowotne i publikuje regularne raporty, m.in. „Public Health Profiles” oraz „Health Inequalities Monitoring”. Dane te obejmują wskaźniki dotyczące zdrowia, stylu życia, warunków życia i czynników społeczno-ekonomicznych na poziomie krajowym i lokalnym. Gminy są zobowiązane do wykorzystywania tych profili przy opracowywaniu własnych planów i strategii zdrowia publicznego [79, 81].

Przykładowo, w Trondheim lokalne władze wykorzystały dane z profili zdrowotnych do wdrożenia programu poprawy aktywności fizycznej wśród młodzieży, tworząc bezpieczne ścieżki rowerowe i finansując zajęcia sportowe dla rodzin o niskich dochodach. Takie działania pokazują, że monitoring nie pełni wyłącznie roli statystycznej, lecz może realnie wspierać kształtowanie lokalnych polityk [82].

Lokalne inicjatywy i współpraca międzysektorowa

Wdrażanie ustawy z 2012 r. doprowadziło do licznych inicjatyw lokalnych. Gminy opracowują strategie zdrowia publicznego, w ramach, których podejmują działania z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych, wspierania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży czy poprawy warunków mieszkaniowych. W wielu miejscach rozwijane są partnerstwa obejmujące szkoły, ośrodki zdrowia, służby socjalne oraz organizacje pozarządowe [75].

Najważniejsze doświadczenia Norwegii

- Strategia i legislacja - Narodowa strategia „Reducing Social Inequalities in Health” (2007) i Ustawa o zdrowiu publicznym (2012) stworzyły solidne ramy prawne i instytucjonalne do walki z nierównościami w zdrowiu;
- Państwo dobrobytu jako baza - norweski model „welfare state” zapewnia wysoki poziom zdrowia populacyjnego, ale nie eliminuje nierówności społecznych;
- Systematyczny monitoring - centralna rola FHI i obowiązek tworzenia lokalnych profili zdrowotnych wspierają proces decyzyjny;
- Dzieci i młodzież - inwestycje w wczesny rozwój są priorytetem, ale różnice zdrowotne w tym wieku nadal się utrzymują;
- Migranci jako grupa ryzyka - nierówności dotyczą w szczególności społeczności migranckiej, co wymaga kulturowo dostosowanych interwencji;
- Znaczenie działań lokalnych - skuteczność wdrażania zależy od zasobów gmin - najlepiej działają tam, gdzie istnieją silne partnerstwa międzysektorowe.

3.1.3.5. Holandia

Holandia od dekad zajmuje wyjątkowe miejsce w badaniach nad nierównościami w zdrowiu. Już w latach 80. XX wieku badacze tacy jak Johan P. Mackenbach i Karien Stronks rozpoczęli systematyczne analizy zróżnicowania zdrowotnego według statusu społeczno-ekonomicznego, pokazując, że różnice te pozostają znaczące nawet w dobrze rozwiniętym państwie dobrobytu [83]. W latach 90. pojawiły się pierwsze polityki krajowe ukierunkowane na redukcję nierówności, m.in. Gezondheidsnota, a w 2001 roku przyjęto Narodową Agendę Redukcji Nierówności w Zdrowiu. Jej oceny wykazały jednak ograniczoną skuteczność działań populacyjnych, co doprowadziło do zmiany kierunku - od programów centralnych do podejścia lokalnego i międzysektorowego [84].

Kolejne strategie zdrowia publicznego wyraźnie wpisywały kwestię nierówności jako priorytet. Szczególną rolę odegrało „National Prevention Agreement” (2018), zawarte między rządem, gminami, organizacjami społecznymi i sektorem prywatnym. Jego cele - walka z paleniem tytoniu, ograniczenie otyłości i nadmiernej konsumpcji alkoholu, realizowane były w duchu Health in All Policies, łącząc interwencje zdrowotne z polityką edukacyjną, środowiskową i społeczną [86]. Równolegle rozwijał się system ochrony zdrowia, oparty po reformie z 2006 roku na konkurencji regulowanej, co zapewniało powszechny dostęp do świadczeń, choć rodziło także obawy o pogłębianie nierówności w dostępie do profilaktyki i opieki specjalistycznej wśród osób o niskich dochodach [85].

Dowody naukowe i zróżnicowanie zdrowotne

Holandia należy do najlepiej przebadanych krajów Europy w obszarze nierówności zdrowotnych. Badania konsekwentnie pokazują różnice w długości życia - około 6-7 lat - między grupami o wysokim i niskim wykształceniu oraz w oczekiwanej długości życia w zdrowiu, które sięgają nawet 15-18 lat [83, 87]. Innymi słowy, osoby z niskim wykształceniem i niskimi dochodami spędzają znacznie większą część życia w złym zdrowiu, często z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu.

Projekty kohortowe, takie jak Maastricht Study, dostarczyły szczegółowych dowodów na temat społecznych i psychospołecznych uwarunkowań chorób metabolicznych, układu krążenia i zdrowia psychicznego. Wyniki jednoznacznie wskazują, że obciążenie stresem, poczucie braku kontroli nad życiem, niepewność ekonomiczna i izolacja społeczna są równie istotnymi determinantami, jak klasyczne czynniki ryzyka biologiczne czy behawioralne [87]. Badania wykazały też, że osoby o niskim statusie społecznym rzadziej korzystają z programów profilaktycznych, badań przesiewowych i usług specjalistycznych, nawet jeśli są one formalnie dostępne. Widać więc wyraźnie, że system ochrony zdrowia nie zawsze wyrównuje różnice, lecz niekiedy je utrwała.

Wymiary regionalne, społeczne i środowiskowe

Obok gradientu edukacyjno-dochodowego wyraźne są różnice terytorialne. Największe luki obserwuje się w dużych miastach - Rotterdamie, Amsterdamie, Utrechcie czy Hadze, gdzie koncentruje się ludność o niskim statusie społecznym i liczne społeczności migranckie. W Rotterdamie różnice w długości życia między bogatszymi a uboższymi dzielnicami sięgają nawet 7-8 lat [86]. Z kolei w północnych, bardziej peryferyjnych regionach kraju obserwuje się wyższe rozpowszechnienie chorób przewlekłych i gorszy dostęp do wyspecjalizowanych usług medycznych [88].

Znaczącą rolę odgrywają czynniki środowiskowe i urbanistyczne. Osoby z niższym statusem społecznym częściej mieszkają w dzielnicach o gorszej jakości powietrza, narażonych na hałas komunikacyjny i pozbawionych terenów zielonych. Badania wykazały, że ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza oraz brak dostępu do przyjaznych przestrzeni rekreacyjnych są silnie związane z chorobami sercowo-naczyniowymi, depresją i otyłością [87],[88]. Jednocześnie Holandia, znana z polityki rowerowej i urbanistyki sprzyjającej aktywności fizycznej, pokazuje, że właściwie zaprojektowane środowisko może ograniczać skutki nierówności, np. dzięki rozbudowie ścieżek rowerowych i zielonych przestrzeni w dzielnicach deprivowanych.

Migranci, mniejszości i wyzwania integracyjne

Holandia ma długą tradycję migracyjną, a społeczności z Turcji, Maroka, Surinamu i Antyli Holenderskich stanowią istotną część populacji. Badania pokazują, że grupy te mają wyższe wskaźniki chorób przewlekłych (zwłaszcza cukrzycy typu 2 i chorób układu krążenia) oraz gorsze wyniki zdrowia psychicznego. Bariery językowe, niski poziom wiedzy zdrowotnej i brak zaufania do instytucji sprawiają, że korzystanie z opieki zdrowotnej jest w tych grupach niższe [86].

Władze lokalne, zwłaszcza w Amsterdamie i Rotterdamie, wdrożyły specjalne programy skierowane do migrantów. Należą do nich kampanie informacyjne w wielu językach, zatrudnianie pracowników medycznych wywodzących się z danych społeczności oraz rozwijanie kulturowo dostosowanych form profilaktyki i opieki. Doświadczenia pokazują, że takie działania zwiększają skuteczność interwencji zdrowotnych i sprzyjają włączaniu grup mniejszościowych w polityki publiczne.

Nierówności w zdrowiu psychicznym i pandemia COVID-19

Nierówności szczególnie silnie ujawniają się w obszarze zdrowia psychicznego. Dane pokazują, że depresja, zaburzenia lękowe i stres są częstsze wśród osób z niższym wykształceniem i dochodami. Pandemia COVID-19 uwypukliła te różnice. W grupach o niskim statusie społecznym częściej obserwowano pogorszenie zdrowia psychicznego, rosnące problemy

finansowe i ograniczony dostęp do pomocy specjalistycznej. Młodzież z rodzin uboższych w szczególności odczuła skutki zamknięcia szkół i izolacji społecznej [86].

Reakcją rządu i gmin były m.in. dodatkowe kampanie wsparcia, programy cyfrowego dostępu do psychoterapii oraz akcje informacyjne kierowane do migrantów. Ich skuteczność była jednak zróżnicowana, a nierówności w zdrowiu psychicznym pozostały wyraźnym problemem.

Monitoring i przykłady lokalnych działań

Holandia posiada jeden z najlepiej rozwiniętych systemów monitorowania nierówności zdrowotnych w Europie. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) oraz Statistics Netherlands (CBS) regularnie publikują dane dotyczące zdrowia, stylu życia i warunków społecznych, rozbijane według statusu społeczno-ekonomicznego, regionu i grup etnicznych [88]. Dane te udostępniane są w formie interaktywnych profili zdrowotnych, które gminy wykorzystują do planowania działań.

Przykłady lokalne pokazują, jak monitoring przekłada się na praktykę. W Rotterdamie dane wskazujące na wysoki poziom otyłości dzieci w deprivowanych dzielnicach doprowadziły do uruchomienia programu darmowych śniadań szkolnych i budowy bezpiecznych przestrzeni rekreacyjnych. W Amsterdamie realizowany jest program „Healthy Weight Programme”, w którym szkoły, rodzice i służby miejskie wspólnie pracują nad zmianą stylu życia dzieci. W Utrechcie dane o niskim poziomie aktywności fizycznej w niektórych dzielnicach stały się podstawą strategii „Healthy Urban Living”, łączącej działania zdrowotne z planowaniem przestrzennym.

Lekcje wynikające z doświadczeń Holandii

Holandia dostarcza wielu lekcji dla polityki zdrowotnej, w szczególności w obszarze adresowania wyzwań związanych z nierównościami w zdrowiu:

- Badania naukowe są nie tylko źródłem wiedzy, ale też punktem wyjścia dla działań politycznych. Kraj ten pokazuje, jak silne zaplecze akademickie może wspierać politykę opartą na dowodach;
- Pomimo długiej tradycji strategii krajowych, największe efekty obserwuje się w inicjatywach lokalnych, dostosowanych do potrzeb społeczności;
- Kluczowe znaczenie mają psychospołeczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia, a więc polityka musi wykraczać poza sektor zdrowia i obejmować edukację, rynek pracy, mieszkalnictwo i urbanistykę;
- COVID-19 unaoczniał, że kryzysy pogłębiają istniejące nierówności, a system musi być przygotowany na ich łagodzenie;
- Mimo rozbudowanego systemu monitorowania i wieloletnich interwencji, różnice w długości życia i zdrowiu wciąż są znaczące, co wskazuje na potrzebę działań strukturalnych i długofalowych.

3.1.3.6. Niemcy

Niemcy jako jedno z największych państw Europy, charakteryzują się rozbudowanym systemem ochrony zdrowia opartym na ubezpieczeniach społecznych oraz wysokim poziomem wydatków zdrowotnych. Pomimo powszechnego dostępu do usług, w badaniach systematycznie dokumentowane są wyraźne różnice zdrowotne związane ze statusem społeczno-ekonomicznym, poziomem wykształcenia i regionem zamieszkania [89]. Zjawisko to obejmuje zarówno długość życia, jak i chorobowość czy stan zdrowia samooceniany.

W ostatnich dekadach w debacie publicznej i naukowej w Niemczech coraz większą wagę przywiązuje się do społecznych determinantów zdrowia. Dyskusja ta koncentruje się na edukacji, warunkach pracy i zatrudnienia, środowisku zamieszkania, a także na stylu życia i dostępie do profilaktyki. Analizy wskazują, że mimo silnego systemu opieki zdrowotnej, mechanizmy redystrybucji nie zdołały wyeliminować społecznego gradientu zdrowia [91].

Programy i instrumenty

Różnice w zdrowiu widoczne są już w dzieciństwie i młodości. Dane z wieloletniego badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) przeprowadzonego w Niemczech pokazują, że nierówności zdrowotne wśród młodzieży nie tylko się utrzymują, ale w niektórych obszarach nawet pogłębiają [90]. Dotyczy to m.in. problemów zdrowia psychicznego, aktywności fizycznej, nadwagi i otyłości. W badaniu odnotowano wyraźny wpływ statusu społeczno-ekonomicznego rodziny na dobrostan dzieci i nastolatków, a także różnice regionalne pomiędzy landami.

W odpowiedzi rozwijane są programy ukierunkowane na zdrowie dzieci i młodzieży w szkołach oraz lokalnych społecznościach. Szczególny nacisk kładzie się na edukację zdrowotną, profilaktykę chorób zakaźnych oraz promocję aktywności fizycznej. Wyzwaniem pozostaje jednak skalowanie działań i zapewnienie ich trwałości.

Na poziomie dorosłych i całej populacji, jednym z głównych tematów jest kwestia nierównego dostępu do świadczeń i subiektywnego poczucia niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych. Analizy z Europejskiego Sondażu Społecznego (2014) wykazały, że osoby o niższym wykształceniu i dochodach w Niemczech częściej raportują niezaspokojone potrzeby medyczne, nawet przy nominalnie równym dostępie do systemu [91]. Różnice te widoczne są zwłaszcza w korzystaniu z opieki specjalistycznej, profilaktyki oraz usług stomatologicznych.

Monitoring i dowody naukowe

Regularne raporty Instytutu Roberta Kocha (RKI) pokazują, że nierówności zdrowotne w Niemczech są zjawiskiem trwałym. Najbardziej systematyczne dane obejmują długość życia,

zachorowalność, występowanie czynników ryzyka (otyłość, palenie tytoniu, aktywność fizyczna), a także wskaźniki dotyczące zdrowia psychicznego [89]. Dane te wykorzystywane są do oceny trendów i planowania interwencji zdrowotnych na poziomie federalnym i landowym.

Badania jednoznacznie wskazują, że czynniki społeczno-ekonomiczne nadal silnie determinują zdrowie w Niemczech, a różnice między grupami edukacyjnymi i dochodowymi pozostają znaczące. Pomimo wysokiej jakości systemu opieki zdrowotnej, profilaktyka i dostęp do usług medycznych nie są równomiernie rozłożone, co potwierdzają zarówno badania populacyjne, jak i dane z Europejskiego Sondażu Społecznego [91].

Lekcje z doświadczeń Niemiec

- Nierówności zdrowotne w Niemczech mają charakter trwały i obejmują zarówno dzieci, jak i dorosłych, co wskazuje na konieczność działań obejmujących cały cykl życia [89, 90];
- Wczesna interwencja w szkołach i lokalnych społecznościach jest kluczowa, aby przerwać reprodukcję nierówności zdrowotnych z pokolenia na pokolenie [90];
- Pomimo powszechnego systemu ubezpieczeniowego, istnieją istotne różnice w dostępie do świadczeń i subiektywnym poczuciu ich niezaspokojenia, co pokazuje, że uniwersalizm w formalnym dostępie nie zawsze oznacza rzeczywistą równość [91];
- Monitoring prowadzony przez RKI dostarcza solidnych danych do planowania polityki zdrowotnej, ale wymaga stałego włączania do procesów decyzyjnych i praktyki lokalnej [89].

3.1.3.7. Francja

System ochrony zdrowia we Francji należy do najbardziej rozbudowanych w Europie, a jego fundamentem od końca II wojny światowej pozostaje Sécurité Sociale. W latach 40. XX wieku obejmowała ona przede wszystkim osoby pracujące, ale z czasem stopniowo rozszerzano zakres ubezpieczenia. W 2000 roku przyjęto ustawę Couverture Maladie Universelle (CMU), która zagwarantowała dostęp do podstawowej opieki wszystkim legalnym rezydentom, niezależnie od statusu zawodowego czy dochodów [92]. Kolejnym etapem była reforma z 2016 roku, wprowadzająca Protection Universelle Maladie (PUMA), która uprościła system i potwierdziła zasadę powszechnego dostępu [92].

Pomimo tak rozbudowanego modelu solidarnościowego, opartego na wysokim finansowaniu publicznym (wydatki na zdrowie sięgają 11% PKB), we Francji wciąż występują istotne nierówności zdrowotne. Ich źródłem są zarówno czynniki społeczne i ekonomiczne, jak i geograficzne, a także specyfika systemu, w którym współpłatności i rola dodatkowych ubezpieczeń (mutuelles) tworzą barierę dla części populacji [93].

Regionalne dysproporcje zdrowotne

Francja charakteryzuje się silnymi różnicami zdrowotnymi między północą a południem oraz między dużymi miastami, a terenami wiejskimi. Regiony północne (Hauts-de-France, Grand Est) notują wyższe wskaźniki umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów i chorób oddechowych niż regiony południowe (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur), gdzie mimo wyższego udziału osób starszych wskaźniki zdrowotne są korzystniejsze [93].

W dużych aglomeracjach widoczne są również kontrasty wewnętrzne. W Paryżu, Marsylii czy Lyonie dzielnice zamożne osiągają znacznie lepsze wyniki zdrowotne niż peryferyjne przedmieścia, gdzie kumulują się problemy bezrobocia, niższego wykształcenia i ograniczonej dostępności świadczeń [92, 93].

Nierówności społeczno-ekonomiczne i zdrowie psychiczne

Silny gradient społeczny we francuskim zdrowiu potwierdzają badania populacyjne, takie jak paryska kohorta SIRS. Pokazała ona, że osoby o niższym wykształceniu i gorszej sytuacji materialnej częściej cierpią na choroby przewlekłe i zaburzenia psychiczne. Wskaźniki depresji i lęku były szczególnie wysokie u kobiet, dla których edukacja stanowiła istotny czynnik ochronny, podczas gdy u mężczyzn większe znaczenie miał poziom dochodów [93].

Dane z badań i analiz Santé Publique France potwierdzają, że nierówności zdrowotne uległy nasileniu w czasie kryzysu finansowego po 2008 roku, a następnie w okresie pandemii COVID-19. Obciążenie zdrowia psychicznego w grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym jest we Francji jednym z najwyższych w Europie [93, 94].

Migranci, dzieci i osoby starsze

Szczególnym wyzwaniem są nierówności w grupach wrażliwych. Migranci częściej niż reszta populacji zgłaszają trudności w dostępie do świadczeń, co wynika z barier językowych, biurokratycznych i finansowych [94]. Dzieci z rodzin o niskim wykształceniu rodziców mają gorsze wskaźniki zdrowia jamy ustnej, wyższy poziom otyłości i większe ryzyko problemów psychicznych [93]. W przypadku osób starszych kumuluje się zjawisko „podwójnego obciążenia” - jednoczesne występowanie chorób przewlekłych i barier w dostępie do opieki długoterminowej, co pogłębia różnice regionalne i społeczne [94].

Rezygnacja z leczenia i bariery systemowe

Zjawisko *renoncement aux soins* - rezygnacji z leczenia - jest we Francji dobrze udokumentowane. Badania ogólnokrajowe wykazały, że ponad jedna czwarta dorosłych odłożyła w czasie lub zrezygnowała z opieki zdrowotnej, szczególnie w stomatologii i opiece specjalistycznej [95]. Najczęściej wskazywane powody to:

- brak środków na współpłatności i dodatkowe ubezpieczenia (*mutuelles*),
- długie kolejki i niedobór specjalistów w regionach wiejskich,

- skomplikowane procedury administracyjne [95],[96].

W odpowiedzi rząd uruchomił program Complémentaire santé solidaire (CSS), umożliwiającą darmowe lub nisko kosztowe dodatkowe ubezpieczenie dla osób o niskich dochodach, oraz reformę „100% Santé”, która gwarantuje pełne pokrycie kosztów podstawowych usług stomatologicznych, optycznych i protetycznych [95]. Wstępne ewaluacje wskazują, że programy te zmniejszyły skalę rezygnacji z leczenia wśród grup najbardziej narażonych, choć nadal nie zlikwidowały problemu całkowicie [96].

Polityka zdrowia publicznego – profilaktyka i promocja zdrowia

Francja prowadzi jedną z najbardziej aktywnych w Europie polityk antytytoniowych i alkoholowych. Podwyżki akcyzy, zakaz reklamy tytoniu (ustawa Evin z 1991 r.), a także programy profilaktyczne w szkołach przyczyniły się do spadku palenia wśród młodzieży. Jednak badania pokazują, że spadek ten był wolniejszy w grupach o niższym statusie społecznym, co utrzymuje nierówności w tym zakresie [94].

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku otyłości i chorób metabolicznych - krajowe programy zdrowotne poprawiły wyniki w populacji ogólnej, ale różnice klasowe w zachowaniach zdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna) pozostały istotne [93].

Monitoring nierówności zdrowotnych

We Francji istnieje rozbudowany system monitorowania zdrowia i nierówności, oparty na badaniach narodowych i regionalnych. Najważniejsze inicjatywy to:

- CONSTANCES - największa kohorta zdrowotna w kraju, obejmująca ponad 200 tys. osób,
- Enquête Santé et Protection Sociale - cykliczne badania IRDES,
- Raporty Santé Publique France - regularnie analizujące nierówności zdrowotne i czynniki ryzyka [92, 93].

Monitoring potwierdza, że choć ogólny stan zdrowia populacji poprawia się (spadek śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, wydłużenie życia), różnice społeczno-ekonomiczne i regionalne pozostają stabilne, a w niektórych obszarach - jak zdrowie psychiczne - nawet rosną [93, 94].

Lekcje z doświadczeń Francji

- Równość formalna nie oznacza równości faktycznej - powszechne ubezpieczenie nie usuwa barier finansowych i geograficznych;
- Redystrybucja regionalna jest niezbędna do zmniejszania różnic północ-południe i miasto-wieś;

- Migranci, dzieci i seniorzy to grupy szczególnie narażone, wymagające ukierunkowanych interwencji;
- Rezygnacja z leczenia jest ważnym wskaźnikiem nierówności - jej redukcja wymaga dalszych działań;
- Zdrowie psychiczne pozostaje jednym z największych wyzwań, szczególnie w kontekście nierówności płciowych i społecznych;
- Stały monitoring i ewaluacja polityk są nieodzowne, by dostosować system do zmieniających się potrzeb społecznych.

3.1.3.8. Włochy

System ochrony zdrowia we Włoszech kształtował się stopniowo. Po II wojnie światowej rozwijał się w modelu ubezpieczeniowym, obejmując coraz większą część populacji, ale w sposób fragmentaryczny i nierówny. Poszczególne grupy zawodowe korzystały z różnych świadczeń, a osoby bez stałego zatrudnienia pozostawały poza systemem.

Przełom nastąpił w 1978 roku wraz z ustawą nr 833, która utworzyła Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Wzorowany częściowo na brytyjskim NHS, system oparty na finansowaniu podatkowym i zasadach uniwersalizmu miał na celu zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń wszystkim obywatelom [97]. Była to odpowiedź na rosnące nierówności w zdrowiu oraz presję ruchów społecznych i związkowych.

Lata 90. przyniosły jednak silną decentralizację. Reforma z 1992 roku oraz nowelizacja konstytucji z 2001 roku przyznały regionom szeroką autonomię w zakresie organizacji i finansowania opieki. W praktyce oznacza to istnienie „21 systemów zdrowotnych” – różniących się jakością, zakresem usług i sprawnością zarządzania [97]. Taka fragmentacja wzmocniła istniejące już różnice regionalne w zdrowiu.

Regionalne nierówności zdrowotne

Nierówności zdrowotne we Włoszech mają przede wszystkim wymiar geograficzny. Analizy Global Burden of Disease 2021 wykazały, że oczekiwana długość życia przy dobrym zdrowiu w północnych regionach (Lombardia, Emilia-Romania, Veneto) jest średnio o 2–3 lata wyższa niż w południowych (Kampania, Kalabria, Sycylia) [98].

Podobne różnice dotyczą wskaźników Disability-Adjusted Life Years (DALY). Na południu większe jest obciążenie chorobami układu krążenia, nowotworami i chorobami metabolicznymi, a także wyższa częstość otyłości i cukrzycy. W północnych Włoszech lepszy dostęp do diagnostyki i programów profilaktycznych pozwala na wcześniejsze wykrywanie chorób i skuteczniejsze leczenie [98].

Charakterystycznym zjawiskiem jest tzw. „mobilność zdrowotna” - migracja pacjentów z południa do północnych regionów w poszukiwaniu lepszej jakości usług i krótszych kolejek.

Zjawisko to nie tylko pogłębia różnice w zdrowiu, lecz także obciąża finansowo biedniejsze regiony, które muszą refundować koszty świadczeń udzielanych gdzie indziej [97].

Nierówności społeczno-ekonomiczne

Nierówności we Włoszech nie mają jedynie charakteru regionalnego. Duże znaczenie mają czynniki społeczne i ekonomiczne. Badania wykazały, że osoby o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia częściej rezygnują z leczenia z powodu kosztów współpłatności, długiego czasu oczekiwania czy braku transportu [99]. Dotyczy to zwłaszcza usług stomatologicznych i specjalistycznych, gdzie udział prywatnych wydatków jest szczególnie wysoki.

Styl życia jest istotnym czynnikiem różnicującym zdrowie Włochów. Otyłość, palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna częściej występują w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. W regionach południowych wskaźniki otyłości wśród dzieci są znacznie wyższe niż na północy. Jednocześnie badania wskazują na wyraźną zależność między wskaźnikiem Giniego a długością życia - im większe nierówności dochodowe, tym gorsze wskaźniki zdrowotne [100].

Reformy i odpowiedź polityczna

Aby ograniczać nierówności, Włochy podejmują różnorodne działania. Kluczowa była reforma podstawowej opieki zdrowotnej z 2022 roku, która zapoczątkowała tworzenie Case della Comunità - centrów zdrowia wspólnotowego. Mają one integrować lekarzy rodzinnych, pielęgniarki, psychologów i specjalistów w jednym miejscu, poprawiając dostęp do świadczeń w regionach peryferyjnych [101].

Ogromne znaczenie ma także Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), czyli krajowy plan odbudowy po pandemii COVID-19. Zakłada on wielomiliardowe inwestycje w infrastrukturę, modernizację szpitali, rozwój telemedycyny i cyfryzacji oraz wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej [101].

Wpływ pandemii COVID-19

Pandemia uwidoczniła słabości włoskiego systemu i pogłębiła istniejące nierówności zdrowotne. Północne Włochy, które były pierwszym ogniskiem epidemii w Europie, doświadczyły ogromnego obciążenia systemu szpitalnego, ale jednocześnie dysponowały lepszą infrastrukturą. Regiony południowe, mimo mniejszej liczby przypadków w pierwszej fali, miały większe problemy z zapewnieniem opieki dla pacjentów przewlekle chorych i osób starszych, co przełożyło się na wzrost zgonów z przyczyn pośrednich [98].

Lekcje z doświadczeń Włoch

Przykład Włoch dostarcza kilku istotnych wniosków dla polityki zdrowotnej:

- Decentralizacja bez redystrybucji pogłębia różnice - autonomia regionów doprowadziła do fragmentacji systemu i utrwalenia podziału północ-południe;
- Mobilność zdrowotna jako wskaźnik nierówności - masowe przemieszczanie się pacjentów wskazuje na brak równomiernej jakości usług;
- Znaczenie podstawowej opieki i telemedycyny - reforma Case della Comunità oraz inwestycje w cyfryzację mogą stać się kluczowe dla zmniejszania dysproporcji;
- Społeczne determinanty zdrowia - nierówności dochodowe, edukacyjne i stylu życia mają bezpośrednie przełożenie na długość życia i zdrowie populacji;
- Kryzysy jako test systemu - doświadczenia COVID-19 pokazały, że regiony o lepszej infrastrukturze radzą sobie lepiej, co pogłębia nierówności w sytuacjach nadzwyczajnych.

3.1.3.9. Kanada

Kanada od dziesięcioleci uznawana jest za kraj o jednym z najbardziej egalitarnych systemów opieki zdrowotnej w świecie zachodnim. Fundamentem jest Medicare - publiczny system ubezpieczenia zdrowotnego, który powstał w latach 60. XX wieku, początkowo w Saskatchewan, a następnie został rozszerzony na cały kraj. Podstawą prawną jest Canada Health Act z 1984 roku, który gwarantuje obywatelom powszechny dostęp do podstawowej opieki medycznej, finansowanej z podatków [102].

Unikatową cechą systemu kanadyjskiego jest podział kompetencji między federację, a prowincje i terytoria. Rząd federalny ustala ramy prawne i finansowe, a prowincje odpowiadają za organizację i świadczenie usług. Ta decentralizacja pozwala na dostosowanie polityk do lokalnych warunków, ale jednocześnie prowadzi do różnic regionalnych w dostępności i jakości usług [102].

Społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu

Mimo powszechnego dostępu do świadczeń, w Kanadzie utrzymuje się silny gradient społeczno-ekonomiczny. Badania populacyjne wskazują, że osoby o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia żyją średnio o 5-7 lat krócej niż osoby z grup najlepiej sytuowanych [103]. Dane potwierdzają, że choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia czy przewlekłe choroby układu oddechowego, częściej występują wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Różnice te przekładają się także na wyższą częstość hospitalizacji z przyczyn możliwych do uniknięcia [103].

Rdzenni mieszkańcy i mniejszości etniczne

Największe nierówności obserwuje się wśród rdzennych mieszkańców Kanady - First Nations, Inuitów i Métisów. Ich średnia długość życia jest nawet o dekadę krótsza niż populacji ogólnej, a wskaźniki chorób przewlekłych, samobójstw i uzależnień są znacząco wyższe [104]. Trudności w dostępie do opieki (szczególnie na terenach odległych), skutki historycznych doświadczeń kolonializmu i systemu szkół z internatem oraz bariery kulturowe i językowe nadal wpływają na ich zdrowie. Nierówności dotyczą również mniejszości rasowych i etnicznych, np. badania wykazały wyższe ryzyko nadciśnienia i cukrzycy u czarnoskórych Kanadyjczyków w porównaniu z białymi [104].

Zdrowie psychiczne i choroby przewlekłe

Zdrowie psychiczne to jeden z obszarów, w których nierówności są szczególnie widoczne. Analizy pokazują, że depresja i lęki częściej występują wśród osób o niskich dochodach, a dostęp do usług psychologicznych jest ograniczony, wiele z nich wymaga prywatnych płatności [105]. W ostatnich dwóch dekadach zaobserwowano wzrost częstości zaburzeń nastroju i lękowych, przy jednoczesnym pogłębianiu się nierówności dochodowych. Wzrost nierówności dotyczy również chorób przewlekłych - otyłość, nadciśnienie i cukrzyca typu 2 częściej występują w grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym oraz w społecznościach rdzennych [105].

Starzenie się populacji

Kanada jest jednym z najszybciej starzejących się krajów OECD - do 2030 roku ponad jedna czwarta populacji będzie miała więcej niż 65 lat. Nierówności w zdrowiu seniorów są szczególnie wyraźne. Osoby starsze o niskich dochodach częściej cierpią na wielochorobowość, mają ograniczony dostęp do opieki długoterminowej i częściej mieszkają w regionach z niedoborem kadr medycznych. Badania wykazały, że jakość życia i zdrowie funkcjonalne są znacznie gorsze u osób powyżej 80. roku życia, kobiet oraz seniorów mieszkających w niektórych regionach (np. prerie i Ontario zachodnie) [106].

Polityki i inicjatywy na rzecz redukcji nierówności

Kanada prowadzi aktywną politykę na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych. PHAC oraz CIHI regularnie publikują raporty monitorujące nierówności w zdrowiu, analizując je według dochodu, wykształcenia, miejsca zamieszkania i statusu imigracyjnego [107]. Na poziomie prowincji rozwijane są inicjatywy place-based, integrujące działania ochrony zdrowia, edukacji i polityki społecznej. Rząd federalny promuje także podejście „Health in All Policies”, zgodnie z zaleceniami WHO [107].

Lekcje z doświadczeń Kanady

Z analizy przypadku kanadyjskiego płynię kilka wniosków:

- Uniwersalny system nie wystarcza - Medicare zapewnia powszechny dostęp, ale nie eliminuje nierówności wynikających z czynników społecznych;
- Rdzenni mieszkańcy to grupa najbardziej narażona - ich sytuacja zdrowotna stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań;
- Nierówności w zdrowiu psychicznym i przewlekłym wymagają dalszych działań i integracji usług;
- Monitorowanie danych (PHAC, CIHI) to jeden z kluczowych atutów Kanady;
- Starzenie się populacji, w połączeniu z nierównościami dochodowymi, pogłębi wyzwania w przyszłości.

3.1.3.10. Stany Zjednoczone

System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych od początku rozwijał się w kierunku silnie rynkowym. W odróżnieniu od większości krajów uprzemysłowionych, nie wprowadzono powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dostęp do opieki przez dziesięciolecia zależał przede wszystkim od zatrudnienia i możliwości finansowych gospodarstw domowych. Przełomowe zmiany wprowadzono w latach 60. XX wieku wraz z utworzeniem programów Medicare (dla osób powyżej 65. roku życia i niektórych grup chorych) oraz Medicaid (dla osób ubogich) [108].

Dopiero reforma prezydenta Baracka Obamy - Affordable Care Act (ACA) z 2010 roku - znacząco poszerzyła zakres ochrony, zapewniając subsydiowane ubezpieczenia prywatne i rozszerzając Medicaid w większości stanów. Pomimo tego w 2023 roku około 8% populacji pozostawało bez ubezpieczenia zdrowotnego, co oznacza miliony osób pozbawionych stabilnego dostępu do opieki zdrowotnej [109].

Silna rola sektora prywatnego i ubezpieczycieli, fragmentacja między stanami oraz zróżnicowane programy publiczne sprawiają, że system amerykański jest jednym z najbardziej złożonych na świecie i jednym z najdroższych, a jednocześnie najślabiej radzących sobie z redukcją nierówności [110].

Spółeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu

Nierówności w zdrowiu w USA są głębokie i dobrze udokumentowane. Istnieje wyraźny gradient społeczny - długość życia wśród mężczyzn o najwyższych dochodach jest o 10-15 lat dłuższa niż wśród najbiedniejszych. Dane z badań populacyjnych pokazują, że różnice te pogłębiają się od lat 80. i dotyczą zarówno długości życia, jak i umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów czy cukrzycy.

Kolejnym czynnikiem różnicującym jest wykształcenie - Amerykanie bez dyplomu szkoły średniej żyją średnio dekadę krócej niż absolwenci szkół wyższych. Wskaźniki otyłości, palenia tytoniu czy cukrzycy są wyraźnie wyższe w grupach o niskim poziomie edukacji [111].

Różnice rasowe i etniczne

W Stanach Zjednoczonych szczególnie istotne są różnice zdrowotne między grupami rasowymi i etnicznymi. Afroamerykanie i rdzenni mieszkańcy (Native Americans, Alaska Natives) od dziesięcioleci doświadczają wyższej umieralności i niższej oczekiwanej długości życia niż biali Amerykanie. Pandemia COVID-19 unaoczniała te dysproporcje - umieralność wśród Afroamerykanów i Latynosów była ponad dwukrotnie wyższa niż wśród białych Amerykanów, głównie ze względu na większe ryzyko zawodowe, gorsze warunki mieszkaniowe i ograniczony dostęp do opieki [112].

Zdrowie psychiczne i uzależnienia

Nierówności widoczne są także w obszarze zdrowia psychicznego i uzależnień. Kryzys opioidowy, który od lat 2000-ych dotknął miliony Amerykanów, szczególnie mocno uderzył w społeczności biedniejsze i zdeindustrializowane regiony środkowego Zachodu i Appalachów.

Depresja i lęki częściej występują wśród osób o niższych dochodach, a dostęp do terapii jest ograniczony, ponieważ wiele usług psychoterapeutycznych wymaga prywatnych płatności. Analizy wskazują, że różnice w dostępie do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień należą do największych w OECD [110].

Działania polityczne i inicjatywy na rzecz redukcji nierówności

Rząd federalny i poszczególne stany podejmują różnorodne inicjatywy, aby przeciwdziałać nierównościom zdrowotnym. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) co roku publikuje National Healthcare Quality and Disparities Report, który dokumentuje dysproporcje w dostępie, jakości i wynikach zdrowotnych [109].

Raporty i analizy podkreślają, że nierówności w zdrowiu wynikają z głębokich uwarunkowań społecznych - segregacji mieszkaniowej, ubóstwa, braku dostępu do edukacji i dyskryminacji rasowej - i że bez działań na poziomie całego społeczeństwa trudno będzie je ograniczyć [108].

Na poziomie federalnym działa także Office of Minority Health w ramach Department of Health and Human Services, prowadzący programy skierowane do Afroamerykanów, Latynosów, rdzennych mieszkańców i społeczności azjatyckich. Ważną rolę odgrywają też inicjatywy lokalne, takie jak partnerstwa społecznościowe w zakresie opieki pierwotnej czy programy Accountable Communities for Health [111].

Lekcje wynikające z doświadczeń Stanów Zjednoczonych

Analiza przykładu USA prowadzi do kilku kluczowych wniosków:

- Brak powszechnego systemu ubezpieczeń sprzyja nierównościom - nawet po Affordable Care Act (ACA) miliony osób pozostają bez ubezpieczenia;
- Różnice rasowe i etniczne są fundamentalnym problemem - ich źródła tkwią w historii segregacji i systemowej dyskryminacji;
- Społeczne determinanty zdrowia - mieszkalnictwo, edukacja, zatrudnienie - mają większe znaczenie dla zdrowia niż sama opieka medyczna;
- Pandemia COVID-19 jako soczewka - unaoczniała dramatyczne różnice w zdrowiu między grupami społecznymi i etnicznymi;
- Polityki lokalne i międzysektorowe - oddolne inicjatywy w społecznościach mogą łagodzić nierówności tam, gdzie brakuje spójnych rozwiązań federalnych.

3.1.3.11. Brazylia

Brazylia jest jednym z największych krajów, które podjęły próbę zbudowania powszechnego systemu ochrony zdrowia w realiach wysokich nierówności społecznych i ekonomicznych. Do lat 80. XX wieku dostęp do opieki zdrowotnej był ściśle związany z zatrudnieniem - obejmował głównie pracowników formalnych sektorów gospodarki i ich rodziny, a miliony osób funkcjonowały poza systemem [113].

Przełom nastąpił wraz z przyjęciem konstytucji w 1988 roku, która ustanowiła Sistema Único de Saúde (SUS) – uniwersalny, podatkowo finansowany system ochrony zdrowia oparty na zasadzie równości i powszechności [113]. SUS stał się jednym z największych publicznych systemów zdrowotnych na świecie, obejmując ponad 200 milionów ludzi. Kluczową rolę w jego wdrażaniu odegrała Family Health Strategy (FHS) – zintegrowana forma podstawowej opieki zdrowotnej, w której zespoły interdyscyplinarne świadczą usługi bezpośrednio w społecznościach lokalnych [114].

Skala i charakter nierówności zdrowotnych

Mimo ogromnego postępu, Brazylia pozostaje krajem o wyraźnych nierównościach zdrowotnych. Dane wskazują na kilka głównych wymiarów tych różnic:

- Dochód i edukacja - umieralność niemowląt i dzieci jest istotnie wyższa w najbiedniejszych gospodarstwach domowych, a przewlekłe choroby - w tym cukrzyca i nadciśnienie - częściej występują wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym [113, 115];

- Geografia - różnice między bogatszym południem, a biedniejszym północnym wschodem i Amazonką pozostają znaczące, zarówno pod względem długości życia, jak i dostępności świadczeń medycznych [115];
- Rasa i etniczność - Afro-Brazylijczycy oraz rdzenne społeczności nadal doświadczają gorszego stanu zdrowia i ograniczonego dostępu do usług, co wiąże się z historycznym dziedzictwem nierówności i dyskryminacji [116];
- Zdrowie matek i dzieci - choć w ostatnich dekadach osiągnięto duże postępy, różnice w śmiertelności matek i noworodków utrzymują się pomiędzy regionami i grupami społecznymi [115].

Monitoring i dane o nierównościach

Brazylia rozwinęła rozbudowany system monitorowania zdrowia, oparty na badaniach krajowych i danych administracyjnych. Analizy wskazują, że systematyczne gromadzenie danych pozwala śledzić postępy w redukcji nierówności, m.in. w dostępie do szczepień czy opieki prenatalnej. Badania wykazują jednak, że niezaspokojone potrzeby zdrowotne, w tym ograniczony dostęp do leków, pozostają znaczącym problemem zwłaszcza wśród populacji ubogich i wiejskich [115].

Przykłady inicjatyw i reform

Wdrożenie SUS i FHS przyniosło znaczne sukcesy zdrowotne. Brazylia stała się globalnym liderem w walce z HIV/AIDS, wprowadzając powszechny dostęp do terapii antyretrowirusowej, a programy szczepień osiągnęły bardzo wysokie wskaźniki pokrycia [114, 115].

Ekspansja FHS była kluczowa w ograniczaniu umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia - badania wskazują, że rozszerzenie podstawowej opieki zdrowotnej przyczyniło się do spadku śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, udarów i innych schorzeń przewlekłych [114]. Mimo tych osiągnięć, system boryka się z poważnymi wyzwaniami w obszarze zdrowia psychicznego. Dostęp do leczenia depresji i uzależnień pozostaje nierówny i ograniczony [117].

Wyzwania współczesne

Do najważniejszych problemów współczesnego brazylijskiego systemu zdrowotnego, które przyczyniają się do pogłębiania nierówności w zdrowiu, należą:

- Niedofinansowanie - wydatki publiczne na zdrowie pozostają niższe niż średnia OECD, co ogranicza rozwój SUS [115];
- Podwójny system - obok SUS istnieje dynamiczny sektor prywatny, który zwiększa różnice między grupami społecznymi [115];

- Trwałe nierówności rasowe i społeczne - Afro-Brazylijczycy i rdzenni mieszkańcy wciąż napotykać bariery w dostępie do specjalistycznych usług [116];
- Pandemia COVID-19 - miała szczególnie dotkliwe skutki w ubogich regionach i wśród grup marginalizowanych, powodując znaczący spadek oczekiwanej długości życia [115].

Lekcje wynikające z doświadczeń Brazylii

Z brazylijskiego przypadku płynie kilka ważnych wniosków:

- Uniwersalne prawo do zdrowia to fundament - wpisanie go do konstytucji stworzyło trwałe podstawy systemu;
- Podstawowa opieka zdrowotna ma kluczowe znaczenie - FHS pokazuje, że lokalne, zintegrowane działania mogą redukować nierówności;
- Monitorowanie i dane są niezbędne - pozwalają oceniać skuteczność polityk i identyfikować obszary największych potrzeb;
- czynniki społeczne i rasowe pozostają kluczowymi determinantami zdrowia - bez walki z ubóstwem i dyskryminacją nierówności będą się utrzymywać;
- Kryzysy obnażają słabości systemu - pandemia COVID-19 unaoczniała, jak szybko nierówności mogą się pogłębić.

3.1.3.12. Australia

Australia należy do państw o wysokim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego i posiada uniwersalny system opieki zdrowotnej oparty na Medicare, który finansowany jest ze środków publicznych i zapewnia bezpłatny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług szpitalnych. Uzupełnia go Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), gwarantujący refundację wielu leków [118].

Pomimo powszechnego charakteru systemu, utrzymują się wyraźne nierówności zdrowotne. Wynikają one z gradientu społeczno-ekonomicznego - osoby o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia częściej chorują przewlekłe, rzadziej korzystają z profilaktyki i szybciej umierają [119]. Nierówności te widoczne są również w dostępie do świadczeń - osoby z wyższych warstw społeczno-ekonomicznych częściej korzystają z usług dentystycznych i specjalistycznych, podczas gdy gorzej sytuowani częściej odwiedzają lekarzy pierwszego kontaktu [118].

Znaczące są także nierówności geograficzne - mieszkańcy obszarów wiejskich i odległych mają ograniczony dostęp do specjalistów i infrastruktury medycznej, co przekłada się na gorsze wyniki zdrowotne [120].

Zdrowie ludności rdzennej

Największe dysproporcje obserwuje się wśród Aboriginal and Torres Strait Islander peoples. Oczekiwana długość życia mężczyzn rdzennej ludności jest o około 8-9 lat krótsza niż w populacji nierdzennej, a kobiet o 7-8 lat. Różnice te dotyczą także chorób przewlekłych - cukrzycy typu 2, chorób serca, niewydolności nerek, nowotworów i zaburzeń psychicznych. Wskaźniki hospitalizacji i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia są znacząco wyższe wśród ludności rdzennej niż nierdzennej [121].

Istotną rolę odgrywa także dyskryminacja i doświadczany rasizm, które pogarszają stan zdrowia oraz dostęp do opieki. Badania pokazują, że w regionach o wysokim poziomie sprzeciwu wobec uznania głosu politycznego ludności rdzennej, jej zdrowie psychiczne i fizyczne jest znacząco gorsze, a dostęp do opieki bardziej ograniczony [122].

Aby przeciwdziałać tym dysproporcjom, w 2008 roku wprowadzono strategię „Closing the Gap”, której celem jest zmniejszenie różnic w zdrowiu, edukacji i zatrudnieniu. Pomimo pewnych postępów (np. w redukcji śmiertelności niemowląt), wiele wskaźników poprawia się zbyt wolno, a część celów nadal pozostaje nieosiągnięta [121].

Polityki i inicjatywy rządowe

Australia wdrożyła szereg programów mających ograniczyć nierówności zdrowotne, m.in.:

- National Disability Insurance Scheme (NDIS) - zapewniający dostęp do opieki i usług wspierających osoby z niepełnosprawnościami [118];
- programy w zakresie zdrowia psychicznego, w tym prewencji samobójstw, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży i ludności rdzennej [119];
- strategii walki z chorobami przewlekłymi - obejmujące profilaktykę otyłości i cukrzycy oraz redukcję palenia tytoniu [121];
- rozwój telemedycyny, szczególnie ważny w obszarach wiejskich i odległych [120].

Monitoring i dane

Australijski system monitorowania nierówności należy do najlepiej rozwiniętych na świecie. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) oraz Australian Bureau of Statistics (ABS) publikują regularne raporty, obejmujące m.in. różnice w długości życia, chorobowości i dostępie do usług według statusu społeczno-ekonomicznego, miejsca zamieszkania i pochodzenia etnicznego [123].

Coraz większy nacisk kładzie się na Indigenous data governance, czyli tworzenie i wykorzystywanie danych dotyczących ludności rdzennej we współpracy z jej organizacjami. Podejście to zwiększa wiarygodność analiz i pozwala na bardziej adekwatne kształtowanie polityk [123].

Wyzwania współczesne

Do głównych wyzwań należą:

- utrzymująca się luka zdrowotna ludności rdzennej (ok. 8-9 lat w długości życia) [121];
- wysoki odsetek chorób przewlekłych związanych z nierównościami społecznymi [119];
- gorszy dostęp do usług w regionach wiejskich i odległych [120];
- rosnący wpływ zmian klimatycznych - fale upałów, pożary i ekstremalne zjawiska pogodowe, które w sposób nierówny dotyczą osoby starsze, chore przewlekle i społeczności ubogie [121].

Lekcje z doświadczeń Australii

- Powszechny system nie eliminuje nierówności - Medicare zapewnia bazę, ale różnice społeczno-ekonomiczne i etniczne wymagają ukierunkowanych działań;
- Partnerstwo z ludnością rdenną - trwałe efekty przynosi współtworzenie polityk i usług zdrowotnych z organizacjami działającymi na rzecz ludności rdzennej;
- Solidny monitoring - systematyczne raportowanie AIHW i ABS umożliwia ocenę postępów i identyfikację luk;
- Telemedycyna i innowacje cyfrowe - skutecznie zmniejszają bariery w dostępie do opieki;
- Uwzględnianie zmian klimatycznych - są one nowym źródłem nierówności zdrowotnych i wymagają zintegrowanej odpowiedzi.

3.1.3.13. Japonia

Japonia należy do państw o bardzo wysokim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego i posiada powszechny system opieki zdrowotnej, który łączy elementy publiczne i prywatne. Kluczową cechą tego systemu jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne obejmujące całą populację oraz silne regulacje państwowe dotyczące cen świadczeń [124].

Nierówności zdrowotne

Pomimo ogólnie wysokiego poziomu zdrowia społeczeństwa japońskiego, badania wskazują na utrzymywanie się istotnych różnic zdrowotnych. W okresie długotrwałej stagnacji gospodarczej (1992-2013) nie obserwowano znaczącego pogłębiania się nierówności zdrowotnych mierzonych samooceną stanu zdrowia, choć różnice związane z dochodem nadal były obecne, zwłaszcza wśród dorosłych [125].

Istotną rolę odgrywa poziom wykształcenia - osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują dobry stan zdrowia, rzadziej palą papierosy i częściej uczestniczą w badaniach

przesiewowych w kierunku nowotworów. Z kolei osoby o niższym wykształceniu częściej doświadczają złej samooceny zdrowia i wyższego poziomu stresu psychicznego [126].

Znaczące są także nierówności geograficzne. W Japonii mieszkańcy obszarów wiejskich mają trudniejszy dostęp do świadczeń, szczególnie w zakresie specjalistycznej i skoordynowanej opieki medycznej. Wynika to m.in. z niedoboru lekarzy i koncentracji specjalistów w dużych ośrodkach miejskich [127].

Zdrowie i starzenie się społeczeństwa

Badania epidemiologiczne prowadzone od końca lat 90 XX w. potwierdziły, że nierówności zdrowotne w Japonii są silnie związane z czynnikami społecznymi - poziomem dochodu, wykształceniem oraz kapitałem społecznym. Projekt Japanese Gerontological Evaluation Study (JAGES) ujawnił, że osoby starsze z niższych grup społeczno-ekonomicznych częściej cierpią na depresję, ograniczenia funkcjonalne i wyższe ryzyko przedwczesnej śmierci [124].

Wykazano również, że uczestnictwo w organizacjach społecznych i aktywność w grupach lokalnych sprzyjają lepszemu zdrowiu psychicznemu i niższemu ryzyku demencji czy potrzeby opieki długoterminowej. Brak takich powiązań społecznych częściej dotyczy osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [124].

Polityki i inicjatywy rządowe

Japonia wdrożyła szereg polityk zdrowotnych, których celem jest ograniczenie nierówności zdrowotnych, m.in.:

- Health Japan 21 (drugi etap, 2013–2023) - krajowa strategia, która wprost wskazuje redukcję nierówności zdrowotnych jako priorytet [124];
- programy w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych, takich jak nowotwory, choroby układu krążenia czy cukrzyca, często powiązane z edukacją zdrowotną i promocją aktywności fizycznej [126];
- inicjatywy na rzecz poprawy dostępu do opieki na obszarach wiejskich, choć wciąż brakuje jednolitego wskaźnika określającego stopień „peryferyjności” i tym samym efektywnego narzędzia monitorowania nierówności w tym zakresie [127].

Monitoring i dane

Jednym z filarów badań nad nierównościami zdrowotnymi w Japonii są szeroko zakrojone, wieloletnie badania populacyjne, takie jak Comprehensive Survey of Living Conditions (CSLC) czy wspomniany JAGES. Dane te wykorzystywane są zarówno w analizach akademickich, jak i w planowaniu polityk zdrowotnych [124, 125, 126].

Dzięki nim możliwe było m.in. wykazanie, że pomimo stagnacji gospodarczej w latach 1990-2010 długość życia w Japonii rosła, a nierówności zdrowotne nie pogłębiały się w sposób systematyczny [125].

Wyzwania współczesne

Do głównych wyzwań należą:

- utrzymująca się luka zdrowotna między grupami o różnym poziomie wykształcenia i dochodów [126];
- nierówności geograficzne - ograniczony dostęp do usług zdrowotnych w obszarach wiejskich i na wyspach [127];
- starzenie się populacji i związane z tym wyzwania w zakresie opieki długoterminowej [124];
- konieczność wypracowania spójnych wskaźników i narzędzi do monitorowania jakości opieki w różnych regionach [127].

Lekcje z doświadczeń Japonii

- Powszechny system opieki zdrowotnej nie eliminuje nierówności - różnice społeczno-ekonomiczne i terytorialne nadal są znaczące;
- Badania społeczne i epidemiologiczne - takie jak JAGES - umożliwiają systematyczne dokumentowanie skali problemu i wspierają politykę opartą na dowodach;
- Kapitał społeczny - uczestnictwo w życiu społecznym i więzi wspólnotowe mają istotne znaczenie dla zdrowia;
- Wyzwania demograficzne - starzenie się społeczeństwa wymaga zintegrowanych działań w obszarze zdrowia, opieki społecznej i polityki mieszkaniowej;
- Równość w dostępie do opieki wymaga szczególnej uwagi w obszarach wiejskich i peryferyjnych.

3.1.4. Podsumowanie oraz rekomendacje dla Polski wynikające z doświadczeń międzynarodowych

Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie pokazują, że skuteczna redukcja nierówności w zdrowiu wymaga podejścia kompleksowego, obejmującego nie tylko sektor ochrony zdrowia, lecz także szeroki kontekst społeczny, gospodarczy i środowiskowy. Kraje, które odniosły największe sukcesy w tym zakresie, takie jak Wielka Brytania, Norwegia, Holandia czy Australia, wdrożyły strategie łączące politykę zdrowotną z działaniami w innych sektorach, inwestując w edukację, mieszkalnictwo, politykę społeczną, rynek pracy oraz lokalny rozwój.

Strategiczne podejście i koordynacja międzysektorowa

W wielu państwach rozwiniętych walka z nierównościami zdrowia stała się integralnym elementem polityk publicznych. W Wielkiej Brytanii i Norwegii wprowadzono mechanizmy formalnej oceny wpływu decyzji rządowych na zdrowie, a w Australii stosuje się podejście „Health in All Policies”. Polska powinna pójść w podobnym kierunku, wprowadzając systemowe narzędzia koordynacji międzyresortowej i nadając priorytet zdrowiu we wszystkich politykach publicznych. Zasadnym wydaje się stworzenie spójnej narodowej strategii redukcji nierówności w zdrowiu, opartej na wieloletnich celach i zabezpieczonej finansowo.

Wczesna interwencja i podejście oparte na cyklu życia

Wnioski z Marmot Review w Wielkiej Brytanii czy z australijskich strategii wobec ludności rdzennej wskazują, że największe efekty przynoszą działania podejmowane we wczesnym okresie życia - inwestycje w zdrowie dzieci, edukację, opiekę przedszkolną i warunki mieszkaniowe. Wobec tych wniosków, Polska powinna przesunąć akcent z leczenia na profilaktykę i wczesną interwencję, stosując zasadę proporcjonalnego uniwersalizmu - powszechne programy zdrowotne o intensywności dostosowanej do poziomu potrzeb różnych grup społecznych.

Zmniejszanie nierówności społeczno-ekonomicznych

Badania z Norwegii i Wielkiej Brytanii pokazują, że polityka redystrybucyjna oraz szerokie zabezpieczenia socjalne bezpośrednio wpływają na poprawę zdrowia i ograniczanie różnic zdrowotnych. W Polsce potrzebne są działania strukturalne - walka z ubóstwem, poprawa jakości pracy, wsparcie rynku mieszkaniowego oraz wyrównywanie szans edukacyjnych. Bez zmniejszenia nierówności społeczno-ekonomicznych działania zdrowotne pozostaną ograniczone w skuteczności.

Równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych

Doświadczenia Australii oraz Wielkiej Brytanii pokazują, że rozwój podstawowej opieki zdrowotnej i telemedycyny może skutecznie ograniczać bariery dostępu, szczególnie w regionach peryferyjnych i wiejskich. W Polsce kluczowe jest wzmocnienie kadrowe i finansowe POZ, rozszerzenie usług profilaktycznych oraz zwiększenie dostępności badań przesiewowych. Równocześnie należy rozwijać innowacje cyfrowe i usługi zdrowotne oparte na społecznościach lokalnych.

Monitoring i ocena działań

Kraje, które skutecznie zmniejszają nierówności, dysponują rozbudowanymi systemami monitorowania i regularnego raportowania danych - jak np. Norwegia czy Australia. Polska powinna rozwijać system monitorowania nierówności zdrowotnych, który obejmowałby dane dezagregowane według poziomu wykształcenia, dochodu, miejsca zamieszkania czy statusu zatrudnienia. Dane te powinny być publicznie dostępne, a ich analiza włączona do cyklu planowania budżetowego i tworzenia polityk publicznych.

Partnerstwo i partycypacja społeczna

Zarówno w Australii, jak i w Wielkiej Brytanii, podkreśla się znaczenie współtworzenia polityk i programów zdrowotnych z grupami docelowymi. Trwałe efekty przynosi współpraca z organizacjami społecznymi, władzami lokalnymi i grupami najbardziej narażonymi na nierówności. Polska powinna rozwijać mechanizmy partycypacyjne, np. lokalne rady zdrowia czy obywatelskie panele konsultacyjne, aby lepiej dostosowywać działania do potrzeb społeczności.

Nowe wyzwania - klimat, migracje, cyfryzacja

Kraje OECD coraz częściej uwzględniają w politykach zdrowotnych wyzwania związane ze zmianami klimatycznymi, transformacją cyfrową czy migracjami. Polska również powinna systematycznie integrować te czynniki w strategiach zdrowotnych i społecznych, traktując je jako nowe źródła potencjalnych nierówności zdrowotnych.

Rekomendacje dla Polski - podsumowanie

1. Narodowa Strategia Redukcji Nierówności w Zdrowiu:
 - a. konieczność opracowania i wdrożenia dokumentu obejmującego wszystkie sektory polityki publicznej;
 - b. integracja działań zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i gospodarczych.
2. Profilaktyka i wczesna interwencja:
 - a. przesunięcie akcentu z leczenia na zapobieganie chorobom i szybkie reagowanie;
 - b. szczególne uwzględnienie zdrowia dzieci i młodzieży jako inwestycji w przyszłość społeczeństwa.
3. Rozwiązania strukturalne:
 - a. działania na rzecz ograniczania ubóstwa i poprawy warunków życia;
 - b. traktowanie czynników społeczno-ekonomicznych jako fundamentu zdrowia publicznego.
4. Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej:
 - a. rozwój jakości i dostępności usług na poziomie POZ;



- b. wykorzystanie telemedycyny do wyrównywania dostępu w obszarach wiejskich i peryferyjnych.
- 5. System monitorowania nierówności zdrowotnych:
 - a. regularne raportowanie i analiza danych;
 - b. uwzględnianie wskaźników społeczno-ekonomicznych i geograficznych w ocenie sytuacji.
- 6. Partycypacja społeczna:
 - a. włączanie społeczności lokalnych i grup wrażliwych w proces projektowania i oceny działań;
 - b. rozwój mechanizmów współdecydowania i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne.
- 7. Nowe wyzwania globalne:
 - a. uwzględnienie zmian klimatu, migracji i cyfryzacji w politykach zdrowotnych;
 - b. budowanie odporności systemu ochrony zdrowia na dynamicznie zmieniające się uwarunkowania.

Literatura

- [1] World Health Organization. Monitoring health inequality: An essential step for achieving health equity. Geneva: WHO; 2015. WHO/HIS/HSI/2015.1.
- [2] McCartney G, Dickie E, Escobar O, Collins C. Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. *Sociology of Health & Illness*. 2021;43(1):20–39.
- [3] Yazbeck AS. *Attacking Inequality in the Health Sector: A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington, DC: World Bank; 2009.
- [4] OECD/European Commission. *EU Country Cancer Profile: Poland 2025*. Paris: OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/dbc6b1f7-en.
- [5] Engels F. *The Condition of the Working Class in England*. London: Penguin Classics; 1987 (oryg. 1845).
- [6] Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin; 1982.
- [7] Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: UCL Institute of Health Equity; 2010.
- [8] Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO; 2008.
- [9] Wojtyniak B, Goryński P (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: NIZP-PZH; 2020.
- [10] World Health Organization. *Social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
- [11] Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Deboosere P, et al. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Soc Sci Med*. 2015;127:51–62.
- [12] Krieger N. *Epidemiology and the People’s Health: Theory and Context*. New York: Oxford University Press; 2011.
- [13] World Health Organization. *World Report on Social Determinants of Health Equity*. Geneva: WHO; 2025.
- [14] Gu Y, Wang Z. Income Inequality and Global Political Polarization: The Economic Origin of Political Polarization in the World. *J Chin Polit Sci*. 2022;27(2):375-398. doi: 10.1007/s11366-021-09772-1. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34840491; PMCID: PMC8608558.
- [15] Wilkinson RG, Pickett KE. *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin; 2009.
- [16] Beckfield J, Krieger N. Epi+demos+cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities. *Epidemiol Rev*. 2009;31:152–177.
- [17] Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv*. 2014;44(4):643–710.

- [18] Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5):813–821.
- [19] Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv*. 2009;39(3):423–441.
- [20] Mackenbach JP. Political conditions and life expectancy in Europe, 1900–2008. *Soc Sci Med*. 2013;82:134–146.
- [21] Scottish Government. *Equally Well: Report of the Ministerial Task Force on Health Inequalities*. Edinburgh: The Scottish Government; 2008.
- [22] OECD/European Commission. *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing; 2022. doi:10.1787/507433b0-en.
- [23] World Health Organization. *Helsinki Statement on Health in All Policies: Framework for Country Action*. Geneva: WHO; 2014.
- [24] World Health Organization. *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. Geneva: WHO; 2024.
- [25] WHO Regional Office for Europe. *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (HESR)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
- [26] WHO Regional Office for Europe. *Health Equity Policy Tool: a framework to track policies for health equity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
- [27] World Health Organization. *Health Equity Assessment Toolkit (HEAT and HEAT Plus)*. Geneva: WHO; (WHO Health Inequality Monitor).
- [28] World Health Organization. *Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): User Manual*. Geneva: WHO; 2018.
- [29] WHO Regional Office for Europe. *Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. (WHO/EURO:2020-5563-45328-64871-eng).
- [30] World Health Organization; Government of South Australia. *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*. Geneva: World Health Organization; 2017.
- [31] World Health Organization. *Health in All Policies: Training Manual*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [32] Wismar M, Ernst K, Elliott H, Figueras J, et al., eds. *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
- [33] Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, eds. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.

[34] World Health Organization. Adelaide Statement II on Health in All Policies: Implementing the Sustainable Development Agenda through good governance for health and well-being. Geneva; Adelaide: World Health Organization; 2017.

[35] van Eyk H, Harris E, Baum F, Delany-Crowe T, Lawless A, MacDougall C, et al. Health in All Policies in South Australia—Did It Promote and Enact an Environments and Health Agenda? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(11):1288.

[36] Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. London: Institute of Health Equity; 2020.

[37] Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J, et al. *Build Back Fairer in Greater Manchester: Health Equity and Dignified Lives*. London/Manchester: Institute of Health Equity & Greater Manchester Health and Social Care Partnership; 2021.

[38] Public Health England (Office for Health Improvement and Disparities). *Marmot Indicators – Technical Guidance and Data Compendium*. London: PHE/OHID; (2014–2022).

[39] Holdroyd I, Vodden A, Srinivasan A, Kuhn I, Bamba C, Ford JA. Systematic review of the effectiveness of the health inequalities strategy in England between 1999 and 2010. *BMJ Open*. 2022;12:e063137.

[40] Bennett NC, Norman P, Albani V, Kingston A, Bamba C. The impact of the English national health inequalities strategy on inequalities in mortality at age 65: a time-trend analysis. *Eur J Public Health*. 2024;34(4):660–665.

[41] NHS England. *Health inequalities and equality legal duties: A reference for NHS commissioners and providers*. London: NHS England; 2023.

[42] Checkland K, Bramwell D, Hammond J, Bailey S, Warwick-Giles L. Tackling health inequalities: What exactly do we mean? Evidence from health policy in England. *J Health Serv Res Policy*. 2025;30(4):236–246.

[43] Olivera JN, Ford JA, Sowden S, Bamba C. Conceptualisation of health inequalities by local healthcare systems: A document analysis. *Health Soc Care Community*. 2022;30:e3977–e3984.

[44] Alderwick H, Hutchings A, Mays N. Solving poverty or tackling healthcare inequalities? Local interpretations of national policy under new NHS reforms. *BMJ Open*. 2024;14:e081954.

[45] NHS England. *The NHS Long Term Plan*. London: NHS England; 2019.

[46] NHS England. *Core20PLUS5: an approach to reducing healthcare inequalities (Adult; Children and Young People versions)*. London: NHS England; 2021 (updated 2023).

[47] NHS England. *National Healthcare Inequalities Improvement Programme*. London: NHS England; 2022.

[48] NHS England. *2022/23 priorities and operational planning guidance*. London: NHS England; 2022.

- [49] NHS England. Healthcare Inequalities Improvement: data, insight and dashboard. London: NHS England; 2023.
- [50] Public Health England. Place-based approaches for reducing health inequalities: main report. London: PHE; 2021.
- [51] Institute of Health Equity; Coventry City Council. Coventry – a Marmot City: Evaluation 2020. London: Institute of Health Equity; 2020.
- [52] Scottish Government. Equally Well: Report of the Ministerial Task Force on Health Inequalities. Edinburgh: The Scottish Government; 2008.
- [53] Scottish Government. Fairer Scotland Duty: guidance for public bodies. Edinburgh: Scottish Government; 2018.
- [54] Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014. London: The Stationery Office; 2014.
- [55] Scottish Government. Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014: Statutory Guidance on the Integration of Health and Social Care. Edinburgh: Scottish Government; 2015.
- [56] Watt G, Brown G, Budd J, et al. General practitioners at the Deep End: The experience and views of general practitioners working in the most severely deprived areas of Scotland. Occasional Paper 89. London: Royal College of General Practitioners; 2012.
- [57] Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt G. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *British Journal of General Practice*. 2007;57(545):960–966.
- [58] Public Health Scotland. Health inequalities in Scotland: overview. Edinburgh: PHS; 2022.
- [59] Scottish Public Health Observatory. Health inequalities: Scottish trends. Edinburgh: ScotPHO; 2021.
- [60] Public Health Scotland. Health inequalities—resources and evidence. Edinburgh: PHS; 2021.
- [61] Scottish Government. Long-term Monitoring of Health Inequalities: Headline Indicators. Edinburgh: Scottish Government; 2022.
- [62] Scottish Government. Evaluation of the Community Links Worker Programme. Edinburgh: Scottish Government; 2020.
- [63] Department of Health (Northern Ireland); Public Health Agency. Making Life Better: Strategic Framework for Public Health 2013–2023. Belfast: DoH NI/PHA; 2014.
- [64] Department of Health (Northern Ireland); Northern Ireland Statistics and Research Agency. Health Inequalities Annual Report 2025. Belfast: DoH NI/NISRA; 2025.
- [65] Department of Health (Northern Ireland); Northern Ireland Statistics and Research Agency. Health Inequalities Annual Report 2024. Belfast: DoH NI/NISRA; 2024.

- [66] Northern Ireland Statistics and Research Agency. Health Inequalities Dashboard. Belfast: NISRA; 2024–2025.
- [67] Department of Health (Northern Ireland). Primary Care Multi-Disciplinary Teams (MDTs): Programme overview. Belfast: DoH NI; 2018.
- [68] Department of Health (Northern Ireland). Health Minister statement on MDT rollout. Belfast: DoH NI; 2023.
- [69] Institute of Public Health. Integrated Care System NI—overview. Dublin/Belfast: IPH; 2022.
- [70] Health and Social Care Northern Ireland. About the Integrated Care System NI. Belfast: HSCNI; 2023.
- [71] Department of Health (Northern Ireland). Health Inequalities Annual Report – Data tables and indicators. Belfast: DoH NI; 2024–2025.
- [72] World Health Organization Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- [73] Institute of Public Health in Ireland. Tackling Health Inequalities on the island of Ireland: All-Ireland policy summary. Dublin/Belfast: IPH; 2008.
- [74] Adhikari N, Uddin S. Health inequalities in older Norwegians and the mediating role of social networks. *Int J Aging Hum Dev.* 2023;97(2):202–228. doi:10.1177/00914150221112281.
- [75] Fosse E. Norwegian policies to reduce social inequalities in health: Developments from 1987 to 2021. *Scand J Public Health.* 2022;50(8):882–886. doi:10.1177/14034948221129685.
- [76] Vonen HD, Sund ER, Ariansen I, Krokstad S. Trends in socioeconomic inequalities in self-rated health and mental distress during four decades in a Norwegian population: a HUNT Study. *Eur J Public Health.* 2024;34(3):435–440. doi:10.1093/eurpub/ckae019.
- [77] Allen LA, Swat SA. What Can We Learn From Norway?: Income and Education Matter, Even Under Universal Health Care. *JACC Heart Fail.* 2020 Nov;8(11):928-930. doi: 10.1016/j.jchf.2020.08.011. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33039445; PMCID: PMC7959194.
- [78] Skaftun EK, Verguet S, Norheim OF, Johansson KA. Geographic health inequalities in Norway: a Gini analysis of cross-county differences in mortality from 1980 to 2014. *Int J Equity Health.* 2018 May 24;17(1):64. doi: 10.1186/s12939-018-0771-7. PMID: 29793490; PMCID: PMC5968669.
- [79] Norwegian Institute of Public Health (FHI). Public Health Profiles 2023. Oslo: FHI; 2023.
- [80] Norwegian Institute of Public Health (FHI). The health of migrants, refugees and those of migrant origin in Norway. Oslo: FHI; 2024.
- [81] Norwegian Institute of Public Health (FHI). Norwegian Health Inequalities Monitoring: key indicators and results. Oslo: FHI; 2022.

- [82] Norwegian Institute of Public Health (FHI). Public Health Report – Health Status in Norway 2022. Oslo: FHI; 2022.
- [83] Mackenbach, J.P., Stronks, K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *Int J Equity Health* 3, 11 (2004). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-3-11>
- [84] Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ*. 2002 Nov 2;325(7371):1029-32. doi: 10.1136/bmj.325.7371.1029. PMID: 12411368; PMCID: PMC1124499.
- [85] Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2016;18(2):1–239.
- [86] Loef B, van den Muijsenbergh M, van Weel C, et al. Addressing health inequalities in the Netherlands: implementation and impact of policies. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:694.
- [87] Schram MT, Sep SJS, van der Kallen CJH, et al. The Maastricht Study: an extensive phenotyping study on determinants of type 2 diabetes, cardiovascular disease and health across the life course. *Eur J Epidemiol*. 2014;29(6):439–451.
- [88] Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, Seidell JC, Pop IA, Renders CM. A Theoretical Perspective on Why Socioeconomic Health Inequalities Are Persistent: Building the Case for an Effective Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 8;19(14):8384. doi: 10.3390/ijerph19148384. Erratum in: *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Apr 30;21(5):573. doi: 10.3390/ijerph21050573. PMID: 35886234; PMCID: PMC9317352.
- [89] Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J. Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. *J Health Monit*. 2018 Mar 20;3(Suppl 1):1-24. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-036. PMID: 35586261; PMCID: PMC8864567.
- [90] Moor I, Herke M, Markert J, Böhm M, Reiß F, Bilz L, Sudeck G, Winter K; HBSC Study Group Germany. Trends in health inequalities in childhood and adolescence in Germany: Results of the HBSC study 2009/10 - 2022. *J Health Monit*. 2024 Mar 4;9(1):79-98. doi: 10.25646/11876. PMID: 38559681; PMCID: PMC10977468.
- [91] Hoebel J, Rommel A, Schröder SL, Fuchs J, Nowossadeck E, Lampert T. Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(10):1127. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>
- [92] Allain S, Naouri D, Deroyon T, Costemalle V, Hazo JB. Income and professional inequalities in chronic diseases: prevalence and incidence in France. *Public Health*. 2024 Mar;228:55-64. doi: 10.1016/j.puhe.2023.12.022. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38306754.
- [93] Lahbib H, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Delpierre C, Coste J. Trends and social inequalities in self-reported health and activity limitations in France between 2017 and 2021:

results from four nationwide representative surveys. *BMC Public Health*. 2024 Jul 17;24(1):1916. doi: 10.1186/s12889-024-19437-2. PMID: 39020354; PMCID: PMC11253369.

[94] Daabek N, Bailly S, Foote A, Warin P, Tamisier R, Revil H, Pépin JL. Why People Forgo Healthcare in France: A National Survey of 164 092 Individuals to Inform Healthcare Policy-Makers. *Int J Health Policy Manag*. 2022 Dec 19;11(12):2972-2981. doi: 10.34172/ijhpm.2022.6310. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35942953; PMCID: PMC10105192.

[95] Bellanger MM, Jourdain A. Tackling regional health inequalities in France by resource allocation : a case for complementary instrumental and process-based approaches? *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(4):243-50. doi: 10.2165/00148365-200403040-00007. PMID: 15901198.

[96] Jacquet E, Robert S, Chauvin P, Menvielle G, Melchior M, Ibanez G. Social inequalities in health and mental health in France. The results of a 2010 population-based survey in Paris Metropolitan Area. *PLoS One*. 2018 Sep 14;13(9):e0203676. doi: 10.1371/journal.pone.0203676. PMID: 30216375; PMCID: PMC6138404.

[97] Piscitelli P, Miani A, Schittulli F, Anelli F, Gesualdo L, Colao A. Recognizing the limits of the 21 different Italian healthcare regional systems: an opportunity for change? *Lancet Reg Health Eur*. 2025 Mar 10;51:101250. doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101250. PMID: 40236448; PMCID: PMC11997440.

[98] Naghavi M; GBD 2021 Italy Subnational Burden of Disease Collaborators. State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 2025 Apr;10(4):e309-e320. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00045-3. PMID: 40175012; PMCID: PMC11962357.

[99] Matranga D, Maniscalco L. Inequality in Healthcare Utilization in Italy: How Important Are Barriers to Access? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 1;19(3):1697. doi: 10.3390/ijerph19031697. PMID: 35162720; PMCID: PMC8835011.

[100] La Porta CAM, Zapperi S. Health and income inequality: a comparative analysis of USA and Italy. *Front Public Health*. 2024 Aug 7;12:1421509. doi: 10.3389/fpubh.2024.1421509. PMID: 39171297; PMCID: PMC11335724.

[101] Mauro M, Giancotti M. The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities? *Health Policy*. 2023 Sep;135:104862. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104862. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37399680.

[102] Blair A, Siddiqi A, Frank J. Canadian report card on health equity across the life-course: Analysis of time trends and cross-national comparisons with the United Kingdom. *SSM Popul Health*. 2018 Sep 25;6:158-168. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.09.009. PMID: 30302366; PMCID: PMC6174919.

[103] Harvey J, Hynes G, Pichora E. Trends in Income-Related Health Inequalities in Canada. *Healthc Q*. 2016;18(4):12-4. doi: 10.12927/hcq.2016.24567. PMID: 27009701.

- [104] Patterson AC, Veenstra G. Black-White health inequalities in Canada at the intersection of gender and immigration. *Can J Public Health*. 2016 Oct 20;107(3):e278-e284. doi: 10.17269/cjph.107.5336. PMID: 27763843; PMCID: PMC6972306.
- [105] Missiuna S, Plante C, Pahwa P, Muhajarine N, Neudorf C. Trends in mental health inequalities in urban Canada. *Can J Public Health*. 2021 Aug;112(4):629-637. doi: 10.17269/s41997-021-00498-4. Epub 2021 Apr 20. PMID: 33877585; PMCID: PMC8225713.
- [106] Singh S, Goodwin S, Zhong S, Avan A, Rogers K, Hachinski V, Frisbee S. Inequalities in health-related quality of life and functional health of an aging population: A Canadian community perspective. *PLoS One*. 2024 Jul 5;19(7):e0304457. doi: 10.1371/journal.pone.0304457. PMID: 38968188; PMCID: PMC11226017.
- [107] Release notice - Strengthening the evidence base on health inequalities in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2018 Aug;38(7-8):305. doi: 10.24095/hpcdp.38.7/8.05. PMCID: PMC6126557.
- [108] Dickman SL, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inequality and the health-care system in the USA. *Lancet*. 2017 Apr 8;389(10077):1431-1441. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30398-7. PMID: 28402825.
- [109] Williams KA Sr. Advancing Health Equity and Addressing Health Disparities. *Am J Lifestyle Med*. 2025 Apr 3:15598276251329888. doi: 10.1177/15598276251329888. Epub ahead of print. PMID: 40190619; PMCID: PMC11969477.
- [110] Chen, A.M. Barriers to health equity in the United States of America: can they be overcome?. *Int J Equity Health* 24, 39 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02401-w>
- [111] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States. *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. Baciú A, Negussie Y, Geller A, Weinstein JN, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jan 11. PMID: 28418632.
- [112] Sampson UKA, Kaplan RM, Cooper RS, Diez Roux AV, Marks JS, Engelgau MM, Peprah E, Mishoe H, Boulware LE, Felix KL, Califf RM, Flack JM, Cooper LA, Gracia JN, Henderson JA, Davidson KW, Krishnan JA, Lewis TT, Sanchez E, Luban NL, Vaccarino V, Wong WF, Wright JT Jr, Meyers D, Ogedegbe OG, Presley-Cantrell L, Chambers DA, Belis D, Bennett GC, Boyington JE, Creazzo TL, de Jesus JM, Krishnamurti C, Lowden MR, Punturieri A, Shero ST, Young NS, Zou S, Mensah GA. Reducing Health Inequities in the U.S.: Recommendations From the NHLBI's Health Inequities Think Tank Meeting. *J Am Coll Cardiol*. 2016 Aug 2;68(5):517-524. doi: 10.1016/j.jacc.2016.04.059. PMID: 27470459; PMCID: PMC4968582.
- [113] Landmann-Szwarcwald, C., Macinko, J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health* 15, 174 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0462-1>
- [114] Lemos VC, Barros MBA, Lima MG. Social inequalities in indicators of use of healthcare services by adolescents in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2024 Apr

29;40(4):e00146523. doi: 10.1590/0102-311XEN146523. PMID: 38695456; PMCID: PMC11057481.

[115] Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998-2019). *Int J Equity Health*. 2023 Feb 2;22(1):25. doi: 10.1186/s12939-023-01828-3. PMID: 36732749; PMCID: PMC9893569.

[116] Santos Silva L, da Conceição Barbosa RB, Lima JP, Castro-Alves J, Ribeiro-Alves M. Racial Inequalities in the Health Establishment Access to the Treatment of COVID-19 in Brazil in 2020. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2025 Feb;12(1):222-233. doi: 10.1007/s40615-023-01866-1. Epub 2024 Jan 8. PMID: 38189902; PMCID: PMC11753332.

[117] Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2023 Jan 13;19:100426. doi: 10.1016/j.lana.2022.100426. PMID: 36950032; PMCID: PMC10025415.

[118] Gannon B, Aung PM, Dhingra A, Zhou Y. Examining the magnitude of inequality and inequity in use of healthcare resources among older Australians with cognitive decline. *Int J Equity Health*. 2025 Mar 17;24(1):76. doi: 10.1186/s12939-025-02432-3. PMID: 40091056; PMCID: PMC11912590.

[119] Haque R, Alam K, Gow J, Neville C, Keramat SA. Socio-economic inequalities in health-related quality of life and the contribution of cognitive impairment in Australia: A decomposition analysis. *Soc Sci Med*. 2024 Nov;361:117399. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117399. Epub 2024 Oct 4. PMID: 39369497.

[120] Boujaoude MA, Dalziel K, Cookson R, Devlin N, Carvalho N. Aversion to income, ethnic, and geographic related health inequality: Evidence from Australia. *Soc Sci Med*. 2025 Jan;364:117495. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117495. Epub 2024 Nov 9. PMID: 39581060.

[121] The Lancet Public Health. Health and inequity in Australia. *Lancet Public Health*. 2023 Aug;8(8):e575. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00157-3. PMID: 37516471.

[122] Saxby K, Aitken Z, Burchill L, Zhang Y. Community attitudes and Indigenous health disparities: evidence from Australia's Voice referendum. *Lancet Reg Health West Pac*. 2024 Aug 1;50:101154. doi: 10.1016/j.lanwpc.2024.101154. PMID: 39403451; PMCID: PMC11472229.

[123] Topp SM, Thompson F, Johnston K, Smith D, Edelman A, Whittaker M, Rouen C, Moodley N, McDonald M, Barker R, Larkins S. Democratising data to address health system inequities in Australia. *BMJ Glob Health*. 2023 May;8(5):e012094. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012094. PMID: 37197792; PMCID: PMC10193048.

[124] Kondo K. Achievements and Challenges of Social Epidemiology Research Aiming to Reduce Health Inequality: A Revised English Version of Japanese in the Journal of the Japan Medical Association 2020;149(9):1626-30. *JMA J*. 2022 Jan 17;5(1):9-16. doi: 10.31662/jmaj.2021-0176. Epub 2021 Dec 28. PMID: 35224255; PMCID: PMC8827154.

[125] Hiyoshi A, Honjo K, Platts LG, Suzuki Y, Shipley MJ, Iso H, Kondo N, Brunner EJ. Trends in health and health inequality during the Japanese economic stagnation: Implications for a healthy planet. *SSM Popul Health*. 2023 Feb 6;22:101356. doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101356. PMID: 36852377; PMCID: PMC9958394.

[126] Okui T. An analysis of health inequalities depending on educational level using nationally representative survey data in Japan, 2019. *BMC Public Health*. 2021 Dec 10;21(1):2242. doi: 10.1186/s12889-021-12368-2. PMID: 34893044; PMCID: PMC8662892.

[127] Kaneko M, Ohta R, Mathews M. Rural and urban disparities in access and quality of healthcare in the Japanese healthcare system: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2025 May 9;25(1):667. doi: 10.1186/s12913-025-12848-w. PMID: 40346516; PMCID: PMC12063375.

3.2. Działania i rekomendacje dotyczące ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce

**DZIAŁANIA I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE
OGRANICZANIA SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI
W ZDROWIU W POLSCE**

autor:

dr hab., prof. CMKP Urszula Religioni

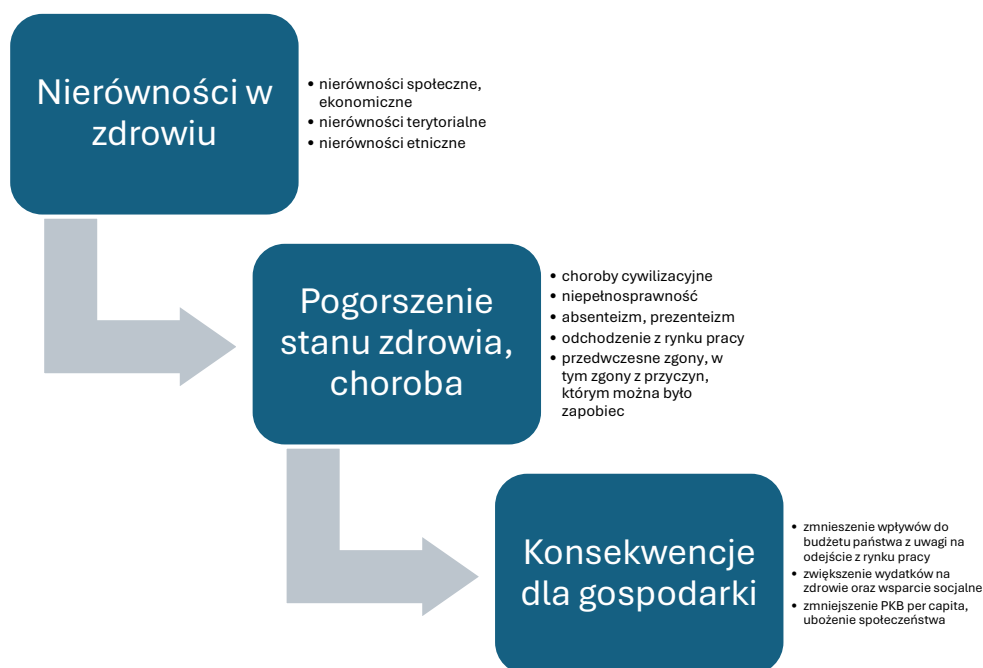
Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,
finansowane przez Ministra Zdrowia

Warszawa 2025 r.

Wprowadzenie

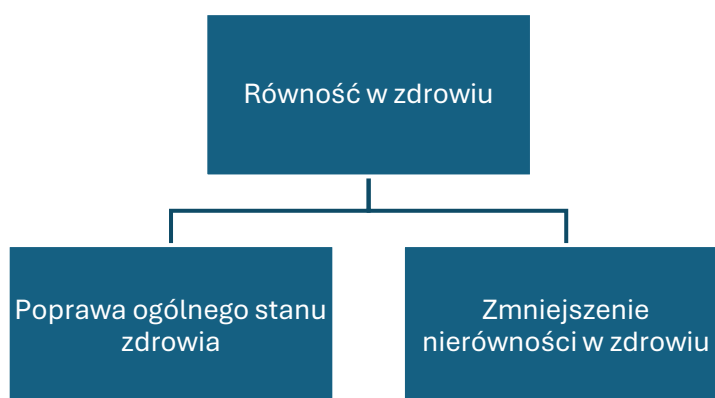
Zapewnienie równości w zdrowiu, rozumianej jako minimalizowanie różnic w stanie zdrowia i dostępie do opieki zdrowotnej dla grup populacji o różnym statusie socjoekonomicznym czy pochodzeniu [1], jest jednym z podstawowych zadań każdego systemu ochrony zdrowia. Cel ten wpisuje się w ekologiczny model zdrowia, zgodnie z którym, znaczący wpływ na zdrowie ludności mają warunki życia i czynniki społeczne, a ich nierównomierny rozkład prowadzi do nierówności w zdrowiu [2]. Tym samym, do poprawy stanu zdrowia niezbędne są działania skierowane nie tylko na jednostkę, ale w dużej mierze do całych społeczności, prowadzone wielowymiarowo, ze wsparciem odpowiednich instytucji [3]. Sytuacja ta jest o tyle istotna, że bezpośrednio przekłada się na jakość gospodarki i poziom życia społeczeństw [4]. Pogłębianie się nierówności w zdrowiu prowadzi bowiem do pogorszenia stanu zdrowia części grup, w tym większej zapadalności na choroby, niepełnosprawności, obniżonej produktywności, nierzadko stanowiąc powody długotrwałych zwolnień lekarskich, czy nawet odejścia z rynku pracy. Widoczne są też różnice w przedwczesnych zgonach, w szczególności w przypadku chorób, którym można zapobiegać. W rezultacie, zmniejszają się wpływy do budżetu związane z podatkami czy składkami od osób pracujących, a z drugiej strony zwiększają się wydatki publiczne na zdrowie i wsparcie socjalne tych grup osób, co niesie za sobą konsekwencje dla całej gospodarki, zmniejszając jej efektywność, przekładając się na zmniejszony PKB per capita i długofalowo, a nawet na ubożenie społeczeństwa (Rycina 22) [5,6].

Równość w zdrowiu rozumiana powinna być dwutorowo, bowiem obejmuje dwa ważne aspekty: poprawę ogólnego stanu zdrowia (dążenie do tego, aby ogólny stan zdrowia populacji był jak najlepszy) oraz zniesienie możliwych do uniknięcia nierówności w zdrowiu w obrębie krajów (zmniejszanie różnic pomiędzy grupami społecznymi poprzez wyrównywanie szans zdrowotnych) (Rycina 23). W obu tych przypadkach, nadrzędnym celem powinno być podniesienie stanu zdrowia osób w gorszej sytuacji do poziomu najlepszego możliwego do uzyskania.



Rycina 22. Nierówności w zdrowiu a gospodarka

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 23. Równość w zdrowiu

Źródło: opracowanie własne.

Koncepcja działań nakierowanych na zmniejszenie nierówności w zdrowiu, zapoczątkowana została szerzej przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) przy formułowaniu wspólnej polityki zdrowotnej (1980 rok), a następnie celów regionalnych, z których pierwszy dotyczył równości i wskazywał, że „do roku 2000 rzeczywiste różnice w stanie zdrowia między krajami i między grupami w obrębie krajów powinny zostać zmniejszone o co najmniej 25% poprzez poprawę poziomu zdrowia narodów i grup defaworyzowanych” [7].

WHO wskazuje, że nierówności w zdrowiu (ang. health inequalities) to możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia między grupami ludzi w obrębie krajów i między krajami, które wynikają z czynników społeczno-ekonomicznych (warunków, w których ludzie się rodzą, dorastają, żyją, pracują i starzeją) [8]. Są one przypisywane środowisku zewnętrznemu i warunkom, na które w większości nie mają wpływu poszczególne jednostki. Warunki społeczne i ekonomiczne determinują jednak ryzyko zachorowania oraz działania podejmowane przez poszczególne grupy społeczne w celu zapobiegania zachorowaniu lub leczenia choroby w przypadku jej wystąpienia. Osoby, które są w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, zazwyczaj umierają w młodszym wieku, a w ciągu krótszego życia często mają więcej problemów zdrowotnych [9]. Nierówności w zdrowiu wynikają zasadniczo z nierównej alokacji władzy, pieniędzy i zasobów, która przejawia się w nierównym rozkładzie czynników społecznych [10,11]. Z uwagi na swoje cechy, są one modyfikowalne i można je zmniejszyć poprzez odpowiednie połączenie polityk rządowych [12]. Nierówności zdrowotne stanowią więc od wielu lat wyzwanie dla polityk zdrowia publicznego na całym świecie, ale są również elementem wielu badań naukowych, w różnych dziedzinach nauki. Równość w opiece zdrowotnej deklarowana jest jako priorytet dla decydentów i sektorów opieki zdrowotnej, a jej pomiar stanowi pierwszy etap działań mających na celu wyeliminowanie różnic w stanie zdrowia warunkowanych cechami socjoekonomicznymi [13].

Należy przy tym podkreślić, że dane epidemiologiczne gromadzone na całym świecie, wskazują na liczne różnice we wskaźnikach zdrowotnych pomiędzy państwami, a nawet regionami w obrębie danego kraju [14]. Mimo iż z dekady na dekadę obserwowana jest ogólna poprawa stanu zdrowia społeczeństw, to zmiany te są zróżnicowane. Zauważalne są różnice w zależności od poziomu osiągniętych dochodów w danym państwie, poziomu bezpieczeństwa, warunków mieszkaniowych, poziomu wykształcenia, możliwości i warunków zatrudnienia, ale też rozkładu wieku i płci, czy pochodzenia etnicznego. Znaczącą rolę odgrywa też dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Wszystkie te elementy wpływają nie tylko na różnice w stanie zdrowia, ale również ryzyko zachorowania na wiele chorób oraz ryzyko zgonu.

Obserwowane nierówności w zdrowiu stanowią od wielu lat wyzwanie dla polityk państw, regionów, ale także polityk tworzonych międzynarodowo. Wpisują się one w nadrzędne zasady funkcjonowania społeczeństw i współpracy międzynarodowej, takie jak sprawiedliwość społeczna. Wiele z tych czynników może być modyfikowanych i minimalizowanych, niezbędne jest jednak wykorzystanie zróżnicowanych narzędzi polityki publicznej i zaangażowanie władz reprezentujących różne szczeble polityki: od międzynarodowej, ogólnopaństwowej, przez regionalną i lokalną. Podejście to w pełni wpisuje się w koncepcję „Zdrowie we wszystkich politykach” (ang. Health in All Policies, HiAP), przy którym, niezależnie od sektora działalności, uwzględniane są implikacje zdrowotne podejmowanych decyzji, co ma m.in. na celu poprawę zdrowia populacji i utrzymanie równości w zdrowiu [15,16]. Działania te są o tyle istotne, bowiem podstawą do ich zaplanowania mogą być wiarygodne dane, dowody naukowe, a wiele z działań wspieranych

może być za pomocą nowoczesnych technologii, co przy odpowiednio zaplanowanych interwencjach, umożliwi zwiększenie ich efektywności.

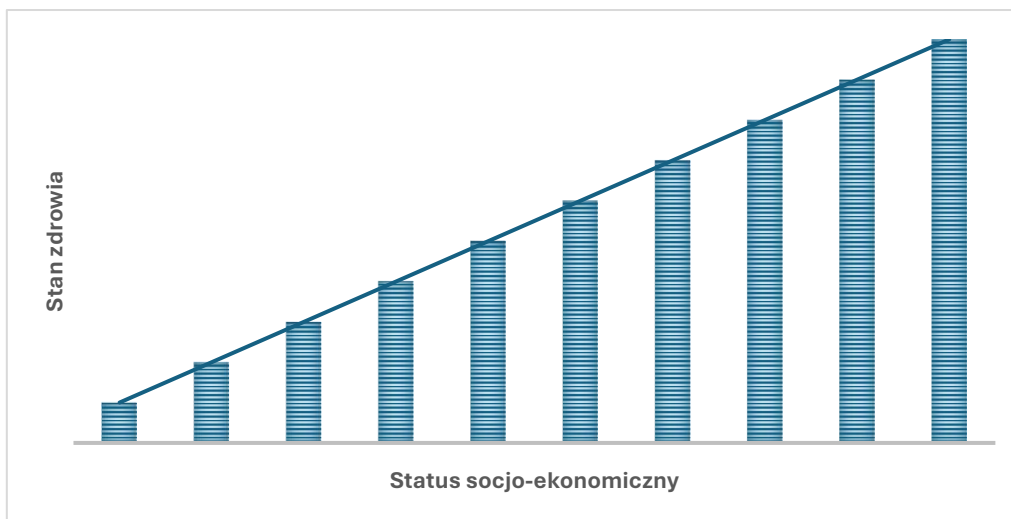
Celem niniejszego rozdziału jest zaprezentowanie działań oraz rekomendacji dotyczących ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce. Pierwsza część obejmuje aktualną sytuację i wyzwania w zakresie nierówności w zdrowiu w Polsce, z podkreśleniem socjoekonomicznych uwarunkowań zdrowia. Kolejno, zaprezentowane zostały strategiczne ramy działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu na poziomie międzynarodowym oraz krajowe dokumenty strategiczne i polityki zdrowotne realizowane w Polsce. Na podstawie przeglądu dobrych praktyk w zakresie zmniejszania nierówności w zdrowiu na świecie, zaproponowano mechanizmy planowania i wdrażania skutecznych interwencji mających na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, ze zwróceniem uwagi na bariery i wyzwania w tym zakresie. Ostatnia część rozdziału obejmuje rekomendacje ograniczające społeczne nierówności w zdrowiu, opracowane na podstawie przeprowadzonej analizy literatury, dostępnych danych i praktyk międzynarodowych. Rozdział podkreśla konieczność podejmowania inicjatyw, mających na celu dążenie do równości w zdrowiu, tworząc zdrowsze społeczeństwo i minimalizując obciążenia ekonomiczne związane z istniejącymi nierównościami.

3.2.1. Aktualny obraz i wyzwania w zakresie nierówności w zdrowiu w Polsce

3.2.1.1. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia

Liczne publikacje i raporty wskazują, że czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak wykształcenie, status zatrudnienia, poziom dochodów, płeć czy pochodzenie etniczne, mają znaczący wpływ na stan zdrowia. Sytuacja ta występuje we wszystkich krajach, niezależnie od poziomu rozwoju gospodarczego. Identyfikowane są zarówno różnice pomiędzy państwami, jak i wewnątrz państw. Im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna danej osoby (w tym niższy dochód, niższy poziom edukacji), tym większe ryzyko złego stanu zdrowia. Społeczne determinanty zdrowia (ang. social determinants of health, SDH) to czynniki pozamedyczne, które mają istotny wpływ na zdrowie. Należą do nich czynniki społeczne i ekonomiczne, które kształtują warunki, w których ludzie żyją, dorastają, uczą się, pracują. Czynniki te wpływają na stan zdrowia, ryzyko zachorowania, zachowania zdrowotne (np. zagrażające zdrowiu palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, niewystarczająca aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta) i oczekiwaną długość życia w zdrowiu poszczególnych grup. Co szczególnie istotne, uwarunkowania społeczne odpowiadają za co najmniej 50% wyników zdrowotnych i nierówności w zdrowiu [16, 17, 18, 19]. Nierówności te skutkują różnicami w oczekiwanej długości życia, zapadalności na choroby przewlekłe, umieralności, a także w dostępie do świadczeń zdrowotnych czy jakości opieki. Należy przy tym podkreślić, iż niezależnie od tych czynników, nierówności w zdrowiu występują wśród mniejszości etnicznych, uchodźców, osób niepełnosprawnych oraz innych grup doświadczających marginalizacji i wykluczenia [16]. Status społeczno-ekonomiczny wpływa na występowanie czynników ryzyka wielu chorób, wiązany jest też z prowadzeniem stylu życia, który nie sprzyja zdrowiu, ale też niższym poziomem edukacji zdrowotnej, mniejszą dostępnością do usług opieki zdrowotnej czy mniejszym wsparciem społecznym [20, 21].

Zilustrowaniem wpływu czynników socjoekonomicznych na stan zdrowia jest tzw. gradient społeczny / gradient społeczno-ekonomiczny w zdrowiu. Wskazuje on, że każdemu poziomowi statusu socjoekonomicznego towarzyszy określony poziom zdrowia, a zwiększenie bądź zmniejszenie statusu powoduje jednocześnie konsekwencje dla stanu zdrowia. WHO podkreśla, że gradient wprost wskazuje, że ludzie i społeczności cieszą się coraz lepszym zdrowiem, im wyższa jest ich pozycja społeczno-ekonomiczna lub warunki [16] (Rycina 24).



Rycina 24. Gradient społeczno-ekonomiczny

Źródło: opracowanie własne.

Poziom nierówności i nachylenie gradientu różnią się w zależności od kraju, a czasem też regionu, co wskazuje na regionalne uwarunkowania zdrowia.

Co istotne, korelacja ta jest obserwowana we wszystkich społeczeństwach. Mimo iż analizy prowadzone w krajach europejskich wskazują, iż stan zdrowia populacji ogólnie poprawia się, to nadal widoczne są różnice w stanie zdrowia, głównie w zależności od poziomu dochodów oraz poziomu edukacji. Z tego względu, Komisja ds. społecznych determinantów zdrowia, funkcjonująca przy WHO (ang. Commission on Social Determinants of Health, CSDH) opracowała tzw. ramy koncepcyjne, które są wynikiem analiz czynników wpływających na powstawanie i utrwalanie społecznych nierówności w zdrowiu, w tym nierówności związanych z indywidualnymi zachowaniami zdrowotnymi.

Podstawą zaprezentowanej na Rycinie 25 koncepcji jest kontekst społeczny, ekonomiczny i polityczny, który obejmuje:

- Zarządzanie – sposób podejmowania decyzji i kształtowania polityk publicznych,
- Polityki makroekonomiczne – decyzje dotyczące gospodarki, rynku pracy i finansów,
- Polityki społeczne – regulacje w zakresie rynku pracy czy mieszkalnictwa,
- Polityki publiczne – szczególnie w obszarach edukacji, zdrowia i ochrony socjalnej,
- Kulturę i wartości społeczne – normy i postawy wpływające na zachowania oraz priorytety społeczne.

Przedstawiony kontekst wskazuje na strukturalne determinanty społecznych nierówności w zdrowiu, które warunkowane są również pozycją socjo-ekonomiczną jednostki.

Na pozycję tę wpływają:

- grupa społeczna,

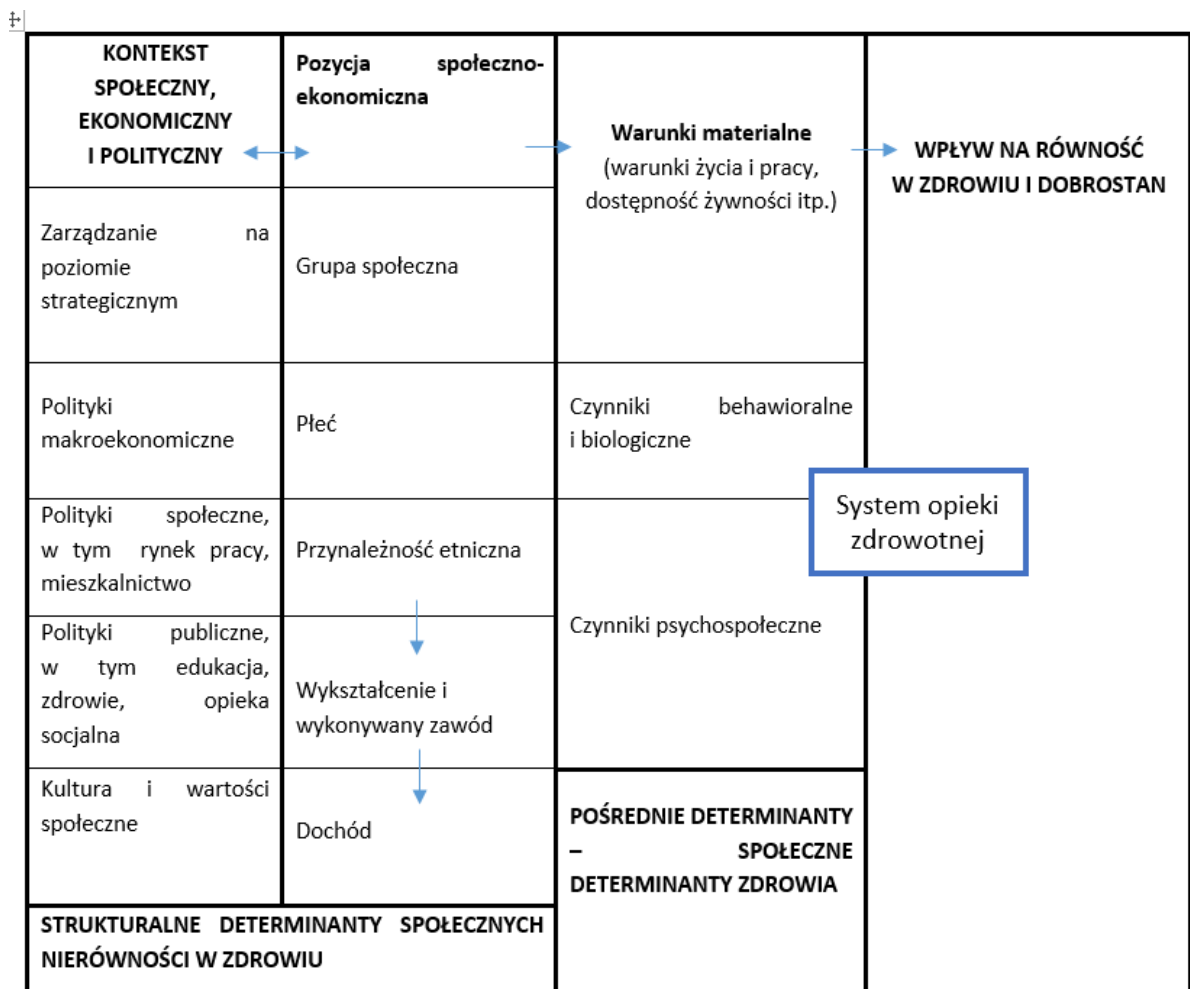
- płeć,
- pochodzenie etniczne (w tym przejawy dyskryminacji, np. rasizmu),
- poziom wykształcenia,
- wykonywany zawód,
- poziom dochodów.

Pozycja społeczno-ekonomiczna oddziałuje z kolei na pośrednie determinanty zdrowia, czyli konkretne warunki życia i pracy oraz zasoby jednostki, takie jak:

- warunki materialne (mieszkanie, bezpieczeństwo, dostępność i jakość żywienia),
- czynniki behawioralne i biologiczne (styl życia, predyspozycje zdrowotne),
- czynniki psychospołeczne (stres, wsparcie społeczne, poczucie kontroli nad własnym życiem).

Istotnym elementem łączącym poziom strukturalny i pośredni jest spójność społeczna i kapitał społeczny, które mogą łagodzić skutki nierówności lub je pogłębiać.

System opieki zdrowotnej również pełni podwójną rolę, bowiem może redukować nierówności poprzez zapewnianie równego dostępu do świadczeń, ale w praktyce często odzwierciedla i wzmacnia istniejące dysproporcje. Elementy te przekładają się na wpływ na równość w zdrowiu i dobrostan populacji. Model pokazuje, że nierówności w zdrowiu nie wynikają wyłącznie z indywidualnych wyborów czy cech biologicznych, lecz z uwarunkowań społecznych (oczywiście kształtujących pojedyncze wybory zdrowotne jednostek), które są możliwe do zmiany dzięki odpowiednim politykom i interwencjom. Jako przykład wymienić można m.in. odsetek deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia, który według raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB jest najwyższy w wśród osób o wykształceniu podstawowym oraz osób o trudnej sytuacji ekonomicznej [22], co stanowić powinno przedmiot dalszych analiz i odpowiednio nakierowanych działań.



Rycina 25. Ramy koncepcyjne Komisji ds. Społecznych Determinantów Zdrowia
 Źródło: opracowanie na podstawie: WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2010. oraz WHO. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva 2008.

W kontekście redukcji społecznych nierówności w zdrowiu kluczowe jest podkreślenie, że nie wystarczające są pojedyncze działania na poziomie jednostek, skierowane na poprawę swojego statusu społeczno-ekonomicznego. Największe znaczenie do uzyskania jak najlepszych efektów zdrowotnych, mają szeroko zakrojone, systemowe i zintegrowane działania, które koncentrują się na poprawie codziennych warunków życia, w tym zapewnieniu równego dostępu do edukacji, rynku pracy, poprawie warunków mieszkaniowych i środowiskowych. Duże znaczenie ma także zwiększenie dostępności do odpowiedniej jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Należy przy tym podkreślić, że nawet kompleksowe działania prowadzone na wyższym poziomie mogą nie być wystarczające, jeśli podejmowane są w ramach niesprzyjających tym działaniom systemów politycznych, społecznych, kulturowych i gospodarczych.

Nierówności w zdrowiu są bowiem skutkiem tego, jak zorganizowane są systemy polityczne, społeczne, kulturowe i ekonomiczne. To właśnie one w dużej mierze decydują o tym, w jakich warunkach społeczeństwo żyje na co dzień. Warunki te w znaczącej mierze kształtują wybory zdrowotne i w rezultacie stan zdrowia - znacznie bardziej niż dostęp do opieki zdrowotnej. Uwarunkowania zdrowia podzielić można na dwie grupy (Rycina 26):

1. Uwarunkowania „pośrednie” niższego rzędu, reprezentujące warunki życia codziennego, takie jak jakość mieszkań, bezpieczeństwo w okolicy, dostęp do edukacji czy warunki pracy.
2. Uwarunkowania „strukturalne” wyższego rzędu, reprezentujące systemy zarządzania, polityczne i gospodarcze oraz normy i wartości społeczne [23].

Należy przy tym podkreślić, iż uwarunkowania strukturalne w dużej mierze wpływają na dystrybucję zasobów (głównie odnosząc się do zasobów materialnych) w zależności od statusu społecznego danej osoby. Przez to, to właśnie uwarunkowania strukturalne uznawane są za główne determinanty wyników zdrowotnych.

Społeczne determinanty zdrowia wykorzystywane są szeroko w promocji zdrowia, w celu pokazania jednostkom i społeczeństwom, jaki czynnik mają realny wpływ na ich zdrowie i dobre poczucie. Zajmowanie się społecznymi determinantami zdrowia jest więc ważnym elementem profilaktyki pierwotnej.



Rycina 26. Społeczne uwarunkowania zdrowia

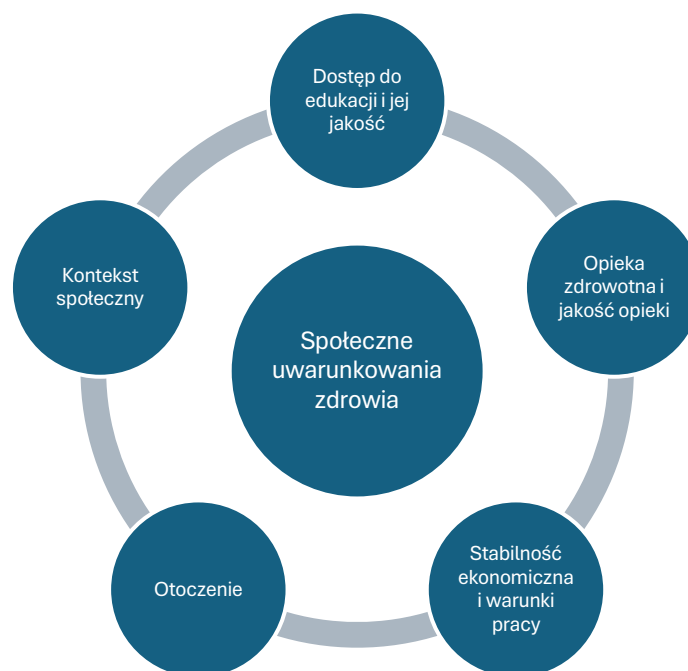
Źródło: opracowanie własne na podstawie: World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva 2010.

Społeczne determinanty zdrowia obejmują różne czynniki, w zależności od przyjętej definicji. Niemniej, każda z nich obejmuje poziom dochodów i wykształcenie, które wpływają na status społeczny. Poza nimi, do najczęstszych czynników społecznych wpływających na zdrowie,

wskazywanych w dokumentach międzynarodowych organizacji i literaturze naukowej, należą: zatrudnienie i warunki pracy (w znacznym stopniu, wraz z wykształceniem, warunkujące poziom dochodów), płeć, pochodzenie i przynależność etniczna, środowisko fizyczne, wsparcie społeczne, dostęp do usług zdrowotnych, normy kulturowe oraz dostęp i jakość opieki zdrowotnej.

Rycina 27 prezentuje pięć obszarów społecznych uwarunkowań zdrowia:

- 1) dostęp do edukacji i jej jakość,
- 2) stabilność ekonomiczna i warunki pracy,
- 3) otoczenie (sąsiedztwo),
- 4) kontekst społeczny,
- 5) opieka zdrowotna i jej jakość [24].




Rycina 27. Wybrane społeczne uwarunkowania zdrowia

Źródło: opracowanie własne

Społeczne uwarunkowania zdrowia wpywaj bezpośrednio na wyniki zdrowotne, w tym stan zdrowia, chorobowo, umieralno, oczekiwaną dugo życia, ograniczenia funkcjonalne czy poziom wydatków na opiek zdrowotną (Rycina 28), przy czym należy zwroci uwagę przede wszystkim na następujące związki:

1. Dostęp do edukacji i jej jakoc – poziom wykształcenia, umiejetnoc czytania i pisania oraz dostęp do edukacji od najmłodszych lat kształtują kompetencje zdrowotne, w tym zdolnoc korzystania z informacji medycznych oraz późniejsze możliwoci zawodowe. Niższy poziom wykształcenia jest powiązany z gorszym stanem zdrowia i krosz długością życia. Z drugiej strony, osoby z wyższym wykształceniem mają większą szans na duzsze życie i lepsze zdrowie. Czynniki te prowadz do lepszego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej zdrowszego życia [25].
2. Stabilnoc ekonomiczna i warunki pracy - stabilnoc ekonomiczna wize się z zatrudnieniem i możliwością uzyskania dochodu, dzięki którym możliwe jest zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych, wyżywienia, dostępu do edukacji i opieki zdrowotnej. Wszystkie te elementy są kluczowymi aspektami determinującymi zdrowie. Osoby o niższych dochodach częściej mieszkają w gorszych warunkach, mają ograniczony dostęp do zdrowej żywności, opieki medycznej i edukacji, co zwiększą ryzyko chorób przewlekłych i skraca dugoc życia.
3. Otoczenie i srodowisko fizyczne - warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo w okolicy, dostęp do transportu publicznego, terenów zielonych, parków i infrastruktury rekreacyjnej wpywaj na zdrowie fizyczne i psychiczne. Brak bezpiecznych przestrzeni do aktywności fizycznej czy mieszkanie w zanieczyszczonym srodowisku zwiększą nierówności zdrowotne, szczególnie wsród dzieci i osób starszych. Inne czynniki, takie jak zamieszkiwanie w dzielnicach o wysokim wskaźniku przemocy, utrudnienia w transporcie publicznym, ograniczony dostęp do czystej wody czy do zdrowej żywności, mogą negatywnie wpync na wskaźniki zdrowotne. Tym samym, inicjatywy podejmowane zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym, mogą zmniejszc zagrożenia dla zdrowia oraz promować zdrowszy styl życia w społeczeństwach.
4. Spoecznoc i kontekst społeczny - relacje i interakcje z innymi mogą mieć istotny wpyw na zdrowie jednostki. Integracja społeczna, systemy wsparcia, zaangażowanie w życie lokalne oraz brak dyskryminacji wzmacniają zdrowie psychiczne i poczucie bezpieczeństwa. Izolacja społeczna, brak wsparcia rodziny i stygmatyzacja pogarszają stan zdrowia, a także utrudniają korzystanie z opieki zdrowotnej.
5. System opieki zdrowotnej – rownoc w dostępie do ubezpieczenia zdrowotnego, dostepnoc lekarzy, jakoc opieki oraz kompetencje kulturowe i językowe personelu medycznego decydują o skuteczności leczenia. Bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, obejmujące m.in. bariery finansowe czy geograficzne, pogłĘbiają różnice w stanie zdrowia między grupami społecznymi. Kluczowe znaczenie dla dostępu do

opieki zdrowotnej ma ubezpieczenie zdrowotne obejmujące szeroki katalog świadczeń na różnych poziomach opieki zdrowotnej, co bezpośrednio wpływa na stan zdrowia i jakość życia. Oprócz ubezpieczenia, innymi czynnikami które ułatwiają lub utrudniają dostęp do opieki zdrowotnej są np. wiedza dotycząca zdrowia, możliwość dojazdu do placówek opieki zdrowotnej, wysokość dopłat do świadczeń czy dostępność świadczeniodawców. Aby poprawić stan zdrowia populacji i zminimalizować nierówności w zdrowiu, niezbędne wydają się działania mające na celu zwiększenie dostępności, jakości i równości w dostępie do opieki zdrowotnej zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia chorób.

Stabilność ekonomiczna	Otoczenie i środowisko fizyczne	Edukacja	Żywność	Społeczność i kontekst społeczny	System opieki zdrowotnej
Zatrudnienie Dochód Wydatki Zadłużenie Rachunki medyczne Wsparcie	Mieszkalnictwo Transport Bezpieczeństwo Parki Place zabaw Możliwość poruszania się pieszo (walkability)	Umiejętność czytania i pisania Język Edukacja we wczesnym dzieciństwie Szkolenie zawodowe Szkolnictwo wyższe	Głód Dostęp do zdrowych opcji żywieniowych	Integracja społeczna Systemy wsparcia Zaangażowanie społeczności Dyskryminacja	Zakres ubezpieczenia zdrowotnego Dostępność świadczeniodawców Stronniczość świadczeniodawców Kompetencje kulturowe i językowe świadczeniodawców Jakość opieki
 Wyniki zdrowotne					
Umieralność	Chorobowość	Oczekiwana długość życia	Wydatki na opiekę zdrowotną	Stan zdrowia	Ograniczenia funkcjonalne

Rycina 28. Społeczne uwarunkowania zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Niektóre opracowania do społecznych determinant zdrowia zaliczają także bezpieczeństwo żywnościowe i dostęp do zdrowych produktów żywieniowych, które są podstawą profilaktyki wielu chorób. Nierównomierny dostęp do wartościowej żywności, spowodowany zarówno brakiem, jak i nieodpowiednimi wyborami zdrowotnymi uwarunkowanymi np. poziomem edukacji, zwiększa ryzyko otyłości, cukrzycy i chorób serca, co utrwała nierówności w zdrowiu między grupami społecznymi.

Relacje między społecznymi uwarunkowaniami a zdrowiem można wyjaśnić m.in. poprzez tzw. socjologiczny model „ekspozycji i zasobów”. Zakłada on, że zdrowie jednostek kształtowane jest przez narażenie na czynniki szkodliwe oraz możliwość gromadzenia i wykorzystywania zasobów potrzebnych do radzenia sobie z tymi zagrożeniami. Wyróżnia się dwie wersje tego modelu: materialną i psychospołeczną. W podejściu materialnym do źródeł zagrożeń zalicza się głównie czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Społeczne uwarunkowania odgrywają umiarkowaną rolę, wpływając na częstotliwość, czas trwania i intensywność tych ekspozycji. Do przykładów należą nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, sanitarne, zanieczyszczenie środowiska, hałas, ale także długotrwałe bezrobocie, które jest też związane z ubóstwem. Czynniki te nie tylko zwiększają narażenie na zagrożenia zdrowotne, ale także ograniczają dostęp do zasobów, które mogłyby chronić zdrowie, co potwierdza wcześniejsze założenia, że osoby zajmujące wyższe pozycje społeczne lepiej znają ryzyko zdrowotne i dysponują większymi możliwościami jego ograniczania.

Z kolei psychospołeczna wersja tego modelu podkreśla rolę stresu i jego wpływu na organizm. Długotrwałe przebywanie w środowisku wywołującym negatywne emocje, takie jak lęk czy poczucie bezradności, obciąża autonomiczny układ nerwowy, prowadząc do reakcji fizjologicznych (np. wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszone bicie serca), co w konsekwencji, w dłuższym okresie sprzyja rozwojowi chorób. Sposób i wymiar, w jaki jednostka radzi sobie ze stresem, zależy z kolei od dostępności zasobów, m.in. wsparcia społecznego czy umiejętności psychologicznych, takich jak samodzielność i odporność emocjonalna. Cechy te są ponownie wiązane z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym.

W kontekście nierówności społecznych podkreślić należy, że zarówno ekspozycja na zagrożenia, jak i dostęp do zasobów rozkładają się nierównomiernie w strukturze społecznej. Osoby z niższych warstw społecznych częściej doświadczają ryzyka zdrowotnego i dysponują mniejszą ilością zasobów do ich przeciwdziałania, podczas gdy osoby z wyższym statusem mają rzadszy kontakt z wieloma wyżej wymienionymi zagrożeniami i znacznie większe możliwości ochrony/przeciwdziałania [26]. Dysproporcja ta stanowi podstawę do pogłębiania się nierówności w zdrowiu [27].

Należy przy tym podkreślić, że społeczne uwarunkowania równości w zdrowiu są kształtowane przez kontekst historyczny i oddziałują na jednostki przez całe życie [28,29]. Uwarunkowane są one w dużej mierze otoczeniem fizycznym i technologicznym, w którym funkcjonują jednostki, a co ważne - zmiany w tym otoczeniu mają znaczący wpływ na funkcjonowanie jednostek, mogąc mieć zarówno charakter sprzyjający, jak i zagrażający zdrowiu. Równie istotna jest kwestia infrastruktury społecznej, odnosząca się do polityk, usług, zasobów i

powiązanych przestrzeni, do których ludzie mają dostęp, co umożliwia im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, obywatelskim i gospodarczym bez barier [30]. Literatura podkreśla też dyskryminację strukturalną, definiowaną jako reguły, normy, rutyny, wzorce postaw i zachowań w instytucjach i innych strukturach społecznych, które stanowią przeszkody dla grup lub jednostek w osiągnięciu tych samych praw i możliwości, jakie ma większość populacji [16]. Dyskryminacja strukturalna występuje systematycznie w całym społeczeństwie i jest zakorzeniona w dominujących kulturach, mechanizmach prawnych i strukturach ekonomicznych [31].

Społeczne uwarunkowania zdrowia wraz z ich wpływem na efekty zdrowotne i dobrostan pacjentów zaczęły być dostrzegane wraz z rozwojem medycyny opartej na wartościach oraz opieki skoncentrowanej na pacjencie. Do zwiększenia efektów zdrowotnych całej populacji nie wystarczy bowiem jedynie opieka zdrowotna, ale w dużym stopniu warunki, w jakich funkcjonują społeczeństwa, w tym dostęp do edukacji (oraz jakość edukacji), warunki pracy i dochody, otoczenie, ale również kontekst społeczny.

Równość w zdrowiu, do której dąży ta koncepcja to brak niesprawiedliwych, możliwych do uniknięcia lub naprawienia różnic w zdrowiu między grupami populacji, definiowanych przez cechy społeczne, ekonomiczne, demograficzne lub geograficzne [32].

Na wyrównanie różnic w stanie zdrowia wpłynąć mogą różne elementy, zarówno czynniki społeczne, strukturalne, jak i związane z opieką zdrowotną. Opisuje je tzw. **koncepcyjny model równości w zdrowiu i opiece zdrowotnej** [13] (**Rycina 29**). Model odnosi się do poziomu indywidualnego, na którym mierzone są wyniki zdrowotne pacjenta. Obejmuje on cztery kluczowe etapy ścieżki pacjenta:

1. Prewencja i dostęp do opieki zdrowotnej (ang. Prevention & Access):

- Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym profilaktyki, wczesnej diagnostyki i leczenia.
- Eliminacja barier geograficznych, finansowych, językowych i kulturowych.

2. Ciągłość i kompleksowość opieki (Przejścia, ang. Transitions):

- Równe i terminowe przyjmowanie pacjentów oraz przekazywanie ich pomiędzy jednostkami opieki (np. między oddziałami szpitalnymi, między opieką szpitalną a podstawową).
- Zapewnienie płynności opieki i ciągłości leczenia.

3. Jakość opieki (Quality of Care):

- Równa jakość świadczeń mierzona m.in. wskaźnikami zakażeń, śmiertelności czy doświadczeń pacjenta.
- Unikanie sytuacji, w których grupy o gorszej pozycji społecznej otrzymują gorszą opiekę.

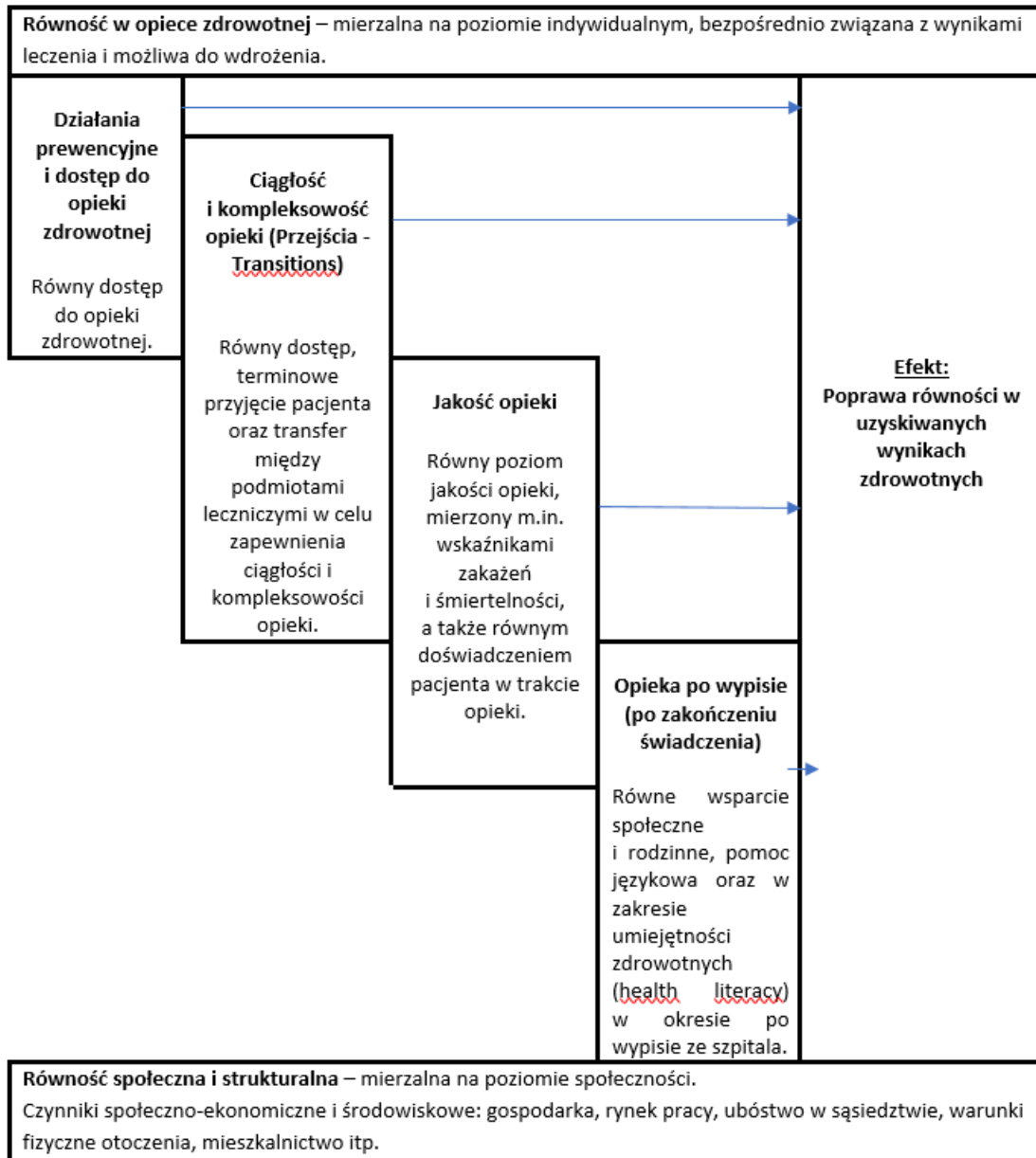
4. Opieka po wypisie (po zakończeniu świadczenia, ang. Post-discharge):

- Równy dostęp do wsparcia społecznego i rodzinnego po wypisie ze szpitala.
- Pomoc w zakresie języka, zrozumienia zaleceń medycznych i umiejętności zdrowotnych (health literacy).
- Zapobieganie rehospitalizacjom i powikłaniom.

W modelu wyodrębniona została też tzw. **równość społeczna i strukturalna** (ang. *Societal & Structural Equity*), mierzona **na poziomie społeczności**, obejmująca czynniki społeczno-ekonomiczne oraz środowiskowe, do których zaliczyć należy m.in.

- sytuacja gospodarcza i rynek pracy,
- poziom ubóstwa w danej dzielnicy,
- warunki fizyczne otoczenia (infrastruktura, bezpieczeństwo, zanieczyszczenie środowiska),
- warunki mieszkaniowe.

Fundament modelu stanowi równość pod względem determinant społeczno-ekonomicznych, bowiem wpływa ona na możliwości korzystania z opieki zdrowotnej i utrzymania dobrego stanu zdrowia. Przedstawiony model zakłada, że wyrównanie dostępu, jakości i ciągłości opieki na każdym etapie (profilaktyka, przez hospitalizację, aż po wsparcie pacjentów po wypisie) prowadzi do poprawy równości w wynikach zdrowotnych. Jednocześnie, podkreślane są działania na poziomie społecznych determinantów zdrowia, a więc odnoszące się do poprawy warunków życia, pracy i środowiska, w którym funkcjonują grupy społeczne. Model ma też duże znaczenie praktyczne, bowiem podkreśla, że osiągnięcie równości w zdrowiu wymaga zintegrowanych działań zarówno na poziomie jednostki, jak i całej społeczności oraz uzupełnienia interwencji medycznych o polityki społeczne i środowiskowe. Tym samym, monitorowanie efektów powinno obejmować zarówno wskaźniki kliniczne, jak i czynniki społeczne. Monitorowanie nierówności w zdrowiu dostarcza dowodów na to, jakim grupom niezbędna jest pomoc (i w jakim obszarze), co stanowi podstawę polityk i programów zdrowotnych.



Rycina 29. Konceptyjny model zdrowia i równości w zdrowiu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ma S, Agrawal S, Salhi R. Distinguishing Health Equity and Health Care Equity: A Framework for Measurement. *The New England Journal of Medicine (NEJM) Catalyst* 2023. Published online: March 7, 2023.

Jednym z głównych narzędzi, mogących efektywnie minimalizować społeczne nierówności w zdrowiu, jest promocja zdrowia. Wynika to z faktu, że wiele chorób uwarunkowanych jest stylem życia. Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu, stanowią jedną z podstawowych funkcji zdrowia publicznego [33]. Rozpatrując dwa podejścia do zdrowia: paradygmat biomedyczny oraz socjoekologiczny, oczywistym wydaje się, że działania mające na celu zmianę stylów życia, oparte będą o paradygmat socjoekologiczny, związany z promocją zdrowia. Oba podejścia do zdrowia

(paradygmat biomedyczny i paradygmat socjoekologiczny), wraz z ich definicjami zdrowia i metodami redukcji nierówności zdrowotnych, prezentuje Tabela 21.

W podejściu biomedycznym zdrowie rozumiane jest negatywnie jako brak choroby lub kalectwa, a działania skupiają się głównie na diagnozowaniu i leczeniu schorzeń. Determinanty zdrowia postrzegane są z kolei przede wszystkim przez pryzmat czynników biologicznych, a czynniki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe mają znacznie mniejsze znaczenie. W tym podejściu styl życia traktowany jest jako indywidualny wybór, a działania są ukierunkowane na osoby chore lub znajdujące się w grupach ryzyka. Zarządzanie w paradygmacie biomedycznym jest scentralizowane, odpowiedzialność spoczywa głównie na systemie ochrony zdrowia i personelu medycznym. Rola jednostki tym modelu jest ograniczona do biernego odbiorcy świadczeń zdrowotnych. W takim ujęciu promocja zdrowia często ma charakter uzupełniający i podporządkowany medycynie naprawczej.

Z kolei paradygmat socjoekologiczny kładzie nacisk na pozytywną definicję zdrowia, traktując je jako zasób umożliwiający jednostkom i społecznościom pełne uczestnictwo w życiu społecznym. W tym modelu zdrowie jest efektem współdziałania czynników biologicznych, społecznych, ekonomicznych, środowiskowych i kulturowych, a styl życia rozpatrywany jest jako kategoria społeczna, uwarunkowana strukturą społeczną, dostępem do zasobów i możliwościami, jakie daje otoczenie. Działania zdrowotne obejmują całe populacje, zarówno osoby zdrowe, jak i chore, przy czym duże znaczenie ma prewencja. Zarządzanie jest zdecentralizowane, co wzmacnia rolę społeczności lokalnych. Kluczowe znaczenie ma współpraca międzysektorowa, angażująca oprócz systemu ochrony zdrowia także edukację, politykę społeczną, transport czy planowanie przestrzenne. Obywatele w paradygmacie socjoekologicznym są aktywnymi uczestnikami działań prozdrowotnych, a promocja zdrowia jest strategicznym narzędziem polityki państwa. Działania z zakresu promocji zdrowia, realizowane w ramach współpracy wielu sektorów i instytucji, mają na celu również redukcję nierówności zdrowotnych. Warto jednak podkreślić, iż skuteczność tych działań może być w znacznym stopniu podniesiona, jeśli promocja zdrowia stanowi istotny element krajowych polityk zdrowotnych.

W kontekście nierówności w zdrowiu, przejście od paradygmatu biomedycznego do socjoekologicznego oznacza zmianę priorytetów: z leczenia chorób na działania systemowe i profilaktyczne, które mają na celu wyrównanie szans zdrowotnych w całej populacji.

Tabela 21. Porównanie paradygmatu biomedycznego i socjoeologicznego w kontekście redukcji społecznych nierówności w zdrowiu

Aspekt	Podejście biomedyczne	Podejście społeczno-ekologiczne
Definicja zdrowia	Negatywna: zdrowie to brak choroby lub kalectwa	Pozytywna: zdrowie to zasób umożliwiający jednostkom i społecznościom pełne uczestnictwo w życiu społecznym
Determinanty zdrowia	Skoncentrowane na biologicznych i medycznych przyczynach chorób	Uwzględniające społeczne, ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe czynniki warunkujące zdrowie
Styl życia i środowisko	Marginalizacja wpływu czynników społecznych i środowiskowych; styl życia traktowany jako indywidualny wybór	Styl życia postrzegany jako kategoria społeczna zależna od struktury społecznej i warunków życia
Orientacja działań	Indywidualna, skupiona na pacjentach chorych	Populacyjna, obejmująca zarówno osoby zdrowe, jak i chore, z naciskiem na prewencję
Zarządzanie	Centralizacja decyzji i działań	Decentralizacja i wzmocnienie roli społeczności lokalnych i samorządów
Zespół realizujący działania	Kadry medyczne	Zespoły interdyscyplinarne obejmujące m.in. pracowników socjalnych, edukatorów zdrowotnych, urbanistów
Sektor odpowiedzialny	System ochrony zdrowia	Współpraca międzysektorowa; integracja zdrowia, edukacji, polityki społecznej, transportu, środowiska
Rola obywatela	Bierny odbiorca świadczeń	Aktywny uczestnik działań na rzecz zdrowia, współtwórca polityk i programów
Cel działań	Leczenie chorób	Zmniejszanie nierówności w zdrowiu i promowanie równości szans zdrowotnych

Promocja zdrowia	Traktowana jako element działań medycznych, często marginalny	Narzędzie strategiczne w polityce państwa, realizowane poprzez wielosektorową współpracę i działania adresowane do całych społeczności
------------------	---	--

Źródło: opracowanie własne.

Nierówności w omówionych powyżej obszarach wynikają głównie z barier strukturalnych i różnic w dostępie do zasobów zdrowotnych, co wymaga zintegrowanych działań polityki zdrowotnej i społecznej. Niezbędna jest też regularna ocena i interwencje pracowników medycznych, w tym pielęgniarek środowiskowych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy w dużym stopniu rozpoznać mogą istniejące nierówności w otoczeniu, w którym pracują. Oceniając uwarunkowania społeczne, lekarze mogą świadczyć opiekę skoncentrowaną na pacjencie, uwzględniając szerszy kontekst jego życia [34].

Rozwiązywanie problemu społecznych determinantów zdrowia stanowi podstawę dla realnej poprawy zdrowia społeczeństwa oraz redukcji utrwalonych nierówności zdrowotnych. Wymaga to jednak działań, w które zaangażowane są zarówno instytucje państwowe, sektor prywatny, jak i społeczeństwo obywatelskie. Wdrażanie działań mających na celu zwalczanie nierówności w zdrowiu poprzez poprawę społecznych uwarunkowań zdrowia wiąże się jednak z wieloma wyzwaniami, bowiem uwarunkowania te dotyczą wielu złożonych obszarów. Tym samym, podejmowane działania obejmować powinny szerokie grono interesariuszy, głównie z różnych szczebli administracji publicznej i sektora ochrony zdrowia.

Dostępnych jest coraz więcej danych i opracowań dotyczących społecznych uwarunkowań zdrowia, choć niewiele z nich zawiera konkretne rekomendacje, na których mogliby oprzeć się interesariusze różnych szczebli. Działania podejmowane w obszarze społecznych uwarunkowań zdrowia powinny być bowiem podejmowane na różnych poziomach, ale ważna jest także ich systematyczność. Dostępne dane wskazują, że stan zdrowia i oczekiwana długość życia w wielu populacjach wzrosła, jednak wzrost ten jest nierównomierny. Nadal utrzymują się różnice w stanie zdrowia i jakości życia warunkowanej stanem zdrowia pomiędzy różnymi grupami ze względu na status socjoekonomiczny. Tego rodzaju działania wymagają nie tylko równego dostępu do opieki zdrowotnej, ale także działań poza systemem opieki zdrowotnej, mających na celu zaspokojenie szerszego dobrostanu społecznego i rozwoju. Dążenie do równości w zdrowiu, poprzez wpływanie na społeczne determinanty zdrowia, to nie tylko zapewnienie wszystkim jak najwyższego możliwego stanu zdrowia, ale również umożliwienie im zmiany statusu socjoekonomicznego i pełne wykorzystanie potencjału [35].

3.2.1.2. Diagnoza społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce

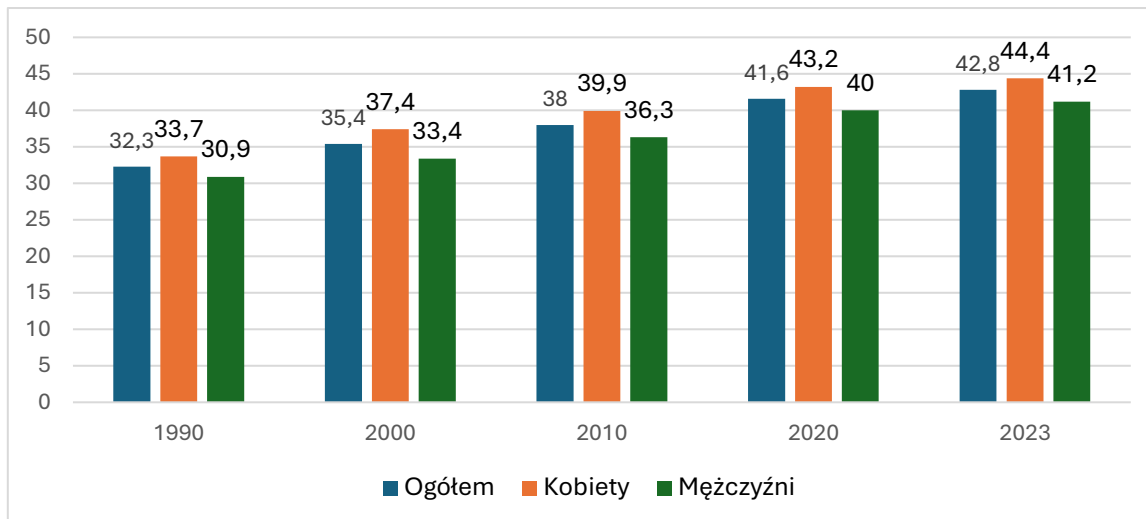
Nierówności zdrowotne w Polsce występują zarówno biorąc pod uwagę cechy socjoekonomiczne, jak i zróżnicowanie terytorialne. Podobnie jak w innych państwach, w Polsce obserwowane jest zróżnicowane stanu zdrowia przede wszystkim biorąc pod uwagę poziom wykształcenia, dochód i zatrudnienie, wiek, płeć, a także – jak wspomniano powyżej – miejsce zamieszkania. Z uwagi na fakt, iż obserwowane różnice w stanie zdrowia nie wynikają z różnic biologicznych, a czynników modyfikowalnych, istnieje możliwość poprawy tych wyników, przy zaangażowaniu odpowiednich instytucji oraz przy wsparciu państwa.

Porównując dane dotyczące Polski z danymi dostępnymi dla krajów Unii Europejskiej (UE), wskazać można na konkretne różnice w strukturze socjoekonomicznej oraz wskaźnikach zdrowotnych, z których najczęściej analizowanymi są: oczekiwana długość życia, oczekiwana długość życia w zdrowiu, wskaźnik samooceny stanu zdrowia, ludność poniżej granicy ubóstwa i nierówność dochodów, czy wskaźnik umieralności, z podziałem na płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania.

Wychodząc od ogólnych danych demograficznych dla Polski, w końcu 2024 roku populacja Polski liczyła około 37,5 mln osób, z czego kobiety stanowiły niezmiennie blisko 52%. Na 100 mężczyzn przypadało średnio 107 kobiet, przy czym w miastach relacja ta wynosiła 112, a na wsi 101. Wskaźnik feminizacji zależy od wieku, przy czym do 48. roku życia przewagę liczebną mają mężczyźni (97 kobiet na 100 mężczyzn), natomiast po tym wieku, wskutek większej umieralności mężczyzn, proporcje się odwracają. W grupie osób w wieku 49 lat i więcej współczynnik feminizacji sięga już 124, a w najstarszych rocznikach (75+) aż 184 kobiety przypadają na 100 mężczyzn. Zjawisko to wiąże się z dłuższym trwaniem życia kobiet. Na przestrzeni lat granica przewagi liczebnej kobiet przesuwa się. W 2000 roku wynosiła 42 lata, obecnie 48 lat. Wartości samych wskaźników także maleją: dla osób w wieku 75+ w 2000 r. wynosiły 213, w 2024 roku już 184. Na wsi przewaga kobiet pojawia się dopiero po 62. roku życia, natomiast w miastach już od 43. roku [36].

Mediana wieku mieszkańca Polski wynosi około 43 lata. Mieszkańcy wsi są młodszy niż mieszkańcy miast, którzy – średnio mają niespełna 42 lata, podczas gdy w miastach przeciętny wiek przekracza 44 lata (Rycina 30). Proces starzenia się społeczeństwa widoczny jest w stałym wzroście mediany wieku: od 2000 roku wzrosła ona o ponad 8 lat, a od początku lat 90. o ponad dekadę.

Najnowsze dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [36] wskazują, że w Polsce w 2024 roku odnotowano około 252 tys. urodzeń żywych, czyli o blisko 21 tys. mniej niż w roku 2023 (kolejny spadek liczby urodzeń). Jednocześnie, w 2024 roku zmarło prawie 409 tys. osób, czyli o ok. 0,5 tys. mniej niż w 2023 roku.



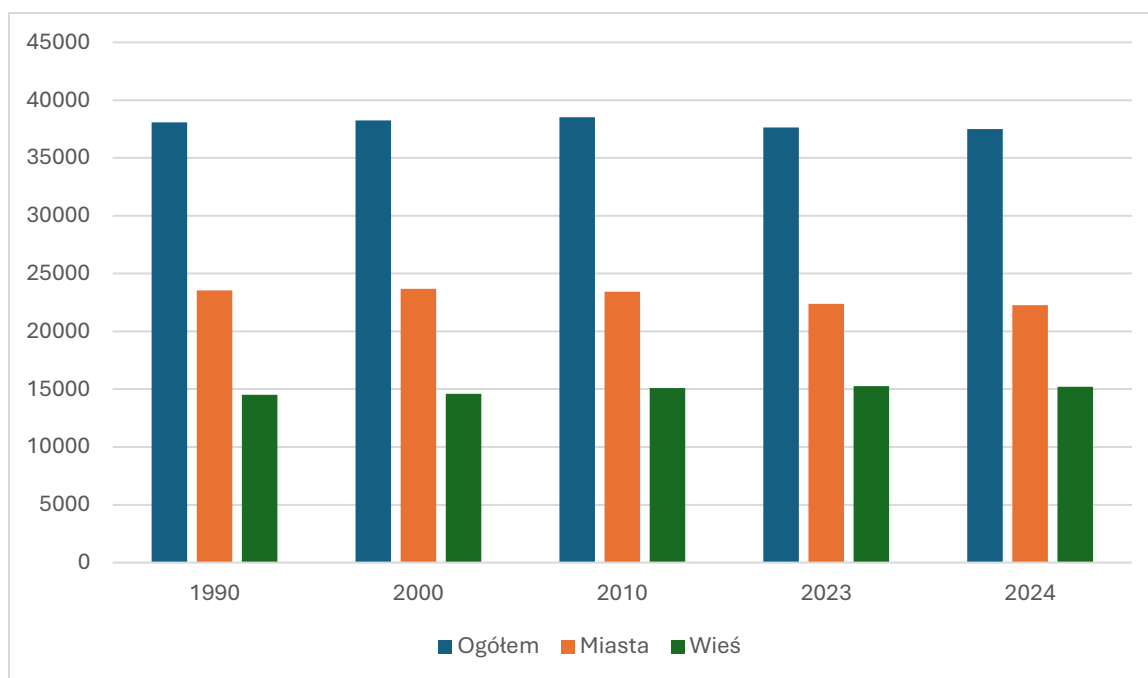
Rycina 30. Mediana wieku kobiet i mężczyzn w wybranych latach

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Różnica między liczbą urodzeń a zgonów w 2024 roku była więc ujemna i wyniosła -157 tys. wobec -137 tys. w roku 2023. W miastach już od ponad dwóch dekad obserwuje się stały ubytek naturalny (z wyjątkiem lat 2008–2011); w 2024 roku wyniósł on -107 tys. Na wsi także kolejny rok z rzędu liczba zgonów przewyższyła liczbę urodzeń, tym razem o 50 tys. [36]. Tym samym, liczba ludności w miastach spadła o ponad 100 tys., osiągając 22 276 tys. mieszkańców, a na wsi zmniejszyła się o blisko 47 tys., do 15 213 tys. osób.

W 2024 roku zmiany w liczbie i rozmieszczeniu ludności przełożyły się na nieznaczny spadek gęstości zaludnienia, która wyniosła średnio 119 osób na 1 km². W miastach mieszkało średnio 936 osób na km², czyli o 16 mniej niż rok wcześniej, natomiast na terenach wiejskich wskaźnik ten spadł nieznacznie do 52 osób na km². We wszystkich województwach odnotowano ubytek liczby mieszkańców, przy czym w województwie pomorskim spadek ten był relatywnie najmniejszy w porównaniu z innymi regionami. Rycina31 prezentuje liczbę ludności w Polsce w wybranych latach, z podziałem na miasto i wieś.

Co istotne, umieralność niemowląt nadal pozostaje na bardzo niskim poziomie. Zmarło 0,9 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku [36]. Tabela 22 prezentuje dane dotyczące ludności Polski w wybranych latach.



Rycina 31. Ludność w Polsce w wybranych latach, z podziałem na miasto i wieś (w tys.)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 22. Dane dotyczące ludności Polski w wybranych latach (/1000 ludności)

	1990	2000	2010	2020	2023
Urodzenia żywe	14,3	9,9	10,7	9,3	7,2
Zgony	10,2	9,6	9,8	12,5	10,9
Przyrost naturalny	4,1	0,3	0,9	-3,2	-3,6
Zgony niemowląt /1000 urodzeń żywych	19,3	8,1	5,0	3,6	3,9

Źródło: GUS. Polska w Liczbach 2024, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024.

Na tle krajów Unii Europejskiej, sytuacja demograficzna Polski wypada nieco gorzej. Dla całej Unii Europejskiej wskaźnik urodzeń na 1000 osób wynosi 8,2, a zgonów 10,8, co daje ujemny, lecz lepszy niż w Polsce przyrost naturalny (wynoszący -2,6). Pomimo ogólnej malejącej tendencji przyrostu naturalnego w Unii Europejskiej, dodatni przyrost naturalny nadal

występuje na Cyprze (3,7), w Irlandii (3,7), w Luksemburgu (2,8), na Malcie (0,8), we Francji (0,6) oraz w Szwecji (0,5) [37].

Zmiany demograficzne są efektem m.in. długotrwałego spadku urodzeń. W 2024 roku dzieci w wieku 0–14 lat było ponad 5,5 mln, czyli o 175 tys. mniej niż rok wcześniej. Udział tej grupy w populacji wynosił 14,6% (mniej niż w 2000 roku o prawie 20%) i zdecydowanie mniej niż w 1990 roku (o ok. 25%). Jednocześnie systematycznie rośnie liczba osób starszych, gdzie w 2024 roku grupa 65+ zwiększyła się o 175 tys., osiągając ponad 7,7 mln osób, co stanowiło 20,6% populacji (dla porównania: w 1990 roku stanowiąc 10%). Wzrost ten wiąże się z wchodzeniem w wiek emerytalny dużych roczników powojennego wyżu demograficznego. Skutkiem jest spadek udziału osób w wieku produkcyjnym (15–64 lata), który obserwowany jest już od kilku lat [36] (Tabela 23).

Tabela 23. Biologiczne i ekonomiczne grupy wieku w Polsce (w %)

	1990	2000	2010	2023	2024
Biologiczne grupy wieku					
0-14 lat	24,9	19,1	15,2	15,1	14,6
15-64 lata	64,9	68,5	71,3	64,9	64,7
>65 lat	10,2	12,4	13,5	20,1	20,6
Ekonomiczne grupy wieku					
Wiek przedprodukcyjny (0-17 lat)	29,6	24,4	18,8	18,2	18,0
Wiek produkcyjny (18-59/64)	57,5	60,8	64,4	58,4	58,2
Wiek poprodukcyjny (>60/65 lat)	12,9	14,8	16,8	23,3	23,8

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS.

Analizując ekonomiczne grupy wieku, liczba dzieci i młodzieży (0–17 lat) malała systematycznie do 2016 roku, po czym między 2017 a 2020 rokiem nieco wzrosła, osiągając niemal 7 mln. Od 2021 roku ponownie obserwuje się spadek, gdzie w 2024 roku było ich o 120 tys. mniej niż rok wcześniej. Obecnie stanowią one 18% populacji, czyli o 2 p. proc. mniej niż w 2023 roku (dla porównania: 29% w 1990 roku i ponad 24% w 2000 roku). Miasto i wieś

różnią się pod tym względem, gdyż na wsi udział dzieci i młodzieży to 19,9%, a w miastach 16,7%. Najwięcej młodych osób mieszka w województwach pomorskim, wielkopolskim i mazowieckim (ponad 19%), najmniej w opolskim (16,3%). W przypadku ludności w wieku produkcyjnym, w latach 2000–2009 obserwowano dynamiczny wzrost liczebności, związany z wejściem na rynek pracy roczników z wyżu demograficznego lat 80. XX wieku. Od 2010 roku odsetek tej grupy systematycznie spada. W 2024 roku osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 58,2% populacji, czyli niespełna 22 mln; o 151 tys. mniej niż rok wcześniej. Główną przyczyną jest starzenie się licznych roczników urodzonych w latach 60., które przechodzą do wieku poprodukcyjnego, oraz mniejsza liczba 18-latków wchodzących w wiek produkcyjny. Od 2010 roku populacja w wieku produkcyjnym skurczyła się o prawie 3 mln osób.

Struktura wewnętrzna tej grupy również się zmienia. W 2024 roku zwiększył się odsetek osób w wieku produkcyjnym niemobilnym (23,4%), a jednocześnie spadł udział osób mobilnych – do 34,8% (jeszcze w latach 1990–2014 utrzymywał się na poziomie około 40%).

Rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym świadczy o tym, że proces starzenia się społeczeństwa przyspiesza. W latach 2000–2024 ich liczba wzrosła o ponad 3 mln, osiągając 8,9 mln, a udział w populacji sięgnął niemal 24% (w porównaniu do niespełna 15% w 2000 roku). W miastach seniorzy stanowią 25,8% mieszkańców, a na wsi 20,7%. Różnice regionalne są mniejsze: najstarsze demograficznie jest woj. świętokrzyskie (ponad 26%), a najmłodsze małopolskie i pomorskie (niespełna 22%).

Na wzrost tej grupy wpływa także rosnąca liczba osób w wieku powyżej 80 lat. W 2000 roku liczyła ona 774 tys. (2% populacji), a w 2024 roku już ponad 1,6 mln (4,3%). Najwięcej najstarszych osób mieszka w miastach (4,8% populacji wobec 3,6% na wsi). Regionalnie najwyższy udział seniorów odnotowano w woj. świętokrzyskim i podlaskim (4,9%), a najniższy w wielkopolskim (3,6%) oraz lubuskim (3,7%).

Grupa ta jest wyraźnie sfeminizowana, przy czym prawie 70% osób w wieku 80+ to kobiety. Wynika to z dłuższego trwania życia kobiet, podczas gdy wśród mężczyzn seniorzy stanowią niespełna 3% populacji, wśród kobiet jest to niemal 6% [36].

Rozpatrując wykształcenie Polaków, najnowsze dane Eurostat za 2021 rok wskazują, że udział osób z wykształceniem wyższym w wieku 25–64 lata wynosił w Polsce 33,7% ogółu ludności, co stanowi wartość nieznacznie większą niż średni odsetek dla wszystkich państw UE (33,6%). Co istotne, wskaźnik ten z roku na rok zwiększał się (w 2017 roku wynosił w Polsce 29,9%) [38]. Podobna sytuacja dotyczy osób w wieku 30–34 lata, gdzie w 2024 roku odsetek osób z wykształceniem wyższym w Polsce wynosił ok. 47%, co daje wynik wyższy niż średnia dla Unii Europejskiej (ok. 45%). Najwyższe odsetki, wynoszące powyżej 65% obserwowane są w Irlandii, Luksemburgu, na Cyprze oraz na Litwie. Odsetek osób z wykształceniem wyższym w Polsce systematycznie rośnie od wielu lat. Nadal jednak wśród mężczyzn w wieku 25–74 lata pozostaje on niższy niż w większości państw Unii Europejskiej, podczas gdy wśród kobiet przewyższa średni poziom dla UE-27. Jednocześnie w Polsce obserwuje się wyraźnie mniejszy,

w porównaniu ze średnią unijną, odsetek osób legitymujących się najniższym poziomem wykształcenia [22] (Tabela 24).

Tabela 24. Poziom wykształcenia mężczyzn i kobiet w Polsce i krajach UE-27 w wieku 25-74 lata (dane za 2023 rok), %

	Mężczyźni		Kobiety	
	Polska	UE	Polska	UE
Wykształcenie podstawowe, gimnazjalne i niższe	7,3	23,0	7,6	22,8
Wykształcenie zasadnicze zawodowe, średnie, pomaturalne	63,9	46,2	53,6	42,7
Wykształcenie wyższe	28,8	30,8	38,8	34,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Odnosząc się do sytuacji ekonomicznej mierzonej PKB na 1 mieszkańca według parytetu siły nabywczej, zauważyć można, iż w 2024 roku wskaźnik ten w krajach UE był zróżnicowany. Najwyższe wartości osiągnęły Luksemburg, Irlandia i Niderlandy (znacznie powyżej średniej unijnej = 100). Polska uplasowała się **poniżej średniej UE**, osiągając poziom zbliżony do Rumunii i Estonii, ale wyższy niż m.in. na Węgrzech, Słowacji, Łotwie, w Grecji i Bułgarii. Najniższe wartości zanotowano w Bułgarii i Grecji. W 2023 roku przeciętny roczny ekwiwalentny dochód do dyspozycji na osobę wyniósł 52 396 zł, co oznacza wzrost nominalny o 15,7% w stosunku do roku poprzedniego. Wartość ta była o ok. 17,1% niższa od średniej dla krajów Unii Europejskiej [39].

Zmiany demograficzne, jakie obserwujemy w Polsce i na świecie, niosą ze sobą poważne konsekwencje dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Starzenie się społeczeństwa oznacza, że rośnie liczba osób wymagających zarówno stałej opieki medycznej, jak i kompleksowego wsparcia w zakresie profilaktyki oraz promocji zdrowia. Coraz większe znaczenie zyskuje więc planowanie rozwiązań dostosowanych do specyficznych potrzeb osób starszych, takich jak skuteczne programy zapobiegania chorobom przewlekłym, działania wspierające zdrowy i aktywny styl życia, a także rozwój usług medycznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

Wyzwanie to wymaga nie tylko rozbudowy infrastruktury ochrony zdrowia, ale także inwestycji w kadrę medyczną i systemy organizacyjne, które będą w stanie sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi. Kluczowe jest również zintegrowanie opieki – tak aby pacjent starszy miał dostęp do świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych w sposób ciągły i skoordynowany. Równocześnie niezbędne jest wdrażanie programów wspierających samodzielność osób w podeszłym wieku, np. poprzez rozwój telemedycyny, narzędzi cyfrowych czy usług środowiskowych, które pozwolą seniorom jak najdłużej zachować niezależność i wysoką jakość życia.

W tym kontekście procesy demograficzne wymuszają zmianę myślenia o ochronie zdrowia, kierując się od modelu opartego głównie na leczeniu chorób w stronę systemu, który w większym stopniu stawia na profilaktykę, edukację zdrowotną, wspieranie aktywności fizycznej i społecznej oraz budowanie otoczenia sprzyjającego zdrowemu starzeniu się.

Analizując wskaźniki socjoekonomiczne, należy brać również pod uwagę odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, który w 2024 roku w Polsce wynosił ok. 16% osób. W krajach Unii Europejskiej odsetek ten był znacznie większy i stanowił 21,0% ogółu ludności. Wskaźnik ten różnił się znacznie w poszczególnych krajach UE: najwyższy odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w 2024 widoczny był w Bułgarii (30,3%), Rumunii (27,9%) i Grecji (26,9%). Czechy, Słowenia i Holandia odnotowały najniższe odsetki (odpowiednio: 11,3, 14,4 oraz 15,4%) (Tabela 25).

Tabela 25. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, 2024 r. (%)

Państwa UE	21,0
Strefa Euro	21,4
Bułgaria	30,3
Rumunia	27,9
Grecja	26,9
Hiszpania	25,8
Litwa	25,8
Łotwa	24,3
Włochy	23,1
Estonia	22,2
Chorwacja	21,7
Niemcy	21,1
Francja	20,5

Węgry	20,2
Luksemburg	20,0
Malta	19,7
Portugalia	19,7
Słowacja	18,3
Belgia	18,2
Dania	18,0
Szwecja	17,5
Cypr	17,1
Austria	16,9
Finlandia	16,8
Irlandia	16,7
Polska	16,0
Holandia	15,4
Słowenia	14,4
Czechy	11,3
Turcja	30,4
Norwegia	15,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Jak wskazują dane za 2023 roku, 14,0% mieszkańców Polski żyło poniżej progu ubóstwa relatywnego, definiowanego jako dochód poniżej 60% krajowej mediany. Skala tego problemu była zróżnicowana regionalnie: w dziewięciu województwach wskaźnik przekroczył średnią krajową, a w trzech wschodnich regionach (podlaskim, warmińsko-mazurskim i lubelskim) przekroczył 20%. Najniższy poziom ubóstwa relatywnego odnotowano w województwie śląskim (7,6%) i w regionie warszawskim stołecznym (8,2%), gdzie występuje wyraźny kontrast wobec reszty Mazowsza (16,3%) [39].

Należy jednak podkreślić, że w 2023 roku w Polsce odnotowano wyraźny wzrost wskaźnika ubóstwa skrajnego. Zjawisko to szczególnie dotyczy mieszkańców wsi, gdzie odsetek osób zagrożonych skrajnym ubóstwem jest zdecydowanie wyższy niż w miastach, nawet tych najmniejszych. Jednocześnie obserwuje się wyraźną zależność między poziomem wykształcenia a ryzykiem ubóstwa- im wyższe wykształcenie głowy gospodarstwa domowego,

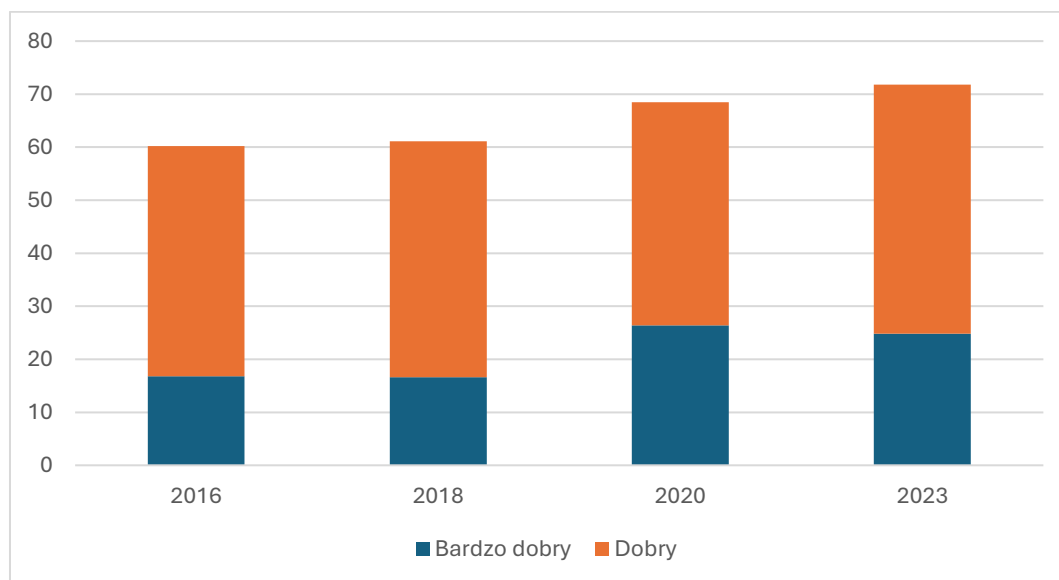
tym mniejsze prawdopodobieństwo znalezienia się w grupie dotkniętej ubóstwem skrajnym [22].

Warunki ekonomiczne gospodarstw domowych w istotny sposób kształtują jakość życia ich członków. Decydują one nie tylko o poziomie zaspokojenia podstawowych potrzeb, ale także o możliwościach podejmowania działań sprzyjających zdrowiu, takich jak właściwe odżywianie, aktywność fizyczna czy korzystanie z profilaktyki i opieki medycznej. Sytuacja materialna wpływa więc na styl życia i zachowania zdrowotne, a w konsekwencji na to, jak ludzie postrzegają własny stan zdrowia. Im stabilniejsza i lepsza sytuacja ekonomiczna, tym większe szanse na pozytywną samoocenę zdrowia, natomiast trudności finansowe mogą prowadzić do pogorszenia dobrostanu i obniżenia oceny własnej kondycji.

Dane GUS wskazują, że w 2023 roku w porównaniu do badania z 2000 roku, zwiększył się odsetek osób oceniających dobrze lub bardzo dobrze stan swojego zdrowia.

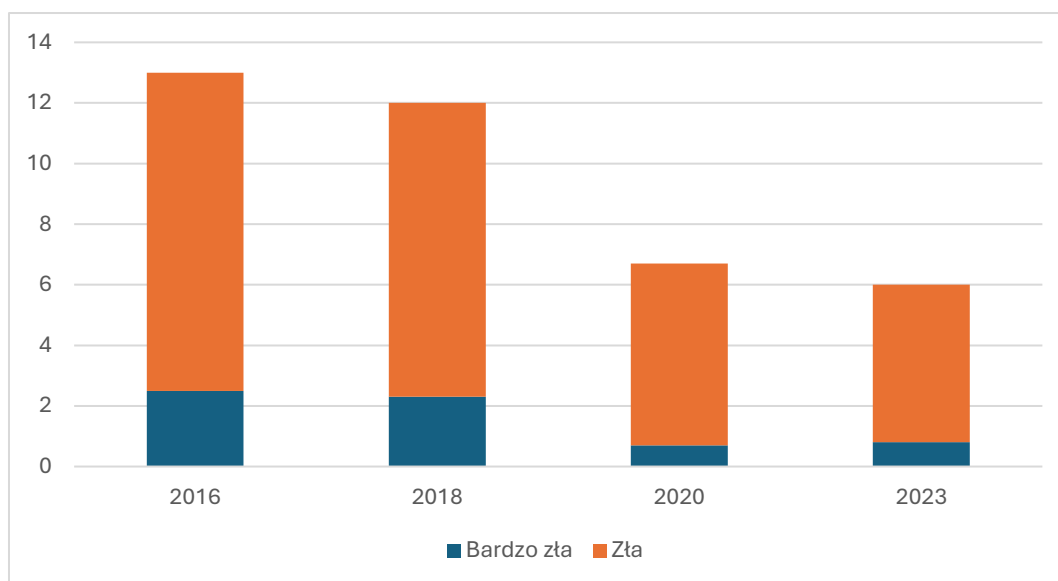
W 2023 roku większość badanych (71,8%) oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, co oznacza poprawę w porównaniu z 2020 rokiem (68,5%) (Rycina 32). Co czwarta osoba uważała, że jej zdrowie jest bardzo dobre (24,8%), a prawie połowa oceniła je jako dobre (47%). Nieliczni oceniali je źle (5,2%) lub bardzo źle (0,8%). Ponad jedna piąta respondentów (22,2%) uznała, że ich zdrowie jest przeciętne – ani dobre, ani złe. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali dobrą lub bardzo dobrą kondycję zdrowotną (76,3% vs 67,6%).

Jednocześnie, obserwowany był mniejszy odsetek odpowiedzi wskazujących na zły lub bardzo zły stan zdrowia (Rycina 33).



Rycina 32. Samoocena stanu zdrowia Polaków (bardzo lub bardzo dobra, w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rycina 33. Samoocena stanu zdrowia Polaków (bardzo zła lub zła, w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analizując przeciętną długość życia, w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, mężczyźni charakteryzują się wyższą umieralnością niż kobiety, jednak skala tej różnicy jest wyraźnie większa niż w większości państw europejskich. W 2024 roku różnica w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn wyniosła 7,3 roku. Wyższa umieralność mężczyzn w porównaniu z kobietami widoczna jest praktycznie we wszystkich grupach wieku [40].

Podobne tendencje można zaobserwować w przypadku przeciętnego dalszego trwania życia, które pokazuje zarówno poprawę sytuacji zdrowotnej, jak i utrzymującą się przewagę kobiet nad mężczyznami. Poniższa tabela przedstawia przeciętne dalsze trwanie życia (w latach) dla osób w różnym wieku (0, 15, 30, 45, 60 i 75 lat) w latach 2010, 2020, 2023 i 2024, z podziałem na płeć (Tabela 26). W Polsce w 2024 roku w momencie urodzenia, wynosiła ona 74,9 lat dla mężczyzn oraz 82,3 lata dla kobiet.

Tabela 26. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce dla kobiet i mężczyzn w określonym wieku w wybranych latach

		0	15	30	45	60	75
2020	Mężczyźni	69,7	55,6	41,4	27,9	16,7	8,6
	Kobiety	78,0	63,8	49,0	34,7	21,5	10,4
2010	Mężczyźni	72,1	57,6	43,3	29,7	18,3	9,5
	Kobiety	80,6	66,1	51,3	36,8	23,5	11,9
2023	Mężczyźni	74,7	60,1	45,7	31,9	19,6	10,3
	Kobiety	82,0	67,4	52,6	38,1	24,4	12,6

2024	Mężczyźni	74,9	60,4	45,9	32,1	19,8	10,4
	Kobiety	82,3	67,6	52,8	38,3	24,5	12,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analizowane dane wskazują, że w każdym roku kobiety żyły dłużej niż mężczyźni we wszystkich grupach wieku, przy czym różnica ta wynosiła średnio od kilku do kilkunastu lat i była najwyraźniejsza w młodszych grupach wieku. Widać też stopniowe wydłużanie się dalszego trwania życia w kolejnych latach, szczególnie między rokiem 2010 a 2024, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. W 2024 roku noworodek płci męskiej mógł oczekiwać 74,9 lat życia, a noworodek płci żeńskiej 82,3 lat, a także dłuższego dalszego trwania życia w każdym kolejnym wieku w porównaniu z wcześniejszymi okresami (średnia w 2023 roku 78,4). W 2023 roku średnia długość życia w chwili urodzenia w UE wynosiła 81,4 lat, podczas gdy w 2022 roku wynosiła 80,6 lat (84,0 dla kobiet, 78,7 dla mężczyzn) [41].

Warto podkreślić, że Polska, pod względem przeciętnego trwania życia mężczyzn, odbiega na niekorzyść w stosunku do innych państw europejskich. Lepsze wskaźniki przeciętnego trwania życia mężczyzn odnotowano niemal w całej Europie. Polska wyprzedzała jedynie część państw bałkańskich (jak Bułgarię, Serbię), Węgry, Rumunię, Litwę, Łotwę, Estonię oraz Mołdawię. W przypadku kobiet sytuacja jest nieco korzystniejsza: przy średniej długości życia wynoszącej 82,1 roku wskazać można, że kobiety w Polsce żyły przeciętnie dłużej niż mieszkanki takich państw, jak Bułgaria, Chorwacja, Czarnogóra, Litwa, Łotwa, Mołdawia, Rumunia, Serbia, Słowacja, Turcja, Węgry [42].

Analizując miejsce zamieszkania, w 2024 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn mieszkających w polskich miastach wyniosło 75,07 roku, co oznacza, że było o 0,4 roku dłuższe niż w przypadku mężczyzn zamieszkujących obszary wiejskie. Wśród kobiet różnice pomiędzy miastem a wsią były praktycznie nieistotne (trwanie życia wyniosło odpowiednio 82,27 roku w miastach oraz 82,21 roku na wsi).

Analiza różnic między płciami pokazuje, że w 2024 roku kobiety żyły średnio znacznie dłużej niż mężczyźni, niezależnie od miejsca zamieszkania. W miastach przewaga ta wynosiła 7,2 roku, podczas gdy na wsi 7,5 roku. Warto przy tym zauważyć, że dystans ten w ostatnich dekadach uległ zmniejszeniu. W 1991 roku różnica między kobietami a mężczyznami sięgała prawie 9 lat w miastach i aż 9,7 roku na wsi, natomiast w 2001 roku spadła odpowiednio do 7,8 oraz 8,8 roku. Dane te wskazują, że mimo stopniowego wydłużania się przeciętnego trwania życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, luka między płciami pozostaje wyraźna, a jej wielkość różni się w zależności od miejsca zamieszkania [40]. Prowadzone analizy wskazują również na dużą zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a długością życia, w szczególności w przypadku mężczyzn [43].

Dostępne dane wskazują dodatkowo, iż w 2023 roku najkrócej żyli mieszkańcy najmniejszych miast poniżej 10 tys. ludności (74,0 lata mężczyźni, 81,7 lat kobiety), a najdłużej mieszkańcy

największych aglomeracji powyżej 200 tys. osób (75,8 i 82,4 lata). Różnice te są bardziej wyraźne wśród mężczyzn niż kobiet [22].

Na oczekiwaną długość życia wpływa szereg czynników, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych. Do najważniejszych należą styl życia, obejmujący m.in. sposób odżywiania, poziom aktywności fizycznej, używanie substancji psychoaktywnych czy dbałość o profilaktykę zdrowotną, a także warunki środowiska, takie jak jakość powietrza, dostęp do czystej wody czy bezpieczeństwo sanitarne. Istotną rolę odgrywają również czynniki psychospołeczne, związane z poziomem stresu, wsparciem społecznym, relacjami rodzinnymi i zawodowymi czy sytuacją ekonomiczną.

Wszystkie te elementy, wzajemnie się uzupełniając kształtują ogólny stan zdrowia populacji i w konsekwencji determinują zarówno oczekiwaną długość życia, jak i oczekiwaną długość życia w zdrowiu, która stanowi jeszcze pełniejszy miernik jakości życia i dobrostanu zdrowotnego społeczeństwa.

Ostatnie dane dotyczące trwania życia w zdrowiu Polaków (za 2023 rok) wskazują, że oczekiwana długość życia w zdrowiu w momencie urodzenia wyniosła 61,3 roku dla mężczyzn i 64,6 roku dla kobiet, co oznacza wzrost w stosunku do 2022 roku odpowiednio o 1,2 roku i 0,9 roku. Różnica między płciami sięgnęła 3,3 roku na korzyść kobiet, jednak wraz z wiekiem dystans ten maleje i w wieku 50 lat wynosił 2,1 roku, a w wieku 65 lat jedynie 1 rok. Dla porównania, różnica w przeciętnym trwaniu życia w momencie narodzin w tym samym roku była ponad dwukrotnie wyższa i osiągnęła 7,3 roku.

Analiza oczekiwanych lat przeżytych w zdrowiu (ang. Healthy Life Years, HLY) w zestawieniu z przeciętnym trwaniem życia pozwala na ocenę, jaką część życia można przeżyć bez niepełnosprawności. W latach 2009–2023 wskaźnik oczekiwanych lat przeżytych w zdrowiu do przeciętnego trwania życia utrzymywał się w proporcji 79,9% do 82,3% długości życia dla mężczyzn i 76,2% do 79,2% dla kobiet. Wskazuje to, że choć mężczyźni żyją krócej, to relatywnie większą część swojego życia spędzają w zdrowiu.

Co należy podkreślić, w Polsce obserwuje się znaczne zróżnicowanie regionalne w zakresie trwania życia w zdrowiu. W 2023 roku różnica między województwami o najwyższych i najniższych wartościach tego wskaźnika u mężczyzn wyniosła 3,6 roku. Najkorzystniejsza sytuacja dotyczyła mieszkańców województw wielkopolskiego (62,9 lat), lubuskiego (62,5) i zachodniopomorskiego (62,5), podczas gdy najkrótsze trwanie życia w zdrowiu odnotowano w województwach lubelskim (59,3 lata), podlaskim (59,4) i łódzkim (60,0). Podobne różnice występowały wśród kobiet, gdzie rozpiętość między skrajnymi wartościami wyniosła 3,4 roku. Najdłużej w zdrowiu żyły mieszkanki województw wielkopolskiego (66,3 lat), lubuskiego (66,2), zachodniopomorskiego (66,1) i opolskiego (66,0). Najniższe wartości odnotowano natomiast w województwach lubelskim (62,9 lat), podlaskim (63,0), łódzkim (63,0) oraz podkarpackim (63,2) (Tabela 27).

Tabela 27. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin oraz procent życia w zdrowiu w 2023 r. dla poszczególnych województw

	Mężczyźni		Kobiety	
	Oczekiwane życie w zdrowiu	Procent życia w zdrowiu (%)	Oczekiwane życie w zdrowiu	Procent życia w zdrowiu (%)
Polska	61,3	82,1	64,6	78,8
Dolnośląskie	61,6	82,9	65,7	80,3
Kujawsko-pomorskie	61,1	82,4	64,3	79,1
Lubelskie	59,3	79,8	62,9	76,1
Lubuskie	62,5	84,4	66,2	81,2
łódzkie	60,0	82,0	63,0	77,5
Małopolskie	61,8	81,1	65,0	78,3
Mazowieckie	61,7	82,5	65,1	79,2
Opolskie	62,3	82,7	66,0	80,2
Podkarpackie	60,1	79,0	63,2	75,6
Podlaskie	59,4	79,4	63,0	75,6
Pomorskie	61,6	81,9	64,6	78,8
Śląskie	60,8	81,9	64,1	79,1
Świętokrzyskie	60,4	81,7	63,4	76,9
Warmińsko-mazurskie	61,0	82,5	64,5	78,9
Wielkopolskie	62,9	84,1	66,3	81,2
Zachodniopomorskie	62,5	84,3	66,1	81,2

Źródło: GUS. Trwanie życia w zdrowiu w 2023 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024.

Poziom utraty zdrowia w Polsce różni się w zależności od płci i województwa zamieszkania. W 2021 roku wartość utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (ang. Disability-Adjusted Life Year, DALY) z powodu wszystkich przyczyn u mężczyzn wynosiła 45 307,2 DALY/100 tys. Największy regionalny poziom całościowego obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim (51 515,7 DALY/100 tys.), natomiast najniższy w województwie małopolskim (39 820,3 DALY/100 tys.) [22].

W ostatnich dekadach w Polsce obserwowany jest systematyczny spadek umieralności we wszystkich grupach wieku i obu płciach. W grupie osób młodych (0–44 lata) współczynniki zgonów zmniejszyły się ponad dwukrotnie, u mężczyzn z 247,0 w 1985 roku do 116,0 w 2023 roku, a u kobiet ze 109,3 do 44,1. Podobny trend obserwuje się wśród osób w wieku 45–59 lat, gdzie wartości spadły z 1426,0 do 750,7 u mężczyzn i z 567,3 do 291,0 u kobiet, co oznacza poprawę o około połowę. W grupie najstarszej (60 lat i więcej), mimo utrzymującego się najwyższego poziomu umieralności, także nastąpiła istotna poprawa, wynosząca wśród mężczyzn z 6986,5 do 4042,3, a wśród kobiet z 5673,2 do 3140,8. We wszystkich analizowanych latach umieralność mężczyzn pozostaje istotnie wyższa niż kobiet, jednak dane jednoznacznie wskazują na korzystny, długoterminowy trend spadku zgonów w całej populacji.

W Polsce głównymi przyczynami zgonów pozostają choroby układu krążenia, nowotwory i choroby układu oddechowego, odpowiadając w 2022 roku za ponad 66% wszystkich zgonów. W przypadku chorób układu krążenia współczynniki umieralności są znacznie wyższe u mężczyzn niż u kobiet w młodszych grupach wieku: poniżej 45 lat prawie trzykrotnie, a w wieku 45–59 lat blisko czterokrotnie. Od lat 90. obserwuje się systematyczny spadek tych wskaźników, szczególnie wyraźny u mężczyzn, choć u kobiet powyżej 60. roku życia choroby sercowo-naczyniowe nadal pozostają dominującą przyczyną zgonów. Choroby układu krążenia stanowią większe zagrożenie dla życia mieszkańców wsi niż miast, co uwidacznia się po standaryzacji współczynników względem wieku (mieszkańcy miast są przeciętnie starsi). Wyjątkiem był zawał serca, który częściej prowadzi do zgonów wśród mieszkańców miast. We wszystkich województwach obserwuje się wyższe ryzyko zgonów z powodu chorób układu krążenia na obszarach wiejskich niż w miejskich.

W 2022 roku nowotwory odpowiadały za blisko 24% zgonów, przy standaryzowanym współczynniku 226 na 100 tys. ludności, w 2023 roku 264,4 na 100 tys. mieszkańców. Umieralność z tej przyczyny charakteryzuje się odmiennymi trendami, gdzie u mężczyzn w wieku 45–59 lat spadek obserwowany w latach 90. został zahamowany, ale od 2002 roku ponownie się utrzymuje, podczas gdy u kobiet w tej grupie wiekowej pozostawała przez dekady stabilna. W grupie powyżej 60 lat umieralność z powodu nowotworów u mężczyzn osiągnęła w 2022 roku 1215 na 100 tys., a u kobiet wzrosła względem roku poprzedniego, choć różnice między płciami w starszym wieku są mniejsze niż wśród młodszych osób. Nowotwory złośliwe stanowią więc zdecydowanie większe zagrożenie dla życia mężczyzn niż kobiet, a różnica w umieralności między płciami jest znacznie bardziej wyraźna w przypadku nowotworów złośliwych niż chorób układu krążenia. W całym okresie 2019–2023 najniższe ryzyko zgonu z powodu nowotworów złośliwych występowało w województwie podkarpackim.

Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych (wypadki, urazy) stanowiły 4,5% ogółu zgonów i są szczególnie częste wśród młodych mężczyzn, gdzie w 2022 roku odpowiadały za 33% zgonów w wieku poniżej 45 lat, co oznacza prawie pięciokrotnie wyższe ryzyko niż u kobiet.

W starszych grupach wiekowych udział ten maleje, do 3,3% u mężczyzn i 2,1% u kobiet powyżej 60 lat.

Choroby układu oddechowego stanowiły 6,7% wszystkich zgonów (62 na 100 tys. ludności). Po latach spadku wskaźniki te od początku XXI wieku utrzymują się na względnie stabilnym poziomie, choć od 2013 roku widać wzrost umieralności kobiet. Ryzyko rośnie wyraźnie z wiekiem, u mężczyzn po 60. roku życia było ponad ośmiokrotnie wyższe niż w grupie 45–59 lat, a u kobiet blisko dziewiętnastokrotnie. W 2023 roku w większości województw umieralność z powodu chorób układu oddechowego była wyższa niż w 2019 roku, szczególnie w woj. lubelskim (wzrost o 36% w populacji ogółem i 42% wśród osób najstarszych) oraz świętokrzyskim (30% i 31%). Utrzymuje się również znaczna nadwyżka umieralności w obu latach w woj. świętokrzyskim, lubelskim i śląskim, a także wśród mężczyzn w woj. opolskim [22, 44].

Ocena nierówności społecznych w zdrowiu w Polsce wymaga szczegółowej analizy różnic w stanie zdrowia populacji zróżnicowanej pod względem wykształcenia. Dane wskazują na istnienie wyraźnego gradientu społecznego w umieralności ogółem, osoby z niższym poziomem wykształcenia żyją istotnie krócej niż te z wykształceniem wyższym. W przypadku chorób układu krążenia zależność ta jest szczególnie widoczna. Ryzyko zgonu z ich powodu u osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ponad dwuipółkrotnie wyższe niż u osób z wykształceniem wyższym, a w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym dwukrotnie wyższe. Podobna zależność dotyczy chorób nowotworowych, choć skala różnic jest mniejsza. U mężczyzn z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym ryzyko zgonu jest o 85% wyższe niż u mężczyzn z wykształceniem wyższym, a w przypadku kobiet – o około 55%. Nawet osoby z wykształceniem średnim są bardziej narażone niż osoby z wykształceniem wyższym.

Istotny związek z poziomem edukacji obserwuje się również w przypadku umieralności z powodu chorób układu oddechowego. Osoby z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym mają około dwuipółkrotnie wyższe ryzyko zgonu niż osoby z wyższym, natomiast w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym ryzyko to jest wyższe o około 90%. Jeszcze wyraźniej zależność ta widoczna jest przy analizie umieralności z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia. Mężczyźni z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym umierają z tego powodu czterokrotnie częściej niż ci z wykształceniem wyższym, a kobiety trzykrotnie częściej. W przypadku osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym umieralność jest wyższa trzykrotnie u mężczyzn i dwuipółkrotnie u kobiet niż wśród osób z wykształceniem wyższym [44].

Niezwykle ważna jest również analiza zgonów, którym można zapobiec. Samo pojęcie zgonów, którym można było zapobiec (ang. avoidable mortality), odnosi się do takich przypadków śmierci, których można by uniknąć dzięki skutecznym działaniom z zakresu zdrowia publicznego. Dotyczy to w szczególności interwencji ukierunkowanych na szersze determinanty zdrowia, takie jak czynniki behawioralne i styl życia, status społeczno-ekonomiczny oraz warunki środowiskowe. Zgony te są więc ściśle powiązane z nierównościami w zdrowiu, a osoby o niższym statusie społecznym, żyjące w trudniejszych warunkach

materialnych czy środowiskowych, częściej doświadczają ograniczonego dostępu do profilaktyki i skutecznej opieki zdrowotnej, co zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci. Ograniczanie skali tych zgonów wymaga zatem nie tylko interwencji medycznych, lecz także działań systemowych zmierzających do zmniejszania nierówności społecznych i wyrównywania szans zdrowotnych w populacji.

W całej UE w 2022 roku uniknąć można było około 1,1 miliona zgonów wśród osób poniżej 75. roku życia, co odpowiada standaryzowanemu współczynnikowi umieralności wynoszącemu 257,8 zgonów na 100 000 mieszkańców. Znacznie wyższy odsetek zgonów, którym można zapobiec odnotowywany jest w Polsce: 383,67/100 000 mieszkańców, z czego 243,66/100 000 możliwych do uniknięcia przy zastosowaniu odpowiednich metod prewencyjnych (w porównaniu do 168,14/100 000 dla UE). Najczęstszymi przyczynami zgonów, których można uniknąć w UE, były choroby niedokrwienne serca i rak płuc. Najwięcej zgonów z powodu chorób i schorzeń, których można całkowicie uniknąć, odnotowano w przypadku raka jelita grubego i raka piersi. Duży odsetek stanowią również zaburzenia i zatrucia związane ze spożyciem alkoholu [45]. Należy podkreślić także różnice terytorialne. W 2023 roku w czterech województwach współczynniki zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia były nieco wyższe niż w 2019 roku, natomiast w pozostałych odnotowano spadek: w sześciu o ponad 10%, a w Małopolsce aż o 23%. Najwyższą umieralność w ostatnich latach miały województwa dolnośląskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie i lubuskie, gdzie wskaźniki były o ok. 35% wyższe niż w Małopolsce, Podkarpaciu i Podlasiu. Standaryzowane współczynniki zgonów były o 10,4% wyższe wśród mężczyzn ze wsi niż z miast, natomiast u kobiet odwrotnie – o 11,3% wyższe w miastach niż na wsi [22].

Analizując uwarunkowania zdrowia, należy również odnieść się do stylu życia, który w dużej mierze zależy od statusu socjoekonomicznego. Znaczenie ma tu sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, czy stosowanie używek.

Zaczynając od sposobu odżywiania się, należy podkreślić, że w 2019 roku w krajach europejskich odnotowano duże różnice w codziennym spożyciu owoców i warzyw. W Polsce przynajmniej raz dziennie po owoce sięga 54,5% osób, a po warzywa 51,2%, co stanowi wskaźniki zbliżone dla całej Unii Europejskiej. Osoby z niższym wykształceniem zdecydowanie rzadziej spożywają warzywa i owoce (dla wykształcenia podstawowego, gimnazjalnego i niższych odsetki te wynoszą odpowiednio 46,1% oraz 42%) [46].

Coraz większe odnotowywane jest spożycie napojów bezalkoholowych słodzonych cukrem. W UE w 2019 roku jedna trzecia (33,9%) populacji w wieku 15 lat i starszych deklarowała spożywanie napojów bezalkoholowych słodzonych cukrem co najmniej raz w tygodniu, a niemal co dziesiąta osoba piła je przynajmniej raz dziennie. W Polsce wskaźniki te są jeszcze wyższe (12% osób pije słodzone napoje minimum raz dziennie, a wśród osób z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym bądź niższym odsetek ten przekracza 16% osób), w szczególności wśród mężczyzn [47].

Należy zwrócić uwagę na odsetek osób z nadwagą i otyłością, który rośnie w szybkim tempie w większości krajów UE - w 2022 roku 50,6% osób w wieku 16 lat i starszych w UE miało nadwagę. Wśród kobiet, odsetek osób z nadwagą był najwyższy wśród osób z wykształceniem nie wyższym niż gimnazjalne (50,3%), a najniższy wśród osób z wykształceniem wyższym (33,0%). Tę prawidłowość zaobserwować można również u mężczyzn, jednak w znacznie mniejszym stopniu. Tendencja ta występuje w większości krajów UE, w tym w Polsce [48].

Otyłość stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnego zdrowia publicznego, ponieważ istotnie zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju wielu chorób przewlekłych, w tym schorzeń układu sercowo-naczyniowego, takich jak nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa czy niewydolność serca, a także cukrzyca typu 2 i niektórych nowotworów, m.in. raka piersi, jelita grubego czy trzustki. Wpływ otyłości nie ogranicza się jednak wyłącznie do zdrowia fizycznego, bowiem u wielu osób współwystępuje ona z problemami natury psychicznej, takimi jak obniżona samoocena, depresja, zaburzenia lękowe czy stygmatyzacja społeczna, które dodatkowo utrudniają leczenie i pogłębiają izolację społeczną.

Konsekwencje otyłości widoczne są również na poziomie całych społeczeństw. Rosnąca liczba osób z nadmierną masą ciała generuje ogromne koszty bezpośrednie, związane z diagnostyką, leczeniem farmakologicznym, hospitalizacjami oraz koniecznością wdrażania długoterminowej opieki. Równie istotne są koszty pośrednie wynikające z absencji chorobowej, przedwczesnej utraty zdolności do pracy, spadku produktywności czy konieczności zapewnienia świadczeń socjalnych. W efekcie otyłość staje się obciążeniem nie tylko dla systemu ochrony zdrowia, ale także dla systemów zabezpieczenia społecznego i gospodarki jako całości [48].

W ostatnich dwóch dekadach coraz większe znaczenie w ocenie systemów ochrony zdrowia zyskały analizy dotyczące obecności nierówności zdrowotnych wynikających zarówno z różnic w zachowaniach prozdrowotnych, często uwarunkowanych niedostateczną edukacją zdrowotną, jak i z ograniczonego dostępu do procedur medycznych. Kluczową rolę odgrywa tu aktywność fizyczna. Regularne ćwiczenia, zarówno aerobowe, jak i wzmacniające mięśnie, sprzyjają zmniejszaniu ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, osteoporoza czy nowotwory. Ponadto, poprawiają samopoczucie, jakość snu, sprawność poznawczą oraz ograniczają ryzyko depresji i zaburzeń lękowych.

W odniesieniu do aktywności fizycznej w Polsce obserwuje się wyraźne zróżnicowanie związane z miejscem zamieszkania oraz poziomem wykształcenia. Jak pokazują badania, osoby z niższym wykształceniem, zamieszkujące duże aglomeracje oraz palące papierosy, są znacząco mniej aktywne ruchowo [49].

Pomimo tak licznych korzyści, dane epidemiologiczne wskazują, że realizacja zaleceń WHO w zakresie aktywności fizycznej jest wciąż niewystarczająca. Wśród dorosłych w Unii Europejskiej jedynie 12,4% osób spełnia rekomendacje dotyczące wykonywania zarówno ćwiczeń aerobowych, jak i wzmacniających mięśnie. Na tle krajów UE szczególnie niepokojąco prezentuje się sytuacja w Polsce, która należy do grupy państw o najniższym odsetku

dorosłych podejmujących aktywność fizyczną zgodnie z zaleceniami WHO (4,2%, choć obserwowany jest nieco wyższy odsetek wśród osób z wykształceniem wyższym: 8,5%). Najwyższy odsetek populacji podejmującej aktywności aerobowe i wzmacniające mięśnie, poprawiające zdrowie, zaobserwowano w państwach nordyckich. W znaczącej większości państw UE, w tym w Polsce, częstsza aktywność fizyczna notowana jest u mężczyzn [50].

Nierówności społeczne w zakresie aktywności fizycznej widoczne są również wśród pracowników. Promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy, choć stanowi pozytywne zjawisko, może niekiedy prowadzić do pogłębiania różnic w zdrowiu. Działania tego typu najczęściej wspierają osoby w stosunkowo dobrej kondycji zdrowotnej, a w mniejszym stopniu docierają do tych, którzy mają największe potrzeby zdrowotne. Co więcej, firmowe programy wspierające aktywność fizyczną, podobnie jak inne benefity prozdrowotne, np. prywatna opieka medyczna, są częściej oferowane pracownikom dużych przedsiębiorstw zlokalizowanych w miastach. Najczęściej korzystają z nich osoby zajmujące wyższe stanowiska w sektorze usług, które zwykle i tak dysponują lepszymi zasobami sprzyjającymi zdrowiu: wyższymi dochodami, wykształceniem, kompetencjami zdrowotnymi, korzystniejszymi warunkami pracy czy łatwiejszym dostępem do infrastruktury wspierającej zdrowy styl życia [49].

Kolejny aspekt stylu życia stanowią uzależnienia, w tym palenie papierosów i spożywanie alkoholu. W wielu państwach członkowskich UE rozpowszechnienie palenia ustabilizowało się lub spadło w ostatnich dekadach, co jest wynikiem prowadzonych działań edukacyjnych, polityk fiskalnych, ograniczeń w reklamie wyrobów tytoniowych oraz wprowadzania stref wolnych od dymu. Mimo tych pozytywnych tendencji, palenie tytoniu nadal pozostaje największym możliwym do uniknięcia zagrożeniem dla zdrowia w Europie, przyczyniając się do rozwoju licznych chorób przewlekłych, w tym nowotworów, chorób układu krążenia i chorób układu oddechowego. Jego konsekwencje stanowią poważne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej, generując zarówno wysokie koszty leczenia, jak i utratę produktywności wynikającą z przedwczesnych zgonów oraz długotrwałej niezdolności do pracy. Pomimo malejących wskaźników palenia, skala problemu nadal wymaga konsekwentnych działań prewencyjnych i regulacyjnych, a także wspierania programów ograniczania nałogu, aby zmniejszyć jego negatywny wpływ na zdrowie publiczne i gospodarkę.

W 2019 roku 18,4% osób w wieku 15 lat i starszych w UE paliło codziennie. Wśród państw członkowskich UE odsetek palaczy codziennie wahał się od 6,4% w Szwecji i 9,9% w Finlandii do 23,6% w Grecji i 28,7% w Bułgarii. W Polsce odsetek ten wskazywany jest na poziomie równym średniej europejskiej, również ze zdecydowaną przewagą mężczyzn w niemal wszystkich grupach wiekowych. Najniższy wskaźnik codziennego palenia odnotowano wśród osób z wykształceniem wyższym, a najwyższy wśród osób z wykształceniem średnim lub policealnym [51].

Z kolei w 2019 roku 8,4% populacji UE w wieku 15 lat i starszych zadeklarowało codzienne spożywanie napojów alkoholowych, w porównaniu z 28,8% osób spożywających alkohol cotygodniowo i 22,8% osób spożywających alkohol raz w miesiącu. Według danych Eurostat

dla Polski odsetki te wynoszą: 1,6% dla spożywania napojów alkoholowych codziennie, 16,8% przynajmniej raz w tygodniu, a 30,2% raz w miesiącu. Należy zauważyć znacznie częstsze spożywanie alkoholu wśród osób z niższym wykształceniem. Z kolei nieco ponad jedna czwarta Europejczyków (26,2%) nie spożywała alkoholu w ogóle w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie lub nigdy nie piła żadnego napoju alkoholowego. Odsetek osób w wieku 15 lat i starszych pijących alkohol, które zgłosiły epizod intensywnego picia alkoholu co najmniej raz w miesiącu w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie był 2,3 razy wyższy dla mężczyzn niż kobiet (26,3% dla mężczyzn i 11,4% dla kobiet), przy czym w Polsce notowany jest wyższy odsetek dla mężczyzn i niższy dla kobiet [52].

Co stanowi konsekwencję powyższych rozważań, status socjoekonomiczny wpływa na samoocenę stanu zdrowia. Badanie prowadzone przez CBOS jednoznacznie wskazuje, że samoocena stanu zdrowia Polaków zależy od cech socjoekonomicznych, w tym płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia czy sytuacji materialnej.

Wyniki badania opublikowane w raporcie z 2024 roku wskazują, że mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali dobry stan zdrowia (66% vs. 56%). Wraz z wiekiem znacząco obniżała się pozytywna ocena własnego zdrowia: w grupie 18–24 lata 78% oceniało zdrowie dobrze, a tylko 3% źle, natomiast wśród osób powyżej 65. roku życia odsetek pozytywnych ocen spadał do 33%, a odsetek negatywnych wzrastał do 19%. Zależność ta była widoczna również w kontekście miejsca zamieszkania: najwyższy odsetek dobrych ocen odnotowano wśród mieszkańców największych miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (73%), podczas gdy w miastach średniej wielkości (20–99 tys. mieszkańców) wynosił on jedynie 55%.

Widoczny był także wpływ w odniesieniu do poziomu wykształcenia, przy czym osoby z wykształceniem wyższym znacznie częściej oceniały swój stan zdrowia pozytywnie (79%) niż osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (30%). Różnice występowały także pomiędzy grupami zawodowymi. Najwyżej własne zdrowie oceniali przedstawiciele kadry kierowniczej i specjaliści z wyższym wykształceniem (85%), a także uczniowie i studenci (71%). Najniższe oceny występowały wśród rencistów, gdzie jedynie 27% z nich określiło swój stan zdrowia jako dobry, przy czym aż 54% oceniło go jako zły lub bardzo zły. Zbliżona sytuacja dotyczyła emerytów, spośród których połowa wskazała na zdrowie przeciętne, a 18% – złe.

Analizując poziom dochodów, w gospodarstwach domowych o dochodach poniżej 2000 zł na osobę jedynie 47% badanych pozytywnie oceniło stan zdrowia, podczas gdy wśród osób o dochodach powyżej 6000 zł odsetek ten sięgał 83%. Podobną zależność zaobserwowano w kontekście subiektywnej oceny warunków materialnych. Osoby deklarujące je jako „bardzo dobre” oceniały zdrowie pozytywnie w 83%, podczas gdy wśród badanych oceniających je jako „złe” odsetek ten wynosił zaledwie 13%.

Co istotne, raport CBOS podkreśla, że osoby z **wyższym wykształceniem, młodsze i posiadające lepszą sytuację materialną**, częściej podkreślają znaczenie własnej odpowiedzialności za zdrowie. Natomiast osoby **starsze, gorzej sytuowane** oczekują większej roli państwa i władz publicznych.

Analizowane czynniki socjoekonomiczne wpływają również na percepcję popularności zdrowego stylu życia. Wśród osób młodszych (18–44 lata) dominuje przekonanie, że zdrowy styl życia jest popularny. Jednocześnie zauważalny jest spadek tego wskaźnika w grupach starszych, gdzie wśród osób po 65. roku życia tylko 44% podziela ten pogląd, a aż 44% jest zdania przeciwnego. Podobne zależności obserwuje się w kontekście wykształcenia. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie odsetek osób dostrzegających popularność zdrowego stylu życia. Znaczące różnice pojawiły się również w grupach zawodowych, a osoby bezrobotne oraz emeryci są bardziej sceptyczne w tej kwestii. Istotne zróżnicowanie dotyczy także sytuacji dochodowej i materialnej, gdzie osoby o wyższych dochodach netto częściej zauważają popularność zdrowego stylu życia [53].

3.2.2. Strategiczne ramy działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu

3.2.2.1. Dokumenty i strategie międzynarodowe

Redukcja nierówności w zdrowiu stanowi obecnie jedno z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Europie, a także cel wielu strategii międzynarodowych. Promowanie zdrowia, w tym równości zdrowotnej, wpisuje się w podejście „Zdrowie we wszystkich politykach” (ang. Health in All Policies, HiAP), które uwzględnia implikacje zdrowotne decyzji podejmowanych w politykach publicznych i różnych sektorach gospodarki, dążąc do unikania szkodliwych skutków zdrowotnych, poprawy zdrowia populacji i równości w zdrowiu. Podejście to wpływa na odpowiedzialność decydentów za wpływ na zdrowie na wszystkich poziomach kształtowania polityki i kładzie nacisk na konsekwencje polityk publicznych dla systemów opieki zdrowotnej, czynników warunkujących zdrowie i dobrostan [15, 16].

W zakresie nierówności w zdrowiu, duże znaczenie ma światowy raport na temat społecznych uwarunkowań równości w zdrowiu, opracowany przez Komisję WHO ds. Społecznych Uwarunkowań Zdrowia. Raport oparty jest o najnowszą wiedzę naukową, uwzględniając szybko zmieniający się globalny kontekst społeczno-gospodarczy, uwarunkowania społeczne nierówności zdrowotne oraz przykłady skutecznych działań podejmowanych w celu ich ograniczania. Wskazuje on na kluczowe obszary wymagające uwzględnienia przy opracowywaniu strategii zdrowotnych, których wdrożenie mogłoby przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji, zwiększenia równości w zdrowiu oraz realizacji celów społecznych, gospodarczych i rozwojowych, w tym Celów Zrównoważonego Rozwoju (ang. Sustainable Development Goals, SDG). Rekomendacje zawarte w raporcie skierowane są do wszystkich krajów, niezależnie od poziomu dochodów, jednak konkretne plany działań powinny być dostosowane do lokalnych wzorców nierówności.

Raport Komisji WHO wskazuje, że nierówności zdrowotne mają istotny, negatywny wpływ na dobrostan społeczeństw i długość życia. Różnice w oczekiwanej długości życia pomiędzy

krajami sięgają nawet 33 lat, a w państwach, gdzie dostępne są dane, obserwuje się narastające dysproporcje między grupami społecznymi. Na przykład osoby z wyższym wykształceniem cechują się lepszym zdrowiem i dłuższą długością życia w porównaniu do osób z niższym poziomem edukacji [16, 54].

Według WHO, eliminacja nierówności wynikających z poziomu zamożności w krajach o niskich i średnich dochodach mogłaby co roku ratować życie nawet 1,8 mln dzieci. Z kolei zwiększenie inwestycji w politykę społeczną, rynek pracy, mieszkalnictwo i wspólnoty lokalne o zaledwie 0,1% PKB w kraju liczącym 40 mln mieszkańców mogłoby poprawić stan zdrowia 150 tys. osób w ciągu czterech lat.

W raporcie podkreślona została rola społecznych uwarunkowań zdrowia, w tym edukacji, dostępu do odpowiedniej żywności, warunków mieszkaniowych i pracy. Zwrócono uwagę na rolę systemów gospodarczych, polityk społecznych, norm kulturowych i politycznych ram decyzyjnych, których odpowiednie kształtowanie nie tylko zmniejsza ryzyko chorób, ale także sprzyja promocji zdrowia i równości zdrowotnej.

Jak wspomniano wcześniej, zdrowie populacji pozostaje w istotnym stopniu związane z **gradientem społecznym**, a zatem im gorsza sytuacja materialna i edukacyjna jednostki, tym gorszy jej stan zdrowia i krótsze przewidywane życie w zdrowiu. **Warto podkreślić też inne czynniki pogłębiające nierówności.** W ciągu ostatnich dwóch dekad nierówności dochodowe wewnątrz państw niemal się podwoiły i obecnie przewyższają już różnice między krajami [55]. W 201 państwach 10% najbogatszych obywateli osiąga średnio 15 razy wyższe dochody niż 50% najbiedniejszych. To zjawisko jest uznawane za jeden z głównych czynników napędzających nierówności zdrowotne [56].

Dodatkowym problemem są słabe systemy podatkowe, które ograniczają finansowanie powszechnych usług publicznych. W konsekwencji około 3,8 miliarda osób na świecie pozostaje pozbawionych podstawowych form zabezpieczenia społecznego, takich jak świadczenia rodzinne czy płatne urlopy chorobowe, które bezpośrednio wpływają na zdrowie. Nierówności pogłębia także dyskryminacja strukturalna, w tym rasizm i nierówności płci. Obecnie 2,4 miliarda kobiet w wieku produkcyjnym pozbawionych jest równych szans ekonomicznych, co przekłada się na ich zdrowie oraz zdrowie rodzin. Coraz większym wyzwaniem są również przymusowe migracje wywołane konfliktami, kryzysem klimatycznym i brakiem bezpieczeństwa żywnościowego. Migranci w krajach przyjmujących często spotykają się z ograniczonym dostępem do usług, dyskryminacją i utratą wsparcia społecznego, co wpływa na ich dobrostan psychiczny i fizyczny.

WHO podkreśla przy tym, że równość w dostępie do opieki zdrowotnej przynosi korzyści całemu społeczeństwu, apelując w swoich działaniach do rządów krajowych i władz lokalnych o podejmowanie skoordynowanych, wspólnych działań na rzecz redukcji nierówności zdrowotnych [57].

W 2005 roku WHO powołała komisję, której celem było wspieranie krajów w rozwiązywaniu problemu społecznych uwarunkowań zdrowia w celu poprawy równości w dostępie do opieki

zdrowotnej. Komisja dążyła do tego poprzez stymulowanie zmian politycznych i instytucjonalnych w celu rozwiązania społecznych uwarunkowań zdrowia w poszczególnych krajach. Duże znaczenie miał też wcześniejszy strategiczny dokument Światowej Organizacji Zdrowia dla Regionu Europejskiego „Zdrowie 2020”, który miał stanowić wspólną deklarację państw członkowskich oraz przewodnik do tworzenia krajowych polityk zdrowotnych. Dokument ten został przyjęty jako odpowiedź na rosnące nierówności w zdrowiu, zmiany demograficzne, społeczne i środowiskowe oraz potrzebę wzmocnienia systemów ochrony zdrowia. Jego celem nadrzędnym była znacząca poprawa zdrowia i dobrostanu populacji, zmniejszenie nierówności, rozwój zdrowia publicznego oraz budowa systemu opieki zdrowotnej zorientowanego na potrzeby ludzi, który jest powszechny, sprawiedliwy, trwały i wysokiej jakości.

W dokumencie wskazano dwa cele strategiczne: poprawę zdrowia całej populacji przy jednoczesnym ograniczeniu nierówności zdrowotnych oraz wzmocnienie przywództwa i zarządzania poprzez podejście partycypacyjne. Cele te miały być realizowane poprzez cztery priorytetowe obszary działań: inwestowanie w zdrowie na wszystkich etapach życia i wzmocnianie podmiotowości obywateli; przeciwdziałanie głównym problemom zdrowotnym – zarówno zakaźnym, jak i niezakaźnym; rozwój systemów zdrowotnych zorientowanych na człowieka, w tym wzmocnienie potencjału zdrowia publicznego i gotowości do reagowania na sytuacje kryzysowe; a także budowę odpornych i adaptacyjnych społeczności wspierających zdrowie.

Na poziomie praktycznym „Zdrowie 2020” określiło sześć głównych celów zdrowotnych do osiągnięcia w Regionie Europejskim: zmniejszenie przedwczesnej umieralności, wydłużenie oczekiwanej długości życia, ograniczenie nierówności zdrowotnych, poprawę dobrostanu, zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych z odpowiednią ochroną socjalną oraz przyjęcie przez państwa członkowskie krajowych celów i zadań w obszarze zdrowia.

Istotnym elementem dokumentu była również lista podstawowych funkcji zdrowia publicznego (ang. Essential Public Health Operations, EPHOs), które miały stanowić fundament realizacji polityki. Do kluczowych (core EPHOs) zaliczono: nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem, monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych wraz z reagowaniem, ochronę zdrowia (w tym bezpieczeństwo środowiskowe, żywności i warunków pracy), promocję zdrowia z uwzględnieniem nierówności społecznych oraz profilaktykę chorób, w tym wczesne wykrywanie. Wsparcie dla tych działań zapewniały funkcje uzupełniające, takie jak zarządzanie zdrowiem, rozwój kompetentnych kadr zdrowia publicznego, stabilne finansowanie i organizacja systemu, komunikacja i mobilizacja społeczna oraz prowadzenie badań naukowych wspierających politykę i praktykę. Chociaż dokument ten nie obowiązuje już w swojej pierwotnej formie, stał się podstawą dla działań krajowych [58].

Obecnie podkreślić należy promowane przez WHO hasło „Nie pozostawiać nikogo w tyle” (ang. Leaving no one behind) to podstawowa zasada Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030, zobowiązania do wyeliminowania ubóstwa, wyeliminowania dyskryminacji

i zmniejszenia nierówności marginalizujących jednostki i społeczności. Nakazuje ona, aby wszelkie działania rozwojowe były ukierunkowane i uwzględniały osoby najbardziej wrażliwe i najbardziej zacofane, a także odnosiły się do licznych i wzajemnie powiązanych form deprivacji, takich jak płeć, ubóstwo, niepełnosprawność i podatność na zmiany klimatu, aby zapewnić wszystkim korzyści z postępu. W kontekście Regionu Europejskiego WHO i analizy przedstawionej w dokumencie „Zdrowie i dobrostan oraz Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030”, zasada ta jest realizowana poprzez polityki i strategie, których celem jest zmniejszenie nierówności w zdrowiu i poprawa społecznych uwarunkowań zdrowia. Nierówności w zdrowiu rozumiane są jako niesprawiedliwe i systematyczne różnice w stanie zdrowia między grupami populacji, zakorzenione w warunkach społecznych, w których ludzie się rodzą, żyją, pracują i starzeją, a zatem podatne na zmiany poprzez odpowiednie interwencje. Według raportu, 86% uczestniczących państw członkowskich zadeklarowało posiadanie polityki, planu lub strategii dotyczącej zmniejszania nierówności w zdrowiu na poziomie krajowym lub subkrajowym. Spośród nich 60% opracowało konkretne polityki skoncentrowane na nierównościach w zdrowiu, podczas gdy 40% zintegrowało te kwestie z szerszymi strategiami, w tym tymi związanymi z ochroną socjalną, edukacją lub opieką społeczną. Większość takich strategii została zaimplementowana w Unii Europejskiej. Państwa członkowskie podkreśliły, że zwalczanie nierówności to nie tylko kwestia sprawiedliwości, ale także inwestycja w długoterminowy rozwój społeczny i gospodarczy, przyczyniająca się do poprawy zdrowia i dobrostanu w całej populacji. Konkretnie środki podkreślane przez rządy obejmowały poprawę dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej i edukacyjnej, zapewnienie ochrony przed trudnościami finansowymi podczas korzystania z tych usług oraz stworzenie warunków wspierających wczesny rozwój dziecka w środowisku, w którym dzieci i ich rodziny żyją, uczą się i dorastają. Ilustrujące przykłady pochodzą z Czech, gdzie połączono krajowe strategie zdrowotne z ukierunkowanymi programami włączenia społecznego, strategiami zapobiegania bezdomności, promowania pozytywnego starzenia się, ochrony praw dzieci, wspierania osób z niepełnosprawnościami, integracji Romów i równości płci. Ukraina z kolei wskazała na ustawę o państwowych gwarancjach finansowych usług medycznych dla ludności jako dowód swojego zaangażowania w zmniejszanie nierówności. Ten szeroki wachlarz inicjatyw odzwierciedla wielowymiarowe podejście promowane w Agendzie 2030, która wymaga skoordynowanych działań w sektorach zdrowia, opieki społecznej i gospodarki [59].

3.2.2.2. Krajowe dokumenty strategiczne i polityki zdrowotne

Polska realizuje działania na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu w oparciu o dokumenty strategiczne i ramy programowe na poziomie krajowym oraz zobowiązania wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia. Kluczowym dokumentem krajowym jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025, który wskazuje na potrzebę redukcji nierówności zdrowotnych poprzez włączenie zdrowia do wszystkich polityk

publicznych (zgodnie z założeniami Health in All Policies) oraz wdrażanie zintegrowanych działań międzysektorowych.

Ramy polityki państwa w tym obszarze obejmuje Ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 roku [60], kładąc nacisk na współdziałanie administracji rządowej i samorządowej, organizacji pozarządowych, instytucji naukowych oraz podmiotów gospodarczych w realizacji zadań zdrowia publicznego. Przyjęto w niej założenie, że poprawa stanu zdrowia społeczeństwa nie może być osiągnięta wyłącznie w ramach systemu opieki zdrowotnej, gdyż bowiem działań profilaktycznych, promocyjnych i edukacyjnych angażujących wiele sektorów. Szczególne znaczenie przypisano też tworzeniu warunków do równego dostępu do działań prozdrowotnych i wyrównywania różnic zdrowotnych między grupami społecznymi i regionami. W praktyce realizacją zadań zajmują się organy administracji publicznej, instytucje kontrolne i wykonawcze, a także organizacje społeczeństwa obywatelskiego, wspierane przez środowiska naukowe. Ważną rolę odgrywają również miejsca pracy, które stanowią przestrzeń sprzyjającą wdrażaniu działań na rzecz zdrowia, również w perspektywie przeciwdziałania nierównościami zdrowotnym wynikającym z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Ministerstwo Zdrowia utworzyło ponadto Departamentu Równości w Zdrowiu. Do jego podstawowych zadań, w powiązaniu do działań na rzecz równości w zdrowiu należą m.in. prowadzenie spraw związanych z powierzaniem zadań Narodowego Programu Zdrowia należących do właściwości departamentu, zawieranie i monitorowanie realizacji oraz rozliczanie umów na te zadania, przyjmowanie i akceptacja efektów realizacji tych umów, zgodnie z przepisami o zdrowiu publicznym; prowadzenie spraw związanych z planowaniem, opracowywaniem, zmianą, wdrażaniem, w tym wyborem realizatorów, zawieraniem umów, monitorowaniem ich realizacji, zmianą oraz rozliczaniem pod względem merytorycznym, opracowywanie rocznych raportów z realizacji oraz protokołów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących obszarów pozostających w zakresie właściwości departamentu, z wyłączeniem programów ujętych w zadaniach innych komórek organizacyjnych; prowadzenie spraw związanych ze zdrowiem osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami, z wyłączeniem zagadnień dotyczących warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia dostępności do tych świadczeń i ich finansowania, zasad wykonywania działalności leczniczej, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych; uczestnictwo w pracach grup roboczych utworzonych w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi; współpraca w zakresie koordynacji opieki nad osobami starszymi oraz wsparcia ich opiekunów w ramach systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, w szczególności w zakresie opieki długoterminowej i opieki nad osobami z chorobami otępiennymi [61].

Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu, wraz z **wydłużeniem życia w zdrowiu i poprawą jakości życia związanej ze zdrowiem**, jest strategicznym celem Narodowego

Programu Zdrowia. Nierówności w zdrowiu, do których odwołuje się NPZ, dotyczą zarówno różnic terytorialnych, jak i wynikających z sytuacji materialnej, wykształcenia czy warunków pracy. Cele operacyjne NPZ koncentrują się na redukcji najistotniejszych zagrożeń zdrowotnych, ale też na upowszechnianiu rozwiązań, które zapewniają równy dostęp do profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

Potrzeba uchwalenia tego dokumentu była konsekwencją rosnącej świadomości, że poprawa sytuacji zdrowotnej Polaków wymaga działań wykraczających poza sektor medyczny, a także mechanizmów sprzyjających wyrównywaniu szans w zdrowiu. Wzorując się na międzynarodowych praktykach, stworzono system wspierający budowę prozdrowotnych polityk publicznych w różnych dziedzinach życia społecznego i gospodarczego. Co warto podkreślić, działania z zakresu zdrowia publicznego są w znacznej mierze realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) [62], dzięki czemu dostosowywane są do lokalnych priorytetów zdrowotnych, co sprzyja zmniejszaniu dysproporcji zdrowotnych między regionami i grupami społecznymi.

Narodowy Program Zdrowia stanowi podstawowy dokument strategiczny w obszarze zdrowia publicznego w Polsce. Program uwzględnia skutki pandemii COVID-19, która wywołała największy kryzys zdrowotny w Polsce od zakończenia II wojny światowej. Pandemia, nakładając się na epidemię chorób przewlekłych niezakaźnych, wytworzyła efekt negatywnej synergii, co dodatkowo uwypukliło potrzebę prowadzenia kompleksowych działań profilaktycznych i promujących zdrowie, zgodnych z aktualną wiedzą naukową.

Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym, NPZ jest realizowany w sposób spójny i skoordynowany przez organy administracji publicznej przy współpracy z innymi podmiotami. Cele operacyjne programu muszą nie tylko ograniczać nierówności w zdrowiu, ale również oddziaływać na wiele zagrożeń jednocześnie, wykorzystując dostępne dowody naukowe dotyczące zależności między czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi. Ważnym elementem jest uwzględnianie potrzeb osób z niepełnosprawnościami i osób ze szczególnymi potrzebami.

W NPZ określono pięć głównych celów operacyjnych:

1. **Profilaktyka nadwagi i otyłości**
2. **Profilaktyka uzależnień**
3. **Promocja zdrowia psychicznego**
4. **Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne**
5. **Wyzwania demograficzne.**

Za każdy z celów odpowiada minister zdrowia we współpracy z innymi resortami, w tym m.in. edukacji, finansów, rodziny i polityki społecznej, klimatu, środowiska, obrony narodowej czy sprawiedliwości. Działania w ramach NPZ mają charakter międzysektorowy i angażują różne

szczeble administracji oraz instytucje publiczne i społeczne, tak aby skutecznie wspierać poprawę zdrowia populacji i ograniczać nierówności zdrowotne [63].

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 wpisuje się w katalog kluczowych strategii publicznych ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia populacji oraz redukcję nierówności zdrowotnych. Jako dokument o charakterze nadrzędnym dla polityki zdrowotnej państwa, stanowi ramy działań w obszarze profilaktyki chorób cywilizacyjnych, promocji zdrowia oraz monitorowania wyzwań demograficznych i środowiskowych. Program łączy różne sektory administracji publicznej, co sprzyja spójności działań i zwiększa ich skuteczność. Szczególne znaczenie ma w nim element monitoringu i ewaluacji, który pozwala oceniać efektywność interwencji i dostosowywać je do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dzięki temu NPZ jest nie tylko dokumentem planistycznym, ale także narzędziem realnego wspierania polityki równości zdrowotnej w Polsce.

Międzysektorową politykę zdrowia publicznego wspiera Rada do spraw Zdrowia Publicznego, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra zdrowia. Rada opiniuje propozycje działań w zdrowiu publicznym, m.in. projekt Narodowego Programu Zdrowia, a przy wsparciu ekspertów, działania dotyczące zdrowia publicznego są prowadzone zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

Omawiając krajowe dokumenty strategiczne dotyczące ograniczania nierówności w zdrowiu, należy podkreślić rangę Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 (**KSRR 2030**), która identyfikuje terytorialne różnicowania zdrowotne jako barierę rozwoju społeczno-gospodarczego. **Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030** jest jednym z kluczowych dokumentów strategicznych państwa, którego głównym celem jest wspieranie zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego wszystkich regionów Polski przy równoczesnym ograniczaniu nierówności terytorialnych. Dokument ten zakłada, że rozwój kraju nie może koncentrować się wyłącznie w największych metropoliach, lecz musi obejmować także mniejsze miasta, tereny wiejskie, obszary peryferyjne i pograniczne. Strategia uznaje, że takie podejście sprzyja nie tylko spójności gospodarczej, ale także **wyrównywaniu szans społecznych i zdrowotnych mieszkańców**, niezależnie od miejsca zamieszkania.

KSRR 2030 wskazuje, że **nierówności rozwojowe w Polsce mają charakter wielowymiarowy**. Obejmują nie tylko różnicowania w poziomie dochodów i rozwoju gospodarczego, ale także w dostępie do infrastruktury społecznej i zdrowotnej, w jakości środowiska, a także w możliwościach uczestnictwa mieszkańców w rynku pracy i edukacji. Te różnice często przekładają się bezpośrednio na nierówności w zdrowiu, np. ograniczona dostępność usług medycznych czy transportowych na obszarach wiejskich powoduje większe ryzyko nierówności zdrowotnych w stosunku do mieszkańców dużych miast.

Strategia akcentuje konieczność przeciwdziałania **marginalizacji obszarów zagrożonych trwałą peryferyjnością**. Do takich obszarów należą regiony dotknięte depopulacją, starzeniem się populacji, wysokim poziomem bezrobocia, słabą dostępnością komunikacyjną czy niższym

poziomem rozwoju infrastruktury społecznej. Brak interwencji publicznych w takich miejscach prowadzi do pogłębiania „spirali” wykluczenia społecznego, ekonomicznego i zdrowotnego. KSRR 2030 zakłada w związku z tym wzmocnienie lokalnych potencjałów, inwestycje w kapitał ludzki i społeczny, wspieranie samorządów w budowie systemów usług publicznych oraz rozwój lokalnych rynków pracy.

W dokumencie podkreślono również znaczenie **spójności terytorialnej** rozumianej jako równy dostęp obywateli do wysokiej jakości usług publicznych, w tym edukacyjnych, opiekuńczych, transportowych i zdrowotnych. KSRR 2030 przewiduje, że państwo powinno aktywnie wspierać regiony o niższym poziomie rozwoju, tak aby mieszkańcy mogli korzystać z porównywalnych standardów życia i opieki zdrowotnej jak w regionach lepiej rozwiniętych. Strategia jednoznacznie wskazuje, że polityka regionalna powinna oddziaływać na **wyrównywanie nierówności w zdrowiu**, które są jednym z kluczowych wymiarów jakości życia.

Istotnym elementem dokumentu jest podejście **zintegrowane i wielosektorowe**. Rozwój gospodarczy, społeczny, zdrowotny i infrastrukturalny powinny być ze sobą powiązane, tak aby inwestycje w transport, cyfryzację czy edukację przekładały się również na poprawę dostępu do opieki medycznej, profilaktyki i promocji zdrowia. KSRR 2030 zakłada, że poprawa warunków życia mieszkańców, w tym redukcja nierówności zdrowotnych – może być osiągnięta jedynie poprzez kompleksowe, skoordynowane działania administracji publicznej, samorządów i partnerów społeczno-gospodarczych.

W obszarze **zdrowia publicznego** podkreśla konieczność poprawy dostępności usług zdrowotnych, zwłaszcza na obszarach wiejskich i w małych miastach, rozwoju programów profilaktycznych i edukacyjnych, wspierania aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia mieszkańców, ograniczania barier w dostępie do specjalistów i nowoczesnych technologii medycznych, tworzenia rozwiązań infrastrukturalnych (np. transportowych, teleinformatycznych), które ułatwią równy dostęp do systemu ochrony zdrowia.

KSRR 2030 stanowi więc narzędzie polityki państwa służące wyrównywaniu szans i ograniczaniu nierówności, w tym także nierówności zdrowotnych. Dzięki koncentracji na obszarach peryferyjnych, działaniach wspierających spójność społeczną i poprawę dostępności usług, strategia ma realny wpływ na zmniejszanie dysproporcji w zdrowiu pomiędzy mieszkańcami różnych części kraju [64].

Duże znaczenie ma również dokument „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” to najważniejszy dokument strategiczny w obszarze zdrowia, przyjęty uchwałą Rady Ministrów 27 grudnia 2021 roku. Stanowi on kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, ale obejmuje swoim zakresem cały system ochrony zdrowia, a nie tylko środki europejskie. Dokument zakłada stworzenie przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu, który w sposób realny przyczynia się do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Kluczowym celem jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb

zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń, co ma prowadzić do wydłużenia życia w zdrowiu oraz poprawy stanu zdrowia populacji.

Strategia została zorganizowana wokół czterech głównych obszarów: pacjent, procesy, rozwój i finanse. Dla każdego z nich zdefiniowano cele i konkretne kierunki interwencji, co czyni dokument praktycznym narzędziem wyznaczania priorytetów polityki zdrowotnej. „Zdrowa Przyszłość” w sposób szczególny akcentuje znaczenie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, obejmując dwa strategiczne załączniki: dla osób starszych oraz dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ich głównym celem jest poprawa jakości życia w środowisku lokalnym, zwiększenie dostępności opieki, a także rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

W dokumencie zwrócono uwagę na liczne nierówności zdrowotne. Dotyczą one zarówno dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), jak i różnic w rozmieszczeniu zasobów systemu: przychodni, zakładów opieki długoterminowej czy kadr medycznych. Dane wskazują, że w niemal 1/5 powiatów nie ma żadnej placówki stacjonarnej opieki długoterminowej, a liczba łóżek w innych regionach bywa kilkakrotnie wyższa niż średnia krajowa. Różnice w dostępności dotyczą także lekarzy, pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, których liczba na 100 tys. mieszkańców jest zróżnicowana między województwami.

„Zdrowa Przyszłość” zakłada inwestycje infrastrukturalne i rozwój cyfryzacji systemu, aby niwelować istniejące bariery i zmniejszać dysproporcje terytorialne. Przewidziano mechanizmy zachęt do relokacji dla pracowników medycznych, wsparcie dla rozwoju POZ i AOS w regionach o ograniczonej dostępności, a także modernizację infrastruktury w celu usuwania barier architektonicznych. Szczególny nacisk położono na rozwój usług cyfrowych, takich jak e-rejestracja czy elektroniczna dokumentacja, co ma zwiększyć transparentność i ograniczyć bariery informacyjne.

Dokument podkreśla również konieczność poprawy dostępności farmakoterapii, w tym nowoczesnych technologii lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa lekowego poprzez rozwój produkcji substancji aktywnych w kraju i monitorowanie łańcucha dystrybucji. Ważnym elementem jest także lepsze planowanie oparte na mapach potrzeb zdrowotnych i identyfikacja tzw. „białych plam” w dostępie do świadczeń.

W kontekście nierówności zdrowotnych szczególnie istotne są wskazane różnice społeczno-ekonomiczne w dostępie do świadczeń. Osoby o niższych dochodach i gorszym wykształceniu częściej doświadczają ograniczeń funkcjonalnych, a jednocześnie mają mniejsze możliwości korzystania z prywatnych usług medycznych. Podobne dysproporcje obserwuje się w dostępie do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza na obszarach wiejskich [62].

W kontekście nierówności w zdrowiu, odczytywać można również Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju wraz z jego rozwinięciem - Strategią na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR), mimo iż formalnie nie jest to dokument strictly zdrowotny. SOR podkreśla spójność społeczną, gospodarczą, środowiskową i terytorialną, a jednym z jego celów jest

zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. W literaturze zdrowia publicznego ubóstwo, wykluczenie i różnice terytorialne są kluczowymi determinantami społecznych nierówności w zdrowiu. Z tego powodu realizacja SOR może pośrednio wpływać na zdrowie społeczeństwa.

Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony wpisuje się w koncepcję health equity, ponieważ oznacza dążenie do wyrównania szans między regionami Polski. W praktyce może to ograniczać różnice w dostępie do usług zdrowotnych, edukacji zdrowotnej i profilaktyki między dużymi ośrodkami a mniejszymi miastami i wsiami. Reindustrializacja i rozwój innowacyjnych firm może wspierać zdrowie publiczne poprzez tworzenie stabilnych miejsc pracy, zmniejszanie bezrobocia (czynnik chroniący zdrowie psychiczne) oraz rozwój sektora technologii medycznych i farmaceutycznych. Kolejny filar SOR -kapitał ludzki i społeczny wskazuje na inwestowanie w edukację i rozwój społeczeństwa, co przekłada się na wyższy poziom kompetencji zdrowotnych (health literacy). W dłuższej perspektywie lepsza edukacja sprzyja zdrowszym zachowaniom i mniejszym różnicom w stanie zdrowia między grupami społecznymi. Polityka regionalna to z kolei wyrównywanie potencjału rozwojowego słabszych regionów zmniejsza dysproporcje przestrzenne, które są w Polsce wyraźnie widoczne także w zakresie dostępności opieki zdrowotnej i jakości świadczeń [65].

Niezwykle istotną kwestią jest też podział kompetencji i zadań realizowanych w ramach NPZ, w tym w kontekście zadań dotyczących zmniejszania nierówności w zdrowiu. Ustawa o zdrowiu publicznym wskazuje, że zadania w tym obszarze mają być realizowane zarówno przez organy administracji publicznej (rządowej i samorządowej), jak i przez organizacje pozarządowe, w tym te prowadzące działalność pożytku publicznego. W uzasadnieniu do ustawy zwrócono uwagę na potrzebę dobrej koordynacji działań na różnych szczeblach oraz na znaczenie współpracy międzysektorowej. Podkreślono, że działania w zdrowiu publicznym nie mogą być domeną wyłącznie państwa, ale wymagają wspólnej aktywności wielu podmiotów, od instytucji centralnych, przez samorządy, po organizacje społeczne. Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia wskazuje jako realizatorów zadań przede wszystkim ministrów i państwowe jednostki organizacyjne, a także jednostki samorządu terytorialnego. Zauważyć należy, iż szczególnie zadanie jakim jest ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikające z czynników społeczno-ekonomicznych wymaga działań wielosektorowych, obejmując nie tylko kwestie medyczne, lecz także politykę społeczną, edukację, rynek pracy, finanse publiczne czy planowanie przestrzenne. Nierówności w zdrowiu nie mogą być więc skutecznie zredukowane bez współdziałania resortu zdrowia z innymi działami administracji, a także bez aktywności samorządów i organizacji pozarządowych.

Ten podział kompetencji pomiędzy administracją rządową a samorządową wynika z zasady subsydiarności, gdzie kwestie o znaczeniu ogólnokrajowym pozostają w gestii rządu, natomiast sprawy lokalne w zakresie odpowiedzialności samorządów. Województwa, powiaty i gminy w różnym stopniu realizują zadania związane z ochroną i promocją zdrowia. Dla samorządów są to zadania własne, co oznacza, że powinny być finansowane ze środków własnych JST. W praktyce jednak brak dodatkowego wsparcia finansowego ze strony państwa

ogranicza realne możliwości podejmowania działań, szczególnie w mniej zamożnych jednostkach. To istotny problem w kontekście przeciwdziałania nierównościom zdrowotnym, ponieważ brak zasobów lokalnych utrwała i pogłębia różnice w dostępności do świadczeń i działań profilaktycznych. Wątpliwości budzi również brak precyzyjnego wskazania w NPZ, które szczeble samorządu mają realizować konkretne zadania. W efekcie niektóre działania nie są realizowane albo są podejmowane wybiórczo, co w przypadku działań ukierunkowanych na zmniejszanie nierówności w zdrowiu oznacza ryzyko pogłębienia tych różnic, szczególnie w gminach o małej liczbie mieszkańców i ograniczonych dochodach własnych [66].

Warto podkreślić, że w działania na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu wpisują się również strategie sektorowe, m.in. programy resortowe Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) [67] i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH–PIB [68]. Przykładowo, jeden z projektów NFZ ma na celu podniesienie wiedzy na temat przyczyn nierówności zdrowotnych, strategii ich ograniczania oraz roli systemu ochrony zdrowia w redukowaniu tych dysproporcji. Adresatami programu są zarówno pracownicy ochrony zdrowia i instytucji pokrewnych (m.in. lekarze, pielęgniarki, ratownicy, dietetycy, pracownicy POZ, inspekcji sanitarnej, opieki społecznej i NGO), jak i osoby zarządzające placówkami oraz studenci i wykładowcy kierunków medycznych i społecznych. Projekt obejmuje dwa typy szkoleń stacjonarnych oraz moduły e-learningowe „Przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu jako zadanie zdrowia publicznego”. Programy i dokumenty przygotowane w ich ramach, podkreślają konieczność wyrównywania szans zdrowotnych poprzez m.in. inwestycje w profilaktykę, rozwój kadr medycznych na obszarach defaworyzowanych, a także poprawę koordynacji opieki.

3.2.2.3. Zalecenia i mechanizmy monitoringu

Skuteczna polityka zdrowotna ukierunkowana na redukcję nierówności zdrowotnych wymaga systematycznego monitorowania zjawisk i rzetelnej oceny ich dynamiki. W Polsce istnieje już szereg mechanizmów służących gromadzeniu, analizie i publikowaniu danych w obszarze zdrowia publicznego, jednak ich potencjał w pełni nie odpowiada na potrzeby związane z identyfikacją i ograniczaniem nierówności zdrowotnych.

Rozpatrując funkcjonujące w Polsce strategie na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu, w tym instytucje odpowiedzialne za ich opracowanie, należy podkreślić, że w Polsce nie funkcjonuje spójny system monitorowania nierówności w zdrowiu, a istniejący system obejmuje liczne instytucje, których zadania są rozproszone.

W systemie monitorowania nierówności zdrowotnych kluczową rolę pełnią instytucje centralne. **Ministerstwo Zdrowia (MZ)** odpowiada za koordynację polityki zdrowotnej państwa i nadzór nad realizacją NPZ, w tym także za działania ukierunkowane na ograniczanie nierówności. Podstawowe źródła informacji na temat stanu zdrowia populacji oraz czynników różnicujących dostęp do świadczeń i ich efekty stanowią dane gromadzone przez **Główny**

Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, a także systemy nadzoru epidemiologicznego prowadzone przez **Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)** oraz dane pochodzące z **NIZP PZH-PIB**. Regularne raporty GUS dotyczące umieralności, chorobowości czy warunków życia, a także sprawozdania NFZ dotyczące dostępności i wykorzystania świadczeń zdrowotnych, stanowią podstawę analiz porównawczych. Uzupełniają je dane publikowane przez instytuty badawcze oraz wyniki badań populacyjnych, takich jak badania stanu zdrowia ludności czy analizy tematyczne prowadzone w ramach NPZ i projektów badawczych.

Dane pochodzące z tych głównych źródeł, nie są jednak wystarczająco szczegółowe, by ocenić skuteczność działań na poziomie lokalnym. Brakuje zintegrowanego nadzoru i koordynacji działań między instytucjami centralnymi, samorządami i organizacjami pozarządowymi. Raporty krajowe i międzynarodowe wskazują na istotne luki i ograniczenia tej sytuacji. W zakresie monitoringu nierówności zdrowotnych brakuje spójnego systemu integrującego dane medyczne z danymi społeczno-ekonomicznymi i terytorialnymi, co utrudnia identyfikację najbardziej potrzebujących regionów i grup społecznych. W koordynacji międzysektorowej wskazywana jest ograniczona i często incydentalna współpraca między sektorem zdrowia, edukacji, polityki społecznej, środowiska i transportu. Niedostateczne jest też wdrażanie interwencji dedykowanych społecznościom najbardziej dotkniętym nierównościami, w szczególności w zakresie chorób przewlekłych, zdrowia psychicznego, profilaktyki nowotworów czy dostępu do nowoczesnych terapii.

Na poziomie centralnym kluczowym narzędziem koordynacji i oceny działań jest **Narodowy Program Zdrowia**, w którym uwzględniono cel strategiczny ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. W ramach NPZ prowadzone są analizy dotyczące realizacji interwencji oraz ich zgodności z priorytetami zdrowotnymi, a także oceny stopnia osiągnięcia wyznaczonych celów. W wielu województwach istnieją także regionalne strategie zdrowotne, które pozwalają na monitorowanie nierówności w odniesieniu do uwarunkowań lokalnych.

Pomimo funkcjonujących mechanizmów monitorowania, istotnym wyzwaniem pozostaje **niedostateczna integracja systemów informacyjnych**. Dane gromadzone przez różne instytucje nie zawsze są spójne metodologicznie i nie zawsze pozwalają na szczegółowe analizy z podziałem na grupy społeczne, terytoria czy czynniki społeczno-ekonomiczne. Brakuje także kompleksowych wskaźników pozwalających na ocenę nierówności zdrowotnych w długiej perspektywie czasowej, a wiele analiz koncentruje się jedynie na różnicach regionalnych, pomijając np. różnice związane z wykształceniem, statusem zawodowym czy sytuacją materialną.

Z perspektywy rekomendacji konieczny jest rozwój zintegrowanego **systemu informacyjnego zdrowia publicznego**, który łączyłby dane z wielu źródeł (statystyka publiczna, rejestry medyczne, dane administracyjne, badania populacyjne). System taki powinien umożliwiać prowadzenie regularnych analiz porównawczych w ujęciu społecznym, regionalnym i czasowym, a także ocenę skuteczności podejmowanych interwencji. Ważnym elementem

jest również harmonizacja wskaźników z rozwiązaniami europejskimi, co ułatwia porównania międzynarodowe i identyfikację dobrych praktyk.

Istotną rolę odgrywają **instytucje regionalne i lokalne**, które odpowiadają za wdrażanie programów zdrowotnych oraz dostosowywanie ich do potrzeb lokalnych społeczności. Na poziomie samorządów możliwe jest bowiem precyzyjne rozpoznanie nierówności zdrowotnych i wdrażanie działań redukujących bariery w dostępie do świadczeń. Współpraca między instytucjami centralnymi a regionalnymi jest więc niezbędnym warunkiem skutecznego monitorowania i eliminowania nierówności w zdrowiu.

3.2.3. Planowanie i wdrażanie skutecznych interwencji mających na celu ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu

3.2.3.1. Dobre praktyki i programy międzynarodowe

Planowanie działań z zakresu ograniczania nierówności w zdrowiu oparte powinno być o podejście instytucjonalne, które koncentruje się na tym, jak instytucje opieki zdrowotnej i społecznej oraz konkretne polityki i programy społeczne wpływają na zdrowie populacji i jego dystrybucję. Jak wynika z poprzednich części niniejszego raportu, istnieją bowiem jednoznaczne dowody wskazujące na to, że klasa społeczna przyczynia się do nierówności zdrowotnych [69].

Działania na rzecz redukcji nierówności w zdrowiu i poprawy społecznych uwarunkowań zdrowia podejmowane są przez wiele państw na całym świecie. Jak wskazuje WHO, 86% państw deklaruje posiadanie polityki, planu lub strategii w tym obszarze, z czego 60% opracowało dedykowane dokumenty, a 40% włączało kwestie nierówności zdrowotnych do szerszych strategii sektorowych. Najwięcej tego typu inicjatyw odnotowano wśród państw Unii Europejskiej (73%). Najczęściej wskazywane działania obejmowały poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i edukacyjnych oraz ochronę przed trudnościami finansowymi związanymi z ich korzystaniem (76% państw), a także zapewnienie odpowiednich warunków dla wczesnego rozwoju dzieci w środowisku życia, nauki i zabawy (66%) (Tabela 28). Państwa realizują zarówno krajowe strategie zdrowotne, jak i szereg ukierunkowanych programów dotyczących włączenia społecznego, przeciwdziałania bezdomności, mieszkalnictwa socjalnego, pozytywnego starzenia się, praw dziecka, czy równych szans osób z niepełnosprawnościami. Mimo iż poziom zaawansowania tych działań różni się pomiędzy państwami, to omówiona w poprzedniej części rozdziału idea „leaving no one behind” pozostaje kluczowym punktem odniesienia dla polityk zdrowotnych i społecznych, zgodnie z Agendą 2030 [59].

Tabela 28. Działania na rzecz redukcji nierówności w zdrowiu i poprawy społecznych uwarunkowań zdrowia w państwach członkowskich WHO (w %)

Obszar działań	UE	Wszystkie państwa
Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i edukacyjnych oraz ochrona przed trudnościami finansowymi związanymi z ich korzystaniem	84	76
Zapewnienie wysokiej jakości warunków dla wczesnego rozwoju dzieci, w miejscach, gdzie dzieci i ich rodziny żyją, uczą się, bawią i pracują	84	66
Przeciwdziałanie strukturalnym przyczynom dyskryminacji; polityki i działania na rzecz ograniczania przemocy ze względu na płeć oraz eliminacji pracy dzieci, pracy przymusowej, handlu ludźmi i wykorzystywania seksualnego	69	59
Rozwój powszechnej ochrony socjalnej oraz priorytetów politycznych i strategii redukujących nierówności i bariery w ochronie gospodarstw domowych przed ubóstwem i deprawacją	58	59
Wdrażanie pakietu spójnych polityk społecznych, ekonomicznych i środowiskowych, ukierunkowanych na grupy pozostające w tyle lub wykluczone	42	45
Budowanie zdrowej siły roboczej i ograniczanie ryzyk zdrowotnych związanych z bezrobociem lub niepewnym zatrudnieniem poprzez aktywne polityki rynku pracy	74	60
Inne działania	3	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO. Health and well-being and the 2030 agenda for sustainable development in the WHO European region: an analysis of policy development and implementation. World Health Organization, Copenhagen 2021.

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje także, że prowadząc interwencje w obszarze zmniejszania nierówności w zdrowiu, istotne jest, by skoncentrować się na 4 obszarach: Edukacja, Środowisko Pracy, Bezrobocie, System Ochrony Zdrowia [70].

W obszarze edukacji, jednym z najlepiej udokumentowanych programów zmniejszania nierówności zdrowotnych poprzez edukację jest brytyjski program **Sure Start**, rozpoczęty pod koniec lat 90. XX wieku. Program ten zakładał zapewnienie kompleksowej opieki i edukacji przedszkolnej dzieciom z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Badania wykazały, że uczestnictwo w programie poprawiało rozwój poznawczy i społeczny dzieci,

zmniejszało ryzyko problemów zdrowotnych w późniejszym życiu oraz sprzyjało lepszym wynikom edukacyjnym [71, 72].

W krajach skandynawskich szczególny nacisk położono na **równość dostępu do wysokiej jakości edukacji wczesnoszkolnej**, np. poprzez darmowe żłobki i przedszkola w Szwecji i Norwegii. Zapewnienie wyrównanych szans edukacyjnych w pierwszych latach życia okazało się kluczowe dla zmniejszenia różnic w zdrowiu i dobrostanie społecznym w dalszym okresie życia.

Kolejnym przykładem są **programy edukacji zdrowotnej dorosłych w Finlandii**, w których kształcenie zdrowotne zostało włączone do kursów zawodowych i kursów dla osób bezrobotnych. Takie działania umożliwiały poprawę umiejętności zdrowotnych i jednocześnie wspierały reintegrację zawodową.

Analizując środowisko pracy, jednym z przełomowych badań, które wpłynęło na polityki zdrowotne i strategie pracownicze, wykazało, że pracownicy o niższym statusie zawodowym i mniejszej kontroli nad swoją pracą częściej chorują na choroby serca i żyją krócej. W odpowiedzi wiele krajów wprowadziło programy promujące „zdrowe miejsca pracy” [73]. Przykładem jest europejska inicjatywa **European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)** [74], działająca od 1996 roku, która opracowała wytyczne dla przedsiębiorstw dotyczące profilaktyki stresu, ergonomii pracy i równowagi między pracą a życiem osobistym. W Niemczech wdrożono program koncentrujący się na promocji zdrowia w zakładach pracy, w tym na ograniczaniu stresu psychospołecznego i wspieraniu pracowników w zakresie zdrowia psychicznego. Bezrobocie jest czynnikiem powiązaniem z gorszym stanem zdrowia, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego. Osoby pozostające bez pracy częściej doświadczają objawów depresyjnych, obniżonej satysfakcji z życia i poczucia braku kontroli. Jednocześnie tradycyjne formy profilaktyki i promocji zdrowia rzadko docierają do tej grupy, co potęguje istniejące nierówności zdrowotne. W tym kontekście szczególne znaczenie ma **JOBS Program**, opracowany jako innowacyjne narzędzie łączące elementy szkolenia w zakresie poszukiwania pracy z teorią uczenia się społecznego i wzmacnianiem poczucia własnej skuteczności. Randomizowane badania terenowe przeprowadzone wcześniej w USA i Finlandii wykazały, że uczestnictwo w programie sprzyja nie tylko skuteczniejszej reintegracji na rynek pracy, lecz także poprawie zdrowia psychicznego i dobrostanu ogólnego wśród osób bezrobotnych [75].

W krajach nordyckich stosuje się zasadę tzw. **flexicurity** (połączenie elastyczności rynku pracy z bezpieczeństwem socjalnym), dzięki której pracownicy mają większą kontrolę nad organizacją pracy, a jednocześnie są chronieni przed skutkami utraty zatrudnienia. Polityka flexicurity zakłada połączenie elastyczności rynku pracy z bezpieczeństwem socjalnym, tak aby firmy mogły korzystać z elastycznych form zatrudnienia, a pracownicy byli chronieni przed ich negatywnymi skutkami zdrowotnymi i społecznymi, choć badania wskazują na niejednoznaczne efekty w zakresie polityk zmniejszania nierówności w zdrowiu [76].

W kontekście bezrobocia, jednym z najbardziej znanych programów w Europie w tym obszarze jest **Youth Guarantee**, wdrożona przez Unię Europejską w zobowiązanie wszystkich Państw Członkowskich do zapewnienia wszystkim młodym ludziom poniżej 30. roku życia oferty dobrej jakości. W Finlandii i Austrii program ten osiągnął wysoką skuteczność, obniżając długotrwałe bezrobocie wśród młodych i ograniczając ryzyko wykluczenia społecznego [77, 78]. W Hiszpanii wprowadzono **Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social**, który obejmuje aktywne programy rynku pracy skierowane do osób długotrwałe bezrobotnych i migrantów. W Wielkiej Brytanii z kolei rozwinęto inicjatywę **Healthy Working Lives**, która łączy działania aktywizacyjne z promocją zdrowia wśród osób długotrwałe bezrobotnych, zapewniając dostęp do doradztwa zawodowego i usług medycznych [79].

Czwartym obszarem, w którym według WHO koncentrować powinny się działania w zakresie zmniejszania nierówności w zdrowiu, jest system ochrony zdrowia. W 2005 roku ministrowie zdrowia Belgii, Niemiec, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii przyjęli wspólne stanowisko, które podkreślało fundamentalne wartości solidarności, powszechności i równości w systemach opieki zdrowotnej. Stanowisko to stało się punktem odniesienia dla dalszych działań UE w zakresie zmniejszania nierówności [73]. Kolejno, WHO przyjęło program **Health 2020**, europejską strategię zdrowia i dobrostanu, której celem jest ograniczenie różnic w zdrowiu między krajami i w ich obrębie. Strategia ta opiera się na czterech filarach: eliminacji „prawa odwrotnej opieki” (inverse care law), ochronie przed zubożeniem wynikającym z kosztów leczenia, szczególnej trosce o grupy marginalizowane oraz międzysektorowej współpracy. Dobrym przykładem skutecznych działań jest **NHS (National Health Service) Health Inequalities Improvement Programme** w Wielkiej Brytanii, który wprowadzał alokację środków według wskaźników deprivacji społecznej, co pozwalało lepiej finansować regiony biedniejsze i bardziej obciążone chorobami. Utworzony w 2021 roku Narodowy Program Poprawy Nierówności w Opiece Zdrowotnej (ang. Healthcare Inequalities Improvement Programme, HiQiP) współpracuje z innymi programami i obszarami polityki w ramach NHS England, a także z partnerami w całym systemie, pacjentami i społecznościami, aby zapewnić wszystkim wyjątkową jakość opieki zdrowotnej, gwarantując równy dostęp, doskonałe doświadczenia i optymalne rezultaty.

Odpowiedzialny za wyznaczanie kierunków działań w zakresie zwalczania nierówności w opiece zdrowotnej, HiQiP tworzy pozytywną kulturę doskonalenia, która wykorzystuje dane do ukierunkowania działań mających na celu zmniejszenie i zapobieganie nierównościom w opiece zdrowotnej [80]. We Francji natomiast rozwinęto program **Couverture Maladie Universelle (CMU)**, który zapewnia bezpłatny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej osobom o niskich dochodach, niezależnie od statusu zatrudnienia [81].

Istotnym dokumentem, stanowiącym odniesienie do tworzenia strategii zmniejszania nierówności w wielu krajach, była norweska **Biała księga „National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health”**, przedstawiona przez rząd Norwegii w 2007 roku. Dokument ten powstał jako odpowiedź na wyniki badań wskazujących na istotne nierówności zdrowotne w Norwegii, mimo jej modelu państwa opiekuńczego. Proces przygotowania strategii był

szeroko konsultowany i opierał się na wiedzy naukowej, analizach danych oraz pracy grupy ekspertów. Kluczowe było przyjęcie perspektywy międzysektorowej, bowiem uznano, że czynniki kształtujące nierówności zdrowotne leżą w wielu obszarach polityki publicznej, nie tylko w systemie ochrony zdrowia.

Główne obszary działań Białej księgi to:

1. Dochody – zmniejszanie różnic ekonomicznych.
2. Warunki dorastania – zapewnienie bezpiecznego dzieciństwa i równych szans rozwoju.
3. Praca i życie zawodowe – promowanie integracji społecznej i zdrowego środowiska pracy.
4. Zachowania zdrowotne – minimalizacja nierówności w stylach życia i nawykach zdrowotnych.
5. Opieka zdrowotna – równość w dostępie i jakości usług medycznych.
6. Integracja społeczna – poprawa warunków życia grup o niższym statusie.

Strategia miała charakter **ramowy** i wskazywała cele i mechanizmy koordynacji, ale nie była szczegółowym planem działań. Ważnym instrumentem stał się system sprawozdawczości z zestawem wskaźników, który miał umożliwiać monitorowanie postępów oraz wywierać wpływ na polityki sektorowe.

Biała księga stała się fundamentem dla międzysektorowych działań, pokazując, że skuteczna redukcja nierówności zdrowotnych wymaga uniwersalnych i ukierunkowanych interwencji, podejścia do czynników społecznych leżących u podstaw zdrowia, a także powiązania polityki zdrowotnej z edukacją, rynkiem pracy, polityką społeczną i mieszkaniową. Warto podkreślić, że Biała księga, jako dokument strategiczny stała się później punktem odniesienia dla polskiego projektu „*Międzysektorowa strategia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu*”.

Obecna, Nowa Biała Księga “A good life throughout Norway – regional and rural policy for the future” [82], została przedstawiona norweskiemu parlamentowi w 2023 roku jako część raportu o zdrowiu publicznym (*Public Health Report*). Ten nowszy dokument zastępuje wcześniejsze wydanie z 2007 roku i odpowiada na współczesne wyzwania w dziedzinie zdrowia publicznego, integrując podejście promocji zdrowia i profilaktyki w różnych obszarach społeczeństwa [83].

Wiele działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu podejmowanych było też w Wielkiej Brytanii. Ich wyniki szeroko dokumentowane są w literaturze naukowej i raportach. Przykładowo, jeden z przeglądów systematycznych analizował skuteczność Narodowej Strategii Nierówności Zdrowotnych, prowadzonej w latach 1999 – 2010. Spośród 11 publikacji włączonych do przeglądu, sześć badań zawierało dane dotyczące nierówności w zakresie oczekiwanej długości życia lub śmiertelności, cztery dotyczące śmiertelności z powodu chorób, trzy dotyczące śmiertelności niemowląt i trzy dotyczące zachorowalności. Wczesne raporty

rządowe sugerowały, że nierówności w zakresie oczekiwanej długości życia i śmiertelności niemowląt wzrosły. Jednak jak wskazuje analiza, późniejsze publikacje wykorzystujące dokładniejsze dane i bardziej odpowiednie miary wykazały, że nierówności bezwzględne i względne zmniejszyły się w całym okresie objętym strategią dla obu miar. Trzy z czterech badań wykazały zmniejszenie się nierówności w zakresie śmiertelności z wszystkich przyczyn. Brakowało jednak zmian w nierówności w zakresie zdrowia psychicznego, samooceny zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem i schorzeń długoterminowych [84].

Inne badanie analizujące te polityki (przyjęta wielopłaszczyznowa strategia obejmująca znaczny wzrost wydatków publicznych na różne programy socjalne, obniżenie wskaźników ubóstwa wśród dzieci i osób starszych, wprowadzenie krajowej płacy minimalnej, interwencje lokalne, takie jak Strefy Działań Zdrowotnych, cele umów o świadczenie usług publicznych oraz znaczny wzrost wydatków na NHS) wskazuje, że wiele z tych polityk prawdopodobnie miało nieproporcjonalnie duży wpływ na osoby w wieku 65 lat i starsze. Analiza potwierdza, że współczynniki umieralności przez cały okres badania stale się poprawiały. W trakcie realizacji strategii nastąpił istotny spadek nierówności bezwzględnych. Angielska strategia na rzecz nierówności zdrowotnych wiązała się więc ze znacznym zmniejszeniem nierówności bezwzględnych w zakresie umieralności w wieku 65–69 lat, a według autorów przyszłe strategie przeciwdziałania nierównościom w starzejących się populacjach mogą skorzystać z podobnego podejścia [85].

Wiele przykładów interwencji na rzecz ograniczenia nierówności w zdrowiu wskazują raporty WHO [59]. Przykładowo, Belgia wdrożyła szereg planów działań obejmujących wiele wymiarów ubóstwa, w tym zdrowie, edukację, zatrudnienie czy zabezpieczenie społeczne w perspektywie międzysektorowej. W ramach systemu federalnego i regionalnego przyjęto plany na rzecz redukcji ubóstwa i wykluczenia społecznego, w których uwzględniono kwestie zdrowotne. Federalny plan walki z ubóstwem zawiera sześć strategicznych celów, w tym m.in. gwarancję prawa do zdrowia, ochronę socjalną, redukcję ubóstwa dzieci, poprawę dostępu do rynku pracy, przeciwdziałanie bezdomności i złym warunkom mieszkaniowym oraz dostępność usług publicznych. Realizacja celów monitorowana jest przez Federalną Radę Ministrów. Na poziomie regionalnym, np. w Walonii, zdrowie zostało włączone do planu redukcji ubóstwa jako jedno z 12 priorytetowych zagadnień, obok mieszkalnictwa czy żywienia.

Irlandia wprowadziła strategię *Healthy Ireland* (2013–2025), obejmującą szerokie determinanty zdrowia i inwestycje w działania populacyjne. Wspiera ją program reformy ochrony zdrowia *Sláintecare* (2017–2027), który ma na celu zapewnienie powszechnej, wyższej jakości opieki zdrowotnej i redukcję nierówności. W procesie tym duże znaczenie ma wielosektorowa współpraca oraz mechanizmy partycypacji – przykładem jest powołanie Komisji Oireachtas ds. Przyszłości Opieki Zdrowotnej, której zadaniem było wypracowanie długoterminowej wizji rozwoju systemu zdrowia i opieki społecznej [59].

Z kolei np. Monako nie posiadało strategii w tym zakresie, uzasadniając to wysokim poziomem zabezpieczenia społecznego, który minimalizuje znaczenie problemu nierówności.

Pomimo wielu inicjatyw podejmowanych w różnych krajach, istotne jest zrozumienie wpływu konkretnych interwencji polityki zdrowia publicznego, co pomoże ustalić związek przyczynowo-skutkowy w odniesieniu do wpływu na nierówności zdrowotne. W przeglądzie parasolowym [86] zidentyfikowano dwadzieścia dziewięć przeglądów systematycznych, w których zaprezentowano 150 unikatowych, istotnych badań pierwotnych. Przeglądy podsumowały dowody dotyczące wszystkich rodzajów polityki profilaktyki pierwotnej i wtórnej (fiskalnej, regulacyjnej, edukacyjnej, profilaktycznej i badań przesiewowych) w siedmiu obszarach zdrowia publicznego (tytuń, alkohol, żywność i żywienie, świadczenia zdrowia reprodukcyjnego, kontrola chorób zakaźnych, środowisko i przepisy dotyczące miejsc pracy). Wyniki były zróżnicowane w różnych dziedzinach zdrowia publicznego; niektóre interwencje polityczne okazały się zmniejszać nierówności w zdrowiu (np. programy dopłat do żywności, szczepienia), inne zaś nie przyniosły oczekiwanego efektu. Przegląd ten wstępnie sugeruje więc interwencje, które decydenci mogliby wykorzystać w celu zmniejszenia nierówności w zdrowiu, chociaż nie jest jasne, czy programy te można implementować w innych krajach, przyjmując te same reguły i założenia. Nadal istnieją też luki w wiedzy na temat wpływu interwencji zdrowia publicznego na nierówności zdrowotne wśród dzieci, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach [87].

3.2.3.2. Polskie doświadczenia na poziomie krajowym i lokalnym

W Polsce na poziomie krajowym prowadzone są programy i strategie, które mają na celu poprawę zdrowia całej populacji, a jednocześnie, pośrednio lub bezpośrednio, ograniczanie nierówności w zdrowiu. Do kluczowych działań profilaktycznych należy **program „Profilaktyka 40+”**, który umożliwi osobom dorosłym wykonanie podstawowych badań diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych. Jego celem jest zwiększenie wykrywalności chorób przewlekłych na wczesnym etapie i poprawa dostępu do profilaktyki [88]. Podobną rolę pełnią **Programy Szczepień Ochronnych** [89], które obejmują obowiązkowe i zalecane szczepienia, a ich powszechność sprzyja wyrównywaniu szans zdrowotnych wśród dzieci i dorosłych, niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego.

Ministerstwo Zdrowia oraz inne instytucje centralne realizują także liczne **kampanie edukacyjne** ukierunkowane na promocję zdrowego stylu życia, np. dotyczące rzucania palenia, aktywności fizycznej czy zdrowego odżywiania. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej całego społeczeństwa, choć skuteczność takich działań w docieraniu do grup marginalizowanych i o niższym poziomie kompetencji zdrowotnych pozostaje ograniczona [90]. Przykładem jest „Planuję Długie Życie” - ogólnopolska kampania społeczna prowadzona w ramach **Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030**, finansowana ze środków Ministra Zdrowia. Jej głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na nowotwory poprzez edukację zdrowotną, promocję prozdrowotnych postaw oraz zwiększanie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób. Jednym

z kluczowych elementów jest akcja „**Zrób C.O.Ś. dla zdrowia**”, która w prosty i zrozumiały sposób zachęca do zmiany stylu życia. Akronim C.O.Ś. odwołuje się do trzech podstawowych obszarów profilaktyki: **C – codzienna aktywność fizyczna; O – okresowe badania profilaktyczne; Ś – świadome odżywianie**. Kampania podkreśla, że nawet drobne decyzje podejmowane na co dzień, mogą przynieść znaczące efekty dla zdrowia w perspektywie długofalowej. Jej zadaniem jest więc nie tylko dostarczanie wiedzy, lecz także motywowanie do podejmowania małych, systematycznych kroków, które zwiększają szanse na długie i zdrowe życie [91].

Równolegle realizowane są **inicjatywy międzysektorowe**, które obejmują polityki i programy wykraczające poza system ochrony zdrowia, lecz mające znaczenie dla kształtowania nierówności zdrowotnych. Przykładem jest **Polityka Senioralna**, wspierająca aktywizację i opiekę nad osobami starszymi, programy wsparcia rodzin, program bezpłatne leki dla seniorów 65+, dla dzieci i młodzieży - inicjatywa Ministerstwa Zdrowia, która umożliwia bezpłatne otrzymywanie leków znajdujących się na listach refundacyjnych przez wskazane grupy osób. Warto wspomnieć też o pracach realizowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, którego celem jest tworzenie podstaw dla podnoszenia jakości życia w zakresie spraw rodziny, pracy i zabezpieczenia społecznego.

W Polsce opracowane zostały także **strategie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym**, które przyczyniają się do poprawy warunków życia, a pośrednio do redukcji dysproporcji zdrowotnych np. „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030”. Działania podejmowane w ramach tej strategii koncentrują się na obszarach: przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży, przeciwdziałania bezdomności, rozwijania usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących, wspierania osób i rodzin poprzez działania instytucji pomocy społecznej oraz działania podmiotów ekonomii społecznej, czy wspierania integracji cudzoziemców poprzez rozwój usług społecznych dla migrantów [92].

Pierwszym w Polsce programem zdrowotnym o charakterze ogólnokrajowym był Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego **POLKARD**, którego celem było kompleksowe podejście do profilaktyki i terapii chorób układu krążenia. Program, realizowany przez siedem lat i finansowany ze środków Ministra Zdrowia, zakładał równoczesne zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozwój działań edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. W programie szczególną uwagę zwrócono na małe miejscowości, liczące do 5 tys. mieszkańców, położone w 12 województwach, z dala od dużych aglomeracji. Były to obszary o trudnej sytuacji ekonomicznej, gdzie mieszkańcy od lat borykali się z gorszymi wskaźnikami zdrowotnymi. W sumie programem objęto 400 takich miast, co pozwoliło na wdrożenie działań z zakresu diagnostyki, leczenia i profilaktyki w środowiskach najbardziej narażonych na zaniedbania zdrowotne. Program przyczynił się więc nie tylko do poprawy dostępu do specjalistycznej opieki medycznej, ale także do rozwoju lokalnych inicjatyw

prozdrowotnych, ukierunkowanych na promocję zdrowego stylu życia i wczesne wykrywanie chorób układu sercowo-naczyniowego.

Istotne znaczenie miał również projekt **DETERMINE**, realizowany w latach 2007–2010, współfinansowany przez Komisję Europejską w ramach *Public Health Programme*, będąc jednym z kluczowych przedsięwzięć Unii Europejskiej poświęconych problematyce nierówności w zdrowiu, podkreślając, że nierówności zdrowotne to nie tylko problem etyczny, ale także za czynnik generujący koszty społeczne i ekonomiczne. Celem projektu było lepsze zrozumienie społeczno-ekonomicznych uwarunkowań nierówności zdrowotnych oraz stymulowanie działań politycznych na różnych szczeblach, aby redukować nierówności. Projekt szczególny nacisk kładł na podejście **Health in All Policies** i współpracę międzysektorową. Zakładano bowiem, że skuteczna redukcja nierówności możliwa jest tylko wtedy, gdy wszystkie obszary polityki (transport, edukacja, mieszkalnictwo, finanse) uwzględniają konsekwencje zdrowotne swoich działań. W projekcie uczestniczyło ponad 50 instytucji z państw członkowskich UE, w tym uniwersytety, ministerstwa, agencje zdrowia publicznego, organizacje pozarządowe, a także organizacje międzynarodowe, m.in. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, czy Światowa Organizacja Zdrowia, a Polskę reprezentował NIZP PZH-PIB.

Realizacja projektu obejmowała kilka etapów, w tym identyfikację działań uwzględniających społeczne determinanty zdrowia w krajach UE (*Examples of Activity in Europe*), analizę innowacyjnych rozwiązań (*Lessons from Europe*), wywiady z politykami spoza sektora zdrowia na temat postrzegania wyzwań zdrowotnych (*Voices from Other Fields*), badanie wykorzystania argumentów ekonomicznych w polityce zdrowotnej (*Economic Arguments for Addressing Social Determinants of Health Inequalities*), wdrażanie działań podnoszących świadomość i budujących zdolności instytucji do działań na rzecz równości w zdrowiu (*Building Capacity for Health Equity*). W ostatniej części partnerzy mogli wybrać jeden z sześciu obszarów aktywności, takich jak rozwijanie partnerstw, zwiększanie świadomości decydentów, szkolenia dla specjalistów, wzmacnianie potencjału organizacyjnego, rozwój baz danych czy działania rzecznicze wobec polityków. Polska, poprzez NIZP-PZH, uczestniczyła w obszarze szkoleń i rozwoju kompetencji specjalistów. Projekt przyczynił się do rozwoju wiedzy o nierównościach zdrowotnych w Europie, wzmocnił międzysektorową współpracę i dostarczył narzędzi dla decydentów, które mogą wspierać wdrażanie rozwiązań systemowych na rzecz równości w zdrowiu [93].

Należy podkreślić, że znaczącą rolę w ograniczaniu nierówności zdrowotnych odgrywają inicjatywy podejmowane na poziomie wojewódzkim i lokalnym. W Polsce, w wielu regionach realizowane są **lokalne programy zdrowotne** finansowane przez samorządy, których celem jest dostosowanie działań do specyfiki lokalnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Przykłady obejmują programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, profilaktykę chorób układu krążenia, działania z zakresu zdrowia psychicznego czy wspieranie aktywności fizycznej osób starszych.

Istotnym narzędziem są także **interwencje środowiskowe**, prowadzone m.in. przez szkoły, ośrodki pomocy społecznej i organizacje pozarządowe. Obejmują one działania edukacyjne, profilaktyczne i wspierające, które docierają bezpośrednio do społeczności lokalnych, szczególnie w mniejszych gminach czy środowiskach zagrożonych wykluczeniem.

Do dobrych praktyk można zaliczyć **program „Zdrowe Miasta”**, inspirowany inicjatywą WHO, który promuje podejście zintegrowane, łączące działania w obszarze zdrowia, edukacji, transportu i planowania przestrzennego. W ramach tego typu inicjatyw powstają **lokalne koalicje** obejmujące samorządy, placówki medyczne, szkoły, organizacje społeczne i sektor prywatny, co sprzyja budowaniu spójnej polityki na rzecz równości zdrowotnej. Coraz częściej wprowadzane są także **miejskie polityki równości zdrowotnej**, które skupiają się na niwelowaniu barier w dostępie do świadczeń i promocji zdrowia wśród grup szczególnie narażonych, jak osoby starsze, dzieci z rodzin o niższym statusie materialnym czy migranci.

Kluczowym elementem działań lokalnych jest **współpraca międzysektorowa**, obejmująca ochronę zdrowia, edukację, opiekę społeczną, politykę senioralną czy planowanie przestrzenne. Takie podejście pozwala lepiej identyfikować źródła nierówności zdrowotnych i wdrażać rozwiązania odpowiadające na realne potrzeby społeczności lokalnych.

3.2.3.3. Ramy planowania i realizacji działań

Sytuacja zdrowotna ludności Polski systematycznie poprawia się zarówno w wymiarze wskaźników obiektywnych, jak i subiektywnej oceny zdrowia. Jednocześnie prognozy demograficzne wskazują na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa, które w przyszłości istotnie zwiększy zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. W tym kontekście, podnoszenie świadomości w zakresie czynników warunkujących zdrowie, kształtowanie przyjaznych środowisk pracy i życia oraz zapewnianie narzędzi umożliwiających podejmowanie decyzji prozdrowotnych stają się niezbędne, by przeciwdziałać negatywnym trendom i nadmiernemu obciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Należy przy tym podkreślić, iż jednym z kluczowych zadań instytucji zdrowia publicznego jest upowszechnianie wiedzy opartej na dowodach naukowych, w tym w zakresie promowania zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom. Wszystkie podejmowane interwencje powinny w pierwszej kolejności przyczyniać się do zmniejszania nierówności zdrowotnych. Promocja zdrowia łączy się z czwartą funkcją zdrowia publicznego (EPHO 4 w Essential Public Health Operations, EPHOs) i rozumiana jest jako wspieranie działań ukierunkowanych na czynniki społeczne wpływające na stan zdrowia. WHO definiuje ją jako proces, dzięki któremu ludzie zyskują większą kontrolę nad determinantami zdrowia i mogą je skuteczniej kształtować (1998). W jej ramach wyróżnia się pięć kluczowych kierunków: tworzenie polityki publicznej sprzyjającej zdrowiu, budowanie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie roli i zaangażowania społeczności lokalnych, rozwijanie kompetencji jednostek w zakresie

zachowań prozdrowotnych oraz ukierunkowanie systemu ochrony zdrowia na promocję i profilaktykę [94].

Promocja zdrowia koncentruje się na człowieku i jego codziennym otoczeniu. Ujęcie to traktuje zdrowie jako efekt wielu powiązanych czynników i podkreśla znaczenie działań na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych. Promocja zdrowia wspiera idee równości i sprawiedliwości społecznej, a zmniejszanie nierówności w zdrowiu stanowi jej podstawowe zadanie w praktyce zdrowia publicznego [95]. Zmiana zachowań i postaw zdrowotnych jest procesem długofalowym, a jej skutki można obserwować dopiero po latach.

Wdrożenie skutecznych interwencji wymaga jednocześnie sprawnych mechanizmów monitorowania i raportowania. Różnice w podejściu jednostek samorządu terytorialnego do sprawozdawczości czy priorytetów zdrowotnych pokazują potrzebę wprowadzenia stałych szkoleń dla administracji lokalnej i regionalnej, obejmujących zarówno aspekty merytoryczne, jak i prawne zdrowia publicznego. Jest to szczególnie istotne, ponieważ dziedzina ta dynamicznie się rozwija, a dostęp do aktualnych danych o skuteczności interwencji pozwala na podejmowanie lepszych decyzji.

Programy zdrowia publicznego mogą być realizowane w dwojaki sposób. **Podejście odgórne (instytucjonalne)** polega na tym, że specjaliści samodzielnie wybierają obszar interwencji, określają metody działania i przygotowują plan wdrożenia. **Podejście oddolne** natomiast zakłada aktywne włączenie społeczności lokalnej, która identyfikuje istotne dla siebie problemy i decyduje o sposobach ich rozwiązania, a profesjonaliści pełnią rolę doradcą i wspierającą. Oba modele mają swoje mocne i słabe strony, a w praktyce mogą niekiedy prowadzić do trudności organizacyjnych czy ograniczonej skuteczności. W obszarze redukcji nierówności zdrowotnych i działań dotyczących społecznych determinantów zdrowia uzasadnione jest równoległe wykorzystywanie obu podejść. W Polsce jednak dominują programy o charakterze odgórnym, szczególnie te realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Należy podkreślić, że wszystkie programy zdrowia publicznego są uwarunkowane kontekstem demograficznym, społecznym, instytucjonalnym, organizacyjnym i politycznym, w jakim są prowadzone. Sprawia to, że są one bardzo zróżnicowane i trudne do bezpośredniego porównania. Z tego względu w praktyce zdrowia publicznego szczególnie cenne są informacje o **dobrych praktykach**, czyli programach, które potwierdziły swoją skuteczność w różnych warunkach, choć w Polsce nadal brakuje krajowej bazy takich przykładów [96].

Planowanie interwencji ukierunkowanych na zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu wymaga podejścia systemowego, opartego na diagnozie potrzeb oraz identyfikacji priorytetów zdrowotnych i społecznych. Kluczowe jest nie tylko wdrażanie działań medycznych, lecz także interwencji adresujących szersze uwarunkowania zdrowia: ekonomiczne, środowiskowe i społeczne. Włączenie problematyki nierówności do systemu planowania strategicznego wymaga jednocześnie stworzenia narzędzi pozwalających monitorować gradient społeczny i jego wpływ na zdrowie.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że wszystkie działania powinny prowadzić do wyrównania szans zdrowotnych, sprawiedliwego podziału zasobów oraz równego dostępu do świadczeń. Koncepcja *Health in All Policies* zakłada z kolei, że poprawa zdrowia społeczeństwa wymaga nie tylko aktywności sektora ochrony zdrowia, lecz także uwzględnienia aspektów zdrowotnych w polityce fiskalnej, edukacyjnej, transportowej, mieszkaniowej, środowiskowej czy konsumenckiej. W praktyce oznacza to konieczność wprowadzenia obowiązkowych ocen skutków regulacji (ang. Health Impact Assessment, HIA) także poza systemem ochrony zdrowia.

Pierwszym etapem planowania jest diagnoza sytuacji zdrowotnej i społecznej, obejmująca analizę danych epidemiologicznych, demograficznych, ekonomicznych i społecznych. Szczególną rolę odgrywa tu wykorzystanie danych gromadzonych przez instytucje państwowe (np. GUS, NFZ, GIS) oraz badania naukowe. Diagnoza pozwala określić skalę nierówności i wskazać grupy najbardziej narażone na ich konsekwencje. Drugim krokiem jest identyfikacja priorytetów, które powinny być dostosowane do kontekstu lokalnego i regionalnego, przy jednoczesnym odniesieniu do celów krajowych i międzynarodowych, takich jak Cele Zrównoważonego Rozwoju. Kolejnym etapem jest definiowanie celów i wskaźników, umożliwiających pomiar efektywności podejmowanych działań. Cele powinny być zgodne z zasadą SMART (konkretne, mierzalne, osiągalne, realistyczne i określone w czasie). Istotnym elementem planowania jest również dobór narzędzi i metod interwencji, obejmujących zarówno programy profilaktyczne i edukacyjne, jak i zmiany organizacyjne czy legislacyjne. Równie ważne pozostaje planowanie finansowania i zasobów, w tym zapewnienie stabilnych źródeł finansowych. Ostatnim, ale kluczowym elementem planowania jest budowanie partnerstw i współpracy międzysektorowej. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych wymaga zaangażowania nie tylko systemu ochrony zdrowia, lecz także polityki społecznej, edukacji, samorządu terytorialnego i sektora pozarządowego.

Interwencje wdrażane są na różnych poziomach organizacyjnych: na szczeblu centralnym kluczową rolę odgrywa Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny oraz instytuty badawcze. Na tym poziomie opracowywane są programy strategiczne, takie jak Narodowy Program Zdrowia czy programy profilaktyczne (np. „Profilaktyka 40+”, programy szczepień ochronnych). Państwo odpowiada także za tworzenie ram prawnych, koordynację działań międzysektorowych oraz zapewnienie finansowania. Interwencje krajowe mają więc zazwyczaj charakter powszechny, a ich celem jest wyrównywanie dostępu do świadczeń i profilaktyki w skali ogólnopolskiej.

Na poziomie województwa działania realizowane są przez urzędy marszałkowskie, wojewódzkie inspektoraty sanitarne, a także regionalne ośrodki polityki społecznej. Samorząd wojewódzki odpowiada za przygotowanie regionalnych strategii zdrowotnych, które powinny być spójne z krajowymi dokumentami strategicznymi, a jednocześnie uwzględniać specyfikę danego regionu (np. różnice w strukturze demograficznej, obciążenia chorobami czy sytuację społeczno-ekonomiczną), przy czym wdrażanie interwencji na poziomie wojewódzkim wymaga koordynacji z gminami i powiatami oraz współpracy z sektorem pozarządowym.

Z kolei na poziomie lokalnym (na szczeblu gmin i powiatów) podejmowane są interwencje bezpośrednio adresowane do mieszkańców. Należą do nich lokalne programy zdrowotne, akcje edukacyjne, programy profilaktyczne oraz działania w zakresie promocji zdrowia. JST odpowiadają za diagnozowanie potrzeb społeczności lokalnych, tworzenie lokalnych polityk zdrowotnych i ich wdrażanie. Na tym poziomie szczególnie istotne jest angażowanie społeczności w proces planowania i realizacji działań, a także współpraca z organizacjami pozarządowymi, szkołami, instytucjami pomocy społecznej i lokalnymi przedsiębiorcami. Przykładami skutecznych działań na poziomie lokalnym są programy szczepień ochronnych finansowane lokalnie (np. przeciw grypie dla seniorów), miejskie polityki równości zdrowotnej realizowane w ramach „Miast Zdrowych”, czy lokalne koalicje na rzecz zdrowia, integrujące działania edukacyjne, profilaktyczne i środowiskowe.

W tym kontekście ważne jest również doprecyzowanie systemu raportowania, bowiem jeśli dana interwencja nie może być jasno zakwalifikowana jako działanie profilaktyczne, promocyjne, edukacyjne czy związane ze współpracą międzyinstytucjonalną, rodzi się wątpliwość, czy powinna być traktowana jako element zdrowia publicznego. Dotychczasowe doświadczenia pokazują jednak, że większość realizatorów pozytywnie reaguje na uwagi dotyczące jakości działań, co daje nadzieję na podnoszenie standardów w kolejnych projektach.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego pełnią szczególną rolę, gdyż koncentrują się na relacjach między sytuacją zdrowotną populacji, warunkami środowiskowymi i społecznymi a reakcją społeczeństwa. Różnią się one zarówno od badań biomedycznych, które analizują uwarunkowania zdrowotne na poziomie biologicznym, jak i od badań klinicznych, skupiających się na relacji między stanem zdrowia a reakcją indywidualną pacjenta. Celem badań zdrowia publicznego jest identyfikacja czynników mających wpływ na zdrowie populacji oraz wskazywanie skutecznych interwencji pozwalających na poprawę stanu zdrowia i ograniczenie nierówności w tym zakresie.

Istotne znaczenie ma również właściwy dobór wskaźników ewaluacji. Część z obecnie stosowanych odnosi się do zjawisk trudno mierzalnych w krótkiej perspektywie, a ich związek z konkretnymi interwencjami bywa pośredni. Dlatego konieczna jest dalsza praca nad ich udoskonaleniem i powiązaniem z celami operacyjnymi NPZ, aby proces monitorowania faktycznie odzwierciedlał efektywność prowadzonych działań.

Wdrażanie interwencji musi być powiązane z systematycznym monitoringiem i ewaluacją. Konieczne jest określanie wskaźników ilościowych i jakościowych, które pozwalają ocenić skuteczność podejmowanych działań w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych. Wskaźniki powinny obejmować m.in. dostęp do świadczeń, udział w programach profilaktycznych, różnice w długości życia i zachorowalności między grupami społecznymi.

W literaturze odnaleźć można główne grupy wskaźników, które zalecane są do oceny nierówności zdrowotnych: odnoszące się do sytuacji zdrowotnej populacji oraz dotyczące jej determinant. Analizując wskaźniki opisujące sytuację zdrowotną, z uwagi na jakość danych

gromadzonych w rejestrach medycznych w Polsce, w monitorowaniu nierówności najczęściej wykorzystuje się wskaźniki oparte na statystykach umieralności oraz chorobowości hospitalizowanej [97]. Do najważniejszych z nich należą oczekiwana długość życia, umieralność niemowląt, zgony z powodu chorób przewlekłych (m.in. układu krążenia, nowotworów, przyczyn zewnętrznych), czy hospitalizacje związane z chorobami przewlekłymi.

Kluczowym elementem analizy przyczyn nierówności zdrowotnych jest badanie wpływu systemu opieki zdrowotnej na ich powstawanie i utrwalanie. W tym celu stosuje się m.in. prezentowany wcześniej wskaźnik umieralności możliwej do uniknięcia, opierający się na założeniu, że przedwczesne zgony z powodu określonych problemów zdrowotnych powinny być rzadkie, jeśli dostępne są skuteczne interwencje medyczne lub odpowiednie działania z zakresu zdrowia publicznego. Uzpełnieniem tych danych jest samoocena stanu zdrowia populacji, systematycznie badana w ramach Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (ang. EU statistics on income and living conditions, EU-SILC) [98]. W celu uchwycenia skali nierówności konieczne jest analizowanie powyższych wskaźników w przekrojach społeczno-ekonomicznych i geograficznych, uwzględniających m.in. płeć, wiek, wykształcenie, status zawodowy, poziom dochodów, stan cywilny oraz miejsce zamieszkania.

Drugą grupę stanowią wskaźniki dotyczące determinant nierówności zdrowotnych, w tym stylu życia i zachowań zdrowotnych. Do podstawowych wskaźników w tym zakresie należą: rozpowszechnienie palenia tytoniu, odsetek osób z nadwagą i otyłością, poziom aktywności fizycznej, konsumpcja alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, udział w badaniach profilaktycznych i szczepieniach, struktura spożycia żywności (m.in. udział produktów wysokoprzetworzonych, fast foodów, owoców i warzyw), narażenie na czynniki szkodliwe w środowisku pracy i miejscu zamieszkania. Dane w tym zakresie są trudniej dostępne, choć cennym źródłem informacji pozostają tu cykliczne badania ankietowe, takie jak Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (ang. European Health Interview Survey, EHIS) [99], realizowane na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski. Ważnym źródłem jest także międzynarodowe badanie HBSC (ang. Health Behaviour in School-aged Children) [100], dotyczące zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej.

Podobnie jak w przypadku wskaźników sytuacji zdrowotnej, aby pokazać skalę nierówności konieczne jest analizowanie powyższych danych w przekrojach społeczno-ekonomicznych i terytorialnych [97], by odpowiednio dopasować podejmowane działania [13].

Ważnym elementem ewaluacji jest również analiza kosztów i efektywności ekonomicznej podejmowanych działań. Brak stabilnych i porównywalnych danych pozostaje jedną z głównych barier w ocenie skuteczności interwencji w Polsce. Istotne w tym kontekście są narzędzia **pozwalające ocenić wpływ różnych polityk na zdrowie społeczeństwa**. Dobrym przykładem jest **ocena wpływu na zdrowie**, która umożliwia analizę potencjalnych skutków wdrażanych polityk zarówno dla całej populacji, jak i dla określonych grup społecznych. Dzięki temu narzędziu możliwe jest lepsze projektowanie interwencji publicznych, tak aby sprzyjały one poprawie zdrowia i nie pogłębiały istniejących nierówności.

Analizy ekonomiczne, w tym analiza kosztów i korzyści zdrowotnych, nie są jednak zawsze brane pod uwagę, dlatego tak istotne jest upowszechnienie akceptacji dla posługiwania się argumentami ekonomicznymi, zrozumiałe i jednoznaczne przedstawianie argumentów oraz dostępności ekspertów, danych oraz metodologii przeprowadzania tego typu analiz. Istotnym czynnikiem sprzyjającym skutecznej realizacji działań ukierunkowanych na społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia jest również **wsparcie ze strony państwa lub instytucji unijnych** [93]. Podkreśla się również rolę **działań międzysektorowych**, które często okazują się bardziej skuteczne, efektywne i trwałe niż działania podejmowane wyłącznie w ramach sektora ochrony zdrowia. Współpraca z innymi obszarami polityki publicznej (np. edukacją, transportem, polityką społeczną czy planowaniem przestrzennym) pozwala skuteczniej wpływać na czynniki determinujące zdrowie oraz zmniejszać nierówności.

Działania ukierunkowane na makrospołeczne determinanty zdrowia realizowane są nie tylko przez instytucje rządowe, ale również przez szeroko rozumiane społeczeństwo obywatelskie, które obejmuje zarówno nieformalne grupy funkcjonujące w ramach lokalnych społeczności, jak i formalne organizacje, takie jak związki zawodowe czy duże ruchy społeczne. Badania wskazują, że rzeczywisty udział przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego w procesie tworzenia strategii i metod redukcji nierówności społecznych w konkretnych środowiskach znacząco zwiększa szansę na podejmowanie decyzji i działań adekwatnych do faktycznych potrzeb danej społeczności [101].

Jednym z ciekawych przykładów mechanizmów sprzyjających współpracy w obszarze redukcji nierówności w zdrowiu jest **Otwarta Metoda Koordynacji (OMK)** stosowana w Unii Europejskiej w zakresie ochrony społecznej, obejmującej włączenie społeczne, system rent i emerytur, a także zdrowie i opiekę długoterminową. OMK została przyjęta przez Radę Unii Europejskiej jako narzędzie wspierające państwa członkowskie w prowadzeniu polityki społecznej poprzez **dobrowolną współpracę**. Jej celem nie jest narzucanie wiążących regulacji prawnych, lecz tworzenie warunków do **wymiany doświadczeń, wyznaczania wspólnych priorytetów i uczenia się od siebie nawzajem**. W ten sposób kraje członkowskie mogą stopniowo harmonizować swoje działania, pozostając przy tym w zgodzie z własnymi uwarunkowaniami społecznymi, gospodarczymi i kulturowymi. W ramach OMK szczególny nacisk kładziony jest na **ponadnarodowe współdziałanie, co** sprzyja tworzeniu sieci współpracy, porównywaniu efektów wdrażanych polityk oraz identyfikowaniu dobrych praktyk, które mogą zostać przeniesione do innych państw. W obszarze zdrowia oznacza to możliwość dzielenia się rozwiązaniami w zakresie ograniczania nierówności zdrowotnych, np. poprzez wspólne podejście do profilaktyki, opieki nad osobami starszymi czy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu grup szczególnie wrażliwych. Dzięki swojej **elastyczności i dobrowolności** OMK jest często postrzegana jako skuteczny instrument wspierania integracji społecznej oraz budowania polityk publicznych ukierunkowanych na równość zdrowotną w całej Unii Europejskiej.

3.2.3.4. Wyzwania i bariery we wdrażaniu skutecznych działań

Pomimo rosnącej liczby programów i inicjatyw zarówno w Polsce, jak i na świecie, ukierunkowanych na poprawę zdrowia społeczeństwa, ich skuteczność w ograniczaniu nierówności zdrowotnych pozostaje ograniczona. Wynika to z szeregu barier i wyzwań o charakterze systemowym, organizacyjnym i społecznym [102, 103, 104, 105].

Jednym z kluczowych problemów jest **fragmentacja działań i brak koordynacji** między różnymi poziomami administracji oraz międzysektorowymi politykami [106, 107]. Programy profilaktyczne i zdrowotne często są wdrażane w sposób punktowy, bez spójnej strategii obejmującej zarówno instytucje centralne, jak i samorządy. Brakuje również mechanizmów zapewniających trwałość i kontynuację działań po zakończeniu finansowania projektowego. Istotnym ograniczeniem jest także **niedofinansowanie działań na poziomie lokalnym i regionalnym**. Jednostki samorządu terytorialnego dysponują ograniczonymi zasobami finansowymi i kadrowymi, co utrudnia planowanie i realizację kompleksowych programów zdrowotnych. Ograniczone budżety powodują, że często priorytetem stają się działania doraźne, a nie systemowe rozwiązania zmniejszające nierówności zdrowotne w dłuższej perspektywie.

Ważną barierą pozostaje **niski poziom świadomości problemu wśród lokalnych decydentów, a nawet społeczeństwa** [108]. Choć w debacie publicznej coraz częściej podnosi się kwestie nierówności zdrowotnych, to w praktyce polityka zdrowotna samorządów rzadko traktuje ten temat priorytetowo [109]. Brakuje również wiedzy i narzędzi analitycznych, które pozwoliłyby skutecznie planować działania zorientowane na najbardziej wrażliwe grupy społeczne [110].

Kolejnym wyzwaniem, wynikającym z niezbędnego elementu koordynacji, jest **brak spójności między politykami publicznymi**, szczególnie w obszarach takich jak zdrowie, edukacja, polityka społeczna czy planowanie przestrzenne. Brak współpracy międzysektorowej prowadzić może do sytuacji, w której nierówności zdrowotne są traktowane jako problem wyłącznie ochrony zdrowia, podczas gdy ich źródła leżą także w obszarze polityki społecznej, warunków mieszkaniowych czy rynku pracy.

Poważną barierą jest także **ograniczona dostępność danych i narzędzi umożliwiających ocenę wpływu działań na nierówności zdrowotne** [111]. Choć tak jak obserwujemy w Polsce - systemy monitoringu prowadzone przez poszczególne instytucje, np. GUS, NFZ, GIS gromadzą obszerne informacje dotyczące zdrowia populacji, brakuje szczegółowych danych pozwalających na ocenę sytuacji w podziale na grupy społeczno-ekonomiczne, poziom wykształcenia czy status materialny. Luka ta utrudnia zarówno identyfikację najbardziej narażonych grup, jak i ocenę skuteczności wdrażanych programów w zakresie redukcji nierówności.

3.2.4. Podsumowanie i rekomendacje

Nierówności w zdrowiu, jako obserwowane na całym świecie systematyczne różnice w stanie zdrowia różnych grup populacji, pociągają za sobą znaczne koszty społeczne i ekonomiczne zarówno dla jednostek, jak i całych społeczeństw. Utrzymujące się nierówności spowalniają rozwój społeczny, ale też wiążą się ze znacznymi kosztami finansowymi. Nierówności zdrowotne są trwałe i wielowymiarowe, a czynniki determinujące te nierówności są zróżnicowane. Spośród nich, do najważniejszych zaliczyć można edukację i poziom dochodu, ale duże znaczenie mają też m.in. różnice terytorialne, czy brak koordynacji (rozproszenie) prowadzonych polityk publicznych w zakresie zdrowia. Obserwowane różnice przekładają się m.in. na oczekiwaną długość życia, oczekiwaną długość życia w zdrowiu, czy umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia.

Dokumenty i doświadczenia międzynarodowe wskazują, że w przewyciężaniu nierówności w zdrowiu skuteczne okazuje się połączenie działań prowadzonych na poziomie krajowym (odgórnych) z działaniami celowanymi, w oparciu o dokładną diagnozę potrzeb i przy zapewnieniu współpracy międzysektorowej. Dobre praktyki wskazują wartość interwencji łączących aspekty edukacyjne, środowiskowe i systemowe (np. edukacja wczesnodziecięca, zdrowe miejsca pracy, aktywne polityki rynku pracy, rozwiązania na poziomie systemu ochrony zdrowia celem zapewnienia dostępności i równości do świadczeń).

Mimo wielu działań podejmowanych w Polsce w tym zakresie, w tym sukcesów programów opisywanych w tym rozdziale, zidentyfikowany został brak spójnego systemu monitoringu nierówności, trwałej koordynacji i stabilnego finansowania działań na poziomie regionalnym i lokalnym. Poza fragmentacją i krótkimi horyzontami finansowania wielu działań, zaobserwowano niski stopień wykorzystania ocen wpływu projektów lub polityk na zdrowie populacji.

Biorąc pod uwagę dane zawarte w rozdziale, uzupełnione przeglądem literatury oraz analizą dobrych praktyk na poziomie międzynarodowym, poniżej zaprezentowano rekomendacje w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu dla Polski. Rekomendacje podzielono na pięć obszarów: Strategia i zarządzanie, Edukacja, Rynek pracy i środowisko pracy, System ochrony zdrowia, Monitoring i ewaluacja. W każdym z obszarów wskazano kluczowe kierunki działań, przykłady rozwiązań możliwych do wdrożenia w warunkach krajowych oraz rozwiązania, które mogą wspierać skuteczność i trwałość podejmowanych interwencji.

Strategia i zarządzanie

1. Niezbędne jest uznanie ograniczania nierówności zdrowotnych za priorytet działalności państwa. Wpisanie takiego celu do strategii krajowych, wojewódzkich i lokalnych, w tym strategii rozwoju i zdrowia publicznego, stwarzało będzie podstawę

do podejmowanych interwencji. W tym celu niezbędne jest uwzględnienie planowanych działań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu w corocznych planach finansowych.

2. Zalecany jest stały pomiar gradientu zdrowia wraz z jego regularną prezentacją odpowiednim instytucjom. Do tego niezbędna wydaje się budowa krajowego systemu monitoringu nierówności (dashboard łączący dane pochodzące z różnych instytucji, w tym GUS, NFZ, GIS), co umożliwi prowadzenie przekrojów społeczno-ekonomicznych i terytorialnych.
3. Rekomenduje się wprowadzenie obowiązkowych ocen wpływu na zdrowie i nierówności dla kluczowych polityk spoza sektora zdrowia (np. transport, mieszkalnictwo, edukacja, środowisko), wraz z analizą koszt–efekt i koszt–korzyść społecznych.
4. Konieczna jest integracja i koordynacja programów zdrowia publicznego. Niezbędne wydaje się połączenie rozproszonych inicjatyw krajowych i samorządowych w spójne programy (np. dla seniorów, rodzin, migrantów), z jednoznacznym podziałem ról (np. MZ, NFZ, samorzady, partnerzy społeczni).
5. Niezbędne jest stworzenie bazy dobrych praktyk i transfer wiedzy. W tym celu rekomenduje się utworzenie krajowej, publicznej bazy sprawdzonych inicjatyw programów (polskich i międzynarodowych), jeśli to możliwe – wraz z opisem kosztów, efektów i warunków transferu; rozważyć należy sieć „uczenia się” między województwami (polska wersja Otwartej Metody Koordynacji).
6. Istotny wydaje się priorytet horyzontalny dotyczący równości w dostępie do odpowiedniej edukacji i wysokiej jakości opieki medycznej, co zapisane powinno być również w dokumentach na poziomie lokalnym, wraz z odpowiednimi miernikami i finansowaniem (spójność z Agendą 2030: „Leaving no one behind”).
7. Niezbędne jest zapewnienie stabilnego finansowania wieloletnich programów mających na celu zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Konieczne jest określenie częściowych celów programów realizowanych w perspektywie krótkoterminowej, wraz z konkretnymi miernikami. Konieczne są publiczne raporty z realizacji programów, wraz z rozważeniem powiązania części subwencji/kontraktów z wynikami pro-równościowymi.

Edukacja

8. Rekomenduje się pilotaż centrów wczesnego rozwoju w gminach o najwyższym wskaźniku niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Centra te zapewniłyby dostęp do edukacji przedszkolnej, systematycznego monitorowania rozwoju dzieci (badania przesiewowe), poradnictwa żywieniowego oraz programów edukacyjnych dla

rodziców i nauczycieli. Integralnym elementem powinna być również współpraca z podstawową opieką zdrowotną, co pozwoliłoby na wczesną identyfikację problemów zdrowotnych i edukacyjnych oraz ich skuteczne rozwiązywanie.

9. Zaleca się wdrożenie modułów zdrowotnych w ramach edukacji, w tym edukacji ustawicznej i w programach aktywizacji zawodowej. Moduły te powinny obejmować profilaktykę chorób cywilizacyjnych, promocję aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania oraz ograniczania zachowań ryzykownych. W ramach polityk edukacyjnych i społecznych wskazana jest poprawa w dostępie do transportu do placówek edukacyjnych, szczególnie na terenach wiejskich i peryferyjnych.
10. Rekomenduje się rozwój programów edukacji rodzicielskiej, ukierunkowanych na wsparcie kompetencji wychowawczych, promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę uzależnień oraz budowanie bezpiecznego środowiska dla dzieci i młodzieży. Programy te powinny być realizowane we współpracy z lokalnymi instytucjami edukacyjnymi, zdrowotnymi i społecznymi, w szczególności w gminach o wysokim poziomie niekorzystnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.
11. Wskazane jest ponadto wdrożenie kompleksowych programów szkolnych, które obejmowałyby rozwój kompetencji życiowych, edukację w zakresie zdrowego żywienia, promocję aktywności fizycznej oraz profilaktykę zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, alkohol, używki). Uzupełnieniem powinna być organizacja posiłków szkolnych spełniających standardy jakości i wartości odżywczej, co stanowi ważny element polityki wyrównywania szans zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży.

Rynek pracy i środowisko pracy

12. Rekomenduje się wdrożenie krajowego standardu „Zdrowe miejsce pracy”, opartego na ramach European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Standard powinien określać minimalne wymagania dotyczące ergonomii stanowisk, profilaktyki stresu zawodowego, partycypacji pracowników oraz promocji zdrowego stylu życia. Wsparciem dla jego wdrożenia powinny być zachęty finansowe dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw oraz np. włączenie wymogu certyfikacji „Zdrowe miejsce pracy” do kryteriów zamówień publicznych.
13. Istotne znaczenie ma promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Zaleca się rozwój systemu szybkich ścieżek pomocy psychologicznej dla pracowników, dostępnych bez zbędnej biurokracji i w trybie interwencyjnym. Konieczne jest wprowadzenie programów prewencji wypalenia zawodowego, w tym obowiązkowych szkoleń menedżerskich w zakresie wspierania dobrostanu zespołu.
14. Proponuje się wdrożenie programu dla osób bezrobotnych (na wzór programu JOBS), zintegrowanego z elementami promocji zdrowia psychicznego, w powiatowych

urzędach pracy. Program wzmacniałby sprawczość osób bezrobotnych, wspierał ich odporność psychiczną i kompetencje zawodowe, a jednocześnie wpływałby na zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym długotrwałego bezrobocia. Zalecany jest pilotaż programu w kilku województwach wraz ze szczegółową ewaluacją.

System ochrony zdrowia

15. Rekomenduje się wprowadzenie mechanizmu redystrybucji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w oparciu o poziom deprivacji społeczno-ekonomicznej gmin. Większe finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinno trafiać do obszarów o najgorszych wskaźnikach zdrowotnych i ograniczonym dostępie do świadczeń. W kontraktach NFZ wskazane jest wprowadzenie dodatkowych zachęt finansowych dla podmiotów, które aktywnie docierają do grup o najniższych kompetencjach zdrowotnych i największych barierach w korzystaniu z opieki.
16. Zaleca się stopniowe wprowadzanie mobilnych zespołów POZ i diagnostyki, które kierowane będą do obszarów o największych trudnościach z dostępem, a także elastyczne godziny udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dalszy rozwój telemedycyny, co pozwoli na ograniczenie barier geograficznych i czasowych (związanych z transportem, przemieszczaniem się).
17. Rekomenduje się, aby każda interwencja profilaktyczna posiadała obowiązkowy moduł uwzględniający aspekt równości w zdrowiu, obejmujący m.in. aktywną rekrutację uczestników, zapewnienie transportu, stosowanie prostych i zrozumiałych materiałów edukacyjnych oraz dostosowanie komunikacji do potrzeb osób z niskim poziomem health literacy.

Monitoring i ewaluacja

18. Rekomenduje się powołanie stałych rad lub koalicji ds. równości zdrowotnej na poziomie województw i dużych miast. W ich skład powinni wchodzić przedstawiciele administracji samorządowej, sektora zdrowia, edukacji i polityki społecznej, a także organizacji pozarządowych, pracodawców, związków zawodowych oraz reprezentanci grup szczególnie narażonych na nierówności w zdrowiu. Tego typu rady, jako ciała doradcze i konsultacyjne, umożliwiałyby systematyczne włączanie perspektywy różnych interesariuszy, wzmacniałyby współzrządzenie i zwiększały przejrzystość podejmowanych działań w różnych sektorach gospodarki.
19. Zaleca się opracowanie krajowego standardu zestawu wskaźników do monitorowania nierówności w zdrowiu, który poza typowymi wskaźnikami obejmowałby m.in.

wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia poprzez profilaktykę i leczenie, poziom uczestnictwa w programach profilaktycznych i szczepieniach, czy różnice społeczno-ekonomiczne w wynikach zdrowotnych. Ewaluacja wpływu interwencji na nierówności zdrowotne powinna być obowiązkowym warunkiem ich finansowania ze środków publicznych, co pozwoli na efektywniejszą alokację zasobów.

20. Rekomenduje się systematyczne włączanie analiz ekonomicznych (koszt–efekt, koszt–korzyść społeczna) do procesu planowania i finansowania działań w obszarze zdrowia publicznego. Konieczne jest przeznaczenie dedykowanych budżetów na oceny HIA oraz analizy ekonomiczne, tak aby wybierać interwencje o udowodnionym wpływie na zmniejszanie nierówności. Należy przy tym uwzględniać zastrzeżenia wynikające z przeglądów parasolowych, które jednoznacznie wskazują, że nie wszystkie polityki mające na celu ograniczenie nierówności w zdrowiu rzeczywiście przynoszą oczekiwane efekty i nie wszystkie z nich możliwe są do wdrożenia w innych państwach/populacjach. Z tego względu, konieczna jest ich dokładna selekcja i odpowiednie zaplanowanie w oparciu o dowody naukowe.

Literatura

1. Jensen N, Kelly AH, Avendano M. Health equity and health system strengthening - Time for a WHO re-think. *Glob Public Health*. 2022 Mar;17(3):377-390.
2. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019 Jul;172:22-30.
3. Brown AF, Ma GX, Miranda J, Eng E, Castille D, Brockie T, Jones P, Airhihenbuwa CO, Farhat T, Zhu L, Trinh-Shevrin C. Structural Interventions to Reduce and Eliminate Health Disparities. *Am J Public Health*. 2019 Jan;109(S1):S72-S78.
4. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health*. 2011 May;65(5):412-9.
5. Sayer A, McCartney G. Economic relationships and health inequalities: improving public health recommendations. *Public Health*. 2021 Oct;199:103-106.
6. Engelgau MM, Zhang P, Jan S, Mahal A. Economic Dimensions of Health Inequities: The Role of Implementation Research. *Ethn Dis*. 2019 Feb 21;29(Suppl 1):103-112.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International* 1991;6(3):217-228.
8. Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Inj Control Saf Promot* 2003;10:11-12.
9. WHO. Essential public health functions, health systems, and health security. Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. World Health Organization, Geneva 2018.
10. 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. World Health Organization, Geneva 2008.
11. WHO. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. World Health Organization, Geneva, 2013.
12. World Health Organization. 10 facts in health inequities and their causes. http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/en/index.html, 12.08.2025.
13. Ma S, Agrawal S, Salhi R. Distinguishing Health Equity and Health Care Equity: A Framework for Measurement. *The New England Journal of Medicine (NEJM) Catalyst* 2023. Published online: March 7, 2023.
14. Albert-Ballestar S, García-Altés A. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *Int J Equity Health*. 2021 Mar 10;20(1):73.
15. Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. World Health Organization, Geneva 2014.
16. WHO. World report on social determinants of health equity. World Health Organization, Geneva 2025.

17. Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County Health Rankings. *Am J Prev Med* 2016;50:129–135.
18. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000603.
19. WHO. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. World Health Organization Regional Office for Europe, Geneva 2019.
20. Hardman R, Begg S, Spelten E. What impact do chronic disease self-management support interventions have on health inequity gaps related to socioeconomic status: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2020 Feb 27;20(1):150.
21. Skýbová D, Šlachtová H, Tomášková H, Dalecká A, Maďar R. Risk of chronic diseases limiting longevity and healthy aging by lifestyle and socio-economic factors during the life-course - a narrative review. *Med Pr.* 2021 Nov 19;72(5):535-548.
22. Raport “Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”. Wojtyniak B, Smaga A (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, Warszawa 2025.
23. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2010.
24. CDC. Social Determinants of Health. <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html>, 02.08.2025.
25. Health People 2030. Education Access and Quality. <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/education-access-and-quality>, 19.08.2025.
26. Słońska Z, Kozarek J. Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011, 2(9): 64–75.
27. Siegrist J. The social causation of health and illness [w:] *Handbook of social studies in health and medicine*. Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC (red.). Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi 2003.
28. Solar O, Valentine N, Castedo A, Brandt GS, Sathyandran J, Ahmed Z et al. Action on the social determinants for advancing health equity in the time of COVID-19: perspectives of actors engaged in a WHO Special Initiative. *Int J Equity Health* 2023;21:193.
29. Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States, Board on Population Health and Public Health Practice, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Communities in Action: Pathways to Health Equity* (Weinstein JN, Geller A, Negussie Y, Baciu A, editors). Washington (DC). National Academies Press, 2017:24624.
30. Renner A-T, Plank L, Getzner M. *Introduction to the Handbook of Social Infrastructure*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2024.
31. Najcevska M. *Structural Discrimination– Definitions, approaches and trends*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015.

32. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2020.
33. WHO. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
34. American College Of Cardiology. Feature | The Social Determinants Of Health: What Medical Professionals Need To Know. <https://www.acc.org/Latest-In-Cardiology/Articles/2024/08/01/01/42/Feature-The-Social-Determinants-Of-Health-What-Medical-Professionals-Need-To-Know>, 12.08.2025.
35. WHO. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1, 05.08.2025.
36. GUS. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025.
37. GUS. Polska w Unii Europejskiej. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025.
38. Dane Eurostat,
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EDAT_LFSE_04__custom_3864828/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=607b56f0-89ca-4d19-9a93-5921bf77ddca&c=1668560037550, 18.08.2025.
39. GUS. Dochody i warunki życia ludności Polski - raport z badania EU-SILC 2023, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024.
40. GUS. Trwanie życia w 2024 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025.
41. Eurostat. Mortality and life expectancy statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics, 01.08.2025.
42. Na podstawie danych Eurostat oraz GUS.
43. Nocko A. Zróżnicowanie długości życia w zależności od płci i wykształcenia. Wiadomości statystyczne 2017;8(675):41-52.
44. GUS. Trwanie życia w 2023. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024.
45. Eurostat. Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en, 14.08.2025.
46. Eurostat. Frequency of fruit and vegetables consumption by sex, age and educational attainment level.
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv1e/default/table?lang=en, 22.08.2025.
47. Eurostat. Frequency of drinking sugar-sweetened soft drinks by sex, age and educational attainment level.
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv7e/default/table?lang=en, 22.08.2025.

48. Eurostat. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch10/default/table?lang=en, 22.08.2025.
49. PAN. Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego. Quo Vadis Polskie Zdrowie? Niekorzystne zmiany w latach 2011-2020, Warszawa 2021, s.24.
50. Eurostat. Performing health-enhancing physical activity by sex, age and educational attainment level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_egis_pe9e/default/table?lang=en, 22.08.2025.
51. Eurostat. Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_egis_sk3e/default/table?lang=en, 22.08.2025.
52. Eurostat. Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_egis_al1e/default/table?lang=en, 22.08.2025.
53. CBOS. Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2024.
54. Wu Y-T, Daskalopoulou C, Muniz Terrera G, Sanchez Niubo A, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL et al. Education and wealth inequalities in healthy ageing in eight harmonised cohorts in the ATHLOS consortium: a population-based study. *Lancet Public Health* 2020;5:e386–e394.
55. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G, Duflo E, Banerjee AV, editors. *World Inequality Report 2022*. Cambridge, Massachusetts; London, England, The Belknap Press of Harvard University Press, 2022.
56. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine*. 2015 Mar 1;128:316-26.
57. WHO. Social determinants of health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>, 05.09.2025.
58. WHO. Regional Office for Europe. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013.
59. WHO. *Health and well-being and the 2030 agenda for sustainable development in the WHO European region: an analysis of policy development and implementation*. World Health Organization, Copenhagen 2021.
60. Ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 roku (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z 2025 r. poz. 340).
61. Ministerstwo Zdrowia. Departament Równości w Zdrowiu. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/departament-rownosci-w-zdrowiu>, 03.09.2025.

62. Ministerstwo Zdrowia. Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
63. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Dz.U.2021.642.
64. MFiPR. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR 2030), Warszawa 2019.
65. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Warszawa 2017.
66. Grudziąż-Sękowska J, Sękowski K. Analiza sprawnościowa możliwości realizacji NPZ – aspekty prawne [w:] Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu Zadanie szczegółowe: Ekspertyza strategia wspomagania realizacji NPZ 2016-2020 w zakresie ograniczania geograficznych i społecznych nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem funkcji i instytucji zdrowia publicznego. Tyszko P, Bogdan M (red). MZ, NIZP PZH-PIB, Warszawa 2018. (Cytowane opracowanie powstało w ramach Projektu Predefiniowanego w Programie PL13 współfinansowanego w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014).
67. NFZ. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/zakonczone/ograniczanie-spoecznych-nerownosci-w-zdrowiu/>, 06.09.2025.
68. NIZP PZH-PIB. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nerownosci-w-zdrowiu/>, 06.09.2025.
69. Quesnel-Vallée A, Bilodeau J, Conway K. Social policies and health inequalities. The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology 2021, pp. 322-345.
70. Dahlgren G, Whitehead M & World Health Organization. Regional Office for Europe. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
71. Whitehead M, Petticrew M, Graham H, Macintyre SJ, Bambra C, Egan M. Evidence for public health policy on inequalities: 2: assembling the evidence jigsaw. J Epidemiol Community Health. 2004 Oct;58(10):817-21.
72. Melhuish E, Belsky J, Leyland AH, Barnes J; National Evaluation of Sure Start Research Team. Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. Lancet. 2008 Nov 8;372(9650):1641-7.
73. Dahlgren G, Whitehead M & World Health Organization. Regional Office for Europe. Levelling up (part 2) : a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
74. European Network for Workplace Health Promotion, <https://www.enwhp.org/>, 14.09.2025.

75. Holleederer A, Jahn HJ, Klein D. JOBS Program Germany for health promotion among the unemployed in the community setting with institutions for employment promotion (JobsProgramDtl): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2021 Feb 1;21(1):261.
76. Shahidi FV, De Moortel D, Muntaner C, Davis O, Siddiqi A. Do flexicurity policies protect workers from the adverse health consequences of temporary employment? A cross-national comparative analysis. *SSM Popul Health*. 2016 Sep 14;2:674-682.
77. European Commission. Employment, Social Affairs and Inclusion. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/eu-employment-policies/youth-employment-support/reinforced-youth-guarantee_en, 11.09.2025.
78. European Commission. Youth Guarantee country by country. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/eu-employment-policies/youth-employment-support/reinforced-youth-guarantee/youth-guarantee-country-country_en, 11.09.2025.
79. Healthy Working Lives, <https://www.healthyworkinglives.scot/>, 12.09.2025.
80. NHS England. National Healthcare Inequalities Improvement Programme. <https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/national-healthcare-inequalities-improvement-programme/>, 12.09.2025.
81. Guthmuller S, Wittwer J. The Impact of the Eligibility Threshold of a French Means-Tested Health Insurance Programme on Doctor Visits: A Regression Discontinuity Analysis. *Health Econ*. 2017 Dec;26(12):e17-e34.
82. Norwegian Ministry of Local Government and Regional Development. A good life throughout Norway – regional and rural policy for the future. <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-27-20222023/id2985545/?ch=1>, 12.09.2025.
83. Fosse E. Norwegian policies to reduce social inequalities in health: Developments from 1987 to 2021. *Scand J Public Health*. 2022 Nov;50(7):882-886. doi: 10.1177/14034948221129685.
84. Holdroyd I, Vodden A, Srinivasan A, Kuhn I, Bambra C, Ford JA. Systematic review of the effectiveness of the health inequalities strategy in England between 1999 and 2010. *BMJ Open*. 2022 Sep 9;12(9):e063137.
85. Bennett NC, Norman P, Albani V, Kingston A, Bambra C. The impact of the English national health inequalities strategy on inequalities in mortality at age 65: a time-trend analysis. *Eur J Public Health*. 2024 Aug 1;34(4):660-665.
86. Thomson K, Hillier-Brown F, Todd A, McNamara C, Huijts T, Bambra C. The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2018 Jul 13;18(1):869.
87. Besnier E, Thomson K, Stonkute D, Mohammad T, Akhter N, Todd A, Jensen MR, Kilvik A, Bambra C. Which public health interventions are effective in reducing morbidity, mortality and health inequalities from infectious diseases amongst children in low-income and

middle-income countries (LMICs): protocol for an umbrella review. *BMJ Open*. 2019 Dec 29;9(12):e032981.

88. Ministerstwo Zdrowia. Profilaktyka 40 Plus. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus>, 09.09.2025.
89. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 oraz załącznik do Komunikatu, Warszawa, dnia 31 października 2024 r.
90. Ministerstwo Zdrowia. Programy i Projekty. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-i-projekty>, 22.08.2025.
91. Ministerstwo Zdrowia. Planuję długie życie. <https://planujedlugiezycie.pl/zrob-c-o-s-dla-zdrowia-2/>, 22.08.2025.
92. Uchwała nr 105 Rady Ministrów z dnia 17 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą "Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030", M.P. 2021 poz. 843.
93. Car J, Dębska A, Cianciara D, Piotrowicz M, Wysocki MJ. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej – historia projektu DETERMINE. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;9(2):22–27.
94. WHO, Essential public health functions, health systems, and health security. Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. World Health Organization, Geneva 2018.
95. NIZP PZH-PIB. EPHO 4. Promocja zdrowia obejmująca działania dotyczące społecznych determinantów zdrowia i nierówności w zdrowiu. <https://www.pzh.gov.pl/epho-4-promocja-zdrowia-obejmujaca-dzialania-dotyczace-spoecznych-determinantow-zdrowia-i-nierownosci-w-zdrowiu/>, 11.09.2025.
96. Cianciara D. Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania. *Studia BAS*. 2018;4(56):77–102.
97. Nierówności w zdrowiu i znaczenie ich pomiaru w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, Warszawa 2021.
98. Eurostat. Europejskie badanie warunków życia ludności (EU-SILC). [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)/pl](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)/pl), 12.09.2025.
99. GUS. Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS), <https://badania-ankietowe.stat.gov.pl/kategoria/1/badanie/67>, 12.09.2025.
100. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), <https://hbsc.org/>, 12.09.2025.

101. Shareck M, Frohlich KL, Poland B. Reducing social inequities in health through settings-related interventions -- a conceptual framework. *Glob Health Promot.* 2013 Jun;20(2):39-52.
102. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, Bambra C, Siersbaek R, Manji S, Moseley A, Harmston R, Kuhn I, Ford J. Reducing health inequalities through general practice. *Lancet Public Health.* 2023 Jun;8(6):e463-e472. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00093-2. Erratum in: *Lancet Public Health.* 2023 Aug;8(8):e583.
103. Regmi K, Mudyarabikwa O. A systematic review of the factors - barriers and enablers - affecting the implementation of clinical commissioning policy to reduce health inequalities in the National Health Service (NHS), UK. *Public Health.* 2020 Sep;186:271-282.
104. Tangcharoensathien V, Lekagul A, Teo YY. Global health inequities: more challenges, some solutions. *Bull World Health Organ.* 2024 Feb 1;102(2):86-86A.
105. Rad J. Health inequities: a persistent global challenge from past to future. *International Journal for Equity in Health.* 2025;24:148.
106. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C; Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health; Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M, Brønnum-Hansen H, Hansen FK, Jeune B, Jørgensen T, Sjøgaard J. Health inequality--determinants and policies. *Scand J Public Health.* 2012 Nov;40(8 Suppl):12-105.
107. Alderwick H, Hutchings A, Mays N. Cross-sector collaboration to reduce health inequalities: a qualitative study of local collaboration between health care, social services, and other sectors under health system reforms in England. *BMC Public Health.* 2024;24:2613.
108. Putland C, Baum FE, Ziersch AM. From causes to solutions--insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health.* 2011 Jan 31;11:67.
109. Diderichsen F, Andersen I, Celie M, et al. Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2012;40(8_suppl):12–105.
110. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization.* 2000;78:3–18.
111. Moorthie S, Peacey V, Evans S, Phillips V, Roman-Urrestarazu A, Brayne C, Lafortune L. A scoping review of approaches to improving quality of data relating to health inequalities. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19(23):15874.