

W. Cezary Włodarczyk

PROBLEMY NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU. PERSPEKTYWA UNII EUROPEJSKIEJ

Słowa kluczowe: integracja europejska, równość w zdrowiu, sprawiedliwość w zdrowiu

■ Wprowadzenie

Opowiedzenie się po stronie wartości demokratycznych, w tym równości, jest w Unii Europejskiej (UE) bezsporne. Mogą być wywodzone z dokumentów ONZ czy z własnej, dostojnej tradycji nawiązującej do Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela. W Traktacie o funkcjonowaniu UE jest mowa o sprawiedliwości (przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości), równości (mężczyzn i kobiet, szans), zwalczaniu dyskryminacji; te same wartości są wymienione w Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka czy Karcie Praw Podstawowych. Jak powiedział jeden z autorów, równość, spójność i sprawiedliwość społeczna to tworzywo, z którego skonstruowana jest Europa¹. Nie są one tylko przedmiotem deklaracji i przepisów, ale aktywnego angażowania się² i baczego obserwowania sytuacji na całym świecie³.

W niniejszym artykule dwa aspekty działań podejmowanych w ramach UE, które są powiązane z dążeniami do zmniejszania nierówności zdrowotnych. Pierwszy odnosi się do działań wynikających ze wspólnych inicjatyw, a więc aktywności należących do wspólnej odpowiedzialności Unii i krajów członkowskich. Drugi analizuje zagadnienia podnoszone z inicjatywy krajów sprawujących prezydencję. W kilku przypadkach rola tych krajów wywarła bardzo istotny wpływ na sposób postrzegania i rozwiązywania problemów nierówności zdrowotnych.

1. Działania wspólne

Początkowo problemy społeczne, wśród nich zdrowie, nie były przedmiotem szczególnego zainteresowania w ramach Wspólnoty i uważa się, że pierwszą inicjatywą było przygotowanie przez Komisję Europejską specjalnego Programu Socjalnego, który został przyjęty nie wcześniej niż w 1974 roku⁴. Z czasem nastąpiło wyraźne przyspieszenie i, po pewnych pracach przygotowawczych, w Strategii Lizbońskiej z 2000 roku uzna-

no, że EU powinna stać się najbardziej konkurencyjną i dynamiczną, opartą na wiedzy, gospodarką na świecie⁵. W dokumencie Agenda 2000 postulowano wyrównywanie różnic dzielących kraje i regiony Unii – także w związku z zamierzonym rozszerzeniem Wspólnoty⁶. Jednocześnie przyjęto Agendę Społeczną (Social Policy Agenda), pomyślaną jako skuteczny instrument realizowania celów sformułowanych w Strategii Lizbońskiej⁷. Wkrótce został przyjęty kolejny dokument dotyczący tych zagadnień⁸.

W 2007 roku przygotowano dokument, w którym posłużono się pojęciem „szans życiowych” (*life chances*) wpisanych w wizję społecznego rozwoju Europy i ściśle z nim powiązanych⁹. Rozwój społeczny, jego trwanie, otwiera przed jednostkami i grupami możliwości, które wcześniej nie były dostępne. Nadrzędną kategorią byłby dostępny każdemu dobrostan (*well-being*) osiągnąć dzięki tworzonej możliwościom, dostępowi (do dóbr i świadczeń) i solidarności.

- **Możliwości (*opportunities*)** – dobry start w życiu, wykorzystywanie potencjału każdej osoby i możliwie najlepsze wykorzystywanie szans oferowanych przez innowacyjną, otwartą i nowoczesną Europę.
- **Dostęp (*access*)** – nowe i bardziej skuteczne sposoby przekazywania i zdobywania wiedzy w procesie edukacji, korzystanie z postępu na rynku pracy, z opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości i społecznej ochrony, a także uczestniczenie w życiu kulturalnym i społecznym.
- **Solidarność (*solidarity*)** – wspieranie spójności społecznej i zrównoważonego rozwoju społecznego i troszczenie się, aby nikt nie był pozostawiony sam sobie.

W lipcu 2008 roku Komisja Europejska przyjęła Odnowioną Agendę Społeczną, gdzie poruszono m.in. takie problemy, jak sprawy dzieci i młodzieży, inwestowanie w ludzi (większa liczba lepszych stanowisk pracy i nowe umiejętności), mobilność (przede wszystkim zawodowa),

dłuższe i zdrowsze życia, zwalczanie ubóstwa i społecznego wykluczenia, walka z dyskryminacją i promowanie równości płci¹⁰.

Postulat równości, sprawiedliwości i przeciwdziałania dyskryminacji obecny w ogólnej orientacji politycznej UE, polityce społecznej, dotyczył także zdrowia. W Rezolucji z czerwca 2000 roku stwierdzono, że zwiększanie się różnic w stanie zdrowia między państwami członkowskimi i wewnątrz nich wymaga podjęcia skoordynowanych działań, tak przez poszczególne kraje, jak i UE¹¹. Najważniejsze zmienne mające wpływ na zdrowie dotyczą czynników genetycznych, biologicznych, stylu życia i behawioralnych, środowiskowych, społecznych, ekonomicznych i politycznych.

2. Wspólne wartości

W 2006 roku zostały przyjęte konkluzje Rady Europejskiej w sprawie wspólnych wartości, które powinny być brane pod uwagę w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej UE¹². Wnioski zaakceptowane przez ministrów nie były obowiązującym przepisem, ale deklaracją reguł powszechnie aprobowanych. W dokumencie przedstawiono dwa rodzaje kryteriów: wartości będące strategicznymi wytycznymi dotyczącymi dalekosiężnych celów systemów oraz zasady bieżącego postępowania. Ministrowie zgodzili się, że systemy zdrowotne w UE są zasadniczym elementem ochrony socjalnej i przyczyniają się do spójności i sprawiedliwości społecznej. Za najistotniejsze wartości uznano: powszechność opieki, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Solidarność odnosiła się do zasad finansowania stosowanych w krajowych systemach opieki zdrowotnej w związku z postulatem zapewnienia wszystkim koniecznego dostępu do nich, bez ograniczeń wynikających z barier finansowych. Sprawiedliwość dotyczyła równego, stosownego do potrzeb, dostępu do świadczeń – także do zdrowia – bez względu na pochodzenie etniczne, płeć, wiek, status społeczny czy zdolność do zapłaty. Ponadto, częściowo niezależnie od tych wartości uznano, że systemy powinny zmierzać do zmniejszania różnic w stanie zdrowia występujących w państwach członkowskich.

Wkrótce potem opracowano strategiczny dokument „Razem na rzecz zdrowia”¹³. Wartości wymienione w Deklaracji potraktowano jako podstawę budowania strategii zdrowotnej. Kryteriami wyznaczającymi strategię miały być także cele uwzględnione w Karcie Praw Podstawowych i dążenie do wzmocnienia roli obywateli w kształtowaniu funkcjonowania systemu zdrowotnego, wraz z uwypukleniem znaczenia świadomości i wiedzy zdrowotnej (*health literacy*). Przypomniano cele dotyczące redukcji nieuzasadnionych różnic zdrowotnych, w tym wynikających z odmienności sytuacji kształtowanej przez płeć (*gender*). Kwestia równości była jedną z kilku postulowanych wartości; w 2008 roku podkreślono znaczenie przewyższania różnic w stanie zdrowia i długości życia wśród mieszkańców krajów unijnych jako problem odrębny i ważny¹⁴.

2.1. Solidarność w zdrowiu

Pod koniec 2009 roku został przyjęty komunikat Komisji „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”¹⁵. Stwierdzono tam, że nierówności zdrowotne są spowodowane odmiennościami w warunkach życia, zachowaniach zdrowotnych, wykształceniu, rodzaju wykonywanej pracy, wysokości zarobków, poziomie opieki zdrowotnej, profilaktyce zdrowotnej i w działaniach w zakresie promocji zdrowia. Także polityka państw wpływająca na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników powoduje powstawanie i utrwalanie różnic w stanie zdrowia. Można je zaobserwować u noworodków i utrzymują się do wieku podeszłego. Nierówności w dostępie do edukacji, zatrudnienia i opieki zdrowotnej doświadczane w dzieciństwie i młodości, a także doświadczenia wynikające z przynależności do określonej płci lub rasy, mogą poważnie wpłynąć na stan zdrowia człowieka w ciągu całego życia. Współwystępowanie ubóstwa i innych cech trudnej sytuacji społecznej, takich jak wiek dziecięcy lub podeszły, niepełnosprawność lub przynależność do innej grupy upośledzonej albo mniejszości etnicznej, powoduje dalsze narastanie ryzyka prowadzącego do gorszego stanu zdrowia. Negatywne charakterystyki położenia społecznego występują w sposób systematyczny i członkowie niektórych środowisk mają szczególnie zły przeciętny stan zdrowia. W całej UE występuje gradient społeczny w stanie zdrowia; osoby słabiej wykształcone, mniej zarabiające, wykonujące gorszą pracę lub mniej zarabiające, migranci oraz członkowie mniejszości etnicznych, osoby niepełnosprawne lub bezdomne – wszystkie one umierają w młodszym wieku i częściej chorują na najpowszechniejsze choroby. Działania na rzecz zmniejszania różnic zdrowotnych polegają na oddziaływaniu na ich przyczyny, te które można wyeliminować dzięki odpowiedniej polityce świadomej inicjowanej przez władze publiczne. Problem nierówności jest wspólny wszystkim krajom UE, ale przyczyny ich powstawania i utrwalania się są różne dla poszczególnych państw członkowskich i konkretnych grup społecznych. Państwa członkowskie powinny starać się opracować wspólny zbiór wskaźników monitorowania nierówności oraz metodyki oceniania sytuacji zdrowotnej. Tylko przy stosowaniu takich środków możliwe jest identyfikowanie obszarów, w których występują problemy wymagające interwencji. Po rozpoznaniu sytuacji i uznaniu ich naprawienia za priorytet można wybrać i zastosować najlepsze środki. Organy europejskie, na podstawie dostępnych informacji, mogą udzielać wsparcia państwom w osiąganiu ich celów. Analiza specyficznych sytuacji prowadząca do ustalania priorytetów, pozwalająca na dobór najbardziej odpowiednich narzędzi, umożliwiłaby bardziej skuteczne i efektywne prowadzenie interwencji dostosowanej do sytuacji. Trudny proces zmniejszania różnic zdrowotnych mógłby stać się łatwiejszy. Pomocne byłoby skonstruowanie takiego modelu ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego, który prowadziłyby do większego wzrostu gospodarczego, ale też do większej solidarności i spójności społecznej, a w konsekwencji – lub jednocześnie – do lepszego stanu zdrowia. Z pewnością nie

jest to zadanie łatwe, zwłaszcza w obliczu nieprzeżytego kryzysu finansowego.

3. Zdrowie dla wszystkich (HiAP) i redukcja nierówności zdrowotnych

W połowie 2010 roku przygotowano dokument dotyczący wykorzystywania zasady HiAP w celu zmniejszania nierówności zdrowotnych¹⁶. Był to widoczny dowód żywotności koncepcji zaproponowanej w czasie fińskiej prezydencji, o której będzie mowa w dalszej części artykułu.

W dokumencie przypomniano prawne podstawy zobowiązań UE w sprawach równości w zdrowiu: artykuł 168 Traktatu o funkcjonowaniu UE o zdrowiu publicznym, artykuł 9 Traktatu o ochronie zatrudnienia, ochronie socjalnej, walce z wykluczeniem społecznym, wysokim poziomie edukacji i ochronie ludzkiego zdrowia, Karcie praw podstawowych UE, zwłaszcza artykuły o opiece zdrowotnej. Zobowiązania te obejmowały troskę o zdrowie – przy poszanowaniu suwerennych decyzji rządów krajowych w zastrzeżonych dla nich sprawach – ale także dążenia do redukcji nierówności zdrowotnych.

Powtórzono tezę o złym – relatywnie gorszym – stanie zdrowia ludzi będących w złej sytuacji społecznej i ekonomicznej. Są to ludzie z różnych powodów wykluczeni, którzy należą zwykle do takich grup, jak bezrobotni, osoby uzyskujące niskie dochody, bezdomni, osoby z problemami zdrowia psychicznego, niepełnosprawni, osoby migrujące lub należące do mniejszości etnicznych, np. Romowie. Gorszy stan ich zdrowia zależy od wielu przyczyn. Z jednej strony są to czynniki strukturalne – kontekst społeczno-ekonomiczny i polityczny, warunki sprawowania rządów, warunki makroekonomiczne, cechy polityki społecznej i zdrowotnej, normy społeczne i świat wartości, otoczenie kulturowe, społeczne normy i wartości. Z drugiej strony jest to zwykle niższy poziom dochodów, bardziej ograniczona edukacja, gorsze warunki mieszkaniowe i ogólnie niższy poziom dobrobytu (*well-being*) w porównaniu z większością ludności. Niekorzystne położenie jest wzmacniane takimi zjawiskami, jak społeczna dyskryminacja, stygmatyzacja i odrzucenie, nierówny, krzywdzący dostęp do opieki zdrowotnej i innych usług społecznych.

Przypomniano, że rozwój dzieci i młodzieży jest bardzo silnie kształtowany przez warunki społeczne i ekonomiczne, w jakich żyją rodzice i rodziny. Bardzo silny jest także wpływ bezpośredniego otoczenia, cechy społeczności, w których dzieci rosną i się rozwijają. Zespoły tych czynników, także wzajemnie na siebie oddziałujących, tworzą warunki, które mają ogromny wpływ na powstawanie i trwanie społecznego gradientu w zakresie zdrowia w społeczności dorosłych. Gorszy stan zdrowia jest najwyraźniej widoczny w grupach osób wykluczonych, ale może być postrzegany jako nachylenie profilu zdrowotnego w przekroju całego społeczeństwa.

Warunki w pierwszych latach życia, od etapu prenatalnego do okresu dojrzewania, mają zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia dobrego stanu zdrowia w życiu dorosłym. Spodziewać się można, że interwencje sprzyjające

zmniejszaniu społecznego gradientu w zdrowiu i poprawy stanu zdrowia grup znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji, podejmowane we wczesnych fazach życia, będą owocowały poprawą ogólnego poziomu wykształcenia i wydajności gospodarczej w UE.

Deklarowanym celem Unii powinno być wspieranie rozwoju gospodarczego przy zachowaniu społecznej spójności. Działania, w których wykorzystuje się ujęcie oparte na dążeniu do sprawiedliwości w zdrowiu, mogą wzmocnić skuteczność różnych przedsięwzięć i przyczynić się do realizacji przyjętego przez Unię celu. Chociaż zwykle wzrost gospodarczy sprzyja ogólnemu rozwojowi, a dążenie do pełnego zatrudnienia jest kluczem do zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia, różnice zdrowotne między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi mogą się rozszerzać, jeśli kwestie sprawiedliwości nie są właściwie sformułowane i uwzględnione w tworzonych mechanizmach politycznych.

4. Rezolucja Parlamentu UE w sprawie nierówności zdrowia

W marcu 2011 roku Parlament Europejski przyjął Rezolucję w sprawie zmniejszania nierówności zdrowotnych w UE¹⁷. Podkreślono, że opieka zdrowotna nie jest i nie powinna być uznawana za zwykły towar lub usługę. Zachęcono do kontynuowania wysiłków prowadzących do rozwiązania problemu nierówności społeczno-gospodarczych, co było traktowane jako jedna z metod zmniejszania części nierówności zdrowotnych. Zachęcono do skupienia się na potrzebach grup podatnych na zagrożenia: migrantów i członków mniejszości etnicznych, dzieci i nastolatków, osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem chorych umysłowo, pacjentów, u których zdiagnozowano choroby lub stany przewlekłe, osób starszych, ludzi żyjących w ubóstwie i tych, których dotyczy problem alkoholizmu i uzależnienia od narkotyków. Szczególną uwagę poświęcono migrującym kobietom, podkreślając możliwość obcości kulturowej i obyczajowej oraz zwyczaj okaleczania ich narządów płciowych.

Jako odrębną i ważną kwestię potraktowano równy dostęp do opieki zdrowotnej i możliwości leczenia osób starszych. Postulowano promowanie inicjatyw na rzecz rozwiązania kwestii izolacji społecznej starszych pacjentów, podkreślając konieczność wyprzedzania za pomocą odpowiedniej strategii długoterminowych społecznych i gospodarczych skutków starzejącej się populacji w celu zagwarantowania trwałości finansowej i organizacyjnej systemów opieki zdrowotnej, a także jednakowej i stałej opieki zapewnianej pacjentom.

W rezolucji poparto wskazane wcześniej kierunki działań związane z redukcją nierówności. Znalazły się wśród nich:

1. dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego;
2. ulepszanie danych i poprawa podstaw wiedzy (w tym mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości);

3. budowanie zaangażowania społecznego na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych;
4. wychodzenie naprzeciw potrzebom najsłabszych obywateli;
5. rozwój wkładu polityki UE w działania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych.

5. Inicjatywy społeczne

Ważną cechą polityki zdrowotnej UE jest uwaga poświęcana współpracy z organizacjami pozarządowymi. Dwa przykłady znaczących inicjatyw są przedstawione w dalszej części artykułu.

5.1. EuroHealthNet

EuroHealthNet jest organizacją działającą non-profit w celu poprawy stanu zdrowia ludzi w Europie i zmniejszania różnic w stanie ich zdrowia. Jest to sieć krajowych instytucji zajmujących się zdrowiem¹⁸. Przystąpienie do sieci jest dobrowolne. Uczestniczą w niej prawie wszystkie państwa UE. Większość uczestniczących instytucji pełni formalnie oficjalne funkcje w zakresie zdrowia publicznego. EuroHealthNet skupia również instytucje specjalizujące się w promocji zdrowia lub zapobieganiu chorobom, także ministerstwa zdrowia i uniwersytety. Sieć rozpoczęła działalność w 1996 roku, jako Europejska Sieć Agencji Promocji Zdrowia, czerpiąc środki finansowe głównie z programów europejskich¹⁹. Z czasem podjęto decyzję o niezależności, co doprowadziło do utworzenia EuroHealthNet (w 2003 roku). W 2011 roku EuroHealthNet skupiała 35 członków instytucjonalnych w 27 krajach europejskich. Aktywności sieci są częściowo finansowane przez opłaty członkostwa i częściowo przez europejskie projekty. Dążąc do zmniejszania różnic między różnymi grupami, sieć unika bezpośredniego lobbowania i nie angażuje się w kształtowanie decyzji, które miałyby być korzystne dla wybranych środowisk. Uczestniczy natomiast aktywnie w realizacji różnych programów związanych z ochroną zdrowia.

5.2. Europejski Pakt na rzecz Zdrowia Publicznego

Inny przykład to Europejski Pakt na rzecz Zdrowia Publicznego (European Public Health Alliance – EPHA). W grudniu 2010 roku organizacja ta, we współdziałaniu z Komisją UE, Regionalnym Biurem WHO i grupą europarlamentarzystów, przyjęła Europejską Kartę Sprawiedliwości w Zdrowiu (European Charter for Health Equity)²⁰. Przedstawiając dokument Archie Turnbull, Prezydent EPHA powiedział, że główne czynniki nierówności w zdrowiu leżą poza sektorem zdrowia i liczne podmioty zajmujące się problemami społecznymi, rolnictwem i środowiskiem nie w pełni zdają sobie z tego sprawę. Biorąc to pod uwagę, EPHA zaproponował dokument, który ma mobilizować organizacje społeczeństwa obywatelskiego do przyspieszenia i zintensyfikowania współpracy w wielosektorowych aktywnościach na rzecz redukcji nierówności w zdrowiu. Dokument był adresowany do szerokiego

kręgu podmiotów i wszyscy zainteresowani – osoby indywidualne, instytucje i organizacje – zostały zaproszone do przyłączania się do wspólnego przedsięwzięcia. Zachęcono przedstawicieli władzy, także na szczeblu unijnym, organizacje pozarządowe oraz obywateli gotowych popierać inicjatywę niwelowania nierówności w zdrowiu do składania podpisów, co było traktowane jako manifestowanie pozytywnej postawy²¹. W samej Karcie, na jej początku, znalazła się uwaga, że postęp czy poziom rozwoju kraju nie powinien być definiowany i mierzony tylko wzrostem gospodarczym jako takim – co przejawia się w powszechnym wykorzystywaniu wielkości produktu krajowego brutto – ale należy wykorzystywać miarę sprawiedliwego podziału zdrowia i dobrostanu (*fair distribution of health and well-being*) mierzonego we wszystkich układach terytorialnych i rozpatrywanego w odniesieniu do wszystkich grup ludności²². Było to odwołanie do opracowania Michaela Marmota z 2010 roku, w którym była sformułowana podobna myśl, uwzględniająca również trwałość rozwoju²³. Powołano się na coraz powszechniej dostrzegany fakt bezwyjątkowego występowania nierówności w zdrowiu, potwierdzony ustaleniami uzyskanymi przez Komisję WHO, badającą tę sprawę. Z opracowania WHO przejęto koncepcję kształtowania stanu zdrowia w całym cyklu trwania życia: od środowiska, w którym nastąpiło urodzenie, przebiegało dorastanie, spędzano życie, pracowano, dożywano starości, a przy tym korzystano – albo nie korzystano – ze świadczeń systemów zdrowotnych. W Karcie stwierdzono, że uwarunkowania wpływające na stan zdrowia oddziałują nierówno, w zależności od sytuacji społecznej ludzi ulegających tym oddziaływaniom, i zagrażają szczególnie mocno zdrowiu najbardziej wrażliwych (upośledzonych społecznie) grup ludności. Osobami ponadprzeciętnie narażonymi są także ludzie przebywający w szpitalach, domach opieki i w więzieniach. Mapa zagrożeń w poszczególnych krajach została ukształtowana przez procesy gospodarcze oraz polityczne i powiązane z nimi sytuacje w środowisku naturalnym i społecznym. Przywołano znane informacje, z których wynikało, że między państwami członkowskimi UE istnieje pięciokrotna różnica wartości wskaźnika zgonów niemowląt, różnica 14 lat w średniej oczekiwanej długości życia mężczyzn i 8 lat kobiet i – co gorsza – różnice te nie zmniejszają się. Wśród osób szczególnie podatnych na zagrożenia i osób wykluczonych, takich jak grupy imigrantów i mniejszości etnicznych, średnie oczekiwane trwanie życia jest o 10 lat krótsze niż ogółu populacji. W Karcie potwierdzono przywiązanie do wartości dobrostanu (*well-being*) jako celu, solidarności, sprawiedliwości społecznej, promowanie podstawowych praw człowieka i równości między płciami (*gender*). Ponadto potwierdzono zobowiązanie do przestrzegania zasady zawartej w Konstytucji WHO, że korzystanie z możliwie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka. Wydaje się, że inicjatywa, z którą wystąpił EPHA, jest dobrym przykładem otwartego sposobu uprawiania polityki zdrowotnej, jaką się lansuje w UE.

6. Grupy i problemy specyficzne

6.1. Sytuacja Romów

Jednym z trudnych problemów postrzeganych w UE jako związanych z nierównościami zdrowotnymi była sytuacja Romów. Ich położenie było trudne nie tylko ze względu na tradycję życia koczowniczego utrudniającą stabilizację w jednym miejscu, ale także nawarstwione wokół nich stereotypy i uprzedzenia²⁴. Jesienią 2010 roku Komisja Europejska utworzyła specjalną grupę zadaniową, która miała zająć się oceną sytuacji Romów w krajach unijnych, w tym wykorzystywania funduszy unijnych na tworzenie specjalnych programów na rzecz ich integracji²⁵. Przyczyną wzrostu zainteresowania tym problemem były konflikty związane z pobytem dużych grup ludności romskiej w krajach starej Unii. Wkrótce ponownie zajęto się tą sprawą.

W przygotowanym dokumencie przedstawiono bardzo trudną sytuację ludności romskiej, która licząc ponad 10 mln ludzi – więcej niż niektóre państwa narodowe UE – żyje w bardzo złych warunkach materialnych i jednocześnie styka się z silnymi uprzedzeniami oraz skrajną nietolerancją²⁶. W odniesieniu do Romów społeczne wykluczenie przejawia się szczególnie boleśnie w dziedzinie zatrudnienia, dostępie do edukacji, świadczeń zdrowotnych; niekiedy wynika też z bariery językowej. Wprawdzie podstawowe obowiązki ciążyą na rządach krajów, w których mieszka duży odsetek ludności romskiej, ale UE jako całość powinna przyczynić się do poprawy ich sytuacji. Większość Romów znajdujących się na terenie krajów UE to obywatele krajów członkowskich, powinni zatem mieć możliwość korzystania ze wszystkich przywilejów, które im przysługują, wraz z możliwością przekraczania granic i wyboru miejsca zamieszkania. Powszechnie wiadomo, że wielokrotnie dochodziło do odmawiania im tego prawa, aż do deportacji włącznie. W dokumencie przedstawiono wieloaspektowy program integrowania ludności romskiej. Wskazano cztery najważniejsze sfery, w których potrzebna byłaby interwencja: edukacja, zatrudnienie, opieka zdrowotna i zamieszkanie. Zdawano sobie jednocześnie sprawę, że koncentracja na priorytetach nie może prowadzić do pomijania bardzo licznych i niezbędnych aktywności towarzyszących.

W przypadku formułowania postulatów dotyczących Romów zrezygnowano z całościowego podchodzenia do rozwiązywania problemu nierówności zdrowotnych, jak to czyniono, stosując pojęcie gradientu społecznego. Zwolennicy pojęcia gradientu oczekiwali całościowego oddziaływania na wszystkie grupy, aby nierównomierna poprawa niektórych grup nie prowadziła do względnego wzrostu nierówności²⁷. Uznano, że w tym przypadku specyfika problemu wymaga także wyjątkowego traktowania grup ludności szczególnie źle zintegrowanej z resztą społeczeństwa.

6.2. Opieka transgraniczna i problem nierówności zdrowia

Jednym z aspektów problemu nierówności zdrowotnych, których istnienie ujawniły działania UE, są kon-

sekwencje zasady udzielania świadczeń poza granicami własnego kraju. Przyjęcie odpowiedniej dyrektywy otwiera nowe możliwości – dostępność może się poprawiać – ale jednocześnie niektóre skutki mogą być negatywne.

W niedawno opublikowanej książce poświęconej opiece transgranicznej w UE użyte zostało pojęcie „drogi do świadczeń”²⁸. Pokonując tę drogę, pacjent może napotykać rozmaite przeszkody, mogące przyczynić się walnie do powstawania nierówności, co dotyczy zarówno różnic w faktycznym korzystaniu, jak i prowadzi do różnic w stanie zdrowia. Czynniki różnicujące pojawiają się na siedmiu poziomach (**Tabela I**).

Zasady definiowania uprawnień do świadczeń
Zakres koszyka świadczeń gwarantowanych
Zasady opłat i dopłat
Odległość geograficzna
Możliwość wyboru świadczeniodawcy
Reguły działania instytucji (listy oczekujących)
Własne preferencje pacjentów

Tabela I. Poziomy kształtowania równości/nierówności.

Źródło: na podstawie, Busse R., van Ginneken E., Wörz M., Access to health care services within and between countries of the European Union, 2011: 49, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf.

Przedstawione czynniki niewątpliwie wpływają na powstawanie nierówności, ale na proces kształtujący położenie różnych grup społecznych wpływają także inne elementy. Są to liczne decyzje podejmowane w ramach polityki zdrowotnej, przesądzające o wielkości i dystrybucji zasobów wykorzystywanych w produkcji świadczeń. Usytuowanie szpitala, rozstrzygnięcia dotyczące rodzaju specjalistów, którzy mają być tam zatrudnieni, ustalenie liczby studentów wydziałów medycznych, a potem o kierunkach i kwotach specjalizantów oraz warunkach odbywania specjalizacji – wszystko to tworzy warunki wyjściowe, które mogą przyczynić się do utrwalania nierówności albo do ich redukcji²⁹. Niekiedy z rozstrzygnięć zapadają na szczeblu centralnym; niekiedy potrzebna jest ustawa, a sprawy najważniejsze mogą być ustalone w konstytucjach. Większość decyzji, w wyniku których pacjenci ponoszą dodatkowe wydatki, również mają tę postać, ale niekiedy – w sprawach mniejszej wagi – mogą być ustalane na niższych szczeblach.

Z prawnego punktu widzenia obywatele UE mają powszechny równy dostęp do szerokiego zakresu usług zdrowotnych. Jest to traktowane jako cecha „europejskiego modelu społecznego”³⁰, który znajduje zastosowanie przede wszystkim w stosunku do własnych obywateli, a od pewnego czasu także w stosunku do obywateli innych krajów członkowskich. Obywatele spoza UE mogą być traktowani inaczej. Osoby ubiegające się o azyl i uchodźcy przebywający legalnie w kraju przyjmującym mają uprawnienia dostępu do opieki zdrowotnej, chociaż może to się odbywać na szczególnych prawach i poza ogólnym systemem dla ogółu ludności. Sytuacja w różnych krajach jest odmienna i w niektórych z nich mogą występować znaczne utrudnienia. Niekiedy możliwa jest także utrata uprawnień i deportacja.

Formalne uprawnienia dla obywateli są modyfikowane w wielu sytuacjach, kiedy dodatkowe ustalenia działają jak filtry ograniczające możliwości rzeczywistego korzystania³¹. Jeden z przykładów to „erozja” zakresu świadczeń dentystycznych, co następowało przez wyłączenie niektórych rodzajów zabiegów albo stosowanych materiałów lub też przez wprowadzanie dodatkowych opłat. W efekcie w wielu krajach dochodziło do utraty łatwego dostępu do usług stomatologicznych przez niektóre grupy pacjentów. Może to być traktowane jako definiowanie koszyka świadczeń, ale jest też interwencją w zasady dostępności, a te dwa rodzaje interwencji mogą na siebie nachodzić³². Istnieją obawy, że podobne zjawiska następowały także w odniesieniu do innych świadczeń, ale brak szczegółowych danych uniemożliwia bliższą analizę problemu. Podobnie, nie ma wątpliwości, wprowadzanie opłat czy dopłat do świadczeń finansowanych zasadniczo ze środków publicznych – co było i jest szeroko wykorzystywaną praktyką – ogranicza równy dostęp do świadczeń. Powszechnie występuje obowiązek płacenia za leki sprzedawane w aptekach otwartych i jego uchyleń (w stosunku do niektórych kategorii pacjentów lub w przypadku niektórych chorób) są raczej odstępstwem od reguły niż szerzej stosowaną zasadą. Dostępne dane wskazują, że na ogół nie jest to bolesna przeszkoda i tylko w niektórych krajach bariery finansowe stanowiły przeszkodę w uzyskaniu świadczenia medycznego uznawanego przez pacjenta za niezbędne: 17% osób na Łotwie deklarowało, że znalazło się w takiej sytuacji, około 7% w Polsce i w Niemczech. W Polsce przyczyny finansowe najbardziej ograniczają dostęp do leków. Najtrudniejsze są przypadki stomatologiczne. Prócz ograniczeń formalnych, o których była mowa wcześniej, konieczność ponoszenia dodatkowych wydatków pełni dodatkową rolę upośledzającą. Na Łotwie ponad 20% i w Estonii ponad 10% pacjentów dostrzegало takie sytuacje. Istnienie barier finansowych w oczywisty sposób różnicuje świadczeniobiorców, w zależności od ich zamożności – biedniejsi mogą mniej.

Dostępność przestrzenna jest uzależniona od liczby świadczeniodawców w stosunku do populacji i warunków transportowych. W ramach Europejskiego Obszaru Ekonomicznego ważna jest także bliskość granicy, bo możliwe jest korzystanie ze świadczeń dzięki opiece transgranicznej. Geograficzne problemy nie wydają się stanowić progu, który wyklucza osoby mieszkające w większej odległości od miejsca funkcjonowania świadczeniodawcy. Dotyczy to ogólnie także przypadków, kiedy występują znaczne terytorialne różnice w nasyceniu lekarzami czy łózkami szpitalnymi.

Sama obecność w systemie zasady swobody wyboru świadczeniodawcy nie ma bezpośredniego wpływu na zróżnicowanie grup pacjentów. Warto przy tym zauważyć, że wprowadzanie tej zasady było jednym z ważnych celów inicjatyw reformatorskich podejmowanych w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Jednak łączone z zasadą ustalenia dotyczące tego, jaki świadczeniodawca może być wybierany, przy zachowaniu uprawnień do publicznego finansowania, a kiedy usługa musiałaby być płatna, wpływa poważnie na położenie pacjenta. Takim

warunkiem może być wymóg publicznego charakteru świadczeniodawcy, podpisania kontraktu między świadczeniodawcą i płatnikiem albo lokalizacji świadczeniodawcy na terenie określonym administracyjnie. Każda z restrykcji różnicuje sytuację korzystających. Po otwarcu granic i przy wzmożonym przepływie pacjentów udających się do zagranicznego świadczeniodawcy sytuacja uległa zmianie. W nowych warunkach mobilność rozumiana w sensie gotowości do podróżowania stała się czynnikiem zwiększającym szansę korzystania z opieki, w przeszłości znacznie mniej istotnym.

W publicznych systemach, w których bariera finansowa nie może być traktowana jako narzędzie niedopuszczania pacjentów do świadczeń, jedyną metodą kontroli wielkości strumienia napływających pacjentów jest czas. Skoro zapotrzebowanie przewyższa możliwości przyjęcia wszystkich osób deklarujących chęć uzyskania świadczenia w tym samym czasie, konieczne jest ustalenie kolejności. Kolejka może mieć postać spontanicznie formującej się grupy, jak w poczekalni przychodni, albo formalnie organizowanego szeregu osób czekających na określone świadczenie. Dotyczy to zwykle bardziej skomplikowanych procedur, wymagających hospitalizacji w dobrze wyposażonym ośrodku. Na podstawie dostępnych danych ocenia się, że wielkość list oczekujących wynosiła: na Litwie 2,32%, w Polsce 2,26%, w Wielkiej Brytanii 2,14%, w Estonii 2,25%, w Niemczech 1,74%, na Łotwie 1,72%. Długość list oczekujących nie wydawała się znaczącą przeszkodą w możliwości uzyskania świadczenia. Być może należy to interpretować jako dowód potwierdzający słuszność dążeń mających na celu „cywilizowanie” zjawiska nadwyżki oczekiwań nad możliwościami szybkiego przyjęcia chorych. Gwarancja udzielenia świadczenia w określonym czasie może wywierać bardziej pozytywny psychologicznie efekt niż brak pewności, kiedy lista oczekujących nie jest stosowana. Należy jeszcze postawić problem opłat nieformalnych – łapówek – jako metody wykorzystywanej do omińnięcia kolejki. Wiadomo, że w niektórych krajach – np. na Węgrzech – nieformalne opłaty mogą prowadzić do wypaczenia idei list oczekujących.

Kategoria „preferencji pacjentów” była w opracowaniu interpretowana jako zespół cech społecznych, takich jak zamożność lub wykształcenie. Powołano badania, z których wynikało, że osoby o wyższej pozycji są uprzywilejowane w korzystaniu ze świadczeń specjalistów, ale nie zawsze w korzystaniu ze szpitala. W analizie wzięto pod uwagę również pewne jednostkowe nastawienia psychologiczne, które pozostają w związku z położeniem społecznym. Uwzględniono wśród nich: a) brak czasu z powodu pracy; b) brak czasu z powodu sprawowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami; c) odczuwanie lęku wywoływanego osobą lekarza, pobytem w szpitalu lub przebiegiem badania i leczenia; d) odwołanie kontaktu ze służbą zdrowia, w nadziei że stan zdrowia, poprawi się samoistnie. W niektórych krajach psychologiczne przyczyny wpływające na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych odgrywały stosunkowo dużą rolę. Odsetki pacjentów nieuzyskujących świadczeń z tych przyczyn wynosiły: na Węgrzech 12,56%, w Portugalii 12,38%, na Łotwie

10,27%, w Niemczech: 7,93%, w Hiszpanii 4,87%. Każdy z tych czynników, występując pojedynczo lub łącznie, przyczynia się do zwiększania nierówności w zdrowiu.

W dotychczasowych rozważaniach problem uwarunkowań nierówności w zdrowiu był rozpatrywany głównie z perspektywy krajowej. Należy jednak wrócić do pytania, jaki może być potencjalny wpływ opieki transgranicznej na dostępność i sprawiedliwość w dostępie do leczenia. Możliwość korzystania z tej formy opieki może przyczyniać się do przewyższania różnorodnych barier organizacyjnych ograniczających dostępność³³. Dotyczy to przede wszystkim problemów unaocznianych przez krajowe listy oczekujących. Często jest tak, że mniejsze kraje nie są w stanie zagwarantować dostępu do pełnego zakresu usług w ramach własnego systemu zdrowotnego, bo zbyt mała – potencjalnie – liczba pacjentów nie uzasadnia wydatków na rozwój infrastruktury. Kraje te mogą pozwalać swoim pacjentom na korzystanie ze świadczeń dostępnych za granicą i finansować je ze środków publicznych. Niekiedy władze mogą wykorzystywać możliwość uzyskania usługi za granicą jako środek nacisku na własnych świadczeniodawców, aby skłonić ich do bardziej produktywnego działania. Możliwość wyjazdu na leczenie może mieć także negatywne następstwa, jeśli któryś z aktorów systemu ocenia sytuację jako zmienioną niekorzystnie z powodu wprowadzenia świadczeń transgranicznych. Pierwsze niebezpieczeństwo to groźba odpływu pieniędzy z kraju, w którym mogłyby być wykorzystywane na finansowanie własnego systemu. Może to prowadzić do zmniejszenia środków inwestycyjnych przeznaczanych na rozwój oraz możliwych do zastosowania bodźców wobec personelu, w wyniku czego będzie on mniej zarabiał. W efekcie – paradoksalnie – odpływ pacjentów i pieniędzy na ich leczenie może wywoływać ograniczanie dostępności i idące za tym narastanie nierówności. Obowiązek pokrywania przez pacjenta różnicy w kosztach świadczenia udzielanego za granicą będzie prawdopodobnie oddziaływać jako bariera finansowa, ze wszystkimi konsekwencjami dla poczucia sprawiedliwości. W kraju udzielającym świadczeń nadmierny napływ obcych pacjentów może prowadzić do konkurencji z pacjentami lokalnymi. Jeśli pacjentom obcym zostanie przyznane pierwszeństwo, pojawia się niebezpieczeństwo narastania niechęci wobec sąsiadów. Zmuszenie przybyszów do oczekiwania w kolejce – jeśli taka istnieje – może zniechęcić do korzystania z usług nie dość atrakcyjnego świadczeniodawcy – jeśli koszt w postaci czasu oczekiwania okaże się większy niż korzyści uzyskane dzięki otrzymaniu świadczenia za granicą.

7. Osiągnięcia prezydencji unijnych

Prezydencja UE polega na podjęciu funkcji przewodniczenia Radzie Europejskiej. Członkami Rady UE są przedstawiciele wszystkich państw członkowskich na szczeblu ministerialnym, którzy są upoważnieni do zaciągania zobowiązań w imieniu reprezentowanego rządu. Istotnym elementem uprawnień jest prawo głosowania. Z formalnego punktu widzenia Rada UE jest głównym organem decyzyjnym, ale należy pamiętać, że rzeczywista rola

Rady, w której skład wchodzi szefowie państw i rządów, bywa często większa³⁴. W przeszłości prezydencja łączyła się z zadaniem reprezentowania Unii w zewnętrznych kontaktach politycznych, ale od czasu wejścia w życie Traktatu z Lizbony praktyczne znaczenie Rady UE, a zatem także prezydencji, się zmniejszyło. Nastąpiło to z powodu utworzenia stanowiska stałego przewodniczącego Rady Europejskiej (prezydenta UE), wybieranego przez przedstawicieli wszystkich krajów, oraz stanowiska wysokiego przedstawiciela Unii do spraw zagranicznych i polityki bezpieczeństwa. Nie narusza to jednak możliwości, jakie ma do dyspozycji kraj sprawujący prezydencję, jeśli stara się promować wybrany przez siebie kierunek kształtowania wspólnej polityki zdrowotnej. Dotyczy to zwłaszcza wyboru tematów, jakim się chce nadawać priorytetowe znaczenie. Niejednokrotnie zdarzało się tak, że propozycje poszczególnych krajów nadawały nowy kierunek europejskiej polityce zdrowotnej.

Kilka krajów podejmowało problem nierówności w zdrowiu. Podczas inauguracji szwedzkiej prezydencji (druga połowa 2009 roku) minister ds. Zdrowia i Spraw Społecznych Göran Hägglund omawiając priorytety realizowane w tym czasie przez jego kraj, stwierdził, że będą to społeczne przyczyny złego stanu zdrowia³⁵. Szwecja zamierzała zwrócić szczególną uwagę na sprawy nadużywania alkoholu i jego negatywnych skutków zdrowotnych. W czasie belgijskiej prezydencji (druga połowa 2010 roku) została zwołana konferencja, której głównym tematem był problem nierówności w zdrowiu³⁶. Szczególną uwagę poświęcono stanowi zdrowia dzieci, których pierwsze fazy życia przesądają o biografii zdrowotnej osób dorosłych. Uruchomiono specjalny portal tematyczny Equity Channel poświęcony propagowaniu informacji o inicjatywach i wydarzeniach na temat nierówności w zdrowiu³⁷. Organizacje pozarządowe wyrażały poparcie dla wysiłków rządu starającego podkreślać znaczenie nierówności w zdrowiu jako zagadnienia politycznego³⁸.

Aktywność Wielkiej Brytanii, Finlandii i Hiszpanii wywarła szczególnie silny wpływ na wzrost zainteresowania omawianymi sprawami. Uzyskane przez te kraje wyniki zostaną dokładnie omówione poniżej.

7.1. Prezydencja brytyjska

Wielka Brytania, która objęła prezydencję UE w drugiej połowie 2005 roku zadeklarowała, że podjęcie problemów nierówności w zdrowiu będzie jednym z priorytetów jej działań³⁹. Z jej inicjatywy zostały przygotowane dwa raporty, w których podjęto analizę tych zagadnień. Nadrzędnym celem miała być poprawa stanu zdrowia wszystkich grup ludności, ale pierwszeństwo powinno być dane ludziom starszym i bardzo młodym. Raporty te zostały następnie przedstawione na konferencji poświęconej rozwiązywaniu problemów nierówności – Tackling Health Inequalities Summit – w październiku 2005 roku⁴⁰. W obradach brało udział blisko 600 uczestników z 36 krajów⁴¹. Obecni byli autorzy raportów: Johan Mackenbach i Ken Judge, a także m.in. Michael Marmot⁴² i Liam Donaldson⁴³.

W czasie spotkania Markos Kyprianou, unijny Komisarz ds. Zdrowia, wskazał negatywne ekonomiczne następstwa nierówności w zdrowiu, a Patricia Hewitt, brytyjska Minister Zdrowia, mówiła o priorytetowym znaczeniu programów zmierzających do rozwiązania tego problemu. Jeśli akceptuje się zasadę sprawiedliwości społecznej, nierówności w zdrowiu nie mogą być tolerowane. John Martin z OECD zwracał uwagę na trudności w przerwaniu kumulującego się cyklu deprywacji i niemożność poprawy stanu zdrowia grup najbardziej upośledzonych bez poprawy ich sytuacji materialnej⁴⁴. We wnioskach końcowych wskazano najważniejsze problemy oraz odpowiednie aktywności, które należy podjąć, aby je rozwiązać (**Tabela II**).

Racjonalna polityka i sensowna praktyka
Znaczenie poziomu lokalnego – regiony i miasta
Poprawa informacji na temat nierówności w zdrowiu
Badania problemu nierówności w zdrowiu
Przeciwdziałanie paleniu tytoniu i nadużywaniu alkoholu
Właściwe odżywianie
Mechanizmy angażowania konsumentów
Organizacje pozarządowe i stowarzyszenia zdrowia publicznego

Tabela II. Kierunki działań sprzyjających zmniejszaniu nierówności w zdrowiu.

Źródło: UK Presidency of the European Union, messages from the health inequalities summit, http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4125227.pdf.

Późniejsze inicjatywy podejmowane przez UE w znacznym stopniu koncentrowały się na wymienionych zagadnieniach.

Jako pierwszy rezultat brytyjskiej inicjatywy został przedstawiony na początku 2005 roku raport, zrealizowany w ramach europejskiego projektu dotyczącego rozwiązywania problemów nierówności w zdrowiu⁴⁵. Zgodnie z deklaracją w opracowaniu przedstawiano, w sposób możliwie systematyczny, przegląd informacji dostępnych na podstawie analizy danych i wyników badań na temat nierówności w zdrowiu w krajach europejskich. Wyróżniono kilka wymiarów nierówności, które miały służyć porządkowaniu materiału: różnice umieralności i jej przyczyny, różnice wskaźników chorobowości, różnice w samoocenie stanu zdrowia. Jednocześnie brano pod uwagę kategorię społeczną – klasę – i różne jej aspekty: wykształcenie, dochody, wykonywaną pracę. Stwierdzono, że występowanie różnic w umieralności było powszechne. We wszystkich krajach, w których rejestrowano dane o zgonach, poziomy umieralności w grupach, których członkowie mieli niższe wykształcenie, wykonywali gorszą pracę i mieli niższe dochody, były wyższe. Różnice te występowały we wszystkich przedziałach wiekowych; ujawniały się już we wczesnym dzieciństwie i trwały do późnej starości. Jednak w późnych fazach życia występowały zwykle z mniejszą intensywnością niż w młodości. Dały się zaobserwować u przedstawicieli obydwu płci, choć zasadniczo były mniejsze wśród

kobiet niż wśród mężczyzn. Różnice dotyczyły zgonów z różnych przyczyn. Wynikały ze średniego oczekiwanego trwania życia, większego dla mężczyzn, mniejszego dla kobiet.

Ogólnie, potwierdzono, że poziomy umieralności były wyższe wśród przedstawicieli grup lokujących się niżej w hierarchiach społecznych. Dostrzeżone już wiele lat temu i mierzone jako nierówności względne, mają powszechnie tendencję do powiększania się (różnice względne powinny być odróżniane od różnic bezwzględnych, takich jak różnice długości oczekiwanego trwania życia). Dotyczy to także zwiększania się dystansu między długością oczekiwanego trwania życia wśród osób o wyższym i niższym poziomie wykształcenia – jako jednej z charakterystyk położenia społecznego. Mimo że przeciętne wartości wskaźnika umieralności niemowląt zmniejszały się we wszystkich krajach – w Europie sytuacja ulegała poprawie – różnice między wartością wskaźników umieralności dzieci rodziców znajdujących się w gorszej sytuacji społecznej i w rodzinach, w których rodzice znajdowali się w bardziej korzystnym położeniu, się nie zmniejszały. Siła związków była natomiast zróżnicowana geograficznie. Zależność między częstszymi zgonami i niższym poziomem wykształcenia była silniej potwierdzona w krajach Europy Północnej, a słabiej w krajach Europy Południowej. Podobnie płeć wpływała na siłę zależności częstości zgonów z powodu samobójstw od pozycji społecznej. Uwarunkowania zgonów z tego powodu – wyraźne dla mężczyzn – nie występowały wśród kobiet.

Przypadki występowania chorób są częstsze wśród osób należących do grup, których członkowie mają niższy poziom wykształcenia, wykonują gorszą pracę i mają niższe dochody aniżeli wśród osób należących do grup mających odmienne cechy. Łączne występowanie różnic w poziomach umieralności i różnic w poziomach chorobowości pociągało za sobą duże różnice wskaźników oczekiwanego trwania życia w dobrym zdrowiu pomiędzy różnymi grupami społecznymi.

Kiedy stosowano narzędzie służące samoocenie stanu zdrowia, niskie oceny były deklarowane znacznie częściej przez osoby należące do niższych klas społecznych. Długość oczekiwanego trwania życia w dobrym zdrowiu była większa wśród przedstawicieli klas wyższych. Oznaczało to, że osoby o niższym statusie społecznym żyły krócej, ale także że znaczna część ich życia przebiegała w stanie ograniczonego zdrowia lub ograniczonej sprawności. Osoby należące do klas niższych częściej deklarowały występowanie chorób przewlekłych niż osoby reprezentujące wyższe pozycje. Rodzice należący do niższych klas przekazywali swoim dzieciom większą liczbę chorób przewlekłych. Często osoby z wyższym poziomem wykształcenia były o 1–3 cm wyższe niż osoby bez takiego wykształcenia.

W raporcie stwierdzono, że w ostatnich latach dokonał się wyraźny postęp w poszukiwaniu wyjaśnienia przyczyn prowadzących do powstawania nierówności w zdrowiu. Nie potwierdzono hipotezy niekorzystnej selekcji, a przyczyny upatrywano głównie w oddziaływaniu i kumulowaniu się niekorzystnych czynników –

materialnych, psychospołecznych i związanych z zachowaniami. Na podstawie dostępnych danych stwierdzono, że palenie papierosów występowało częściej wśród przedstawicieli niższych warstw społecznych, i była to europejska prawidłowość, mimo różnic między krajami. W raporcie użyto pojęcia „epidemia palenia”, odnoszącego się do zmienności zjawiska. Zgodzono się, że konsumpcja nadmiernych ilości alkoholu jest szkodliwa, choć picie umiarkowane może mieć korzystne skutki. Wpływ i kierunek diety – choć bezspornie istniejący – nie został uznany za oczywisty, zwłaszcza w warunkach obfитоści pożywienia i powszechnego do niego dostępu. Niekorzystnie niska konsumpcja warzyw i owoców występowała wśród przedstawicieli niższych warstw społecznych w krajach Europy Północnej, ale nie została potwierdzona w krajach południowych.

Wydaje się, że ważnym przesłaniem raportu było ostrożne traktowanie wielu ustaleń, które w powszechnej świadomości są traktowane jako oczywiste, zwłaszcza przez osoby przygotowujące programy promocji zdrowia. Powstawanie i utrzymywanie się nierówności w zdrowiu są zjawiskami bardzo złożonymi i podejmowanie skutecznych interwencji, jeśli mają być oparte na potwierdzonych faktach, będzie wymagało systematycznego zdobywania jeszcze wielu informacji. Autorzy raportu zademonstrowali badawczą ostrożność, dając dobry przykład, i zachęcili innych do postępowania w ten sam sposób.

W drugim brytyjskim raporcie podjęta została prezentacja oraz analiza polityk i strategii realizowanych przez kraje członkowskie UE, w których przyjmowane były – albo są – cele związane z redukcją nierówności w zdrowiu⁴⁶. Autorzy skoncentrowali się głównie na nierównościach związanych z sytuacją społeczną i ekonomiczną, których eliminacja – a przynajmniej dążenie do zmniejszenia intensywności ich występowania – została potraktowana jako powszechnie akceptowany cel polityczny krajów członkowskich.

W raporcie potwierdzono znaczenie obszernego zbioru czynników społecznych prowadzących do nierówności w zdrowiu i trudności, jakie napotykają próby integrowania działań łączących wspieranie sprawiedliwości społecznej i społecznej inkluzji z działaniami służącymi zmniejszeniu nierówności. Przyjęto, że przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu ma fundamentalne znaczenie w przeciwdziałaniu nierównościom. Niemniej doświadczenia krajów UE były bogatsze. W realizowanych specyficznych programach brano pod uwagę przynajmniej takie problemy, jak niski poziom wykształcenia, zjawisko porzucania szkoły, długotrwałe bezrobocie, pozostawanie rodziców bez pracy, różnice dochodowe, poziom dochodów (ubóstwa) przed i po transferach socjalnych. W związku z programami z zakresu polityki społecznej kwestie dotyczące zwalczania nierówności były uwzględniane w strategiach dotyczących intensyfikacji uczestnictwa w rynku pracy (wzrost zatrudnienia), unowocześnienie systemów zabezpieczenia społecznego, rozwiązywanie problemów kształcenia i szkolenia zawodowego, eliminacja ubóstwa dzieci, zapewnienie właściwego mieszkania, ułatwienie dostępu do usług właściwej jakości, przeciwdziałanie dyskryminacji i intensyfikacja

integracji osób niepełnosprawnych należących do mniejszości etnicznych i imigrantów.

Jednym z argumentów przemawiającym za takim postawieniem sprawy jest występujący powszechnie związek między zasięgiem występowania nierówności a zakresem występowania wykluczeń społecznych i jej szkodliwych skutków. Jest zresztą faktem, że wszędzie można dostrzegać bardzo nierównomierne występowanie czynników, które mogą zagrażać zdrowiu. Dotychczasowe doświadczenia krajów europejskich pozwalają sądzić, że mogą zdarzać się sytuacje, że nierówności zdrowotne, zwłaszcza względne nierówności, powiększają się, mimo że ogólna sytuacja zdrowotna, mierzona uśrednionymi wskaźnikami, ulega poprawie. Wyszło z tego wniosek, że w każdym działaniu zmierzającym do redukcji różnicowań należy zwracać szczególną uwagę na rozkład czynników, które mogą te różnicowania wywoływać i utrwalać.

W raporcie zostały przedstawione najczęściej spotykane rozwiązania instytucjonalne, stosowane w przedsięwzięciach zmierzających do zmniejszania nierówności. Podkreślona została rola ministerstw, ale także instytucji lokalnych i organizacji pozarządowych. Wykorzystywane struktury były mniej lub bardziej sformalizowane, często było to związane ze stopniem decentralizacji, ale zawsze ważna rola przypadała mechanizmom koordynacji. Autorzy poparli różnorodność stosowanych rozwiązań instytucjonalnych, których efektywność była uwarunkowana wieloma lokalnymi okolicznościami. Podobnie traktowali odmienności w sposobie wiązania problemów redukcji nierówności z innymi celami realizowanymi przez polityki ekonomiczne i społeczne. Było oczywiste, że postulowanie jednolitego rozwiązania nie byłoby właściwe.

Raport stanowił próbę przedstawienia syntetycznego obrazu doświadczeń zdobytych przez kraje członkowskie w dziedzinie aktywności zmierzających do zmniejszania nierówności w zdrowiu. Mimo że waga tego problemu była powszechnie dostrzegana, podejmowane próby działań tylko częściowo mogły być traktowane jako wiodące do sukcesu. Szczególnie nie zostały wykorzystane możliwości tkwiące z szansach podejmowania wspólnych, skoordynowanych działań, nakierowanych na zmniejszenie rozpiętości przyczyn społecznych, prowadzących do nierówności w zdrowiu. Akceptacja szerokiej, społecznej perspektywy wydaje się niezbędna do prowadzenia bardziej skutecznych interwencji. Biorąc jednak pod uwagę trudności rozwiązywania problemu nierówności w wielu krajach, podejmowane działania mogą być, mimo wszystko, postrzegane jako sukces.

Zgodnie z szeroko akceptowanym podejściem w raporcie przyjęto, że przyczyn nierówności w zdrowiu należy szukać w szerszym kontekście warunków społecznych. Postawiono tezę, że te zjawiska, niekorzystne zarówno z punktu widzenia ocen społecznych, jak i – specyficznie – z punktu widzenia nierówności w zdrowiu, powinny być przedmiotem szczególnej troski władz politycznych. Współpraca europejska, tak z punktu widzenia dostępu do informacji, jak i wymiany doświadczeń i dzielenia się doświadczeniami dobrej praktyki, mogłaby odgrywać znaczącą, pozytywną rolę.

7.2. Prezydencja fińska

W czasie prezydencji Finlandii (druga połowa 2006 roku) kontynuowane były rozmowy dotyczące dalszego rozszerzania Unii i Traktatu Konstytucyjnego, ale prawdziwym osiągnięciem było wprowadzenie do powszechnie akceptowanego paradygmatu idei „Zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies* – HiAP)⁴⁷. W tym paradygmacie jako oczywiste przyjmuje się modele wieloczynnikowego oddziaływania na stan zdrowia, a także postulat podejmowania interwencji wszędzie tam, gdzie można zapobiegać aktywowaniu się procesów szkodzących zdrowiu. Stąd wniosek, że przy formułowaniu każdej polityki konieczne jest uwzględnianie efektów zdrowotnych, co jest szczególnie ważne w programach ochrony środowiska naturalnego, czy polityki społecznej i gospodarczej. Warunkiem praktycznego stosowania HiAP jest transparentność procesów decyzyjnych i gotowość różnych resortów do otwartego przedstawiania racji przemawiających za proponowanymi rozwiązaniami. Sektor zdrowotny powinien wziąć na siebie rolę – poza oczywistym udziałem w zaspokajaniu potrzeb ludzi – środowiska przygotowanego do reprezentowania długofalowych interesów zdrowotnych społeczeństwa⁴⁸. W dokumentach stosowane było określenie „panrządowego podejścia” (*pan-governmental approach*) jako strategii organizowania prac na szczeblu decyzji strategicznych⁴⁹. Obejmowałaby ona współpracę poziomą między ministerstwami i urzędami tego samego szczebla i współpracę pionową, na możliwie wielu stopniach. W Kuopio z inicjatywy Finlandii odbyła się konferencja ministerialna, której uczestnicy jednoznacznie wyrazili poparcie dla rozwoju HiAP⁵⁰.

W procedurze HiAP uznaje się, że zagrożenia dla zdrowia występują w różnych sferach życia ludzi i ich aktywnościach. Wszystkie te obszary są – czy raczej powinny być – przedmiotem zainteresowań, a także wielostronnego oddziaływania podejmowanego przez praktycznie wszystkie organa władzy publicznej. Tylko bardzo nieduża część tych różnorodnych czynników znajduje się pod wpływem sektora zdrowotnego, który w większości przypadków podejmuje aktywność, kiedy choroba czy patologia są już faktem. Natomiast znacznie silniejszy wpływ wywierają szersze społeczne czynniki oddziałujące na zdrowie – przede wszystkim edukacja, zatrudnienie i środowisko. W tych dziedzinach generowane są różnorodne czynniki, które przez nierówny rozdział ryzyk zdrowotnych prowadzą do nierówności w zdrowiu.

HiAP jest podobny do innych koncepcji, w których przyjmuje się analogiczne wizje uwarunkowań stanu zdrowia, „prozdrowotne polityki publiczne” (*healthy public policies*) lub „międzysektorowe działania na rzecz zdrowia” (*intersectoral action for health*), idei rozwijanych z inspiracji WHO, jako część strategii „Zdrowie dla wszystkich” (*Health for All* – HFA). Idea prozdrowotnej polityki społecznej była przedstawiona w celach HFA z 1985 roku⁵¹, a następnie rozwinięta na konferencji w Adelajdzie w 1998 roku⁵². Początkowo koncentrowano się na wielosektorowym kształtowaniu prozdrowotnego

stylu życia, przy użyciu narzędzi prawnych, administracyjnych i ekonomicznych. Później postulowano otwarte zainteresowanie i troskę o zdrowie i sprawiedliwość we wszystkich obszarach polityki społecznej. Stawiano także wyraźnie problem odpowiedzialności za konsekwencje zdrowotne różnych decyzji. Koncepcja HiAP jest również blisko związana z rozwojem analiz środowiskowych i ekologicznych w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku. W ekologicznej wizji zdrowia (*socioenvironmental approach*) podkreślano, że warunki otoczenia, w których ludzie mieszkają, i sposoby, w jaki ludzie odnoszą się do nich, są potencjalnie podatne na interwencje podejmowane w ramach różnych polityk publicznych (*public policies*).

Centralnym problemem stojącym przed HiAP jest zwiększenie możliwości wprowadzania kryteriów zdrowia do politycznej agendy działania decydentów, którzy nigdy wcześniej nie traktowali zdrowia jako sprawy, którą mieliby się zajmować. Natomiast resort zdrowia powinien być przygotowany do podjęcia roli rzecznika interesów zdrowotnych społeczeństwa. Z punktu widzenia koncepcyjnego w HiAP nie proponowano niczego nowego, ale wyciągnięcie ze znanego modelu uwarunkowań zdrowia politycznych konsekwencji było bardzo ważne.

Warto dodać, że zaproponowane przez Finów hasło w samej Unii stało się emblematyczną nazwą nowego podejścia do zdrowia, kiedy Rada UE w grudniu 2006 roku przyjęła HiAP jako zasadę europejskiej polityki zdrowotnej⁵³. Potwierdzeniem tego w polityce UE była konferencja ministrów zdrowia w Rzymie w 2007 roku⁵⁴.

Koncepcja HiAP zrobiła międzynarodową karierę, również poza granicami UE. W dokumencie podsumowującym prace komisji zajmującej się społecznymi nierównościami w zdrowiu postulowano, aby koordynację planów i programów mogących wywierać wpływ na zdrowie prowadzić na możliwie wysokim szczeblu władzy – zgodnie z zaleceniami HiAP⁵⁵. Konferencja w Adelajdzie w 2010 roku była poświęcona wyłącznie temu zagadnieniu⁵⁶. W przyjętej deklaracji wskazano liczne korzyści, jakie mogą być odniesione przy stosowaniu idei HiAP. Dobry stan zdrowia poprawia jakość życia, zwiększa produktywność pracowników, zwiększa zdolność uczenia się, wzmacnia rodziny i społeczności (*communities*), wspiera harmonijne więzy siedlisk i środowisk, przyczynia się do poczucia bezpieczeństwa, do zmniejszenia ubóstwa i wzmocnienia integracji społecznej. Jednocześnie trudna do opanowania eskalacja kosztów leczenia i opieki może stać się dla kraju i dla lokalnych społeczności trudnym do zniesienia obciążeniem. Obciążenie może być tak duże, że rozwój i postęp stają się niemożliwe.

Podejście zaproponowane w HiAP stało się elementem powszechnej świadomości. Jak stwierdził David William z Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego: „polityka mieszkaniowa jest polityką zdrowotną, podobnie jak polityka edukacyjna, polityka walki z przemocą i polityka poprawy relacji sąsiedzkich”⁵⁷. Podsumował, że wszelkie działania poprawiające jakość życia mają wpływ na zdrowie ludzi, są więc w zasadzie polityką zdrowotną.

7.3. Prezydencja hiszpańska

W czasie prezydencji hiszpańskiej w pierwszej połowie 2010 roku problem nierówności w zdrowiu został potraktowany jako kwestia priorytetowa, wymagająca podjęcia działań w pierwszej kolejności⁵⁸. Miała odbyć się specjalna konferencja poświęcona analizie i wyznaczeniu dalszych kroków Unii, które prowadziłyby do zmniejszania różnic zdrowotnych⁵⁹. Konferencja nie doszła do skutku z powodu wybuchu wulkanu na Islandii⁶⁰. W tytule wystąpienia przygotowanego na konferencję przez szwedzką minister zdrowia na temat różnic w stanie zdrowia wykorzystano zwrot o „wypełnianiu luki” (*closing the gap*)⁶¹.

Mimo problemów z przeprowadzeniem konferencji przygotowane materiały wzbogaciły wiedzę na temat nierówności zdrowotnych. Pierwszy problem dotyczył misji polityki zdrowotnej i wartości, które powinny być tam uwzględniane. Jej nadrzędnym elementem powinno być dążenie do poprawy stanu zdrowia i tej racji powinny być podporządkowane zadania szczegółowe. W ogólnej perspektywie w zadaniach polityki zdrowotnej można odróżnić te kierowane na zapobieganie chorobom (promocja, profilaktyka) oraz na leczenie (medycyna interwencyjna). W jednym i drugim przypadku bardzo istotne – niekiedy decydujące – znaczenie ma kontekst społeczny. Opisując te uwarunkowania, można mówić o społecznych determinantach zdrowia albo o społecznym kontekście funkcjonowania systemu zdrowotnego.

Decyzje polityki zdrowotnej są zawsze uwarunkowane wyborami dotyczącymi wartości. Odmienne systemy aksjologiczne sugerują różne wartości uzasadniające decyzje, ale większość badaczy zaleca – i jest to deklarowane we wszystkich rządowych programach – by wiodącą wartością była sprawiedliwość w zdrowiu (*health equity, equity in health*)⁶². Pojęcie to odnosi się do statycznie rozumianego stanu zdrowia, który jest poddany pomiarowi w określonym czasie, ale także do wielu różnych zmieniających się aspektów sytuacji mogącej mieć wpływ na zdrowie – przede wszystkim chodzi o w miarę równomierne i niedyskryminujące skupienie się na czynnikach ryzyka. Nie ma żadnego moralnego uzasadnienia, by niektóre grupy społeczne były bardziej narażone na oddziaływanie negatywnych czynników, a inne grupy mogły w tym samym czasie korzystać z warunków uprzywilejowanych. Odnosi się to warunków środowiskowych, zarówno otoczenia miejsca zamieszkania, jak i do warunków pracy. W przeszłości na cechy otoczenia nie zwracano uwagi i z dużą pewnością można sądzić, że cała rewolucja przemysłowa przebiegała z całkowitym lekceważeniem wpływu środowiska na zdrowie. Długo akceptowano sytuację, w której pracownik dobrowolnie godził się na pracę w warunkach szkodliwych i oferowano materialne bodźce, które miały rekompensować ponadprzeciętne ryzyko. Z czasem normy ochronne prawa pracy zaczęły zmierzać do eliminacji tego rodzaju przypadków. To samo odnosi się do ochrony zdrowia w miejscu zamieszkania, gdzie problem dotyczący norm bezpieczeństwa materiałów budowlanych długo pozostawał niezauważony. Nie jest jednak jasne, jak szeroki

jest krąg osób chronionych, czy dotyczy to tylko obywateli krajów unijnych, czy też krajów spoza jej granic. Dla rządów krajów UE jest to trudny problem i przypadek azbestu, którego przetwarzanie jest przenoszone do krajów rozwijających się i leżących poza granicami UE, jest rażącym przykładem egoistycznego zawężania kręgu osób chronionych.

Jeszcze bardziej rażący jest problem nierównomiernego rozkładu bogactwa między krajami i kontynentami. Kraje UE są z pewnością bogatsze niż duża część świata, ale jednocześnie UE boryka się z wieloma trudnościami ekonomicznymi (kryzys strefy euro jest dobrym przykładem), a pomiędzy krajami członkowskimi różnice są bardzo duże. Podobnie kształtuje się sprawa wykształcenia. Ludzie na wielu kontynentach są gorzej wykształceni niż w Europie, a i pod tym względem kraje członkowskie znacznie się różnią. Bardzo trudno jest godzić postulat sprawiedliwości w zdrowiu bez jednoczesnego głoszenia zasady sprawiedliwości w dziedzinie ekonomicznej i edukacyjnej. Także w tych sprawach musi być stawiane pytanie o zakres odpowiedzialności i solidarności. Pamiętać również należy o niebagatelnym znaczeniu indywidualnych zachowań wpływających na zdrowie. Ich wpływ może być pozytywny – programy promocji zdrowia przedstawiają szeroki zakres propozycji – ale może być także negatywny i nie ma wątpliwości, że palenie papierosów, nadmiar alkoholu czy narkotyki zdrowiu nie sprzyjają. Formulowane są opinie, że zachowania takie są efektem samodzielnich wyborów, ale wpływ zwyczajowych zachowań, a nawet norm w bliższym i dalszym otoczeniu jest często zbyt silny, by jednostka mogła samodzielnie je przełamywać. Wielu badaczy, a za nimi polityków, uznaje, że ta grupa czynników wywiera najsilniejszy wpływ na zdrowie, a osoby zachowując się nieracjonalnie (w opinii niektórych autorów) są same sobie winne. W nurcie rozważań dotyczących nierówności w zdrowiu ten kierunek myślenia nie powinien być akceptowany. Powinno się raczej przyjąć, że wpływ postaw i indywidualnych zachowań nie przekracza 50%, a więc znacznie większe znaczenie mają czynniki strukturalne i środowiskowe⁶³. Nawet bez odwoływania się do kompleksowych modeli uwarunkowań stanu zdrowia i bez rozstrzygnięcia o kierunku oddziaływań przyczynowych nie ma wątpliwości, że wszystkie te sfery – plus wiele innych – są z sobą wielostronnie powiązane. Hasło solidarności europejskiej, brzmiące bardzo atrakcyjnie, nie znajduje praktycznego zastosowania. Przez lata mało było tematów, na które w UE mówiono jednym głosem i narodowe partykularyzmy zdawały się nadal być najważniejszym motywem kształtującym opcje wybierane przez rządzących, niejednokrotnie wspierane przez społeczeństwa.

Drugi rodzaj prac prowadzonych w czasie prezydencji hiszpańskiej dotyczył informacji o nierównościach w zdrowiu i ich uwarunkowaniach. Postulat wykorzystywania wiedzy naukowej i informacji o przedmiocie interwencji jest w polityce zdrowotnej powszechnie akceptowany. Z wielu jednak względów jego realizacja jest w odniesieniu do problemów zmniejszania nierówności w zdrowiu trudniejsza niż w innych dziedzinach. Wskazać można przynajmniej dwie grupy przyczyn

prowadzących do takiej sytuacji⁶⁴. Po pierwsze, luki w istniejącej i potwierdzonej wiedzy, która mogłaby być wykorzystywana przy opracowywaniu racjonalnych strategii służących rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Dotyczy to szczególnie możliwości przewidywania wpływu i skuteczności działań i interwencji podejmowanych w innych sektorach i dziedzinach życia społecznego, wtedy gdy dąży się do zmniejszenia nierówności w zdrowiu. Wiedza ta miałaby fundamentalne znaczenie, bo – jak wiadomo – zdecydowana większość czynników wpływających na nierówności w zdrowiu w tych sektorach się znajduje. Bardzo kłopotliwe są przypadki, kiedy natura branych pod uwagę procesów jest opisywana przez różne dyscypliny naukowe, w których – z konieczności – jest przyjmowany jednostronny punkt widzenia, a przedmiot interwencji wymaga odwołania się do kilku perspektyw badawczych. Po drugie, nie ma odpowiednich, rutynowo dostępnych i porównywalnych danych na temat zdrowia i jego zróżnicowań. Dotyczy to zarówno wiedzy na temat sytuacji wewnątrz każdego kraju, jak i całej UE. Utrudnia to znacznie zdecydowane opisanie sytuacji wyjściowej, o której wiadomo, że jest niezadowolająca, ale w dążeniu do sformułowania celów potrzebna jest informacja dostatecznie szczegółowa. Próby przekonywania przedstawicieli innych sektorów o konieczności przedsięwzięcia określonych działań – albo powstrzymania się od podjęcia innych – mogą okazać się całkowicie nieskuteczne bez wystarczającego zakresu posiadanych informacji. Negatywny rezultat może dotyczyć nie tylko pojedynczych usiłowań, ale utrudnić współpracę także w przyszłości. Także ocena zachodzących zmian, w tym pomiar ewentualnie osiąganego poprawy, co powinno być rezultatem prowadzonego monitorowania, jest w wielu przypadkach nieosiągalna. Fakt że przedmiotem analizy mają być nierówności w zdrowiu, a nie tylko stan zdrowia, potęguje trudności. Tradycyjnie koncentrowano się na zbiorczych wskaźnikach zdrowia lub prostych średnich przedstawianych w oficjalnych danych. W konsekwencji problem sprawiedliwości w zdrowiu i jego gospodarce, społeczne i polityczne przyczyny pozostawały stosunkowo trudne do dostrzeżenia. Jeśli zmienia się cel analizy i na pierwszym planie stawia się kwestie nierówności, systemy monitorowania muszą być czułe, jeśli mają uchwycić nierówności poprzez cały społeczny gradient, a nie koncentrować się wyłącznie na średnich dla populacji lub na grupach, o których wie się, że są szczególnie zagrożone.

Trzecie zagadnienie dotyczyło wpływu pracy na nierówności zdrowotne⁶⁵. Warunki zatrudnienia i pracy mają wielostronny wpływ na zdrowie i przyczyniają się do powstawania i narastania społecznych nierówności w zdrowiu osób dorosłych w każdych okolicznościach, także we wszystkich krajach UE. Wskazać można przynajmniej cztery formy wywierania wpływu. Po pierwsze, reguły rynku pracy i polityki gospodarczej wpływają bezpośrednio na stopy zatrudnienia i warunki jego bezpieczeństwa (np. zatrudnienie tymczasowe lub nieformalne, bez gwarancji ze strony pracodawcy, praca niebezpieczna, niosąca zagrożenia fizyczne, chemiczne czy psychiczne). Mają one znaczący wpływ na zakres i treść szans życiowych związanych z pracą zarobko-

wą, co jest głównym wyznacznikiem roli społecznej pełnionej w dorosłym życiu. Po drugie, wynagrodzenia stanowią zwykle główny składnik dochodów ludzi żyjących z pracy. Niskie i niepewne dochody (wypłacane z opóźnieniem, w niepełnej wysokości) wpływają na zdrowie, ponieważ utrudniają zaspokojenie potrzeb, niekiedy elementarnych, potęgując przy tym skłonności do niezdrowych zachowań i wzmagając doświadczanie niedającego się przewyciężyć stresu. Po trzecie, złe warunki pracy stwarzające zagrożenia fizyczne na skutek oddziaływania substancji biologicznych i chemicznych, powstawania ryzyka wypadków i urazów lub nieregularne godziny pracy, praca w systemie zmianowym i fizycznie wyczerpująca prowadzą do zwiększenia ryzyka zdrowotnego i w konsekwencji do pogarszania się stanu zdrowia pracowników. Praca na nocnej zmianie znacząco zwiększa ryzyko nie tylko wypadku przy pracy, ale także wystąpienia choroby przewlekłej.

Po czwarte, organizacja pracy i warunki zatrudnienia znacząco zmieniły się podczas ostatniego stulecia. Mimo oczywistej poprawy potrzeby psychologiczne i społeczno-emocjonalne pracowników w wielu przypadkach pozostają niezaspokojone, a oczekiwania ludzi w tej dziedzinie zwiększają się. Zwiększona presja odczuwana przez pracowników w czasie pracy, niekiedy w połączeniu z osłabionym poczuciem pewności jej utrzymania, przyczynia się często do spotęgowanego oddziaływania niekorzystnych psychospołecznie czynników występujących w środowisku pracy. Sytuacje z dużą liczbą czynników ryzyka mają, w dłuższej perspektywie, bezpośredni negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne pracowników. Poziom edukacji i umiejętności zawodowe ludzi mają rozstrzygające znaczenie dla możliwości ich zatrudnienia i pozycji na rynku pracy. Powszechnie występuje prawidłowość polegająca na zwiększaniu się prawdopodobieństwa utraty pracy wraz z obniżaniem się poziomu wykształcenia. Ta tendencja ulegała wzmocnieniu wskutek globalizacji rynku pracy. Jednocześnie następuje rosnąca segmentacja i podział pracy na skomplikowane zajęcia, wymagające wysokich kwalifikacji i kompetencji (przemysł zaawansowanych technologii, profesjonalne usługi) z jednej strony i nisko płatne, proste prace pozwalające zatrudniać niewykwalifikowanych pracowników z drugiej strony. Należy jednak zauważyć, że negatywne konsekwencje ostatniego globalnego kryzysu finansowego uderzyły także w część bardziej wykształconej siły roboczej, co wpłynęło na utratę poczucia bezpieczeństwa także tej grupy.

Wszystkie cztery wskazane wcześniej sytuacje, w których występują różnorodne negatywne czynniki, przyczyniają się do zwiększenia częstości zachorowań i cięższego ich przebiegu, a także do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, częstszych przypadków niepełnosprawności i wyższego prawdopodobieństwa śmierci. Im niższa pozycja społeczna i ekonomiczna pracowników, określona poprzez poziom wykształcenia i poziom zamożności, tym wyższe prawdopodobieństwo zachorowania lub przedwczesnej śmierci. Co ważniejsze, gradient społeczny występuje w całym przekroju społeczeństwa. Im bardziej jednostka przesuwa się w dół drabiny społecznej, tym

gorszy jest prawdopodobnie stan jej zdrowia. Tendencja ta ulega wzmocnieniu przez oddziaływanie takich dodatkowych czynników potencjalnie społecznie upośledzających, jak płeć, przynależność etniczna albo zamieszkiwanie na terenach ekonomicznie i społecznie zdegradowanych.

Zakończenie

W ostatnich latach wśród obywateli krajów europejskich narasta poczucie niejednoznaczności związanej z dokonaniem UE i szansami jej rozwoju. Z jednej strony powszechna jest świadomość osiągnięć Wspólnoty, takich jak przezwyciężenie wielowiekowych antagonizmów, podniesienie dobrobytu do poziomu jednego z najwyższych na świecie i poprawa stanu zdrowia, co może być przedmiotem zazdrości wielu społeczności pozaeuropejskich. Z drugiej strony istnieje poczucie niepewności co czeka kraje UE w przyszłości. Wspólna waluta, która wydawała się gwarantem sukcesu gospodarczego, jest w kryzysie, podkopując perspektywy społecznego modelu, który miał dawać poczucie stabilności osiągnięć wszystkim krajom członkowskim. Jednocześnie wzrasta świadomość, że próby integrowania państw i społeczeństw nie tylko na różnym poziomie rozwoju ekonomicznego i dobrobytu, ale i tradycji oraz mentalności, jest przedsięwzięciem niebywale skomplikowanym. Wśród spraw trudnych są kwestie związane z nierównością w zdrowiu. Choć politycy – w skali globalnej, w UE i w poszczególnych krajach – nie mieli wątpliwości, by dążenie do ich zmniejszenia było przyjęte jako strategiczny priorytet, to przejście od deklaracji do działań nie było i nie jest proste. W świetle dostępnej wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia wiadomo, że sytuacja społeczna i gospodarcza w znaczący sposób wpływa na jego stan. Są one splecione we wzajemnie kształtowany węzeł. Ustalenie miejsca, gdzie powinna nastąpić skuteczna interwencja polityki społecznej i zdrowotnej, skuteczna ze względu na redukcję nierówności zdrowotnych, pozostaje otwarta.

Przypisy

¹ Jesus Caldera (vice-president Foundation for European Progressive Studies), *The European Union and social justice*, New Delhi, 5th April 2011, http://www.feps-europe.eu/fileadmin/downloads/globalprogressive/1104_India_JesusSpeech.pdf (dostęp 3.09.2011).

² The EU and human rights, European Union External Action, http://www.eeas.europa.eu/human_rights/index_en.htm (dostęp 3.09.2011).

³ Human rights and democracy in the Word, Report on EU action, July 2008 to December 2009, European Union, May 2010, http://www.eeas.europa.eu/human_rights/docs/2010_hr_report_en.pdf (dostęp 3.09.2011).

⁴ M. Grewiński, *Integracja socjalna Wspólnot Europejskich*, „Studia Europejskie” 2000; 2: 107–118, http://www.ce.uw.edu.pl/pliki/pw/2-2000_Grewinski.pdf (dostęp 3.09.2011).

⁵ Presidency Conclusions, Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000, <http://www.clubofrome.at/events/2006/brussels/files/lisbon-strategy-2000.pdf> (dostęp 4.09.2011); war-

to odnotować, że cele Strategii Lizbońskiej były tłumaczone i odczytywane odmiennie w różnych opracowaniach przedstawianych w Polsce, por.: Szomburg J., *Strategia Lizbońska szansą dla Europy*, <http://www.pfsl.pl/news.php?id=173> (dostęp 4.09.2011).

⁶ Europe's Agenda 2000: Strengthening and widening the European Union, http://ec.europa.eu/agenda2000/public_en.pdf (dostęp 4.09.2011).

⁷ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Social policy agenda, COM(2000) 379 final, http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&andoc=2000&nu_doc=379 (dostęp 4.09.2011).

⁸ Agenda Społeczna (2006–2010), „Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej” 18.5.2006, C117E/256, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:117E:0256:0262:PL:PDF>, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:117E:0256:0262:PL:PDF> (dostęp 9.09.2011).

⁹ Commission of the European Communities Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Opportunities, access and solidarity: towards a new social vision for 21st century Europe, Brussels, 20.11.2007, COM(2007) 726 final, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0726en01.pdf (dostęp 9.09.2011).

¹⁰ European Commission Communication on a Renewed social agenda: Opportunities, access and solidarity in 21st century Europe, which restated the fundamental social objectives of Europe through equal opportunities, access and solidarity, Brussels, 2.7.2008, COM(2008) 412 final, http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/2008/cross-border_healthcare/GB-renewed_social_agenda.pdf (dostęp 10.09.2011).

¹¹ Council Resolution of 29 June 2000 on action on health determinants, (2000/C 218/03), Official Journal of the European Communities 31.7.2000, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:EN:PDF> (dostęp 10.09.2011).

¹² Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006/C 146/01), „Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej” 22.06.2006, C 146/1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF> (dostęp 10.09.2011).

¹³ Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013, Bruksela, 23.10.2007, KOM(2007) 630, wersja ostateczna, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_pl.pdf (dostęp 10.09.2011).

¹⁴ Presidency Conclusions – Brussels, 19/20 June 2008, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/101346.pdf (dostęp 10.09.2011).

¹⁵ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”, Bruksela, 20.10.2009, COM(2009) 567, wersja ostateczna, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/09/st14/st14848.pl09.pdf> (dostęp 12.09.2011).

- ¹⁶ Council of the European Union Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health, 3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 8 June 2010, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf (dostęp 12.09.2011).
- ¹⁷ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 8 marca 2011 r. w sprawie zmniejszania nierówności zdrowotnych w UE (2010/2089 [INI]), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//PL> (dostęp 14.09.2011).
- ¹⁸ EuroHealthNet, <http://eurohealthnet.eu/organisation/about-eurohealthnet> (dostęp 14.09.2011).
- ¹⁹ EuroHealthNet wywiad z Caroline Costongs, kierownikiem programu, http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu_11.pdf (dostęp 14.09.2011).
- ²⁰ Together for more equity in health – Launch of the European Charter for Health Equity, <http://www.eph.org/a/4333> (dostęp 14.09.2011).
- ²¹ European Public Health Alliance, Charter open for signatures until December 2011; do końca kwietnia 2011 roku Karta została podpisana przez 119 organizacji i osób indywidualnych, <http://www.eph.org/a/4368> (dostęp 15.09.2011).
- ²² European Charter for Health Equity, http://www.eph.org/IMG/pdf/European_Charter_Health_Equity_22FebCorrigendum-2.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ²³ Fair Society. Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010. The Marmot Review Team, February 2010, <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf> (dostęp 15.09.2011).
- ²⁴ Communication on Roma in Europe and Progress Report on Roma inclusion 2008–2010, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/121&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en> (dostęp 15.09.2011).
- ²⁵ Komisja Europejska oceni stopień wykorzystania przez państwa członkowskie funduszy Unii Europejskiej w celu integracji Romów, Strasburg, 7.09.2010 r., <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/1097> (dostęp 15.09.2011).
- ²⁶ Communication from the Commission – An EU framework for National Roma Integration Strategies up to 2020, Brussels, 5.4.2011, COM(2011) 173 final, http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/com2011_173_en.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ²⁷ Deaton A.S., *Policy implications of the gradient of health and wealth*, „Health Affairs” (March/April 2002); 21: 13–30, <https://extranet.uj.edu.pl/content/21/2/>, DanaInfo=content.healthaffairs.org+13.full.
- ²⁸ Busse R., van Ginneken E., Wörz M., *Access to health care services within and between countries of the European Union*, w: Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E. (red.), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011: 47–90, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ²⁹ van der Grinten T., *Rationing Health Care*, „Health Policy Monitor” 2003, <http://www.hpm.org/survey/nl/b1/2> (dostęp 15.09.2011).
- ³⁰ Golinowska S., Hengstenberg P., Żukowski M. (red.), *Diversity and Commonality in European Social Policies: The Forging of a European Social Model*, Scholar – Friedrich Ebert Stiftung, Warsaw 2009.
- ³¹ Schulenburg J.M., Blanke M. (red.), *Rationing of Medical Services in Europe: An Empirical Study*, Amsterdam 2004, http://books.google.pl/books?id=7usDUb38wpkC&printsec=frontcover&dq=rationing+health+services+european+union+opinions&source=bl&ots=xL1JAP9kPw&sig=asbXk1alWKEmFq-UTFLHvNjftV4&hl=pl&ei=sEG9TZDdCiVOpvW1cMF&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CE8Q6AEwBg#v=onepage&q&f=false (dostęp 15.09.2011).
- ³² Schreyögg J., Stargardt T., Velasco-Garrido M., Busse R., *Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries, Evidence from the European Union Health BASKET Project*, „Eur. J Health Econ.” 2005; 6 (Suppl. 1): 2–10; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388078/> (dostęp 15.09.2011).
- ³³ Baeten R., *Past impacts of cross-border health care*, w: Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E. (red.), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011: 255–281, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ³⁴ Lochowski P., *Rada Unii Europejskiej*, 2011-03-03, http://unia.europa.eu/unia/index.php?option=com_content&view=article&id=540&catid=36&Itemid=1 (dostęp 15.09.2011).
- ³⁵ Hägglund G., *Social determinants top of the agenda for the Swedish EU presidency*, <http://www.equitychannel.net/blog/health-determinants-top-of-agenda-for-swedish-eu-presidency> (dostęp 15.09.2011).
- ³⁶ International conference, held on 8–9 November 2010 in Genk „Reducing health inequalities from a regional perspective”. Belgian Presidency conference, <http://www.eph.org/a/4293> (dostęp 15.09.2011).
- ³⁷ Equity Channel, Connecting People for Fair Health, <http://www.equitychannel.net/events/614> (dostęp 15.09.2011).
- ³⁸ European Public Health Alliance, Belgian presidency: can the EU bring about change? 15.07.2003, <http://www.eph.org/a/542> (dostęp 15.09.2011).
- ³⁹ Inside the UK Presidency. July 2005 – December 2005, Public Health and Pharmaceuticals, by Ingrid van den Neucker, Weber Shandwick 9th in our series of Presidency Guides, http://www.webershandwick.eu/dbfiles/presidencyguides/pdfs/guide_presidency_uk.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ⁴⁰ *Tackling Health Inequalities-Governing For Health Summit*, 17–18 October 2005, <http://uk-en.help-eu.com/pages/Tackling-Health-Inequalities-Governing-for-Health-newsdetail-442-2.html> (dostęp 15.09.2011).
- ⁴¹ *UK Presidency of the European Union*, messages from the health inequalities summit, http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4125227.pdf (dostęp 15.09.2011).
- ⁴² Chair of the WHO Commission on Social Determinants.
- ⁴³ Chief Medical Officer, England.
- ⁴⁴ Director, Employment Labour and Social Affairs.
- ⁴⁵ Makenbach J.P., *Health Inequalities: Europe in Profile*, An independent, expert report EU, February 2006, <http://>

ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf (dostęp 15.09.2011).

⁴⁶ Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K., *Health Inequalities: a challenge for Europe*, An independent, expert report EU (February 2006), http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf (dostęp 15.09.2011).

⁴⁷ Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2006, <http://test.cp.euro.who.int/document/E89260.pdf> (dostęp 15.09.2011).

⁴⁸ Ollila E., Ståhl T., Wismar M., Lahtinen E., Melkas T., Leppo K., *Health in All Policies in the European Union and its member states*, <http://gaspp.stakes.fi/NR/rdonlyres/3C3A992D-CF6F-421B-8D11-4CC215028C63/6795/HealthinAllPolicies.pdf> (dostęp 15.09.2011).

⁴⁹ St-Pierre L., *Governance tools and framework for Health in All Policies*, European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.rvz.net/data/download/IS_studie_Brusel_engels.pdf (dostęp 15.09.2011).

⁵⁰ *Health in All Policies (HiAP)*, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, <http://info.stakes.fi/hiap/EN/index.htm> (dostęp 15.09.2011).

⁵¹ *WHO Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen 1985 I 1993, http://whqlibdoc.who.int/euro/hfas/EURO_HFAS_4_%28chp1-chp4%29.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵² Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1998, Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (WHO/HPR/HEP/95.2), http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵³ Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP), 2767th Employment, Social Policy, Health And Consumer Affairs, Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/91929.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵⁴ Declaration on „Health in All Policies”, Rome 18 December, 2007, EU Conference „Health in All Policies: achievements and challenges”, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵⁵ WHO The Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, August 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵⁶ Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010, http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf (dostęp 17.09.2011).

⁵⁷ 2007 California Newsreel, <http://www.ok.gov/health/documents/What%20is%20Health%20Equity.pdf> (dostęp 17.09.2011).

⁵⁸ Reducing health inequalities and monitoring social determinants of health in the European Union: a priority of the Spanish Presidency of the European Union 2010, <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N27/art19612.pdf> (dostęp 17.09.2011).

[eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N27/art19612.pdf](http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N27/art19612.pdf) (dostęp 17.09.2011).

⁵⁹ Ministerial Panel „Moving Forward Equity In Health”, Madrid, 22nd April 2010, <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Ministerial-Panel.pdf> (dostęp 17.09.2011).

⁶⁰ EU expert conference on health inequalities – ‘Moving Forward Equity in Health’, <http://www.fhi.se/en/News/News/EU-expert-conference-on-health-inequalities---Moving-Forward-Equity-in-Health/> (dostęp 17.09.2011).

⁶¹ Wamala S., *Is the Swedish national public health policy closing the Gap? Lessons learned from the WHO Commission on the Social Determinants of Health*, A paper to be presented at the Expert conference, Moving forward equity in health, Madrid 21st April 2010, <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Wamala-paper.pdf> (dostęp 17.09.2011).

⁶² Lahtinen E., *Putting social determinants and health equity on the EU agenda*, w: *Moving Forward Equity In Health: Monitoring Social Determinants Of Health And The Reduction Of Health Inequalities*, An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 17.09.2011).

⁶³ Rico A., Petrova-Benedict R., Basten A., Urbanos R., *Social exclusion and structural health inequalities*, w: *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities*, An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, s. 39–47, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>.

⁶⁴ Sadana R., Brown Ch., Lee J.H., Goldblatt P., Reza A., *Hosseini Monitoring of social determinants of health and the reduction of health inequalities in the EU*, w: *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities*, An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, s. 14–20, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 17.09.2011).

⁶⁵ Siegrist J., *Employment conditions and health inequalities*, w: *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities*, An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, s. 35–38, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 17.09.2011).

Abstract

Problems of health inequalities. European Union perspectives

Key words: european integration, health equality, health justice

In European Union democratic values have been approved unquestionably. They may be derived from many sources like from its own, dignified tradition linking back to *Declaration of the Rights of Man and of the Citizen* of 1789 or United Nations documents. In the Lisbon Treaty on functioning of European Union there are words about the space of freedom, safety and justice, equality between men and women, and equality

of chances. UE has obliged itself fighting against all forms of inequalities and discrimination. As one of authors said: equality, cohesion and social justice this is the material of which Europe is constructed. They are not only the object of declarations and recommendations, but active implementation attentively watched by the whole world.

In this paper I deal with two aspects of the workings undertaken within the UE which are aimed at reduction of health inequalities. First refers to actions resulting from common initiatives, therefore activities belonging to responsibility shared by EU and member countries. In second part questions raised from initiatives promoted by countries holding presidency are analysed. Rather frequently these countries made a very essential influence on the way of perception and solving the problems of health inequalities.

Piśmiennictwo:

- Baeten R., *Past impacts of cross-border health care*, w: Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., von Ginneken E., (red.), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, „World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies” 2011: 255–281, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013, Bruksela, 23.10.2007, KOM(2007) 630 wersja ostateczna, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_pl.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Busse R., van Ginneken E., Wörz M., *Access to health care services within and between countries of the European Union*, w: Wismar M., Palm W., Figueras J. et al. (red.), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, „World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies” 2011: 47–90, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Council Resolution of 29 June 2000 on action on health determinants (2000/C 218/03), „Official Journal of the European Communities” 31.7.2000, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:EN:PDF> (dostęp 02.09.2011).
- Deaton A.S., *Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth*, „Health Affairs” (March/April 2002); 21: 13–30, <https://extranet.uj.edu.pl/content/21/2/DanaInfo=content.healthaffairs.org+13.full+d> (dostęp 02.09.2011).
- Fair Society. Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010. The Marmot Review Team, February 2010, <http://www.marmotreview.org/Asset-Library/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- Grewiński M., *Integracja socjalna Wspólnot Europejskich*, „Studia Europejskie” 2000; 2: 107–118, http://www.ce.uw.edu.pl/pliki/pw/2-2000_Grewinski.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K., *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, An independent, expert report, EU, February 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Lahtinen E., *Putting social determinants and health equity on the EU agenda*, w: *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- Lochowski P., *Rada Unii Europejskiej*, 2011-03-03, http://unia-europejska.org/unia/index.php?option=com_content&view=article&id=540&catid=36&Itemid=1 (dostęp 02.09.2011).
- Mackenbach J.P., *Health Inequalities: Europe in Profile*, An independent, expert report EU, February 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf (dostęp 02.09.2011).
- Ollila E., Ståhl T., Wismar M., Lahtinen E., Melkas T., Leppo K., *Health in All Policies in the European Union and its member states*, Ministry of Social Affairs and Health, 2006, <http://gaspp.stakes.fi/NR/rdoonlyres/3C3A992D-CF6F-421B-8D11-4CC215028C63/6795/HealthinAllPolicies.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- Rico A., Petrova-Benedict R., Basten A., Urbanos R., *Social exclusion and structural health inequalities*, w: *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, 39–47, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- Sadana R., Brown C., Lee J.H., Goldblatt P., Hosseinpoor A. R., *Monitoring of social determinants of health and the reduction of health inequalities in the EU*, w: *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts’ Conference, 14–20, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- Schreyögg J., Stargardt T., Velasco-Garrido M., Busse R., *Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries, Evidence from the European Union Health BASKET Project*, „The European Journal Health Economics” 2005 November; 6(Suppl 1): 2–10, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388078/> (dostęp 02.09.2011).
- Schulenburg J-M., Blanke M. (red.), *Rationing of Medical Services in Europe: An Empirical Study*, Amsterdam 2004, http://books.google.pl/books?id=7usDUb38wpkC&printsec=frontcover&dq=rationing+health+services+european+union+opinions&source=bl&ots=xL1JAP9kPw&sig=asbXk1a1WKEmFq-UTFLHvNjftV4&hl=pl&ei=sEG9TZDdCiviOvpvW1eMF&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CE8Q6AEwBg#v=onepage&q&f=false (dostęp 02.09.2011).
- Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2006, <http://test.cp.euro.who.int/document/E89260.pdf> (dostęp 02.09.2011).
- St-Pierre L., *Governance tools and framework for Health in All Policies*, European Observatory on Health Systems

- and Policies, http://www.rvz.net/data/download/IS_studie_Brussel_-_engels.pdf (dostęp 02.09.2011).
19. Siegrist J., *Employment conditions and health inequalities, w: Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*, Discussion draft for the 21 April 2010 Experts' Conference, 35–38, <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/hacia-LaEquidadEnSalud.pdf> (dostęp 02.09.2011).
 20. Wamala S., *Is the Swedish national public health policy closing the Gap? Lessons learned from the WHO Commission on the Social Determinants of Health*, A paper to be presented at the Expert conference, Moving forward equity in health, Madrid 21st April 2010, <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Wamala-paper.pdf> (dostęp 02.09.2011).
 21. van der Grinten T., *Rationing Health Care*, „Health Policy Monitor” May 2003, <http://www.hpm.org/survey/nl/b1/2> (dostęp 02.09.2011).

■ O autorze

Cezary Włodarczyk – prof. dr hab., kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania w Instytucie Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.