

Justyna Car, Anna Dębska, Dorota Cianciara, Maria Piotrowicz,
Mirosław J. Wysocki

Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej – historia projektu DETERMINE

Słowa kluczowe: nierówności w zdrowiu, projekt DETERMINE, społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia

■ Wprowadzenie

Problem nierówności w zdrowiu widoczny jest na całym świecie, zarówno pomiędzy państwami, jak i w obrębie poszczególnych krajów. Różnice w zdrowiu można zauważyć między kobietami a mężczyznami (nie tylko pod względem przeciętnego trwania życia, ale zwłaszcza odnośnie do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego), między bogatymi a biednymi, między mieszkańcami miast a mieszkańcami wsi, jak również między osobami o różnym poziomie wykształcenia. Nierówności w zdrowiu wynikają z zajmowanej pozycji społecznej, która z kolei jest pochodną liczących uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i politycznych. Społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu powinny być brane pod uwagę w programach mających na celu poprawę zdrowia społeczeństw, jeśli te mają być efektywne. Ponadto, nierówności w zdrowiu, mimo świadomości problemu, w wielu regionach Europy się pogłębiają. Wpływ na to ma m.in. łatwiejszy dostęp do zasobów i wiedzy dla ludzi zamożnych i dobrze wykształconych, którzy mają większe szanse na dłuższe życie w dobrym zdrowiu. Nie bez znaczenia jest również dotykający wszystkie kraje Europy kryzys ekonomiczny, który zmusza rządy i społeczeństwa do kolejnych poważnych wyrzeczeń i najbardziej uderza w najmniej uprzywilejowane grupy społeczne.

■ Przyczyny i cele powstania projektu

Projekt DETERMINE był realizowany w latach 2007–2010 i współfinansowany przez Komisję Europejską (KE) ze środków *Public Health Programme*. Był jednym z kilku projektów poświęconych problematyce nierówności w zdrowiu dofinansowanych przez KE z programu zdrowia publicznego lub programów ramowych. Jego wykonanie zbiegło się z pracami Komisji Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) ds. Społecznych

Determinantów Zdrowia, która w latach 2005–2008 działała pod kierownictwem prof. Michaela Marmota i ogłosiła raport *Closing the gap in a generation* [1]. Jednak o nierównościach w zdrowiu mówi się przynajmniej od końca lat siedemdziesiątych m.in. w dokumencie *Health for All by the year 2000* czy w deklaracji z Ałma Aty.

Podstawy koncepcyjne projektu stanowiły dwa modele determinantów zdrowia: Model Determinantów Zdrowia Dahlgrena i Whitehead [2] oraz model CSDH *Conceptual Framework* [3], opracowany przez Komisję ŚOZ ds. Społecznych Determinantów Zdrowia, które tłumaczą przyczyny i mechanizmy powstawania nierówności w zdrowiu. W obu modelach podkreślono zasadniczą rolę czynników społeczno-ekonomicznych, politycznych oraz szeroko rozumianych uwarunkowań kulturowych, podczas gdy czynniki biologiczne i zachowania uznano za mniej istotne w determinowaniu zdrowia. Przyjęto, że te same czynniki warunkują nierówności w zdrowiu.

Podjęcie tematyki nierówności w zdrowiu w projekcie DETERMINE wynikało z głównego celu Unii Europejskiej (UE), którym jest dbałość o dobrobyt wszystkich obywateli. Występujące nierówności w zdrowiu przynoszą szkody nie tylko w obszarze zdrowotnym, ale także w ekonomicznym i społecznym, oraz pokazują, że założenie równych szans dla wszystkich obywateli nie jest realizowane [4].

Celem projektu było zwrócenie uwagi decydentów ze wszystkich sektorów polityki na znaczenie ich działań dla zdrowia obywateli oraz na potrzebę uwzględniania równości w zdrowiu przy podejmowaniu decyzji politycznych. Działania międzysektorowe oraz koncepcja *Health in All Policies* (HiAP) są jedynym efektywnym sposobem redukcji nierówności w zdrowiu, ponieważ umożliwiają zarządzanie uwarunkowaniami zdrowia zależnymi od innych sektorów. Dlatego dążono również do wzmocnienia współpracy między sektorem zdrowia i innymi obszarami polityki [4].

Ważnym elementem projektu było także stworzenie bazy informacyjnej na temat podejmowanych działań w tym obszarze.

■ Konsorcjum DETERMINE

W projekcie DETERMINE wzięły udział 24 kraje członkowskie UE. Przedstawicielami było ponad 50 podmiotów, m.in. instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym, promocją i ochroną zdrowia na szczeblu państwowym i regionalnym, uniwersytety, ministerstwa zdrowia, organizacje pozarządowe. Polskę reprezentował Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). W Konsorcjum znaleźli się również przedstawiciele organizacji międzynarodowych, takich jak: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), European Heart Network (EHN), Mental Health Europe (MHE), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA), WHO European Office for Investment for Health and Development.

Koordynatorem projektu była EuroHealthNet, organizacja zrzeszająca narodowe i regionalne instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym, promocją zdrowia oraz prewencją chorób. Jej celem jest poprawa zdrowia mieszkańców Europy m.in. poprzez działania zmniejszające nierówności w zdrowiu w obrębie krajów UE oraz pomiędzy krajami. Partnerem kontraktowym był czeski Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, natomiast kierownikami poszczególnych pakietów roboczych Fińskie Centrum Promocji Zdrowia, Federalne Centrum Oświaty Zdrowotnej z Niemiec, Instytut Zdrowia Publicznego z Irlandii, Centrum Marketingu Społecznego z Anglii oraz IUHPE.

■ Etapy i dokumenty robocze powstałe w trakcie trwania projektu

1. Pierwszym etapem projektu była identyfikacja działań na terenie UE uwzględniających społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu. Wyniki tej analizy zawarto w dokumencie roboczym *Examples of Activity in Europe* [5].

W ramach tej części projektu opisano, w jaki sposób polityki oraz wprowadzane działania w różnych krajach Europy biorą pod uwagę społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu. Celem tego etapu był opis dotychczasowych doświadczeń 15 krajów biorących udział w tej części projektu i identyfikacja skutecznych działań. Przedstawiciele poszczególnych państw wypełniali specjalnie stworzone w tym celu kwestionariusze. Wyniki tej części projektu były następujące:

- W UE podejmowanych jest wiele działań, które uwzględniają społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu.
- Opisano przykłady krajów, w których powyższe działania są priorytetem rządu. Tak dzieje się w Szkocji, w której „ogólnym celem (...) rządu jest: stabilny rozwój i tworzenie możliwości rozwoju

w Szkocji”, która jest: „bogatsza i bardziej sprawiedliwa, mądrzejsza, zdrowsza, bezpieczniejsza, silniejsza i bardziej zielona”. Wyznaczono pięciu dyrektorów generalnych (przedstawiciele różnych sektorów – przyp. autorów) do prowadzenia prac nad tymi zagadnieniami. Połączone działania rządowe będą nakierowane na podstawowe przyczyny nierówności w zdrowiu w Szkocji i oczekuje się, że przyniosą poprawę równości w zdrowiu we wszystkich warstwach społeczeństwa [4]. Równie pryncypalne ujęcie problemu można odnaleźć także w Finlandii i na pozostałym obszarze Wielkiej Brytanii.

- Istnieje wiele przykładów działań, w których sektor zdrowia jest liderem tworzenia strategii dotyczących zmniejszenia nierówności w zdrowiu, uwzględniających ich społeczno-ekonomiczne determinanty.
- Opisano przykłady zapobiegania nierównościom w zdrowiu poprzez strategie międzysektorowe (np. w Irlandii Północnej). Istnieją również przykłady działań, w których to ministerstwa – nieodpowiadające bezpośrednio za problematykę zdrowotną – są inicjatorami i realizatorami strategii związanych ze zdrowiem i nierównościami społecznymi. Mocną pozycję ma tu sektor edukacji, np. w Norwegii (*The Norwegian White Paper on Education Early Efforts for Lifelong Learning* (2006)), Anglii (*Sure Start*) i Finlandii (*Education and Research Development Plan 2003–2008*). Działania takie widoczne są również w sektorze pracy (Irlandia Północna – *Pathways to Work*, Norwegia – *White Paper on Work, Welfare and Inclusion*, Anglia – *Child Poverty Strategy*, Hiszpania – *Strategic Plan for Equal Opportunities 2008–2011*), gospodarki (Szkocja – *Economic Strategy 2007*), środowiska (Walia – *Environment Strategy for Wales 2006*, Szkocja – *Choosing Our Future* (2005)), planowania urbanistycznego (Walia – *The Welsh Planning Policy* (2002), Holandia – *Metropolitan Policy*), polityki mieszkaniowej (Anglia – *National Strategy for Neighbourhood Renewal*, Irlandia Północna – *Strategy for Neighbourhood Renewal – People and Place*, Holandia – *Powerful Neighbourhoods*, Estonia – *Development Plan for Estonian Housing 2008–2013*). Ważnym obszarem działań w wielu krajach są również strategie tzw. włączania społecznego, które aktywizuje społecznie grupy osób wykluczonych i marginalizowanych.
- Zidentyfikowano kluczowe inicjatywy Rady UE dotyczące równości w zdrowiu i ich uwarunkowań w poszczególnych sektorach. Podano przykłady strategii UE dotyczących zdrowia oraz Programy Zdrowia Publicznego. Opisano również narzędzia i mechanizmy, które posłużyły do wprowadzenia tych inicjatyw.
- Zidentyfikowano przykłady mechanizmów, które wzmacniają współpracę w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu. Takim przykładem jest „Otwarta Metoda Koordynacji (OMK) stosowana w Unii Europejskiej na polu Ochrony Społecznej (włączenie społeczne, system rent i emerytur, zdrowie i opieka długoter-

minowa)” [4]. OMK jest koncepcją przyjętą przez Radę UE, opartą na dobrowolnej współpracy państw UE realizowanej poprzez wymianę doświadczeń oraz ustalanie i realizację wspólnych celów. Nacisk położony jest na ponadnarodowe współdziałanie, a nie na dyrektywy czy rozporządzenia [6].

- Opisano narzędzia, które ułatwiają odpowiednie działania, a przykładem jest ocena wpływu na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*), która „bierze pod uwagę ewentualny wpływ wdrażania różnych polityk na zdrowie populacji, a także na zdrowie konkretnych grup społecznych. Nigdzie w Europie taka ocena nie jest ustawowo wymagana, więc ministerstwa nie są zobligowane do przeprowadzania podobnych ewaluacji” [4]. Jednym z przykładów są działania podejmowane w Walii, gdzie grupa robocza powołana przez Walijskie Zgromadzenie Narodowe opublikowała wyniki ocen planów rządu. To jednak nie jedyna metoda służąca zwiększaniu efektywności i monitorowaniu podejmowanych działań. W niektórych krajach wybrane jednostki na szczeblu rządowym mają obowiązek sporządzania okresowych raportów na temat wpływu ich działań na nierówności w zdrowiu. Wykorzystywana jest tu metoda rzetelnej i regularnej sprawozdawczości.
 - Istnieją przesłanki, że istotnym czynnikiem ułatwiającym działania na rzecz społeczno-ekonomicznych determinantów nierówności w zdrowiu jest wsparcie ze strony państwa lub unii w postaci impulsu i przywództwa w działaniu. Jako przykład podano dokumenty wypracowane w czasie prezydentury belgijskiej, fińskiej i brytyjskiej, podczas których nierówności w zdrowiu były priorytetem.
2. Kolejnym etapem projektu był przegląd oraz analiza innowacyjnych działań na rzecz społecznych determinantów zdrowia. Wyniki tej części projektu zawarto w dokumencie roboczym *Lessons from Europe* [7].

Na tym etapie projektu skupiono się przede wszystkim na innowacyjnych działaniach, które wykorzystują m.in. marketing społeczny oraz partnerstwo publiczno-prywatne. Podano przykłady około 20 projektów, opisano metodologię badania przypadków (zamieszczono kwestionariusz), wyodrębnilo elementy innowacyjne.

Szczegółowo zanalizowano pojęcie „innowacyjności”. Zdefiniowano je jako nowatorski sposób podejścia do omawianych problemów, który zakłada nowy proces osiągania pożądanych zmian poprzez wprowadzanie nowych idei, technik i metod działania. Ustalono, że podejście innowacyjne skupione na poprawie stanu zdrowia najbardziej potrzebujących grup społecznych powinno włączać nowe osoby do współpracy lub poszukiwać nowych grup oddziaływań, stwarzać i wzmacniać więzi społeczne, wykorzystywać podejście holistyczne przy pracy nad potrzebami poszczególnych grup społecznych, wykorzystywać podejście oparte na rodzinie jako całości, uwzględniać tworzenie projektów w taki sposób, aby były dopasowane do warunków życia grupy objętej oddziaływaniami, rozwijać pewność siebie i własny potencjał w grupach oddziaływań bardziej niż identyfikować deficyty, wykorzystywać współpracę międzysektorową.

Przykładem takiego ujęcia może być *Manuel Merino Project* z Hiszpanii, w którym grupą docelową była młodzież z okolic Madrytu. Celem projektu był rozwój osobisty młodych ludzi i kształtowanie zdrowego stylu życia. W projekcie tym młodzież była zaangażowana w każdy etap działań, m.in. została przez nią współtworzona strona internetowa, radio, materiały edukacyjne. W projekt zaangażowani byli również przedstawiciele różnych sektorów (np. lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, pracownicy socjalni, techniczni, psychologowie), rodzice, a firmy prywatne udzieliły wsparcia finansowego. Projekt ten był oparty na założeniu, że zdrowie jest pewnym stylem życia, który kształtuje się w ramach nieustającej interakcji z innymi ludźmi. Jednym z największych osiągnięć projektu było stworzenie przestrzeni, w której młodzież mogła swobodnie wyrażać swoje emocje i potrzeby, mając jednocześnie poczucie bycia wysłuchanym.

Dodatkowo konsorcjum DETERMINE wybrało trzy obiecujące projekty pilotażowe prowadzone na małą skalę (jak np. marketing społeczny), mające poprawić zdrowie najbardziej potrzebujących grup i zapewnić środki na ich realizację. Polegały one na:

- poprawie zdrowia mężczyzn z nadwagą z niskim wykształceniem lub bez wykształcenia poprzez odpowiednie działania prowadzone w miejscu pracy w gminie Guldborgsund w Danii;
 - zaplanowaniu zdrowej i stabilnej gospodarki mieszkaniowej dla odizolowanej społeczności romskiej w Debreczynie, na Węgrzech;
 - umożliwienie bezdomnym pomagania samym sobie i poprawienie ich dostępu do usług medycznych, a także zwiększenie powszechnej świadomości na temat problemów związanych ze zdrowiem osób bezdomnych i grup marginalizowanych w Słoweni [8].
3. Kolejnym etapem projektu były wywiady z politykami (na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym), niezwiązanymi z polityką zdrowotną, na temat wyzwania, jakim są społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu. Wyniki tej części projektu zawarto w dokumencie roboczym *Voices from Other Fields* [9].

W sumie przeprowadzono 40 wywiadów w 19 krajach uczestniczących w tej części projektu. Wyniki można podsumować następująco:

- Analizując zdolność i gotowość do współpracy międzysektorowej, okazało się, że wszyscy respondenci byli zaangażowani w taką współpracę. Powstaje ona zazwyczaj spontanicznie, w miarę potrzeb. Przynosi najlepsze rezultaty, gdy istnieją mierzalne cele oraz gdy wszyscy uczestnicy odnoszą korzyści z podjętych działań (*win-win solution*). Sprzyja jej klimat zaufania oraz dobre osobiste relacje między uczestnikami. Pojawiły się głosy, że dobrze byłoby stworzyć pewne ramy instytucjonalne dla takiej współpracy, które ułatwiłyby jej tworzenie i realizację. Legislacja oraz odgórne wytyczne, które wymuszają taką współpracę, mają szansę przyczynić się do powstania trwałych oraz skutecznych działań. Współpraca bywa inicjowana zarówno przez sektor zdrowotny, jak i przez inne gałęzie polityki. Wyniki

tej części projektu wskazują na sektory, z którymi współpraca jest trudniejsza lub rzadziej występuje. Są to: sektor finansów, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych oraz polityki zagranicznej.

- Respondentom łatwiej zrozumieć pojęcie determinantów zdrowia, gdy można wskazać bezpośredni związek między zdrowiem a środowiskiem, w jakim człowiek żyje i pracuje. Współpraca dotycząca zdrowia środowiskowego oraz zdrowia pracowników jest bardziej powszechna niż w innych dziedzinach. Poza tym uczestnicy wywiadów uznali, że czynniki społeczne, edukacja oraz warunki zatrudnienia są istotnymi uwarunkowaniami zdrowia. Respondenci skupiali się przede wszystkim na pewnych grupach docelowych (np. dzieciach i młodzieży), wśród których odpowiednie działania dotyczące uwarunkowań nierówności w zdrowiu mogą przynieść wymierne i pozytywne rezultaty. Za najbardziej potrzebujące grupy społeczne większość respondentów w czasie rozmowy o nierównościach w zdrowiu uznała osoby wykluczone oraz marginalizowane. Powyższe wypowiedzi respondentów wskazują na zawężone rozumienie pojęcia determinantów zdrowia. Z tego wpływa wniosek, że istnieje potrzeba jeszcze intensywniejszego propagowania wiedzy na temat nierówności w zdrowiu i ich przyczyn.
 - Jako największe wyzwania dotyczące realizowania polityki uwzględniającej problem społeczno-ekonomicznych determinantów zdrowia uznano: brak odpowiednich metod potrzebnych do efektywnego przeprowadzania interwencji, potrzebę szerszej wymiany informacji oraz wytycznych dotyczących współpracy międzysektorowej. Ponadto często wskazywano, że konieczne jest określenie wymiernych i konkretnych celów, ponieważ termin „nierówności w zdrowiu” sam w sobie jest dość ogólny, co utrudnia zdobycie politycznego poparcia. Respondenci wskazywali, że sektor zdrowia pełni niezwykle ważną rolę w podejmowaniu działań, w szczególności w ustalaniu priorytetów. Podkreślali też, że konieczne jest wzmocnienie tego sektora, aby mógł pełnić rolę lidera przemian. Ważne jest również, by zaistniała większa integracja w ramach samego sektora zdrowia, w obszarach zajmujących się zdrowiem publicznym oraz opieką zdrowotną.
4. Kolejnym etapem projektu był opis, czy i w jaki sposób wykorzystuje się ekonomiczne argumenty na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu. Wyniki tej części projektu zawarto w dokumencie roboczym *Economic Arguments for addressing social determinants of health inequalities* [10].

W powyższym dokumencie zawarto przegląd piśmiennictwa, w którym przedstawiono znaczenie argumentów ekonomicznych w celu zmniejszania nierówności w zdrowiu. Opisano również możliwości i wyzwania związane z uzyskiwaniem tego typu argumentów.

W ramach tego etapu zadaniem przedstawicieli 13 krajów uczestniczących w tej części projektu było przeprowadzenie wywiadów z osobami zajmującymi się ekonomiką zdrowia i wypełnienie kwestionariusza,

który zawierał pytania dotyczące zastosowania analizy ekonomicznej do oceny skutków zdrowotnych działań podejmowanych w różnych sektorach i kosztów nierówności w zdrowiu.

W raporcie przedstawiono przykłady wykorzystania oceny ekonomicznej interwencji ukierunkowanych na zmianę zachowań związanych np. z aktywnością fizyczną, żywieniem i paleniem tytoniu oraz przykłady oceny ekonomicznej wpływu na zdrowie w obszarach takich jak: edukacja, rolnictwo, transport, energetyka czy bezpieczeństwo w domu i w czasie wolnym. Przykłady oceny ekonomicznej z pierwszej grupy były znacznie częściej spotykane niż z grupy drugiej. Wielu respondentów miało trudności ze wskazaniem jakichkolwiek przykładów w swoim kraju, ponieważ w wielu krajach podobne oceny nie są przeprowadzane.

Zgodnie z opiniami respondentów oraz przeglądem piśmiennictwa główne grupy czynników, które wpływają na przeprowadzanie analiz i wykorzystywanie argumentów ekonomicznych, dotyczą:

- politycznego wsparcia dla społeczno-ekonomicznego podejścia do nierówności w zdrowiu. W krajach, w których jest realizowana idea HiAP, istnieje większa szansa na to, że skutki zdrowotne działań innych sektorów będą rozważane w kategoriach ekonomicznych. Natomiast w krajach, w których do problemu społeczno-ekonomicznych determinantów nierówności w zdrowiu przywiązuje się mniejszą wagę, np. w których inne sektory nie uważają wpływu ich działań na zdrowie za istotny, w ocenie ekonomicznej ich działań rzadziej uwzględnia się koszty i zyski zdrowotne;
- poziomu akceptacji dla posługiwania się argumentami ekonomicznymi;
- zrozumiałego i jednoznacznego przedstawiania argumentów;
- roli (przywództwa) ministerstw zdrowia w tych działaniach;
- dostępności ekspertów, danych oraz metodologii przeprowadzania analiz;
- uwzględniania zdrowia, nierówności w zdrowiu oraz ich ekonomicznych aspektów w procedurach oceny działań/polityk (ocena wpływu na zdrowie – HIA).

W podsumowaniu dokumentu znajdują się rekomendacje skierowane do instytucji UE, krajów członkowskich oraz organizacji międzynarodowych wzywające do wspólnych działań, które umożliwią lepsze wykorzystywanie argumentów ekonomicznych na rzecz zdrowia, ponieważ jest to opłacalne i uzasadnione.

5. Kolejnym etapem projektu był udział poszczególnych partnerów w wybranej przez siebie aktywności służącej podnoszeniu świadomości oraz zwiększeniu zdolności do działań na rzecz społeczno-ekonomicznych determinantów nierówności w zdrowiu w poszczególnych państwach. Wyniki tej części projektu zawarto w dokumencie roboczym *Building Capacity for Health Equity* [11].

Do wyboru było sześć następujących obszarów działań:

1. rozwijanie partnerstwa między sektorami, np. poprzez propagowanie informacji o problemie nierówności, organizację konferencji czy warsztatów;
2. zwiększanie świadomości oraz poparcia dla problemu wśród decydentów i wszystkich zainteresowanych;
3. rozwój odpowiednich umiejętności wśród specjalistów i przeprowadzenie szkoleń. W tej części brał udział NIZP-PZH;
4. rozwój możliwości organizacyjnych poszczególnych instytucji, tak by społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia były spójne z wprowadzanymi przez nie działaniami;
5. rozwój bazy informacyjnej;
6. zwiększanie wpływu na decydentów w celu większego ich zaangażowania w rozwiązywanie problemu nierówności w zdrowiu.

Przesłanie projektu i wskazanie ewentualnych rozwiązań

Projekt DETERMINE służy lepszemu zrozumieniu problemu nierówności w zdrowiu, ich społeczno-ekonomicznych uwarunkowań oraz stymulowaniu działań w różnych sektorach polityki, które mogą zredukować moralnie i etycznie nieuzasadnione różnice w stanie zdrowia różnych grup społecznych. Rozwiązania proponowane w ramach projektu dotyczą:

- podnoszenia świadomości i popularyzacji wiedzy o społeczno-ekonomicznych determinantach zdrowia wśród decydentów, specjalistów związanych ze zdrowiem i w społeczeństwie przy wykorzystaniu rzetelnych i zrozumiałych dla szerokiego grona odbiorców danych na temat nierówności w zdrowiu;
- zwiększenia roli ministerstw zdrowia w działaniach dotyczących społecznych determinantów zdrowia. Systemy zdrowotne odgrywają kluczową rolę w podejmowaniu współpracy międzysektorowej. Sektor zdrowotny wydaje się najbardziej właściwym liderem inicjującym działania. Jednak systematyczna i satysfakcjonująca dla wszystkich partnerów współpraca musi brać pod uwagę istniejące uwarunkowania polityczne oraz priorytety innych sektorów polityki;
- uzyskania wsparcia dla prac międzysektorowych poprzez odpowiednie działania ustawodawcze, które mogą efektywnie wspierać realizowanie obranych celów;
- propagowania podejścia „uczestniczącego” – współpracy z odbiorcami działań.

Główne przesłania projektu DETERMINE są następujące:

1. Nierówności w zdrowiu są problemem natury społecznej. Pozycja społeczna jest bezpośrednio związana ze zdrowiem, ma to swoje odzwierciedlenie w tzw. gradiencie zdrowia, który dotyczy wszystkich grup społecznych. Zależność ta powinna zostać zrozumiana przez decydentów z różnych sektorów oraz przez specjalistów związanych ze zdrowiem działających w różnych obszarach systemu zdrowotnego.
2. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu oraz oddziaływanie na ich uwarunkowania powinny stać się

jednym z priorytetowych działań systemów zdrowotnych w krajach członkowskich UE.

3. UE i poszczególne kraje członkowskie powinny skupić się na zbieraniu danych dotyczących nierówności w zdrowiu. Dane te powinny być zrozumiałe, porównywalne i przydatne do zastosowania w praktyce.
4. Systemy zdrowotne we wszystkich krajach UE powinny współpracować z innymi sektorami polityki, wspierając rozwiązania zakładające równość w zdrowiu we wszystkich obszarach polityki. Działania te powinny objąć rozwój ustawodawstwa, reorganizację i rozwój zatrudnienia w sektorze zdrowotnym oraz zwiększenie nakładów na promocję zdrowia.
5. UE i kraje członkowskie powinny podjąć działania nastawione na rozwinięcie regulacji prawnych, które umożliwią bardziej skuteczne i efektywne wykorzystanie środków publicznych na zwiększenie równości w zdrowiu. Wymaga to systematycznego stosowania procedur „oceny wpływu” oraz analiz (ocen) ekonomicznych. Niezbędne jest zwiększenie nakładów na te procedury oraz badania w tym zakresie.
6. UE i kraje członkowskie powinny wspierać działania na poziomie lokalnym, które mają na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Powinno się to odbywać poprzez zwiększanie świadomości kwestii gradientu zdrowia oraz przez zapewnianie narzędzi i mechanizmów potrzebnych do stałej współpracy z odbiorcami działań, a także z innymi sektorami.
7. UE i kraje członkowskie powinny systematycznie inwestować w promocję, wymianę i rozwój wiedzy dotyczącej społeczno-ekonomicznego podejścia do nierówności w zdrowiu oraz aktywnie wspierać inicjatywy budowania współpracy międzysektorowej, podobnie jak realizuje to zadanie Konsorcjum DETERMINE i inne podmioty aktywne na tym polu [4].

Abstract

Mobilising action for health equity across the European Union – the story of DETERMINE project

Key words: DETERMINE project, health inequalities, socio-economic determinants of health

The DETERMINE project (2007–2010) was coordinated by EuroHealth-Net and there were 24 countries involved. It was an EU consortium for action on the socio-economic determinants of health (SDH). The overall objective was to mobilize action for health equity in the European Union, especially through achieving greater awareness and capacity amongst decision makers in all policy sectors to take health and health equity into consideration when developing policy and to strengthen collaboration between health and other sectors.

Several phases of activities were carried out e.g.: identification of actions and policies addressing the socio-economic determinants of health inequalities (SDHI) in UE member states, recognition of innovative approaches in the context of SDH and selection of three small pilot projects with promising approach, consultations with politicians and policy makers outside the health sector on their attitude towards SDHI and their role in achieving health equity, identification of economic analyses addressing SDHI. There were also capacity building and awareness raising activities carried out by DETERMINE partners, such as: skills development, partnership development, leadership, awareness raising and advocacy.

Piśmiennictwo:

1. Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, WHO, 2008.
2. Dhalgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies, Stockholm 1991.
3. Commission on the Social Determinants of Health, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Draft discussion paper, 2007.
4. Stegeman I., Costongs C., Needle C., *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej*, Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE, EuroHealthNet, Brussels 2010, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 8.08.2011).
5. Lavin T., Metcalfe O., *Policies and actions addressing the socio-economic determinants of health inequalities: examples of activity in Europe*, DETERMINE Working Document No. 1, Institute of Public Health In Ireland, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.09.2011).
6. Jesień L., *Otwarta metoda koordynacji. Kontekst i znaczenie dla Polski*, „Polska w Europie” 2004; 1(45).
7. Christopoulos A., Mc Vey D., Crosier A., *A rapid review of innovation in the context of social determinants. Lessons from Europe*, DETERMINE Working Document No. 2, National Social Marketing Centre, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.09.2011).
8. Christopoulos A., Mc Vey D., Crosier A., *Lessons from the DETERMINE pilot project*, National Social Marketing Centre, Brussels 2010, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.08.2011).
9. Fasso S., *Voices from other fields: an account of 40 consultations with nonhealth policy makers and politicians across Europe on tackling the socioeconomic determinants of HI*, DETERMINE Working Document No. 3, IUHPE, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.08.2011).
10. Lavin T., Metcalfe O., *Economic arguments for addressing social determinants of health inequities*, DETERMINE Working Document No. 4, Institute of Public Health in Ireland, Brussels 2009, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.08.2011).
11. *Building Capacity for Health Equity*, DETERMINE Working Document No. 5, IUHPE, Brussels 2010, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&id=Seite3454> (dostęp 9.08.2011).

Więcej informacji nt. projektu DETERMINE można znaleźć na stronie www.closing-the-gap.org

O autorach

Justyna Car – lekarz, specjalista zdrowia publicznego, asystent w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Anna Dębska – mgr psychologii, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Dorota Cianciara – dr hab. n. med., kierownik Zakładu Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa; kierownik Pracowni Promocji Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Maria Piotrowicz – mgr zdrowia publicznego, asystent w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Miroslaw J. Wysocki – prof. dr hab. n. med., dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa.