

HISTORIA DETERMINE

Wspieranie działań
na rzecz równości w zdrowiu
w Unii Europejskiej

Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE

Kwiecień 2010

Raport końcowy z działań w ramach projektu DETERMINE (2007-2010) autorstwa Ingrid Stegeman, Caroline Costongs oraz Clive'a Needle'a z organizacji EuroHealthNet sporządzony dla Konsorcjum DETERMINE (patrz aneks).



Projekt DETERMINE był współfinansowany przez Komisję Europejską w ramach „Public Health Programme”.

Historia projektu DETERMINE

Nasze główne przesłania i wprowadzenie

Część pierwsza: Pomoc w zrozumieniu problemu

- A.** Jakie zasady postępowania, programy, narzędzia i procedury są w tej chwili wdrażane w Europie?
- B.** Branie pod uwagę nierówności w zdrowiu przez inne sektory polityki oraz obecny charakter współpracy pomiędzy sektorem zdrowia i pozostałymi obszarami polityki.
- C.** Ekonomiczne koszty nierówności w zdrowiu.
- D.** “Innowacyjne” podejścia mające na celu poprawę zdrowia populacji.

Część druga: Wskazanie ewentualnych rozwiązań

- A.** Podnoszenie świadomości i popularyzacja
- B.** Przywództwo wywodzące się z sektora zdrowotnego
- C.** Uzyskanie oficjalnego wsparcia dla prac międzysektorowych
- D.** Propozycje współpracy

Część trzecia: stymulowanie działań i większego zaangażowania

- A.** Konsolidacja partnerów
- B.** Wzmacnianie działań na poziomie lokalnym
- C.** Rozwijanie umiejętności i szkolenia
- D.** Dalsze plany rozwoju możliwości organizacyjnych

Zakończenie

- Aneks – wiadomości kluczowe w pełnej formie
- Lista partnerów projektu DETERMINE
- Referencje

Nasze główne przesłania

Konsorcjum DETERMINE wyróżnia następujące kluczowe przesłania, dotyczące warunków niezbędnych do postępu prac nad społecznymi czynnikami determinującymi zdrowie i nad zmniejszaniem nierówności w zdrowiu.

Pełna treść tych przesłań – patrz aneks nr 1

1. Systemy zdrowotne¹ w krajach członkowskich Unii Europejskiej ze zmniejszania nierówności w zdrowiu powinny uczynić jeden ze swoich głównych celów i brać pod uwagę ich główne uwarunkowania.
2. Nierówności w zdrowiu są problemem natury społecznej. Pozycja społeczna jest bezpośrednio związana ze zdrowiem, ma to swoje odzwierciedlenie w tzw. „gradientach zdrowia”, który dotyczy wszystkich grup społecznych. Ta zależność powinna zostać zrozumiana przez decydentów i lekarzy w obrębie systemu ochrony zdrowia jak i poza nim, na terenie całej Unii Europejskiej.
3. Unia Europejska i jej 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 Unii Europejskiej powinny przywiązywać większą wagę do poprawy współpracy 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. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny kierować swoje wysiłki ku lepszemu rozwinięciu regulacji prawnych, umożliwiających najbardziej skuteczne i efektywne wykorzystanie środków publicznych na poprawę równości w zdrowiu. To z kolei wymaga większej systematyczności stosowania i zaangażowania procedur oceny oddziaływania i analiz ekonomicznych, a także zwiększenia nakładów na badania i ocenę strategii.
6. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny wspomagać działania na poziomie lokalnym, mające na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Może się to odbywać poprzez zwiększanie świadomości kwestii „gradientu zdrowia”, a także przez zapewnianie narzędzi i mechanizmów potrzebnych do stałej współpracy z innymi sektorami i pokrzywdzonymi populacjami.
7. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny nadal inwestować w promocję, wymianę i rozwój wiedzy na tym polu, aktywnie wspierając inicjatywy budowania solidnej bazy do pracy międzysektorowej, tak jak to zainicjowało DETERMINE i inni. Polega to na wymianie informacji, stwarzaniu możliwości rozwoju oraz zwiększeniu zaangażowania ze strony mediów i społeczeństwa.

Konsorcjum serdecznie dziękuje wszystkim swoim partnerom a także służbom Komisji Europejskiej za ich aktywny udział i wsparcie w trakcie trwania projektu.

Historia projektu DETERMINE

Dlaczego zajęliśmy się nierównościami w zdrowiu?

Nierówności w zdrowiu utrzymują się we wszystkich krajach Europy (a także pomiędzy nimi). Nie odnoszą się one wprost do różnic w zdrowiu pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi w naszym społeczeństwie, ale do współzależności stanu zdrowotnego i naszego statusu socjoekonomicznego. Ten „gradient zdrowia” dotyczy wszystkich społeczeństw w odniesieniu do praktycznie wszystkich przyczyn chorób i śmierci, w związku z tym dotyczy każdego z nas.

„Gradient zdrowia” pokazuje, jak ściśle nasze zdrowie jest związane z ekonomicznymi i socjalnymi warunkami, w jakich żyjemy. Siły polityczne, ekonomiczne i społeczne tworzą, ale i osłabiają nasze zdrowie osobiste i nasz dobrostan. Mimo że statystyczna długość życia stale rośnie w większości krajów członkowskich Unii Europejskiej, ci którym lepiej się powodzi, odnoszą większe korzyści, niż ci którzy mają mniej. Powoduje to powiększanie się przepaści pomiędzy bogatymi a biednymi. Ludzie z najniższych szczebli drabiny społecznej są dwukrotnie bardziej narażeni na ryzyko poważnej choroby lub przedwczesnej śmierci, niż ci którzy znajdują się na jej szczycie. Ta sytuacja prawdopodobnie jeszcze się pogorszy przez panujący kryzys ekonomiczny. Jest to niesprawiedliwe i nie można tego zaakceptować.

Dlaczego Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny inwestować w większą równość w zdrowiu i podnoszenie gradientu zdrowia?

W Traktacie Lizbońskim z 2009 roku (Tytuł 1, Artykuł 3) napisano, że „celem Unii jest wspieranie pokoju, jej wartości i dobrobytu jej narodów”. Koncepcje „zdrowia” i „dobrobytu” są ściśle ze sobą skorelowane, co znalazło odzwierciedlenie nawet w akcie założycielskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Istnienie nierówności w zdrowiu dowodzi, że Unia Europejska jest nieefektywna w osiągnięciu wyznaczonego celu, polegającego na wspieraniu dobrobytu dużego odsetka swoich obywateli.

Spółeczeństwa europejskie cenią pojęcie „równych szans”. Fakt, że warunki socjoekonomiczne w których się rodzimy mają ogromne znaczenie dla naszego zdrowia, co z kolei jest ważne dla naszych umiejętności wykorzystywania innych możliwości, zadaje kłam twierdzeniu, że wszyscy mamy równe szanse.

Nierówności w zdrowiu oznaczają straty w potencjale ludzkim. Zainwestowanie w zmniejszenie nierówności w zdrowiu odblokowałoby produktywny i kreatywny potencjał dużej liczby ludzi, którzy w tej chwili cierpią na różne choroby, mają problemy ze zdrowiem psychicznym lub przedwcześnie umierają.

Imperatyw jest zarówno moralny jak i ekonomiczny. Unia Europejska skupia się na rozwoju gospodarczym, tak jak to zostało założone w Strategii Lizbońskiej do 2010 r. oraz w nowej strategii gospodarczej „Europa 2020”. Plany te obejmują również zdrowie, ale nie biorą pod uwagę wskaźników i przedsięwzięć związanych z równością w zdrowiu. Zdaniem DETERMINE takie podejście jest niewystarczające.

Fakty dotyczące nierówności w zdrowiu

Pomiędzy krajami członkowskimi Unii Europejskiej jest 13,2 roku różnicy w oczekiwanej długości życia w chwili urodzin dla mężczyzn i 8,2 roku różnicy w przypadku kobiet, oraz pięciokrotna różnica w wysokości wskaźnika umieralności niemowląt.²

W Holandii kobiety i mężczyźni z niskim wykształceniem mają oczekiwaną długość życia o 7 lat krótszą, a także żyją w dobrym zdrowiu o 18 lat krócej, niż ci z wyższym wykształceniem.³

Podczas gdy mężczyzna w Estonii spędza do 71% swojego życia w dobrym zdrowiu, mężczyzna w Danii może spodziewać się przeżycia 90% swojego życia w dobrym zdrowiu.⁴

W 2006 roku w Szkocji mężczyźni mogli średnio statystycznie żyć 67,9 roku w dobrym zdrowiu, kobiety zaś 69 lat. W najuboższych regionach obejmujących 15% Szkocji mężczyźni mogli oczekiwać jedynie 57,3 roku życia w dobrym zdrowiu, a kobiety 59 lat.⁵

Liczba straconych lat życia z powodu śmierci, które można złożyć na karb nierówności w zdrowiu sięga w Unii Europejskiej około 11,4 miliona.⁶

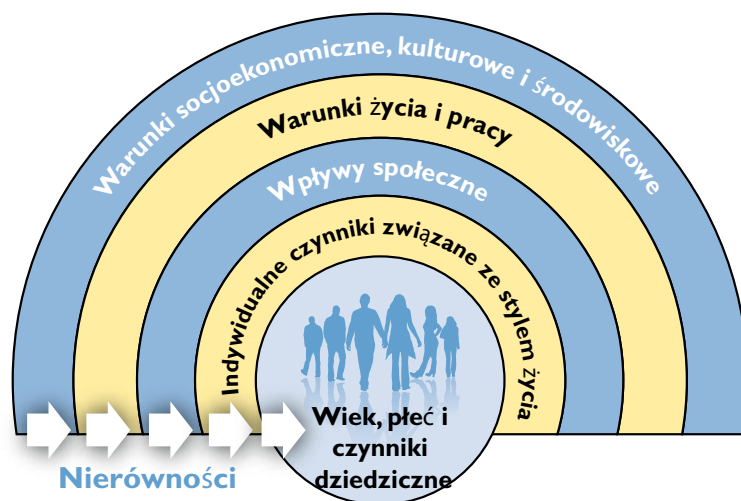
Konsorcjum DETERMINE

Główna inicjatywa zajęcia się problemem nierówności w zdrowiu w Unii Europejskiej wyszła od Konsorcjum DETERMINE. Objęła ona zdrowie publiczne i instytuty promujące zdrowie, rządy, organizacje pozarządowe, a także instytucje naukowe w 24 krajach europejskich. Wszystkie te organizacje spotkały się, aby ocenić działania prowadzone w celu poprawy równości w zdrowiu w UE, a także po to żeby zdefiniować zakres wspólnych działań i zachęcić do ich podejmowania.

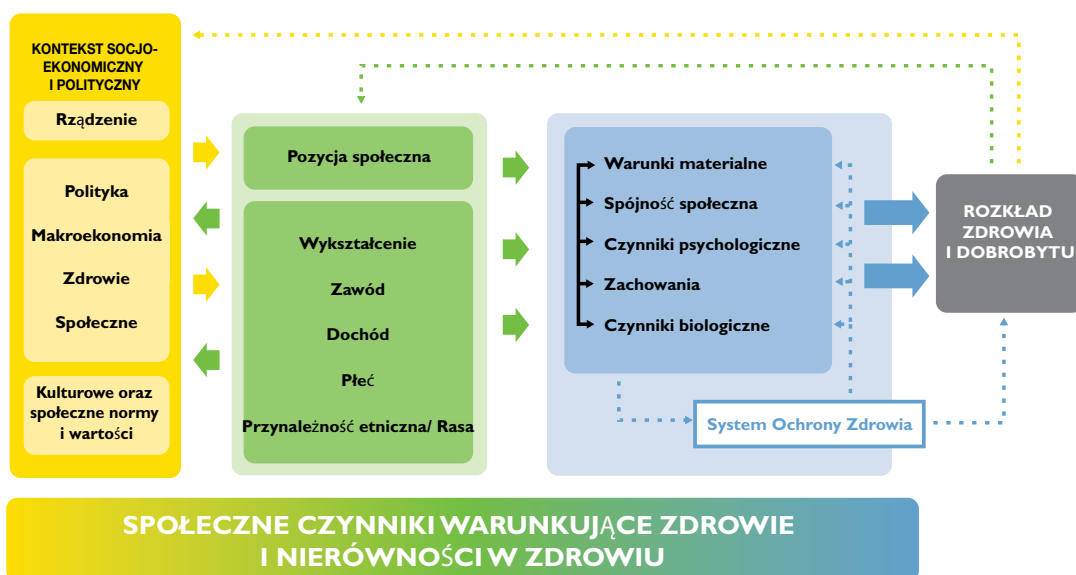
Praca Konsorcjum narodziła się z impulsu danego przez pracę Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia WHO (2005-2008). Komisja zebrała dane na temat strategii, które przyczyniają się do poprawy zdrowia poprzez wpływanie na warunki życia i pracy. Wśród celów Komisji znalazło się stworzenie stabilnego globalnego ruchu, który podejmowałby działania na rzecz równości w zdrowiu i zajmował się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia.⁷ Konsorcjum pomaga także we wprowadzaniu w życie działań nakreślonych w Dekrecie Komisji Europejskiej „**Solidarność w zdrowiu**: zmniejszanie nierówności w zdrowiu w UE”.⁸ Skupiając się na tym, co można zrobić w Unii Europejskiej, DETERMINE wnosi swój wkład w globalną wiedzę na tym polu.

Przyjęte przez nas podstawy koncepcyjne

Jako podstawy koncepcyjne DETERMINE przyjęto zarówno Rozszerzony Model Determinantów Zdrowia Dahlgrena i Whiteheada, jak i model stworzony przez Komisję do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia.



Model Determinantów Zdrowia ⁹



Podsumowanie przyczyn i mechanizmów społecznych determinantów nierówności w zdrowiu. ¹⁰

Oba te modele pokazują, że istnieje wiele sposobów podejścia do problemu, nie ma natomiast „szybkiego rozwiązania”, które zapewniłoby wszystkim równe szanse cieszenia się dobrym zdrowiem.¹¹ W istocie można to osiągnąć, oceniając kiedy, gdzie i dlaczego ktoś znajduje się w gorszej sytuacji, oraz jak to wpływa na jego zdrowie i w których punktach tych modeli można podjąć działania, mające na celu rozwiązanie problemu. A następnie należy te działania podjąć.¹² Oznacza to zaangażowanie dużej grupy ludzi, którzy muszą współpracować, żeby osiągnąć wspólny cel, którym jest przede wszystkim osiągnięcie sprawiedliwości i zmniejszanie nierówności w zdrowiu.

DETERMINE w liczbach

Ramy czasowe: Czerwiec 2007 – Czerwiec 2010

Koordynujący: EuroHealthNet

Partner kontraktowy: Czeski Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

Współfinansujący: DG SANCO na mocy Programu Zdrowia Publicznego UE

Kierownicy innych pakietów roboczych: Fińskie Centrum Promocji Zdrowia, Niemieckie Centrum Federalne Edukacji Zdrowotnej (BZgA), Instytut Zdrowia Publicznego w Irlandii, Centrum Marketingu Społecznego (Anglia), Międzynarodowa Unia Promocji Zdrowia i Edukacji (IUHPE)

Kraje zaangażowane: 24

Realizowane akcje:

- www.health-inequalities.eu
- Film DETERMINE www.youtube.com/eurohealthnet
- 120 przykładów dobrych działań w bazie na stronie internetowej
- 4 Spotkania Konsorcjum w Lizbonie, Ljubljanie, Pradze i Brukseli, oraz event „Tworzenie Możliwości Rozwojowych” (Capacity Building) w Paryżu
- 40 Konsultacji z decydentami
- Podsumowanie Działań w 14 językach
- Interaktywne “Menu Akcji Tworzenia Możliwości Rozwojowych”
- 4 Dokumenty robocze
- 22 akcje tworzenia możliwości rozwojowych w 20 krajach

Nasze propozycje

Konsorcjum DETERMINE wysunęło trzy związane ze sobą propozycje rozpoznania problemu i inspiracji konkretnych działań, które mogą zostać podjęte w UE w celu zmniejszenia nierówności w zdrowiu.

Składały się na nie:

1. **Pomoc w zrozumieniu problemu**
2. **Rozpoznanie i wyróżnienie ewentualnych rozwiązań**
3. **Stymulowanie działań gwarantujących postęp w osiągnięciu równości w zdrowiu**

Kolejne rozdziały zawierają kilka znaczących przykładów pokazujących sposób działania DETERMINE. Informacje te nie mają służyć za pełne sprawozdanie prac Konsorcjum, mają jedynie pokazać ogólny zarys ich głównych rezultatów.

Więcej informacji na temat projektu DETERMINE i jego wyników znajdą Państwo na Europejskim Portalu Działania na Rzecz Równości w Zdrowiu (www.health-inequalities.eu). Na stronie tej znajdują się informacje dotyczące strategii i działań przydatnych w propagowaniu równości w zdrowiu w krajach europejskich, również na poziomie działań UE. Znajdą tam Państwo również odnośniki do wszystkich dokumentów roboczych DETERMINE, publikacji i innych tekstów związanych z ww. zagadnieniami. Strona zawiera również wykaz ponad 120 przykładów dobrych działań z całej Europy.

The screenshot shows the homepage of the DETERMINE project. At the top, there is a search bar and navigation links like 'Home', 'About DETERMINE', 'DETERMINE Key Outcomes', 'DETERMINE Partners', 'Good Practice Directory', 'National Level Policies', 'EU Policy', 'Publications', 'Events', and 'Links'. The main heading reads 'Welcome to the European Portal for Action on Health Equity'. Below this, there is a brief description of the portal's purpose and a section titled 'What are you interested in?' which contains a flowchart with buttons for various topics such as 'Get information on the DETERMINE project', 'Discover Health in all Policies', 'Learn about innovative Approaches', 'Find out about Capacity Building activities', 'Get to know the DETERMINE Partners', 'Search for Good Practices', 'Read about National Level Policies', 'Get information on EU Policy', 'Read more interesting Publications', and 'Watch out for interesting Events'. The right sidebar features several sections: 'DETERMINE Best Conference', 'DETERMINE Working Documents' (including 'ECONOMIC ARGUMENTS'), and 'Featured Project Example'.

CZĘŚĆ PIERWSZA: Pomoc w zrozumieniu problemu

Chociaż sporo wiadomo o istnieniu nierówności w zdrowiu i gradientu zdrowia, znacznie mniej można powiedzieć o skutecznych sposobach radzenia sobie z tymi zagadnieniami. Konsorcjum DETERMINE sprawdziło, jakie działania mające na celu rozpoznawanie najlepszych sposobów radzenia sobie ze społecznymi uwarunkowaniami zdrowia i nierównościami w zdrowiu, są w chwili obecnej podejmowane w krajach europejskich oraz na poziomie instytucjonalnym Unii Europejskiej.

Członkowie Konsorcjum analizowali jakie rodzaje strategii, programów, narzędzi i procedur są w tej chwili wdrażane w pracach nad społecznymi determinantami zdrowia oraz nad nierównościami w zdrowiu. Sprawdzali, co politycy i spoza sektora zdrowotnego wiedzą o nierównościach w zdrowiu i pytali o ich doświadczenia we współpracy z sektorem zdrowia.

Konsorcjum przyglądało się również wymiarowi ekonomicznemu prac nad nierównościami w zdrowiu. Na koniec członkowie Konsorcjum zbadali, jakie działania w UE przyniosły pozytywne rezultaty w poprawianiu zdrowia najbardziej potrzebujących grup.

A. Jakie zasady postępowania, programy, narzędzia i procedury są w tej chwili wdrażane w Europie?

Przegląd zasad działania i mechanizmów wdrażanych w 15 krajach europejskich¹³ dotyczących nierówności w zdrowiu i socjalnych uwarunkowań zdrowia wykazał, że chociaż w niewielu krajach Europy polityka rządowa zwraca szczególną uwagę na powyższe kwestie, jakieś działania jednak są podejmowane.

Istnieje kilka przypadków działań o dużym zasięgu, tam gdzie rządy wypracowały strategie osiągania kompleksowych celów socjalnych, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na problem nierówności w zdrowiu.

Przykład

➔ *Ogólnym celem szkockiego 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 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.¹⁴*

Przykład

➔ *One Wales (Jedna Walia) to zwracające uwagę porozumienie międzypartyjne, które pokazuje ambicje walijskiego rządu uczynienia Walijszczyków pewnym siebie, zamożnym, zdrowym narodem i społeczeństwem, które jest sprawiedliwe dla wszystkich. Zdrowie i równość w zdrowiu są kluczem do tego założenia i podstawowym aspektem działań we wszystkich sektorach polityki. Statutowym obowiązkiem Walijskiego Zgromadzenia Narodowego jest dążenie do stabilnego rozwoju we wszystkich podejmowanych działaniach. Można to interpretować jako sposób na systematyczne branie pod uwagę nierówności w zdrowiu i ich społecznych determinantów we wszystkich politykach.¹⁵*

W 1997 roku rząd Wielkiej Brytanii zlecił sporządzenie niezależnego sprawozdania na temat nierówności w zdrowiu. Tak powstał raport Achesona. Wykazał on ograniczenia inicjatyw indywidualnych dotyczących sprawiedliwości społecznej i nierówności w zdrowiu, pokazał także jak ważne jest wspólne działanie. W 2002 roku Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Skarbu przeprowadziły debacie pomiędzy 18 ministerstwami, która miała na celu stworzenie Planu Działania. Negocjacje te stanowiły część ogólnej rządowej dyskusji na temat budżetu państwa. Autorytet Ministerstwa Skarbu zarówno na polu ekonomicznym jak i politycznym znacząco przyczynił się do osiągnięcia porozumienia pomiędzy departamentami. Porozumienie to miało zaowocować połączeniem doświadczeń i zasobów i służyć wspieraniu priorytetów rządowych.¹⁶

W innych krajach ministerstwa zdrowia wdrażają wszechstronne strategie, które promują współpracę międzysektorową w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu. Działania te wzywają do partnerstwa lub współpracy z innymi sektorami. Szwedzka Polityka Zdrowia Publicznego (2003) oparta jest na uznaniu faktu, że działania mające wpływ na zdrowie często leżą w gestii polityki niezwiązanych ze zdrowiem. Z tego względu współpraca międzysektorowa znajduje się na pierwszym planie tej polityki. Jest to także główne założenie Norweskiej Strategii Wyrównywania Nierówności w Zdrowiu.

Przykład

➔ **Norweska Strategia Wyrównywania Nierówności w Zdrowiu (2007)** dąży do zinstytucjonalizowania kwestii nierówności społecznych i promowania idei „równość jest dobrą polityką zdrowia publicznego”. Jest to kontynuacja prac rozpoczętych „Białą Księgą Recept na Zdrowszą Norwegię” (2003) oraz planem działania zatytułowanym „Gradient jako wyzwanie” (2005).

Chociaż strategia ta swoją nazwą bezpośrednio odwołuje się do zdrowia, to jednak główne założenie było takie, że ważnym czynnikiem ułatwiającym współpracę podczas jej tworzenia, było skupienie się różnych ministerstw na wspólnym celu, jakim było zmniejszanie nierówności i to wcale niekoniecznie nierówności w zdrowiu. W ten sposób powstał wspólny grunt i wzrosło zainteresowanie znalezieniem „przyczyn przyczyn” nierówności na różnych obszarach (zdrowie, praca i edukacja).¹⁷

Plan działania przygotowany przez Fińskie Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia jest kolejnym przykładem kompleksowej strategii walki z nierównościami w zdrowiu.

Przykład

➔ **Fiński Narodowy Plan Działania na Rzecz Zmniejszania Nierówności w Zdrowiu 2008-2011** zakłada propozycje działań w najważniejszych aspektach polityki socjalnej, związanej z ubóstwem, edukacją, bezrobociem, warunkami pracy i gospodarką mieszkaniową, jak również propozycje sposobów promocji zdrowego stylu życia i sprawiedliwego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Plan przewiduje również rozbudowę bazy wiedzy.

Został on przygotowany, a teraz jest koordynowany i prowadzony przez Komitet Doradcy Zdrowia Publicznego, składający się z przedstawicieli wielu ministerstw, regionalnych administracji, rządowych instytucji badawczych, organizacji zrzeszających specjalistów oraz organizacji pozarządowych. Grupa badaczy zaangażowanych w projekt „TEROKA”, która skupiła się na stworzeniu bazy wiedzy o nierównościach w zdrowiu w Finlandii, odegrała ważną rolę we wprowadzeniu planu do agendy politycznej, a także w fazie przygotowawczej projektu.

Partnerzy DETERMINE zidentyfikowali wiele strategii wypracowanych i prowadzonych przez inne ministerstwa (nie ministerstwa zdrowia), które mogą przyczynić się do zmniejszania nierówności w zdrowiu. Mają one związek z takimi obszarami jak polityka społeczna, edukacja, zatrudnienie, środowisko, planowanie przestrzenne, rewitalizacja otoczenia i gospodarka mieszkaniowa – większość z nich skupia się na problemie ubóstwa, włączenia społecznego i poprawy podstawowych usług w rejonach, w których ludzie nie mają możliwości zaspokojenia elementarnych potrzeb materialnych. Większy udział systemów społecznych w tych „innych” politykach i programach może pomóc w maksymalnym wykorzystaniu ich potencjału do zmniejszenia nierówności w zdrowiu.

Przykład

➔ **Otwarta Metoda Koordynacji (OMK)** stosowana w Unii Europejskiej na polu Ochrony Społecznej (włączenie społeczne, system rent i emerytur, zdrowie i opieka długoterminowa) zachęca kraje do ustalania celów i rozwijania zintegrowanych zasad działania na tych obszarach. OMK jest potencjalnie znaczącym mechanizmem, mogącym zainicjować i wzmocnić współpracę pomiędzy sektorami socjalnym i zdrowotnym. Komisja corocznie publikuje raport dotyczący ochrony socjalnej i włączenia społecznego, który stanowi przegląd głównych tendencji pojawiających się w całej Unii Europejskiej, a także w każdym z krajów wchodzących w jej skład. O ile początkowo nierówności w zdrowiu nie były brane pod uwagę, sytuacja uległa zmianie na przestrzeni ostatnich kilku lat i problem ten stał się jednym z najmocniej podkreślanych.¹⁸ *Być może proces ten zostanie poddany analizie w nadchodzącym roku.*

Trzeba zauważyć, że polityki i strategie niekoniecznie przekładają się na konkretne działania. Żeby tak się stało, muszą zostać wdrożone, co wymaga zarówno zasobów finansowych jak i ludzkich, a także mechanizmów i narzędzi potrzebnych do wprowadzenia ich w życie. Partnerzy DETERMINE wykazali, że najważniejsze jest przeznaczanie środków finansowych konkretnie na zmniejszanie nierówności w zdrowiu, jednoczenie różnych sektorów przez komisje i urzędy oraz skupianie się na ww. celu, a także działania takie, jak np. konsultacje międzysektorowe.

Ponadto powinno się częściej sprawdzać, jaki wpływ na nierówności w zdrowiu mają polityki i programy opracowane przez inne sektory. W tym kontekście Ocena Skutków Zdrowotnych jest ważnym narzędziem, aczkolwiek istotne jest też upewnienie się, że będzie ona dotyczyła wpływu na różne grupy socjoekonomiczne.

Przykład

➔ **Ocena Skutków Zdrowotnych (Health Impact Assessment – HIA)** 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.

➔ W **Walii** natomiast Oddział Wspierania Ewaluacji Skutków założony przez Walijskie Zgromadzenie Narodowe opublikował serię Ocen Skutków Zdrowotnych związanych z działaniami centralnego i lokalnego rządu. Inne narzędzia Oceny Skutków wdrażanych w Europie na poziomie Unii Europejskiej są wymagane ustawowo i mogą skupiać się również na zdrowiu i nierównościach w zdrowiu, jak na przykład Ocena Wpływu na Równość w Irlandii Północnej.

➔ W **Szkocji** z Oceny Wpływu na Nierówności korzysta się w niektórych obszarach polityki rządowej, istnieją też plany rozszerzenia wykorzystania jej we wszystkich politykach, nad którymi prowadzone są prace.

➔ *Strategiczne Oceny Oddziaływania na Środowisko, które wymogła Dyrektywa UE we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej, biorą pod uwagę zdrowie, ale nie nierówności w zdrowiu.*¹⁹

Przegląd krajowych polityk wdrażanych w państwach europejskich jest dostępny na stronie www.health-inequalities.eu. Zawiera on informacje na temat międzyrządowych polityk i strategii związanych ze społeczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami zdrowia, prowadzonych przez sektor zdrowia i inne sektory.

B. Branie pod uwagę nierówności w zdrowiu przez inne sektory polityki oraz obecny charakter współpracy pomiędzy sektorem zdrowia i pozostałymi obszarami polityki.

Kluczowe dla przygotowania gruntu pod kolejne działania w kwestii nierówności w zdrowiu jest lepsze zrozumienie tego, co inne sektory polityki wiedzą na temat zdrowia i równości w zdrowiu. W jakim stopniu inne sektory już współpracują z systemami zdrowotnymi i co sądzą na temat zacieśnienia współpracy?

Partnerzy DETERMINE konsultowali się z politykami lub decydentami z innych sektorów na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, żeby poznać ich zdanie na te tematy. W trakcie przeprowadzania 40 konsultacji w 19 krajach europejskich²⁰ stwierdzono, że tam gdzie współpraca między zdrowiem a innymi sektorami miała miejsce, nie było ani jednego przypadku, w którym inicjatywa pochodziłaby z sektora zdrowotnego.²¹ To wskazuje, że jest miejsce na bardziej aktywne zachowania, które na wcześniejszym etapie zapraszałyby czynnie partnerów do dyskusji, przy jednoczesnym zapewnianiu konkretnego wsparcia w osiągnięciu celów przez inne sektory.

Z drugiej strony współpraca sektora zdrowia i innych sektorów miała miejsce na takich płaszczyznach jak ochrona środowiska, polityka socjalna, warunki miejsca pracy, itp., w których związek ze zdrowiem był wyraźnie widoczny. Współpraca była mniej widoczna na takich obszarach jak finanse, wymiar sprawiedliwości, sprawy zagraniczne, które również mają wpływ na zdrowie, tyle że w innej formie.

Kilka osób z którymi były prowadzone konsultacje, uważało, że do współpracy międzysektorowej będą potrzebowały plenipotencji rządowych. Oświadczyły, że w celu zapewnienia spójności, skuteczności i trwałości partnerstwa będą korzystać z przepisów dotyczących współpracy międzysektorowej, a także z ogólnokrajowych wytycznych. Były też przekonane, że do zaistnienia udanej współpracy ważne są wspólne cele i wspólny budżet, ale w grę wchodzi również kwestia odpowiedzialności i trzeba jeszcze popracować nad określeniem, jak to powinno wyglądać w praktyce.

Dodatkowe wnioski:

- Nierówności w zdrowiu są rozumiane w kategoriach różnic pomiędzy “bogatszymi” a „biedniejszymi”, niewielką wagę przykładają się do gradientu zdrowia.
- Współpraca często zaczyna się ad-hoc na szczeblu lokalnym. Chociaż rzadsza, to jednak lepiej „zinstytucjonalizowana” wydaje się ta na szczeblu krajowym.
- Stworzenie osobistej relacji opartej na zaufaniu pomaga w nawiązaniu współpracy; prywatne relacje i inicjatywy są ważne.
- Działania międzysektorowe funkcjonują najlepiej, kiedy cel działania jest przejrzysty, a korzyści odnoszą wszystkie zaangażowane strony.
- Wiele osób z którymi przeprowadzono konsultacje, wskazały na potrzebę szerszej wymiany wiedzy, informacji i narzędzi, co pozwoliłoby na poprawę współpracy międzysektorowej.

C. Ekonomiczne koszty nierówności w zdrowiu

Kluczowym sposobem przekonania polityków, decydentów i szerszej grupy ludzi o konieczności inwestowania w redukcję nierówności w zdrowiu jest pokazanie ekonomicznych dowodów na to, że to się po prostu opłaca. To zaś wymaga twardych dowodów na to, że inwestowanie w zmniejszenie nierówności w zdrowiu jest efektywniejszym wykorzystaniem środków, niż pokrywanie kosztów choroby i utraty produktywności. Konsorcjum DETERMINE pracowało nad rozpoznaniem ekonomicznych argumentów do zajmowania się nierównościami w zdrowiu, jest to kluczowy punkt uzasadnienia podejścia do problemu²²

Udowodniło to, jak bardzo trudne jest znalezienie twardych dowodów, które mogłyby się stać bazą dla argumentów ekonomicznych, jako że ten teren jest jeszcze stosunkowo nowy. Jak się można było spodziewać, tylko kilka krajów w Europie, których polityka rządowa podkreśla problem nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia, dąży do umieszczenia rezultatów zdrowotnych w ekonomicznej ewaluacji systemów działania innych sektorów (niezwiązanych ze zdrowiem).

Część problemów, które wyniknęły przy przeprowadzaniu analiz ekonomicznych, była związana z trudnościami metodologicznymi, takimi jak przypisanie wyników zdrowotnych do konkretnych działań, mierzenie i ocena wyników zdrowotnych i włączanie do analiz kwestii równości. Inne odnosiły się do ogólnych kosztów przeprowadzania oceny ekonomicznej. Może również istnieć opór przed wypracowywaniem argumentów ekonomicznych, powstały z powodów moralnych lub etycznych: na zdrowiu nie powinno się oszczędzać, powinna być to kwestia poprawy jakości życia obywateli.

Tym niemniej Konsorcjum DETERMINE ustaliło, że podejmowane są wysiłki zmierzające do wykonania analizy wpływu na zdrowie i nierówności w zdrowiu polityk nie związanych z opieką zdrowotną, z punktu widzenia ekonomii. Pokazano też kilka przykładów.

Przykład

- ➔ **W Szkocji**, w sprawozdaniu ministerialnej grupy roboczej ds. nierówności w zdrowiu „Equally Well” czytamy: „Zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez poprawę stanu zdrowia osób najbardziej potrzebujących, może prowadzić do obniżenia wydatków National Health Service (Narodowej Służby Zdrowia) i społeczeństwa jako całości. Szacuje się, że jeżeli 40% krótkich podróży byłoby odbywanych rowerem zamiast samochodem,

oszczędności wyniosłyby co najmniej 2 miliardy funtów rocznie, ze względu na spadek umieralności.

➔ **Szacuje się, że w Norwegii korzyści z ruchu pieszego i rowerowego przewyższają koszty o współczynnik 4.5:1. Inwestowanie we wczesnym dzieciństwie może generować zwrot w wysokości od 2 do 7 za każde zainwestowane 1 euro. Koszt spadku produktywności z powodu złego stanu zdrowia oszacowano w 2004 roku na 141 miliardów euro.²³**

Praca ta może przyczynić się do zwiększenia siły argumentu, że inwestowanie w równość w zdrowiu poprzez oddziaływanie na społeczne uwarunkowania zdrowia, jest bardziej opłacalne, niż płacenie za konsekwencje nierówności w zdrowiu.

D. „Innowacyjne” sposoby na poprawę zdrowia najbardziej potrzebujących populacji

Zmniejszanie nierówności w zdrowiu oznacza wyrównanie: poprawa zdrowia najbardziej potrzebujących grup powinna odbywać się szybciej, niż w przypadku reszty społeczeństwa. Jeden z oddziałów DETERMINE sprawdzał projekty i praktyki, które mają na celu poprawę zdrowia gorzej sytuowanych.²⁴

Wielu partnerów DETERMINE rozpoznało „innowacyjne podejścia” w swoich krajach, które zostały określone jako: „te interwencje, które stosują nowe rozwiązania niektórych problemów i wyzwań, poprzez użycie nowych pomysłów, technik i metod”. Jednym z odkryć okazało się że to, co jest uznawane za „nowatorskie” w jednym kraju może być powszechną praktyką w innym.

Przykład

➔ *Kierowcy ciężarówek, ze względu na charakter wykonywanej pracy, mają trudności z dostępem do doraźnej pomocy medycznej. W wyniku tego wielu z nich bierze leki na własną rękę, co z kolei ma niekorzystny wpływ na ich zdolność prowadzenia pojazdu, a w związku z tym także na bezpieczeństwo na drodze. Środki zapobiegawcze, takie jak badania lekarskie, są również rzadko stosowane, co z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu kostno-stawowy i mięśniowego, chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych. **Projekt DocStop wdrożony w Niemczech**, zapewnia szybki dostęp do pomocy medycznej dla europejskich kierowców ciężarówek dzięki współpracy z 290 punktami usługowymi przy autostradach. Adresy specjalistów są dostępne w zarejestrowanych punktach usługowych, zapewniony jest także transport do przyjmujących w pobliżu lekarzy. Gabinety oddalone do 4 km od autostrady przyjmują kierowców ciężarówek poza kolejką. Usługa jest dostępna dla posiadaczy europejskiego ubezpieczenia zdrowotnego.*

DETERMINE wybrało też trzy obiecujące projekty pilotażowe prowadzone na małą skalę (jak na przykład marketing społeczny), mające poprawić zdrowie najbardziej potrzebujących grup i zapewniło środki na ich realizację.

Polegały one na:

- **Poprawie zdrowia mężczyzn z nadwagą z niskim wykształceniem lub bez wykształcenia w miejscu pracy w gminie Guldborgsund, Dania;**
- **Zaplanowaniu zdrowej i stabilnej gospodarki mieszkaniowej dla odizolowanej społeczności romskiej w Debreczynie, Węgry;**
- **Umożliwieniu bezdomnym pomagania samym sobie i poprawieniu ich dostępu do usług medycznych, a także zwiększenia świadomości społecznej poprzez inicjatywy o szerokim zasięgu, Słowenia**

Podczas wybierania, monitorowania i oceny tych trzech projektów pilotażowych uzyskano dużą ilość informacji dotyczących efektywnych elementów projektów, powiązanych z szerzej rozumianymi determinantami zdrowia. Wspólne dla prawie wszystkich projektów było to, że brały one pod uwagę, przed jakimi wyzwaniem stają ludzie w codziennym życiu, były skupione na obywatelach, zachęcały do współpracy przy określaniu celów projektów i starały się wykorzystywać „aktywa” ludzkie i materialne, pochodzące z zasobów społeczności. Stabilność projektów poprawiono poprzez umocnienie ludzi i społeczności w dążeniu do zaspokojenia własnych potrzeb.

Przykład

➔ **Stowarzyszenie „Opre Roma” („Naprzód, Romowie”)** ma swoją główną siedzibę w Debreczynie na Węgrzech. Na etapie prowadzenia konsultacji Stowarzyszenie odkryło, że głównym problemem społeczności romskiej mieszkającej w Debreczynie był brak mieszkań. W związku z tym postanowiono poprawić warunki życia ludzi mieszkających w slumsach.

Członkowie społeczności zostali zaangażowani w plany rozwoju gospodarki mieszkaniowej, będącej formą dobroczynności skierowaną do tej grupy społecznej. Celem było zbudowanie trwałych, bezpiecznych lokali mieszkalnych i przeniesienie się do nich. Dodatkowo przeprowadzono szkolenia w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego – na przykład wyjaśniono Romom finansowe konsekwencje zużycia energii. Zorganizowano również wycieczki, mające na celu zapoznanie Romów z kwestiami dotyczącymi ochrony środowiska (zużycie energii i zanieczyszczenia). Nieoczekiwanym acz pozytywnym wynikiem tego projektu było zbliżenie Romów z nie-Romami, jako że grupy te traktowały się wcześniej z dużą nieufnością.

➔ **Centrum Medyczne Miguel Merino** z Alcalá de Henarés w prowincji Madryt (Hiszpania), opracowało program z udziałem młodzieży, żeby znaleźć rozwiązania problemów, z którymi właśnie młodzi borykają się w rejonach, w których ludzie nie mają możliwości zaspokojenia elementarnych potrzeb materialnych. Podstawową zasadą jest to, że młodzi ludzie sami są w stanie najlepiej ocenić, w jaki sposób można rozwiązać ich problemy i wspierać się nawzajem w tym procesie. Ten projekt zbliżył specjalistów z różnych dziedzin, a młodzi angażowali się w wyjątkowe zajęcia, takie jak zakładanie i prowadzenie bloga - <http://adolescentes.blogia.com/>, tworzenie audycji radiowej i materiałów edukacyjnych.

Wiele efektywnych działań w całości lub częściowo opierało się na współpracy publiczno-prywatnej, co pozwoliło zmaksymalizować dostępne zasoby. Chodzi o „spontaniczną współpracę pomiędzy różnymi stronami, zarówno państwowymi jak i nie-państwowymi, w której wszyscy biorący udział zgadzają się pracować wspólnie, aby osiągnąć wspólny cel albo doprowadzić do końca konkretne zadanie, wspólnie ponosić ryzyko, dzielić się odpowiedzialnością, zasobami, wiedzą i korzyściami”.²⁵

Przykład

➔ **Business in The Community (Biznes w Społeczności)** to organizacja non-profit z siedzibą w Wielkiej Brytanii, prowadzona i finansowana przez różne firmy. Jej działanie polega na poprawie warunków życia społeczności. Stałymi członkami jest 850 firm, 3.000 jest zaangażowanych w programy i kampanie. Stowarzyszenie współpracuje ze 100 organizacjami partnerskimi na szczeblu międzynarodowym. BiTC prowadzi kampanie, koordynuje programy, przyznaje nagrody, prowadzi analizy porównawcze i wydaje publikacje.

Konkretne przykłady współpracy firm ze społecznościami:

- kluby piłkarskie, które prowadzą programy promujące zdrowie
- banki wspierające powstawanie niewielkich przedsiębiorstw lub rozwój istniejących
- “pośrednicy biznesowi”, którzy jednoczą przedstawicieli sektora publicznego i prywatnego, we wspólnym planie poprawy warunków w najuboższych rejonach
<http://www.bitc.org.uk>

Przykład

➔ **The Holiday Participation Centre** zostało założone przez organizację Tourism Flanders & Brussels (Belgia) w maju 2001 roku. Współpracuje ono z prywatnymi i publicznymi sponsorami, umożliwiając wyjazdy na wycieczki lub wakacje rodzinom o niskich dochodach i innym osobom, które z jakiś powodów wcześniej nie mogły tego robić.

Centrum współpracuje z branżą turystyczną w organizowaniu wycieczek, wyjazdów grupowych i wakacji indywidualnych. Partnerami Centrum jest 950 innych organizacji lokalnych, takich jak ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia wolontariuszy zajmujące się walką z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, służby socjalne, centra poradnictwa rodzinnego i inne ośrodki w okolicy. U osób korzystających z tych usług odnotowano poprawę zdrowia psychicznego i dobre samopoczucie po miejskiej wycieczce albo wakacjach. <http://www.holidayparticipation.be>

Wyniki jednego z projektów pilotażowych DETERMINE pokazują pewne niebezpieczeństwa partnerstwa prywatno-publicznego. Należy zachować ostrożność i upewnić się, że priorytetem sektora prywatnego jest dobro grup docelowych:

Przykład

➔ **Projekt Guldborgsund** prowadzony przez departament zdrowia publicznego w gminie Guldborgsund w Danii, spróbował poprawić zdrowie otyłych mężczyzn z niskim wykształceniem lub zupełnie go pozbawionych, nie uprawiających żadnej aktywności fizycznej, wykorzystując publiczno-prywatną współpracę z lokalnymi przedsiębiorcami. Gmina Guldborgsund nawiązała relacje z dwiema prywatnymi organizacjami. Gmina pracowała z firmami nad stworzeniem i wdrożeniem planów, mających związek z dietą, paleniem tytoniu, spożyciem alkoholu i aktywnością fizyczną.

Niestety, w trakcie trwania projektu w jednej z prywatnych firm przeprowadzono redukcję zatrudnienia, zwalniając z powodu kryzysu (w 2008 roku) około 250 osób. Według danych zwolnieni zostali głównie pracownicy o niższych kwalifikacjach lub ci, którzy mieli dość poważne problemy zdrowotne. Nic nie wskazuje na to, że projekt miał utrzymywać kontakt ze zwolnionymi pracownikami. Takie podejście przyczynia się raczej do wzrostu nierówności.

Takie „innovacyjne” rozwiązania, jak to opisane powyżej, skupiające się zwłaszcza na poprawie zdrowia najbardziej potrzebujących grup, są ważne przy zmniejszaniu różnicowania pomiędzy różnymi sektorami społeczeństwa. Jedno ostrzeżenie, ważne przy identyfikacji projektów i programów, które mogą efektywnie wpływać na równość w zdrowiu: projekty rzadko podlegają ewaluacji. W rezultacie nie ma twardych dowodów na efektywność działania. Z tego względu powinno się poprawić system oceny polityk i programów nakierowanych na nierówności w zdrowiu, żeby można było zbudować bazę informacji o efektywnych metodach.

Bardziej szczegółowe informacje o programach pilotażowych i innych 114 przykładach dobrych działań z całej Europy znajdują Państwo na: www.health-inequalities.eu.

CZĘŚĆ DRUGA: Wskazanie ewentualnych rozwiązań

Prace podjęte przez Konsorcjum DETERMINE w celu lepszego zrozumienia podejmowanych w Europie działań na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu pozwoliły uzyskać lepszy wgląd w to, jak należy zajmować się tym problemem. Jasnym jest, że chociaż w ostatnich latach świadomość nierówności w zdrowiu ciągle rośnie, to jednak nadal pozostaje wiele do zrobienia w kwestii skoordynowanych działań. Główna odpowiedzialność spoczywa na systemach zdrowotnych, które muszą wspierać działania i stymulować inne obszary polityki, zapewniając wytyczne efektywnych sposobów postępowania.

„Sektor zdrowotny spełnia ważną rolę jako katalizator, poprzez poruszanie w polityce państwa tematu zdrowia i nierówności w zdrowiu”. (przedstawiciel Ministerstwa Ochrony Środowiska)

Zwiększanie skali wysiłków na rzecz rozwoju w dużej mierze zależy od podnoszenia świadomości oraz wzmocnienia roli sektora zdrowotnego. W akcjach, które mają na celu zaangażowanie osób mniej zamożnych w poprawę ich własnego zdrowia poprzez zachęcanie do współpracy, istotne jest również zapewnienie wsparcia rządowego.

„Największą przeszkodę stanowi nakłonienie polityków do zauważenia problemu i znalezienia rozwiązań. Całą kwestię trzeba przedstawić w taki sposób, aby decydenci czuli się komfortowo w prowadzonej dyskusji i żeby wierzyli, że mogą przyczynić się do rozwiązania problemu”. (polityk lokalny)

A. Wzrost świadomości i popularyzacja

Podstawą skutecznego działania na rzecz równości w zdrowiu jest konieczność podnoszenia świadomości problemu w taki sposób, aby indukowało to działania ze strony lekarzy, polityków, decydentów i społeczeństwa. Jest to tak zwany „efekt dziadka do orzechów”, świetnie opisany w sprawozdaniu Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia.



Rysunek: Simon Kneebone, opublikowany przez Fran Baum (2007), IJHP&E, XIV, 2, 90-95. Wykorzystany za zgodą autora.

To z kolei wymaga zrozumiałych i porównywalnych danych, które pokazują problem nierówności w zdrowiu w taki sposób, aby można je było przełożyć na język zrozumiały dla tych grup, a potem je im przekazać.

Przykład

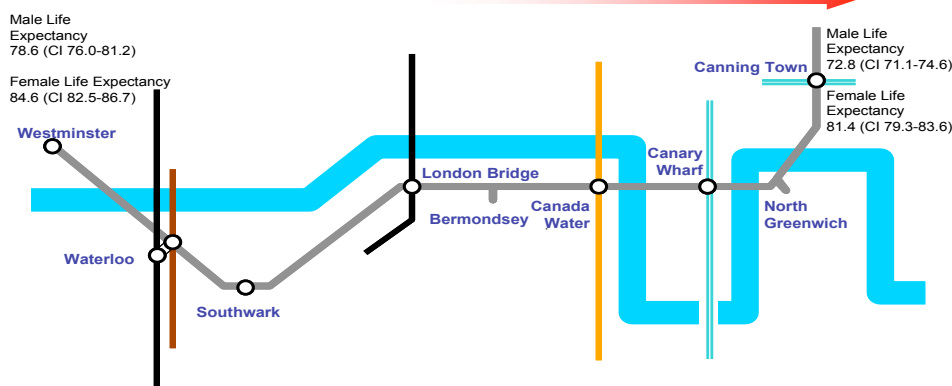
- ➔ Krajowy sondaż przeprowadzony w 2002 roku w **Estonii** wykazał, że pogłębiające się różnice w nierównościach w zdrowiu ujawniły się na różnych poziomach wykształcenia, dochodów, miejsca zamieszkania i narodowości. W odpowiedzi na te ustalenia, od 2004 roku wszystkie nowe krajowe strategie ochrony zdrowia obejmują zasady równości w zdrowiu.
- ➔ Także **hiszpański** raport z badań społecznych nierówności w zdrowiu, stylu życia i korzystania z usług zdrowotnych w regionach autonomicznych 1993-2003 miał istotny wpływ na kształtowanie polityki.
- ➔ W **Finlandii** gminy mają szeroką autonomię i mogą decydować, w jaki sposób polityki są wdrażane na poziomie lokalnym. Rząd centralny wprowadził obowiązek monitorowania zdrowia populacji we wszystkich grupach społecznych. Chociaż niektóre małe gminy uznały ten wymóg za trudny do spełnienia, to jednak zwraca on uwagę na różnice w zdrowiu.

Wiele krajów nie ma rzetelnych danych na temat nierówności w zdrowiu. Według DETERMINE Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny zapewnić systematyczne zbieranie lepszych danych, pogrupowanych według wskaźników społeczno-gospodarczych (w tym danych dotyczących uwarunkowań zdrowia). Dane dotyczące różnych rejonów powinny być możliwe do porównania.²⁶ Dane te powinny pochodzić z wielu różnych źródeł „wywiadowczych”, co pozwoli na bardziej holistyczne zrozumienie złożonego charakteru społecznych uwarunkowań zdrowia. Dotyczy to danych z takich sektorów jak: transport, kultura, turystyka, polityka, biznes i media.

Nawet dobre dane same w sobie nie wystarczą. Żeby efektywnie podnosić świadomość, trzeba je przedstawić w jasny i przekonujący sposób, tak aby łatwo mogli zrozumieć je politycy, urzędnicy i społeczeństwo.

Differences in Life Expectancy within a small area in London

Travelling east from Westminster, each tube stop represents nearly one year of life expectancy lost – Data revised to 2002-06



Electoral wards just a few miles apart geographically have life expectancy spans varying by years. For instance, there are eight stops between Westminster and Canning Town on the Jubilee Line – so as one travels east, each stop, on average, marks nearly a year of shortened lifespan.¹

London Underground Jubilee Line

¹ Source: Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data revised for 2002-06. Diagram produced by Department of Health

“Health inequity really is a matter of life and death”
 Dr Margaret Chan, Director General, World Health Organisation



→ **FACT:** A child born in one part of a major city in the EU can expect a life 28 years shorter than another living only 13 kilometers away.

Biology does not account for this:

“The toxic combination of bad policies, economics and politics is in large measure responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible”

Professor Sir Michael Marmot,
 Chair of the Commission on Social Determinants of Health
www.who.int/social_determinants/en/

→ **QUESTION:** Could you think of that child and do nothing about it?

We know enough to act.
 Sign up at
www.equitychannel.net

Equity Channel
 Connecting People for Fair Health

EuroHealthNet
 the European network for public health, health promotion and disease prevention

*Needle C, Beulque C and Williams M. Plakat i reklama do magazynu „The Parliament”,
www.equitychannel.net 2009*

„Decyzje polityczne są zazwyczaj podyktowane względami finansowymi (...) podejmowanie decyzji „koncentrujących się na zdrowiu”, wymagałoby alternatywnego wykorzystania dostępnych zasobów.”
 (decydent z Ministerstwa Sprawiedliwości).

Dalsze prace muszą zmierzać w kierunku zwiększania świadomości na temat korzyści ekonomicznych płynących dla społeczeństwa z równości w zdrowiu. Może to zaowocować wsparciem ze strony najwyższych szczebli władzy, w tym z Ministerstwa Finansów, z którym naprawdę warto dojść do porozumienia.

Wspieranie i podnoszenie świadomości oznacza, że specjaliści zdrowia publicznego i promocji zdrowia, oraz inne ważne podmioty muszą zacieśnić kontakt z mediami.

Przykład

→ Pomimo że Belgia ma opiekę zdrowotną dobrej jakości, w kraju tym obserwuje się wysoki poziom nierówności w zdrowiu. **King Baudouin Foundation (Fundacja Króla Baudoina)** od 2006 roku próbuje rozwiązać tę kwestię, jednocząc różne grupy eksperckie z obszaru zdrowia i opieki społecznej.

Głównym celem grup eksperckich było sprawienie, aby w wyborach ugrupowania polityczne znalazły w swoich programach priorytetowe miejsce dla kwestii nierówności w zdrowiu. Grupa robocza przygotowała raport z zaleceniami dotyczącymi zasad postępowania. Aby problem nierówności w zdrowiu na stałe zagościł w mediach, zadbano o współpracę z dziennikarzami (był to ważny aspekt całego przedsięwzięcia). Na łamach największych dzienników (francuskich i flamandzkich) ukazały się artykuły, które wyjaśniały istotę zjawiska nierówności w zdrowiu, a także artykuły przedstawiające stanowiska różnych partii w tej kwestii.²⁷

B. Przywództwo wywodzące się z sektora zdrowotnego

Podnoszenie świadomości to tylko pierwszy krok. Może on zostać zrobiony i przynieść zmiany, jeśli systemy zdrowotne przyjmą na siebie rolę przywódcy w zwiększaniu równości w zdrowiu i stworzą specjalistom możliwości bycia rzecznikami w tej sprawie.

Przykład

➔ **NHS Health Scotland (Narodowa Służba Zdrowia w Szkocji)** zajmuje się podnoszeniem świadomości i rzecznictwem poprzez stwarzanie możliwości rozwoju i programów dla liderów. Przykładem może być szkolenie „Poprawa zdrowia – Opracowanie Skutecznych Praktyk”. NHS opracowało i wdrożyło też inne programy szkoleniowe, które miały na celu doskonalenie liderów i rzeczników poprawy zdrowia we wszystkich rodzajach organizacji, a nie tylko na wysokim szczeblu.²⁸

Z analiz przeprowadzonych przez partnerów DETERMINE wynika, że czasem w działaniach przeciwko nierównościom w zdrowiu to rząd pełni rolę lidera i wtedy podejmowane są działania o szerokim zasięgu. Większość krajów europejskich nie ma jednak opracowanej strategii. Na przykład w swoich krajowych strategiach ochrony zdrowia wspominają one o zmniejszeniu nierówności w zdrowiu, ale w znikomym stopniu wykorzystują zasoby finansowe i ludzkie do osiągnięcia tego celu.

Rodzaj działań podejmowanych przez decydentów zajmujących się zdrowiem publicznym i promocją zdrowia może zależeć od warunków politycznych panujących w ich krajach. Jak powiedział jeden z partnerów DETERMINE z Finlandii, ważne jest, żeby „być pragmatycznym, wpisując nierówności w zdrowiu do programu politycznego. Okazje do zrobienia tego zależą od lokalnych warunków i sytuacji.”

Jak wynika z prac Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia WHO i z niedawnego komunikatu Komisji Europejskiej dotyczącego nierówności w zdrowiu, w ostatnich latach przywództwo w tej sprawie było międzynarodowe. Specjaliści zdrowia publicznego i promocji zdrowia a także decydenci mogą opierać się na takich międzynarodowych inicjatywach przy planowaniu działań na rzecz równości w zdrowiu w swoich krajach.

Przykład

➔ Korzystając z impulsu danego przez następstwa rekomendacji Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia i międzynarodowych inicjatyw takich jak DETERMINE, Ministerstwo Zdrowia **we Francji** zleciło Radzie Najwyższej zbadanie kwestii nierówności w zdrowiu. Narodowy Instytut Edukacji Zdrowotnej (INPES) opracował również wytyczne dla nowo ustanowionych władz regionalnych, dotyczące uwzględnienia w ich pracy działań związanych z nierównościami w zdrowiu.

Metody działania, które okazały się skuteczne w jakimś kraju albo regionie, mogą pomóc w promowaniu przewodnictwa w innych krajach albo regionach. W Słowenii, działania na poziomie regionalnym sprawiły, że kwestia nierówności w zdrowiu pojawiła się w programie na szczeblu krajowym:

Przykład

➔ **Strategia Promocji Zdrowia i Plan Zwalczania Nierówności w Zdrowiu w Pomurje** jest regionalną strategią, która została opracowana w 2005 roku, jako odpowiedź na złą pozycję tego regionu Słowenii w rankingach dotyczących opieki socjalnej, gospodarki i zdrowia. Obecnie istnieje sporo interwencji i projektów promocji zdrowia, obejmujących cały region. Zawierają one promowanie: zdrowego stylu życia, inicjatyw na rzecz zatrudnienia, rozwoju małych przedsiębiorstw oraz dostępu do pełnowartościowych produktów spożywczych.

W oparciu o doświadczenia zdobyte w tym regionie, Ministerstwo Zdrowia nadało wyższy priorytet opracowaniu krajowej strategii radzenia sobie z nierównościami w zdrowiu. Instytut Zdrowia Publicznego 'Murska Sobota' w 2007 roku został poproszony o pomoc w przygotowaniu krajowej strategii, a w 2010 innych regionalnych planów rozwoju.

Nawet tam, gdzie trudno jest uzyskać wysoki poziom poparcia politycznego dla kwestii nierówności w zdrowiu, wciąż pozostaje duże pole do popisu dla sektora zdrowotnego. Organizacje i profesjonaliści mogą w swojej pracy w większym stopniu brać pod uwagę kwestię równości w zdrowiu i włączać do niej działania związane ze społecznymi uwarunkowaniami zdrowia. Mogą być bardziej aktywni w kontaktach z innymi sektorami i wykorzystywaniu dostępnych punktów wejścia i mechanizmów (np. konsultacji międzyresortowych), żeby upewnić się, że inne sektory polityki nie pogłębiają, a zmniejszają nierówności w zdrowiu.

Żeby rozwinąć współpracę muszą się upewnić, czy rozumieją cele i zadania innych obszarów polityki takich jak edukacja, zmiany klimatyczne, migracja, zrównoważony rozwój, itp. Ponadto sektor zdrowotny może starać się lepiej zrozumieć cykle polityczne i angażować się w procesy polityczne, aby upewnić się, że równość w zdrowiu jest brana pod uwagę w działaniach innych sektorów.

C. Uzyskiwanie oficjalnego wsparcia dla prac międzysektorowych

Część pierwsza pokazała, że politycy i decydenci uważają, iż prace międzysektorowe mają większą szansę na zaistnienie, kiedy działania te mają wsparcie ze strony rządu, a oprócz tego istnieją do nich wytyczne i odpowiednie zapisy prawne. W celu zapewnienia zaangażowania i odpowiedzialności w innych sektorach, sektor zdrowotny musi dążyć do tworzenia odpowiedniego ustawodawstwa poprzez działania liderские i wspierające. To z kolei może prowadzić do konsekwentnego wdrażania narzędzi i mechanizmów (takich jak oceny oddziaływania biorące pod uwagę nierówności w zdrowiu czy oceny ekonomiczne), które są niezbędne przy zmniejszaniu nierówności w zdrowiu.

Przykład

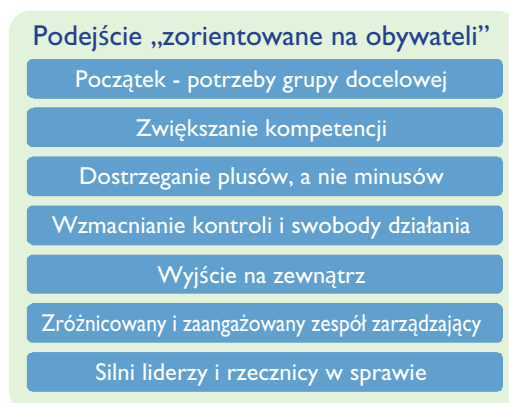
➔ **Sekretariat Generalny** jest jednym z Dyrektoriatów Generalnych (DGs) i jedną z wyspecjalizowanych służb, które składają się na **Komisję Europejską**. Jego zadaniem jest zapewnienie całkowitej spójności prac Komisji, poprzez ustalanie ogólnych celów i rocznych planów prac. Sekretariat Generalny kładzie duży nacisk na tworzenie zintegrowanej strategii i na przeprowadzanie ocen skutków nowych inicjatyw. Te oceny skutków powinny brać pod uwagę efekty ekonomiczne, dotyczące środowiska naturalnego i społeczne (te ostatnie uwzględniają zdrowie i równość w zdrowiu).

Chociaż oceny wpływu na zdrowie i na różne grupy społeczne powinny zostać przeprowadzone, to niedawne badania prowadzone w ramach prac DETERMINE wykazują, że takie oceny rzadko są traktowane priorytetowo i rzadko przeprowadzane (poza przypadkami, w których polityka ma bezpośredni związek z ww. kwestią). Przyczyna leży w dużej ilości innych wpływów, które muszą być ocenione.

D. Propozycje współpracy

Poprawę zdrowia tych, którzy są stosunkowo gorzej sytuowani, można osiągnąć też poprzez aktywny udział najbardziej poszkodowanych „użytkowników”, zjednoczonych w społeczeństwie obywatelskim. Prace prowadzone przez DETERMINE nad „innovacyjnym podejściem” podkreślają, że chodzi o umożliwienie ludziom z grup najbardziej dotkniętych nierównościami w zdrowiu inicjowania działań przez opracowywanie programów projektów w oparciu o ich potrzeby, przez nich samych zdefiniowane. Programy te utrzymają się i będą się rozwijać dzięki temu, że ludzie biorący w nich udział zaangażują się i będą mieli prawo do działania.

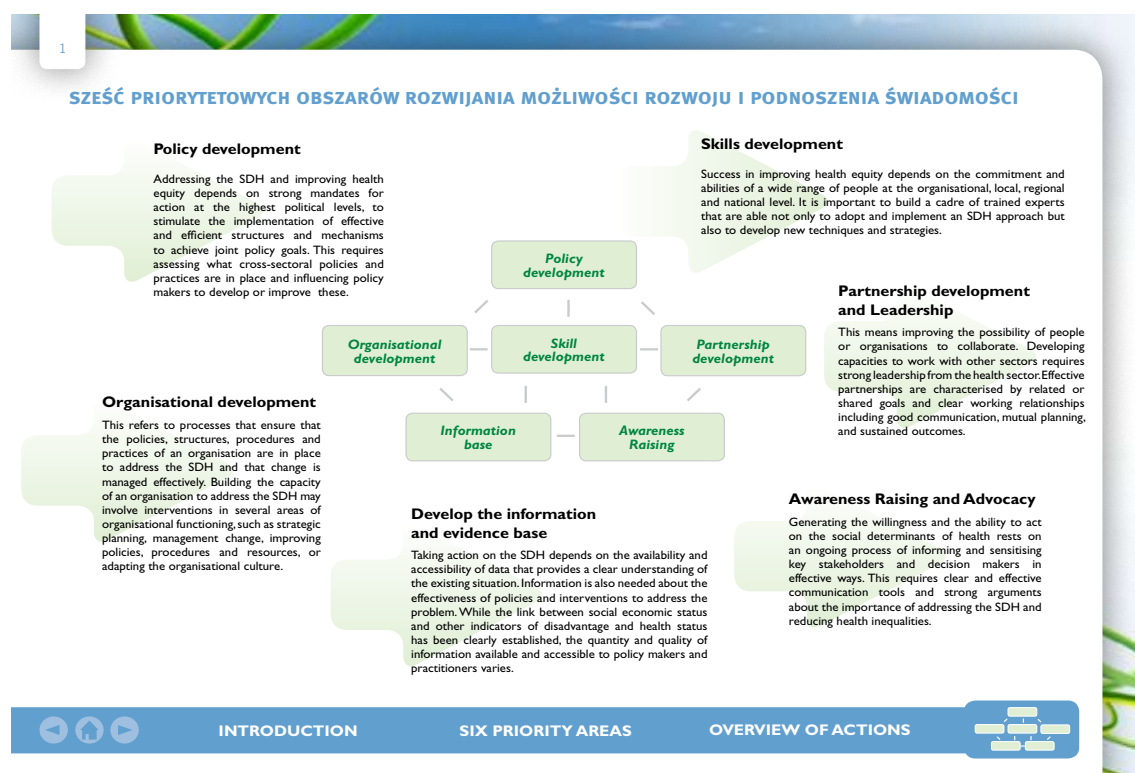
Sposoby rozwiązywania problemów zdrowotnych najbardziej potrzebujących grup zazwyczaj sprawdzają się lepiej, jeśli są elastyczne i stworzone w oparciu o zmieniające się potrzeby grupy docelowej, niż kiedy są sztywno zorientowane „na zagadnienie”. Poniższa tabela²⁹ pokazuje różne czynniki uchwycone w projektach stworzonych w oparciu o to podejście.



Wykres pokazuje, że kluczem do poprawy zdrowia i dobrostanu najbardziej potrzebujących grup jest skupianie się na potencjale jednostki i społeczności, a także zachęcanie ludzi do aktywnego udziału w programach, które ich dotyczą, a nie koncentrowanie się na „problemach”.

CZĘŚĆ TRZECIA: stymulowanie działań i większego zaangażowania

Trzecim celem DETERMINE było inspirowanie w Europie działań dotyczących społecznych uwarunkowań zdrowia i równości w zdrowiu. Partnerzy DETERMINE mieli możliwość oceny swoich potrzeb w kwestii tworzenia możliwości rozwojowych i już istniejących możliwości. Potem mogli wybrać i rozwijać jedną z akcji ukierunkowanych na społeczne uwarunkowania zdrowia i nierówności w zdrowiu w swoich krajach. Otrzymywali wytyczne przez interaktywne „Menu Tworzenia Możliwości Rozwojowych i Działań Podnoszących Świadomość”, które zostało stworzone pod patronatem DETERMINE.³⁰



Podejmowane działania były różnorodne i zależały od charakteru prowadzących je organizacji, sytuacji w danym kraju, a także doświadczenia w zajmowaniu się społecznymi determinantami zdrowia i nierównościami w zdrowiu. Przykłady mogą służyć jako inspiracja, bo pokazują jakie działania są możliwe nawet przy ograniczonych zasobach.

A. Konsolidacja partnerów

Kluczem do rozwiązania problemu nierówności w zdrowiu jest rozwijanie partnerstwa pomiędzy sektorem zdrowia a innymi sektorami, stwarzanie możliwości współpracy między ludźmi lub organizacjami, określanie wspólnych celów i rozwijanie przejrzystych relacji w pracy. Niestety, „łatwiej powiedzieć niż zrobić”, biorąc pod uwagę różnice w programach partnerów, czas i ograniczenia budżetowe.

W związku z tym, żeby zwrócić uwagę decydentów, polityków i specjalistów na problem społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu, niektóre kraje zorganizowały konferencje na wysokim szczeblu. Przy okazji promowano dokonania DETERMINE.

Przykład

- ➔ *Nierówności w zdrowiu na **Węgrzech** są niebagatelne, w związku z tym trzeba poprawić odpowiedzialność za zdrowie w innych sektorach. Jako że węgierski rząd skupia się głównie na opanowaniu kryzysu finansowego, nierówności w zdrowiu są na dalszym planie. Jednak **Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia** uznał podnoszenie świadomości zdrowotnej za kluczowy krok, potrzebny do pozyskania pieniędzy na rozwój równości w zdrowiu z unijnych funduszy strukturalnych.*

Na interwencję składały się: (1) zorganizowanie ogólnokrajowej konferencji (we współpracy z Fundacją Friedricha Eberta) i (2) przygotowanie materiałów promocyjnych oraz stworzenie strony internetowej Instytutu, zawierającej wyniki działania DETERMINE a także krajowe informacje i dokumentację.

- ➔ *Żeby w napiętej atmosferze politycznej móc poruszyć kwestię równości w zdrowiu **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (Czechy)** zorganizował krajową konferencję dla specjalistów i decydentów z różnych sektorów, na której przedstawiono zebraną wiedzę, dane i praktyki. Przyszłe działania obejmują: a) współpracę międzysektorową na poziomie krajowym pod patronatem Ministerstwa Zdrowia; b) działania związane z problemem palenia tytoniu i otyłością – współpraca biura WHO w Wenecji, czeskiego biura WHO, Ministerstwa Zdrowia i NIPH; c) międzysektorowe seminarium, opierające się na dorobku i wynikach DETERMINE. DETERMINE jako takie okazało się „bardzo ważnym narzędziem w przekształcaniu kwestii społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu z mglistych rozważań w konkretne działania”.*

Inni partnerzy organizowali warsztaty regionalne, które połączyły różne podmioty, takie jak organy zdrowia publicznego i organizacje pozarządowe. Celem było podnoszenie świadomości i zwiększanie wiedzy na temat nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia, a także podkreślanie wspólnych celów.

Przykład

- ➔ *Biorąc pod uwagę zmiany polityczne i organizacyjne na poziomie krajowym, **Regionalny Instytut Zdrowia Publicznego (Rumunia/Jassy)** uznał, że najlepiej będzie zacząć od działań o zasięgu lokalnym. Zorganizowano warsztaty mające na celu konsolidację lokalnych partnerów i podnoszenie świadomości problemu. Warsztaty stworzyły grunt pod przyszłe działania i podwaliny partnerstwa pomiędzy lokalnymi władzami a organizacjami pozarządowymi.*

Niemcy skoncentrowały się na budowaniu partnerstwa we wszystkich sektorach i na wszystkich poziomach. Robią to, starając się połączyć różne podmioty pracujące z grupami poszkodowanymi społecznie.

Przykład

- ➔ *Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej (BZgA Niemcy) zorganizowało do spółki z Federalnym Instytutem Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (BAuA Niemcy) warsztaty skupiające ekspertów i partnerów z różnych sektorów i na różnych poziomach (krajowym, regionalnym, lokalnym), w celu określenia możliwości i wyzwań stojących przed współpracą międzysektorową skierowaną na społeczne nierówności w zdrowiu. BZgA w ramach kontynuacji działań poza DETERMINE, zbierze wnioski z warsztatów w podręczniku „Działania Międzysektorowe”, będącego częścią pełnego zestawu narzędzi dla kierujących programami na poziomie lokalnym.*

W 2010 roku planowana jest druga konferencja. Ma ona ułatwić dalsze rozmowy i wymianę doświadczeń pomiędzy większymi grupami ekspertów i osób zainteresowanych. Konferencja ta będzie początkiem dalszych działań w Niemczech, mających na celu zwiększenie zaangażowania wszystkich sektorów w zwalczanie nierówności w zdrowiu.

B. Wzmacnianie działań na poziomie lokalnym

W wielu krajach władze lokalne przyjmują coraz większą odpowiedzialność za wdrażanie polityki zdrowia publicznego, w tym tej związanej z nierównościami w zdrowiu. W związku z tym szereg działań skoncentrowanych jest na rozpoznawaniu i promowaniu interwencji, będących przykładami dobrych praktyk podejmowanych przez władze lokalne.

W Szwecji przykłady dobrych praktyk zostaną wykorzystane głównie do stymulowania i polepszania jakości działań na poziomie lokalnym. W Danii natomiast będą one sposobem na informowanie międzysektorowej grupy, która została stworzona na poziomie krajowym w celu przyspieszenia działań. Prace prowadzone w Norwegii skupiają się głównie na poprawie zdolności do wprowadzenia w życie Oceny Skutków Zdrowotnych na poziomie lokalnym.

Przykład

➔ Działania **Szwedzkiego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego** koncentrują się na rozpoznawaniu przykładów dobrych praktyk na poziomie lokalnym, po to by właściwie zajmować się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia i nierównościami w zdrowiu. Instytut dba również o rozpowszechnianie wyników i o to, żeby zdobyte dane były przydatne do stymulowania działań w innych rejonach. 19 gmin uznano za „postępowe”. Miały one jasno określone cele i programy działań dotyczących nierówności w zdrowiu. Przeprowadzono rozmowy z przedstawicielami ośmiu z tych gmin, aby ustalić jakie polityki, zaplecza i działania skupione na społecznych uwarunkowaniach zdrowia i nierównościach w zdrowiu są skuteczne.

Dwoma kluczowymi czynnikami były: aktywne zarządzanie polityczne i powołanie na wysokim szczeblu głównego stratega zajmującego się zdrowiem publicznym lub zrównoważonym rozwojem, który miałby koordynować działania na poziomie lokalnym. Zidentyfikowane dobre praktyki koncentrowały się na dzieciach i młodzieży, edukacji, miejscach pracy, ochronie środowiska, zdrowiu seksualnym, aktywności fizycznej, diecie i żywności, tytoniu, alkoholu i narkotykach, a także poprawie zdrowia i jakości życia osób w podeszłym wieku.

Działania na poziomie lokalnym są znacznie ułatwione dzięki skutecznym narzędziom i zasobom, których lokalne władze i różne sektory mogą używać do rozwiązywania problemu nierówności w zdrowiu. Niewielka grupa partnerów DETERMINE skupiła się na rozpoznaniu „magazynu” narzędzi i wytycznych, które dadzą się przenieść na inny grunt i dzięki temu mogą być stosowane na całym świecie.

Kryteria na podstawie których wybierano narzędzia: czy były łatwe w zastosowaniu na szczeblu lokalnym, czy były zorientowane na uzyskiwanie wyników i czy wymagały jedynie niewielkiej adaptacji w kontekście nowych warunków. Ten „magazyn” zawiera na przykład: pakiet narzędzi „Zaangażowanie Społeczne” i poradniki: „Ocena Wpływu Inicjatyw Transportowych na Zdrowie” i „Postęp w Gospodarce Mieszkaniowej”. Dostępne na: www.health-inequalities.eu

C. Rozwijanie umiejętności i szkolenia

Ważne jest zbudowanie kadry ekspertów, którzy mają pełną świadomość problemu i potrafią przysposabiać i wdrażać działania w kwestii społecznych determinantów zdrowia, a także rozwijać nowe techniki i strategie. W związku z tym działania niektórych partnerów DETERMINE koncentrują się na tworzeniu modułów szkoleniowych dotyczących społecznych uwarunkowań nierówności w zdrowiu, korzystając z osiągnięć DETERMINE i innych istniejących zasobów. Szkolenia te zostały przygotowane dla profesjonalistów i decydentów z sektora zdrowotnego, a także dla tych, którzy pracują w innych sektorach na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

Niektórzy partnerzy będą kontynuować swoją pracę, żeby wypracować programy szkoleniowe dotyczące nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia, które będą miały zastosowanie w całej Europie.

Przykład

- ➔ *W kontekście utrwalonego systemu kompetencji i wymagań kwalifikacyjnych dla specjalistów zdrowia publicznego **Walijskie Centrum Zdrowia** skupiło się na stworzeniu modułu szkoleniowego dotyczącego nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia, który mógłby zostać oficjalnie uznany za odpowiedni do celów edukacyjnych i z którego mogliby korzystać uczestnicy kursów pt. „podstawy zdrowia publicznego”. Moduł szkoleniowy może być również traktowany jako „samodzielna jednostka”, którą można wykorzystywać w wielu zestawach modułów szkoleniowych i kursach.*
- ➔ *Priorytety Narodowego Programu Zdrowia w **Polsce** (2007-2015) odnoszą się głównie do poprawy ogólnej sytuacji zdrowotnej ludności (wskaźniki umieralności i zachorowalności), oraz zmniejszenia terytorialnych i społecznych nierówności w zdrowiu. **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP – PZH)** aby zwiększać wiedzę i podnosić świadomość, włączył szkolenia dotyczące nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia do istniejących już kursów epidemiologii i zdrowia publicznego. Ponadto temat nierówności w zdrowiu i społecznych uwarunkowań zdrowia został uwzględniony w planie naukowym NIZP – PZH na rok 2010.*

D. Dalsze plany rozwoju możliwości organizacyjnych

Przez zaangażowanie w DETERMINE wielu partnerów podjęto istotne kroki w kwestii rozwiązania problemu społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu. Jednak aby postępy w tej materii były trwałe, te pierwsze kroki muszą prowadzić do dalszych działań. Belgia i Słowenia zastosowały wyniki i narzędzia DETERMINE do katalizowania bardziej ambitnych planów działań.

Przykład

- ➔ *W ramach działań dotyczących społecznych uwarunkowań zdrowia i poprawy równości w zdrowiu **Flamandzki Instytut Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób (ViGeZ)** stworzył Plan Akcji Tworzenia Możliwości Rozwojowych i Podnoszenia Świadomości (2010-2015).*

Plan ten został opracowany w celu wprowadzenia w życie w tym regionie zasady „zdrowie we wszystkich politykach” i zostanie włączony w nowy plan strategiczny Instytutu ViGeZ na lata 2010-2015. Składa się on z pięciu głównych obszarów działania: Podnoszenie świadomości i popularyzacja, Rozwijanie umiejętności, Rozwijanie taktyk i popularyzacja, Rozwijanie systemu informacji i bazy danych oraz Rozwój organizacyjny. Wyniki DETERMINE będą wykorzystane we wszystkich tych działaniach.

Przykład

➔ W przypadku **Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Słowenii** wytyczne, pytania i wnioski z konsultacji politycznych prowadzonych przez DETERMINE pomogły w kształtowaniu fazy przygotowań wywiadów z innymi sektorami, koordynowanych przez WHO. „Menu Działań” było wykorzystywane jako praktyczne narzędzie do określania priorytetów oraz planowania przyszłych działań i interwencji. Wyniki DETERMINE były prezentowane na trzech krajowych warsztatach, dotyczących podnoszenia świadomości i wiedzy wśród ekspertów i specjalistów.

Oddział DETERMINE zajmujący się tworzeniem możliwości rozwojowych zorganizował specjalne warsztaty, których celem było zebranie wiedzy na temat społecznych uwarunkowań zdrowia i równości w zdrowiu. Wiedza ta miała posłużyć do określenia przyszłych priorytetów formalnych w podnoszeniu świadomości, rozwoju współpracy partnerskiej i tworzenia możliwości rozwojowych przy użyciu schematów zaprezentowanych w „Menu”.

Raport podsumowujący działania partnerów DETERMINE związane z tworzeniem możliwości rozwojowych³¹ i “Menu Działań” można pobrać ze strony: www.health-inequalities.eu.

Wnioski

Głównym celem Konsorcjum DETERMINE było przyspieszenie działań ukierunkowanych na równość w zdrowiu w Unii Europejskiej. DETERMINE chciało pokazać, co można zrobić, a także przyczynić się do globalnej edukacji w tej materii. To sprawozdanie przedstawiło, w jaki sposób DETERMINE podeszło do tej kwestii, pomagając w zrozumieniu problemu, rozpoznając i wyróżniając ewentualne rozwiązania, stymulując działania i większe zaangażowanie.

Konsorcjum ma swój skromny, acz wyraźny wkład w tej dziedzinie. Jego podstawowe osiągnięcia to:

- **Solidne umocowanie koncepcji mówiącej, że równość w zdrowiu musi znajdować się w centrum wszelkich wysiłków, podejmowanych na rzecz poprawy zdrowia całego społeczeństwa przez szerzej rozumiane Konsorcjum DETERMINE i jego partnerów.**
- **Podniesienie świadomości faktu, iż równość w zdrowiu ulegnie poprawie tylko wtedy, kiedy będą ją mieć na uwadze inne sektory, systemy zdrowotne zaś muszą wykazać inicjatywę w zachęcaniu pozostałych sektorów do współpracy.**
- **Rozwinięcie się w oparciu o przekonanie, że postęp nie zostanie osiągnięty przez same koncepcje i że trzeba podjąć konkretne działania, bez względu na to, jak małe mogą okazać się pierwsze kroki.**
- **Rozpoznanie potrzeby zwiększenia możliwości zwalczania nierówności w zdrowiu i zajmowania się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia przez podanie przykładów na to, jak można tworzyć możliwości rozwojowe oraz przez zapewnienie zasobów na te działania.**
- **Ułatwienie wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy krajami europejskimi, co jest niezbędne dla postępu w tej dziedzinie. Strona internetowa www.health-inequities.eu, która zawiera “wykaz dobrych praktyk”, służyła i będzie nadal służyć jako centralne źródło wiedzy w tym procesie.**
- **Przyczynienie się do uczynienia Europy jednym ze światowych liderów w działaniach na rzecz zapewnienia większej równości szans na dobre zdrowie.**

ANEKS: Wiadomości kluczowe w pełnej formie

1. Systemy zdrowotne³² w krajach członkowskich UE powinny uczynić zmniejszanie nierówności w zdrowiu jednym ze swoich głównych celów i brać pod uwagę ich główne uwarunkowania.

Średnia długość życia i jakość życia systematycznie się poprawiały w większości krajów członkowskich UE, ale nie wszyscy uzyskali poprawę zdrowia w ten sam sposób. DETERMINE wspiera dalsze działania na rzecz równości w zdrowiu w oparciu o następujące założenia:

- a. Socjoekonomiczne nierówności w zdrowiu i różnice w liczbie lat przeżytych w dobrym zdrowiu pogłębiają się w wielu krajach i mogą pogłębić się jeszcze bardziej ze względu na kryzys gospodarczy, który zaczął się w 2008 roku.
- b. Prace Konsorcjum DETERMINE opierają się na dowodach, mówiących że „ta nierówna dystrybucja doświadczeń zagrażających zdrowiu w żadnym wypadku nie jest zjawiskiem naturalnym, lecz wynikiem toksycznej kombinacji złych polityk i programów socjalnych, niesprawiedliwych warunków ekonomicznych i złych strategii”.³³
- c. Wyniki DETERMINE przedstawiają ekonomiczne argumenty na to, że inwestowanie w równość w zdrowiu jest bardziej opłacalne, niż ponoszenie przez społeczeństwo kosztów niepotrzebnych śmierci, zachorowań i utraty produktywności.

2. Nierówności w zdrowiu są problemem natury społecznej. Pozycja społeczna jest bezpośrednio związana ze zdrowiem, ma to swoje odzwierciedlenie w tzw. „gradientie zdrowia”, który dotyczy wszystkich grup społecznych. Ta zależność powinna zostać zrozumiana przez decydentów i lekarzy w obrębie systemu socjalnego jak i poza nim, na terenie całej Unii Europejskiej.

Kluczem do rozwiązania problemu jest szybsza poprawa zdrowia ludzi gorzej sytuowanych, niż bogatszych. Niemniej jednak trzeba to uzupełnić kompleksowymi działaniami (na poziomie regionalnym, krajowym i unijnym) obejmującymi całą populację.

3. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny skupić się na zbieraniu danych dotyczących nierówności w zdrowiu. Dane te powinny być zrozumiałe, porównywalne i przydatne do zastosowania w praktyce.

O ile dysponujemy dużą ilością danych wskazujących na istnienie nierówności w zdrowiu, o tyle dostęp do tych danych nie jest równie łatwy we wszystkich krajach członkowskich UE i pomiędzy nimi, a dane nie dają się łatwo porównywać. Unia Europejska powinna określić, jakie wspólne dane i jaka metodologia mogą być wykorzystane do zobrazowania gradientu społecznego dla każdego wskaźnika zdrowia w różnych krajach i jego zmian w czasie dla wszystkich krajów członkowskich UE. Powinna też inwestować w szkolenia i narzędzia umożliwiające instytutom narodowym zbieranie, analizowanie i udostępnianie w skoordynowany sposób porównywalnych ilościowo i jakościowo danych, w tym danych z wielu różnych źródeł wywiadowczych pochodzących z innych obszarów polityki i agencji (na przykład od policji i z sektora biznesowego).

4. Systemy zdrowotne we wszystkich krajach Unii Europejskiej powinny przywiązywać większą wagę do poprawy współpracy z innymi sektorami polityki, wspierając rozwiązania z założeniem „równości w zdrowiu we wszystkich obszarach polityki”. Te działania powinny objąć rozwój ustawodawstwa, reorganizację i rozwój zatrudnienia w sektorze zdrowotnym oraz zwiększenie nakładów na promocję zdrowia.

Pociąga to za sobą:

- a. Rozwój ustawodawstwa i/lub krajowych wytycznych dla strategii międzyrządowych, nakierowanych na nierówności w zdrowiu i społeczne uwarunkowania zdrowia. Władze krajowe powinny też poprawić koordynację polityczną przez np. ustanowienie grupy kierowniczej dla wszystkich ministerstw oraz wdrożenie usprawnionych systemów zarządzania i oceny działań podejmowanych przez różne sektory i na różnych poziomach władzy.
- b. Rozwijanie i reorientacja kwalifikacji pracowników sektora zdrowotnego zajmujących się nierównościami w zdrowiu oraz rozwijanie specjalnych kompetencji do pracy z innymi sektorami. Oznacza to zagwarantowanie, że będą oni w stanie zrozumieć cykle polityczne i nawiązać współpracę z ekspertami z innych sektorów. Sektor zdrowotny musi tworzyć nowe możliwości, żeby móc lepiej wywiązywać się ze swojego zadania, polegającego na zbliżaniu się do wielu obszarów polityki i rozumieniu ich zadań i celów, które ma na celu rozwinięcie współpracy.
- c. Włączanie informacji dotyczących nierówności w zdrowiu i gradientu zdrowia do podstawowych programów nauczania zdrowia publicznego i promocji zdrowia dla specjalistów i studentów medycyny.
- d. Zwiększenie nakładów na promocję zdrowia i współpracę w kwestii „równości w zdrowiu we wszystkich politykach”, jako że na chwilę obecną mniej niż 4% krajowych wydatków na ochronę zdrowia przeznaczają się na te właśnie działania, mimo dowodów na ich opłacalność.

5. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny kierować swoje wysiłki ku lepszemu rozwinięciu regulacji prawnych, umożliwiających najbardziej skuteczne i efektywne wykorzystanie środków publicznych na poprawę równości w zdrowiu. To z kolei wymaga większej systematyczności w stosowaniu i zaangażowania procedur oceny oddziaływania i analiz ekonomicznych, a także zwiększenia nakładów na badania i ocenę strategii.

Wymaga to:

- a. Wzmocnienia i usystematyzowania procedur oceny wpływu w celu zapewnienia, że zwraca się uwagę na skutki zdrowotne i ich rozłożenie na grupy społeczne oraz upewnienia się, że wyniki tych ocen zostaną włączone w ostateczną politykę i w proces jej wdrażania.
- b. Przeprowadzenia ekonomicznych analiz polityk i programów, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i zapewnienie brania pod uwagę kosztów związanych z wynikami zdrowia i z rozmieszczeniem tych wyników (równość). Inwestowania w poprawę metod przeprowadzania takich analiz może wzmocnić powody, dla których podejmowane są działania na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu.

- c. Inwestowania w badania, rozwój i ocenę polityk i programów dotyczących społecznych determinantów zdrowia i nierówności w zdrowiu oraz poprawę metod przeprowadzania takich ewaluacji, w celu stworzenia solidnej bazy danych.

4. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny wspomagać działania na poziomie lokalnym, mające na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Może się to odbywać poprzez zwiększanie świadomości w kwestii „gradientu zdrowia”, a także przez zapewnianie narzędzi i mechanizmów potrzebnych do stałej współpracy z innymi sektorami i pokrzywdzonymi populacjami.

O ile szczeble europejski i krajowy są najistotniejsze w ustalaniu międzyrządowych polityk dotyczących równości w zdrowiu, to inicjatywy na poziomie lokalnym też mają istotny wpływ na codzienne życie ludzi. UE i państwa członkowskie powinny zatem inwestować w mobilizowanie decydentów i ludzi zajmujących się zdrowiem, a także przedstawicieli innych sektorów na poziomie lokalnym, do uwzględniania równości w zdrowiu w ich pracy.

Powinno się podjąć większy wysiłek w celu wspierania dobrych praktyk, opartych na głębokim zrozumieniu wyzwań przed jakimi stają ludzie w życiu codziennym. Projekty powinny być skoncentrowane na obywatelach, kompleksowe („od dołu do góry”), dające możliwości współuczestnictwa w momencie definiowania swoich celów i powinny wykorzystywać „aktywa” ludzkie i materialne, pochodzące z zasobów społeczności. Umocnienie ludzi i społeczności w dążeniu do zaspokojenia własnych potrzeb sprawi, że projekty będą bardziej stabilne.

5. Unia Europejska i jej kraje członkowskie powinny nadal inwestować w promocję, wymianę i rozwój wiedzy na tym polu, aktywnie wspierając inicjatywy budowania solidnej bazy do pracy międzysektorowej, tak jak to zainicjowało DETERMINE i inni. Polega to na wymianie informacji, stwarzaniu możliwości rozwoju oraz zwiększeniu zaangażowania ze strony mediów i społeczeństwa.

Wiąże się to z:

- a. Wymianą informacji na temat metod, zasad, mechanizmów i narzędzi skutecznych w całej UE.
- b. Zwiększeniem możliwości sektora zdrowia publicznego i innych sektorów w celu nawiązania współpracy międzysektorowej, poprawy struktur organizacyjnych, rozwoju kadr i zwiększania zasobów.
- c. Kluczowym krokiem do uzyskania zaangażowania publicznego (a tym samym politycznego) jest właściwe adresowanie informacji i zintensyfikowanie rzecznictwa równości w zdrowiu w całej Unii Europejskiej.

KONSORCJUM DETERMINE

Partnerzy i kontakty

Belgia: VIGeZ – Flamandzki Instytut Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób

Kontakt: Linda De Boeck

Czechy: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Kontakt: Hana Janatova

Dania: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Południowej Danii

Kontakt: Pia Vivian Pedersen

Anglia: Departament Zdrowia

Kontakty: Chris Brookes i Bryony Lloyd

Anglia: Sefton Primary Care Trust North West Health Brussels Office.

Kontakt: Chris White

Anglia: Narodowe Centrum Marketingu Społecznego.

Kontakty: Alex Christopoulos, Adam Crosier i Dominic McVey

Anglia: Uniwersytet w Brighton / Międzynarodowe Centrum Rozwoju Badań nad Zdrowiem, Uniwersytet w Brighton (IHDR)

Kontakt: Nigel Sherriff

Estonia: Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia, NIHD.

Kontakty: Tiia Pertel i Eve-Mai Rao

Finlandia: Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej, THL.

Kontakty: Marita Sihto i Seppo Koskinen

Finlandia: Fińskie Centrum Promocji Zdrowia.

Kontakty: Heidi Hakulinen i Janne Juvakka

Francja: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, INPES.

Kontakty: Marie Josée Moquet i Pierre Arwidson

Niemcy: Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej, BZgA.

Kontakty: Dorothee Heinen i Simone Weyers

Niemcy: Federalny Instytut Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

Kontakt: Karl Kuhn

Węgry: Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia.

Kontakty: Peter Makara i Ágnes Tallér

Irlandia: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Irlandii

Kontakty: Owen Metcalfe i Teresa Lavin

Islandia: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Islandii

Kontakt: Jólraug Heimisdóttir

Włochy: Eksperymentalne Centrum Edukacji Zdrowotnej, CSESI.

Kontakty: Zahra Ismail i Giancarlo Pocetta

Włochy: Wenecja Euganejska – Departament Zdrowia i Spraw Socjalnych.

Kontakt: Dario Zanon

Łotwa: Agencja Rządowa 'Agencja Zdrowia Publicznego' / Centrum Ekonomii Zdrowia

Kontakt: Jolanta Skrule

Holandia: Holenderski Instytut Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób, NIGZ.

Kontakt: Joop ten Dam

Holandia: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Ochrony Środowiska, RIVM.

Kontakt: Mariel Droomers

Norwegia: Centrum Badań nad Zdrowiem Publicznym, Uniwersytet w Bergen

Kontakt: Elisabeth Fosse

Polska: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP – PZH)

Kontakty: Mirosław J. Wysocki, Justyna Car

Portugalia: Ministerstwo Zdrowia, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia

Kontakt: José Robalo

Rumunia: Instytut Zdrowia Publicznego Jassy

Kontakt: Elena Lungu

Szkocja: Narodowa Służba Zdrowia (Health Scotland).

Kontakt: David Pattison

Słowenia: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Republiki Słoweńskiej

Kontakty: Mojca Gabrijelcic, Evita Leskovsek

Słowenia: Regionalny Instytut Zdrowia Publicznego Maribor

Kontakt: Igor Krampac

Hiszpania: Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia i Konsumpcji

Kontakt: Bego a Merino

Hiszpania: Uniwersytet w La Laguna (Tenerya)

Kontakt: Sara Darias-Curvo

Szwecja: Szwedzki Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Kontakt: Bernt Lundgren

Szwajcaria: Health Promotion Switzerland

Kontakt: Ursel Broesskamp-Stone

Walia: Walijskie Centrum Zdrowia

Kontakt: Malcolm Ward

Organizacje międzynarodowe / europejskie:

EuroHealthNet

Kontakty: Ingrid Stegeman, Caroline Costongs, Clive Needle, Cristina Chiotan

Międzynarodowa Unia Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej, IUHPE.

Kontakt: Catherine Jones

Europejska Federacja Organizacji Narodowych Pracujących z Bezdomnymi, FEANTSA.

Kontakt: Stefania Delzotto

European Heart Network EHN

Kontakt: Susanne Logstrup

Mental Health Europe, MHE

Kontakty: Mari Fresu, Mary Van Dievel

Organizacja dla Współpracy i Rozwoju Gospodarczego, OECD

Kontakt: Michael de Looper

Szkoła Zdrowia Publicznego i Podstawowej Opieki Medycznej, Departament Zdrowia Międzynarodowego, Uniwersytet w Maastricht

Kontakt: Stephan van den Broucke

Komisja do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, Departament Epidemiologii i Zdrowia Publicznego, University College London

Kontakt: Sharon Friel

Regionalne Biuro WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwoju

Kontakty: Sarah Simpson, Erio Ziglio

Przypisy

1. Systemy zdrowotne zostały zdefiniowane w Karcie Tallińskiej „Systemy opieki zdrowotnej dla zdrowia i dobrobytu”. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
2. Wspólnota Europejska (WE): Dokument przygotowawczy do wydania Dekretu Komisji. Solidarność w zdrowiu: Zmniejszanie nierówności w zdrowiu w Unii Europejskiej (Solidarity in Health: Reducing Health Inequities in the EU). http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf
3. Knoop L and den Brokel M, “Rijke Mensen Leven Lang en Gezond”. TSG jaargang 88, numer 1. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/DC5A6622-8979-4068-BDEA-F099DC79F5AF/0/201001tsg8817.pdf>
4. WE: Dokument przygotowawczy do Dekretu Komisji. Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE. (Solidarity in Health: Reducing Health Inequities in the EU). http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf
5. Rząd Szkocji (2008)
6. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic Implications of Socio Economic Inequalities in Health in the European Union. Luksemburg, Komisja Europejska, 2007.
7. Sprawozdanie Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia (CSDH). DETERMINE pomaga także w przeprowadzeniu 5 kluczowych akcji zdefiniowanych na VII Konferencji Promocji Zdrowia zorganizowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która odbyła się w Nairobi, Kenia.
8. (COM (2009) 567 końcowy) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequities_en.htm
9. Dhalgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Sztokholm: Institute for Future Studies, 1991
10. Komisja do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Szkic do dyskusji, kwiecień 2007. str. 47
11. Judge K, Platt S, Costongs C and Jurczak K. Health Inequalities: a Challenge for Europe. Niezależny raport ekspercki zamówiony i opublikowany pod patronatem Prezydentury Wielkiej Brytanii w UE, październik 2005.
12. Adaptacja prezentacji Martina McKee z Seminarium w London School of Economics 7 maja 2009:
13. http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/eventsAndSeminars/health_inequities/health_inequities___seminar_2009.aspx
14. Belgia, Czechy, Anglia, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlandia, Holandia, Norwegia, Polska, Szkocja, Słowenia, Hiszpania i Walia.
15. Lavin, T & Metcalfe, O. Policies and Actions Addressing the Social Determinants of Health Inequities. Examples of Activity in Europe. DETERMINE dokument roboczy Nr 1. Bruksela: Instytut Zdrowia Publicznego w Irlandii, EuroHealthNet; 2008.
16. Tamże.
17. Komisja do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia. Zlikwidowanie nierówności na przestrzeni jednego pokolenia: Równość w zdrowiu przez działania na społeczne determinanty zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia, 2008. Box 10.3, str. 113
18. <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>
19. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=750&langId=en>
20. Lavin, T & Metcalfe, O. 2008.
21. Konsultacje prowadzone były w Belgii, Czechach, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Niemczech, na Węgrzech, we Włoszech, na Łotwie, w Norwegii, Polsce, Rumunii, Słowenii, Szwecji i w Wielkiej Brytanii.
22. Fasso, S. Voices from Other Fields: An Account of 40 Consultations with non-health policy makers and politicians across Europe on tackling the socio-economic determinants of HI. DETERMINE Dokument Roboczy Nr 3. Bruksela: EuroHealthNet, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2008
23. Lavin, T & Metcalfe, O. Economic arguments for addressing social determinants of health inequities. DETERMINE Dokument Roboczy Nr 4. Bruksela: Instytut Zdrowia Publicznego w Irlandii, EuroHealthNet; 2009
24. Tamże
25. Christopoulos, A, Mc Vey, D & Crosier, A. A Rapid Review of Innovation in the Context of Social Determinants. Lessons from Europe. DETERMINE Dokument Roboczy Nr 2. Bruksela: National Social Marketing Centre, EuroHealthNet; 2008, and Christopoulos, A, Mc Vey, D & Crosier, A. Lessons from the DETERMINE Pilot Project. Bruksela: National Social Marketing Centre, EuroHealthNet; 2010
26. Sprawozdanie Sekretarza Generalnego, udoskonalona współpraca między Organizacją Narodów Zjednoczonych i wszystkimi istotnymi partnerami, w szczególności z sektora prywatnego, sierpień 2003
27. Chiotan, C & Costongs, C. Can we build on existing information systems to monitor health inequities and the social determinants of health in the EU? Bruksela: EuroHealthNet; 2010.
28. http://www.kbs-frb.be/domain_search.aspx?theme=235118&LangType=2060
29. <http://www.healthscotland.com/>
30. Christopoulos, A, Mc Vey, D & Crosier, A. 2010
31. Stegeman, I., Costongs, C., Jones C. Menu of Awareness Raising and Capacity Building Actions to address the social determinants of health and to improve health equity. Bruksela: EuroHealthNet, IUHPE; 2009
32. Chiotan, C. Report summarizing the capacity building activities of the DETERMINE partners. Brussels: EuroHealthNet, 2010.
33. Systemy zdrowotne zostały zdefiniowane w Karcie Tallińskiej „Systemy opieki zdrowotnej dla zdrowia i dobrobytu”. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
34. Sprawozdanie Końcowe Komisji do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia (CSDH) WHO, 2008.



www.health-inequalities.eu

The screenshot shows the homepage of the DETERMINE website. At the top, there is a browser window with the URL <http://www.health-inequalities.eu/>. The website header features the DETERMINE logo and the tagline "AN EU CONSORTIUM FOR ACTION ON THE SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH | WORKING TOGETHER FOR HEALTH EQUITY". A search bar is located on the left, and navigation links for "Help", "Sitemap", "Print", "Contact", and "News Alert" are on the right.

The main content area is titled "Welcome to the European Portal for Action on Health Equity". It includes a navigation sidebar on the left with buttons for "Home", "About DETERMINE", "DETERMINE Key Outcomes", "DETERMINE Partners", "Good Practice Directory", "National Level Policies", "EU Policy", "Publications", "Events", and "Links". Below the sidebar, there is a text block stating: "This Portal is a tool to promote health equity amongst different socio-economic groups in the European Union. Here, you can find information on policies and interventions to promote health equity within and between the countries of Europe, via the socio-economic determinants of health." It also mentions that the information is the result of a collaboration of health and social actors in the EU, and that the DETERMINE initiative (2007-2010) establishes an EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health (SDH). Links are provided for a short film overview and a film about the Social Determinants of Health.

Below this, a green box contains the text: "European Commission announces a series of actions that will be undertaken to reduce health inequalities in the EU. For more information, [click here](#)".

A section titled "What are you interested in?" features a central vertical blue bar with several horizontal buttons branching out to the left and right. The buttons include: "Get information on the DETERMINE project", "Discover Health in all Policies", "Learn about Innovative Approaches", "Find out about Capacity Building activities", "Get to know the DETERMINE Partners", "Search for Good Practice", "Read about National Level Policies", and "Get information on EU Policy".

On the right side of the page, there are several vertical boxes: "DETERMINE final conference" with a poster for "Health across Sectors", "DETERMINE Working Documents" with a poster for "ECONOMIC ARGUMENTS", and "Featured Project Example" with a poster for "Development of a High Professional Immigration Body".



Zrzeczenie się wyłączności praw do tekstu - jest to zbiorowy raport uzgodniony przez Konsorcjum DETERMINE i każdy partner ma prawo, aby wyrazić swoje poglądy lub przedstawić pewne elementy swojej pracy odrębnie, jeśli uzna to za stosowne.