

Stanisława Golinowska

Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia i polityka spójności

Słowa kluczowe: europejska polityka regionalna, europejska polityka spójności, europejski model społeczny, nierówności zdrowia, społeczne determinanty zdrowia, spójność społeczna

■ Wprowadzenie

Różnice statusu zdrowotnego populacji w perspektywie terytorialnej są zarówno wyrazem oddziaływania złożonej kombinacji czynników wpływających na zdrowie w różnych miejscach życia ludzi, jak i autonomicznie działającego czynnika środowiskowego. To utrudnia badania nastawione na oddzielenie poszczególnych czynników i próby wyjaśnienia, które z nich są bardziej, a które mniej odpowiedzialne za występowanie nierówności.

Czynnik przestrzeni ma natomiast szczególne znaczenie w prowadzeniu polityki zdrowotnej nastawionej na ograniczanie nierówności. Nawet jeśli struktura władzy zarządzającej zasobami opieki zdrowotnej nie jest zdecentralizowana, to alokacja środków na potrzeby zdrowotne zawsze uwzględnia kryterium podziału terytorialnego. Ogłęd nierówności zdrowia w perspektywie terytorialnej jest więc statystyczną podstawą, wykorzystywaną w podejmowaniu decyzji o podziale zasobów.

Terytorialna perspektywa nierówności zyskała na znaczeniu w związku z europejską polityką spójności, której istotnym wymiarem jest wyrównywanie przestrzennych warunków życia, a wśród nich równego dostępu do usług zdrowotnych. Polityka spójności jest jedną z aktywniejszych i bardziej internalizowanych w krajach członkowskich polityk ze względu na mocne instrumenty finansowe w postaci funduszy strukturalnych oraz funduszu spójności (Cohesion Fund) dzielonych w istotnym zakresie terytorialnie, a nie tylko krajowo czy sektorowo.

W polityce spójności znajduje wyraz nowe podejście do polityki zdrowotnej, w której uwzględnia się oddziaływanie na czynniki determinujące zdrowie, a nie tylko na budowanie lepszego systemu opieki zdrowotnej dla ludzi już posiadających problemy ze zdrowiem. Także w stosunku do zwalczania nierówności zdrowia akcentuje się inwestowanie w determinanty zdrowia, a nie tylko w zmniejszanie ograniczeń w dostępie do usług zdrowotnych.

Nierówności w dostępie do usług zdrowotnych stanowią jeden z czynników nierówności statusu zdrowotnego populacji. Wprawdzie opieka zdrowotna nie jest najważniejszym czynnikiem zdrowia, jak to już jest powszechnie zrozumiałe dzięki koncepcji pól zdrowia Marca Lalonde'a (1974 rok) oraz tęczy determinant zdrowia Margaret Dahlgren i Martina Whiteheada (2003 rok) [1], ale jej brak może stanowić o zagrożeniu zdrowia i życia. Udział usług zdrowotnych w zmniejszaniu umieralności na wiele chorób nie tylko zakaźnych, ale także cywilizacyjnych, w ratowaniu życia w wyniku wypadków i katastrof jest obecnie niezaprzeczalnie zasadniczy. Równy dostęp do usług zdrowotnych stał się więc zarówno nakazem etycznym, jak i powszechnym celem politycznym oraz oczekiwanym celem społecznym. Stał się podstawą poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, wykraczając poza cele związane z przestrzennym wyrównywaniem warunków życia.

Ukazanie problemów nierówności zdrowia w ujęciu terytorialnym wymaga więc przedstawienia zarówno nierówności zdrowia, jak i nierówności dostępu do opieki zdrowotnej. Dopiero obrazy uzyskane na podstawie obu analiz mogą tworzyć przesłanki polityki spójności w odniesieniu do zdrowia. Celem opracowania jest więc przegląd i analiza informacji pomocnych w uzyskaniu obu perspektyw w kontekście europejskiej i krajowej polityki spójności ukierunkowanej na ograniczanie nierówności w ujęciu przestrzennym. Prowadzone rozważania ujmowane są szerzej niż to zwykle ma miejsce w analizach nierówności zdrowia. Identyfikują bowiem zarówno zjawiska nierówności zdrowia w przekrojach terytorialnych, jak i kierunki polityki terytorialnej oraz zdrowotnej (sektorowej), ukazując w nich podstawy do odpowiednich działań zmniejszających nierówności zdrowia w wymiarze przestrzennym. Artykuł powstał jako wyraz obawy o niedostrzeżenie (a może i lekceważenie) zjawiska nierówności zdrowia w wymiarze przestrzennym, w sytua-

cji, gdy istnieją możliwości i środki oddziaływania na ich zmniejszanie w ramach europejskiej polityki spójności.

1. Jednostki przestrzenne i wskaźniki

Wszystkie terytorialne analizy zjawisk społecznych (w tym nierówności w zdrowiu) prowadzone są w przekrojach regionalnych, według wielkości miast, a w dużych miastach nawet według dzielnic, a także w przekroju miasto–wieś. Stosowanie takich, a nie innych podziałów terytorialnych wynika z dostępności odpowiednich danych statystycznych, które są zbierane w zgodzie z usytuowaniem kompetentnej dla tych celów administracji, a ta lokowana jest odpowiednio do terytorialnego podziału władzy. Inne podziały mogą być stosowane ze względu na tradycję agregowania danych populacyjnych przez urzędy centralne, np. podział na miasto i wieś stosowany w wielu krajach, także przez GUS, albo ze względu na przyjęte ustalenia w organizacjach międzynarodowych.

W Unii Europejskiej (UE) stosuje się obecnie podziały według jednostek geograficznych zwanych NUTS. Propozycja europejskiej klasyfikacji podziału terytorialnego została przedstawiona oficjalnie w 2003 roku ze względu na potrzebę pewnej harmonizacji dla celów nie tylko statystycznych, ale przede wszystkim polityki regionalnej, w której wykorzystywane są fundusze strukturalne UE. Klasyfikacja NUTS obejmuje trzy poziomy: makroregionów (NUTS 1), mniejszych regionów, co odpowiada polskim województwom (NUTS 2) oraz podregionów (NUTS 3). Kraje członkowskie, jak dotychczas, stosują klasyfikację europejską dobrowolnie, na podstawie dżentelmeńskich uzgodnień (European Commission 2007).

Statystyka regionalna w Polsce uwzględnia klasyfikację europejską częściej w odniesieniu do dwóch pierwszych poziomów (NUTS 1 i NUTS 2), rzadziej do poziomu trzeciego, niemającego odpowiednika w podziale administracyjnym kraju. Notabene ten najniższy poziom europejskiej klasyfikacji jest także trudno identyfikowalny w statystyce innych krajów, a ponadto nie odpowiada administracyjnej koncepcji poziomu lokalnego, który jest podstawą polityki lokalnej. Z tego powodu trwają obecnie w UE prace nad wyodrębnieniem poziomu czwartego – lokalnego.

Terytorialne analizy nierówności zdrowia prowadzone są przy zastosowaniu różnych wskaźników w miarę rozbudowywania odpowiednich statystyk. Najczęściej stosowany jest wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia z jego wariantami charakteryzującymi obciążenia chorobami: *disability adjusted life years* – DALY lub *years of life lost* – YLL czy *potencial years of life lost* – PYLL. W statystyce Eurostatu przyjętą się wskaźnik dożywania życia w zdrowiu (bez niepełnosprawności) – *healthy life years* – HLY. Ponadto analizowane są wskaźniki umieralności na główne choroby zagrażające życiu i choroby znacząco pogarszające jakość życia.

2. Europejskie badania nierówności zdrowia w ujęciu przestrzennym

Wśród europejskich badań nierówności zdrowia, obok rozpoznawania nierówności w perspektywie społecznej (społeczne determinanty zdrowia)¹, w ostatnich latach tworzone są narzędzia i zbierane dane do regionalnych analiz nierówności w zdrowiu². Prace w tej dziedzinie mają kilka nurtów: statystyczny, inicjowany przez Eurostat we współpracy z europejskim oddziałem WHO, administracyjno-monitorujący (*policy*), prowadzony przez Komisję Europejską (DG Sanco) i naukowo-badawczy, realizowany głównie przez tzw. projekty ramowe UE lub inne projekty naukowe sponsorowane przez Komisję Europejską czy inne instytucje europejskie.

Rozpoznania Eurostatu (wraz z WHO) obejmują głównie wskaźniki umieralności, ukazywane w publikacji *Atlas for health in Europe*. Ostatnia edycja (2008), wzbogacona przez analizy Eurostatu [2], przedstawia wskaźniki umieralności w wieku 0–64 lata, które można nazwać wskaźnikami umieralności przedwczesnej w ujęciu regionalnym (NUTS 2). Co z nich wynika?

- Większość polskich województw należy do grupy regionów o najwyższych wskaźnikach umieralności przedwczesnej (poza Małopolską i Podkarpacie) wraz ze wszystkimi regionami w krajach bałtyckich, większością regionów Europy Południowo-Wschodniej (Rumunii, Węgier, Bułgarii), licznymi regionami byłej Jugosławii, a także regionami północnymi w Wielkiej Brytanii.
- Najwyższe wskaźniki utraconych lat życia wynikają z przedwczesnej umieralności na chorobę niedokrwinną serca (*ischaemic heart diseases*) wśród mężczyzn w większości regionów krajów Europy Południowo-Wschodniej i krajów bałtyckich, a także w licznych regionach krajów skandynawskich oraz Wielkiej Brytanii. W Polsce tylko na Śląsku wskaźniki są podobnie wysokie.
- Najwyższe wskaźniki utraconych lat życia w polskich województwach w porównaniu z innymi regionami w Europie dotyczą umieralności z powodu nowotworów płuc u mężczyzn oraz szyjki macicy u kobiet. Podobnie wysokie wskaźniki obserwuje się także w innych regionach nowych krajów członkowskich i z rzadka w wybranych regionach starej Europy (np. w północnej Danii w przypadku raka szyjki macicy).
- Wypadki komunikacyjne i samobójstwa są także relatywnie wysokie w Polsce (i w krajach bałtyckich), przyczyniając się z tego powodu do najwyższych w Europie wskaźników utraconych lat życia wśród mężczyzn w północnych i środkowych województwach Polski (z dodaniem Śląska na południu).

W regionalnych danych Eurostatu [3] znajdujemy interesujące dane na temat przyczyn umieralności osób starszych (65+), wśród których choroby układu oddechowego są decydujące (9 na 10 przypadków zgonów). Są to zarówno choroby infekcyjne (grypa, zapalenie płuc), jak i przewlekłe (astma, obturacyjna choroba płuc). Najbardziej zagrożone regiony w zakresie chorób układu oddechowego występują u starszych mężczyzn w Wielkiej

Brytanii, Belgii, północnej Skandynawii, a także w Portugalii i zachodniej Hiszpanii. W Polsce jest to głównie województwo warmińsko-mazurskie.

Dodatkowe informacje i pogłębione analizy regionalnych różnic zdrowia pochodzą z europejskich badań, realizowanych w ramach specjalnych projektów. Badania zrealizowane i ostatnio podjęte (często jako kontynuacja)³ wyjaśniają zróżnicowania regionalne w Europie w kontekście innych zmiennych (społeczno-ekonomicznych), wypracowując rekomendacje adresowane do lokalnych *policy makers*.

Wnioski pochodzące z europejskich projektów zasługują w Polsce na wnikliwą analizę, mimo że tylko w niektórych uwzględniane były dane dotyczące Polski i tylko w niektórych brali udział eksperci z Polski. W jednym z nich pod nazwą „Wskaźniki nierówności zdrowia w europejskich regionach”, znanego z akronimu I2SARE (*Health Inequalities Indicators in the Regions of Europe*), wykorzystano istniejące dane do dwóch celów: przedstawienia obrazu każdego regionu w Europie oraz stworzenia klasyfikacji europejskich regionów w wymiarze zdrowia. Wyniki projektu I2SARE pozwalają więc opisać (przedstawić profil) każdego spośród 265 regionów w UE przy zastosowaniu wyznaczonych wskaźników: (zob. www.i2sare.eu), umożliwiając porównania z innymi regionami w Europie i w kraju.

Utworzone klasyfikacje pozwalają z kolei na analizę usytuowania w grupach regionów, na ich rankingi. Regiony grupowano w klastry o podobnych wartościach wyznaczonych wskaźników z takich obszarów, jak: cechy społeczno-demograficzne mieszkańców regionu traktowane jako społeczne determinanty zdrowia, status zdrowotny (przeciętne trwanie życia, umieralność i chorobowość), czynniki ryzyka zdrowia oraz zasoby opieki zdrowotnej. Utworzono kilka typologii: jedną generalną oraz kilka odrębnych dla każdego z obszarów. W ramach utworzonych typologii bardzo często polskie województwa sytuowały się w pierwszej grupie o najgorszych wartościach głównych wskaźników.

W ramach typologii generalnej (osiem klastrów) wszystkie polskie województwa sytuowały się w grupie pierwszej (klaster 1). Istotne znacznie dla tej pozycji miał zastosowany wskaźnik różnicy między średnim oczekiwanym trwaniem życia kobiet i mężczyzn, który w polskich regionach kształtował się w przedziale 8–10 lat, wyższy był tylko w Estonii – 11 lat.

W ramach typologii obejmującej status zdrowotny (cztery klastry), gdzie uwzględniano wskaźniki przedwczesnej umieralności (do 65. roku życia) oraz umieralności niemowląt, polskie województwa znalazły się także w pierwszej grupie, za Estonią. Mimo znacznego postępu, jaki osiągnięto w Polsce w zakresie zmniejszania umieralności na choroby układu krążenia, głównej przyczyny umieralności, w porównaniu z zamożnymi krajami starej Europy, jest to ciągle poziom znacznie niższy. Ponadto postęp w zmniejszaniu umieralności z powodu innych przyczyn jest niedostateczny, a szczególnie z powodu chorób nowotworowych i tzw. przyczyn zewnętrznych [4].

W typologii zasobów opieki zdrowotnej (cztery klastry), gdzie podstawowe wskaźniki dotyczyły liczby lekarzy i pielęgniarek na 100 000 mieszkańców, 14 polskich

województw sytuowało się w grupie pierwszej, o najniższych wartościach wskaźników. W krajach UE liczne regiony o niskich zasobach występują jeszcze we Włoszech i we Francji. Regiony o wysokich wskaźnikach zasobów występują najczęściej w Szwecji oraz w Hiszpanii.

W klasyfikacji społecznych determinant zdrowia (pięć klastrów) polskie województwa pozycjonują się znacznie lepiej, w grupie piątej, o najlepszych wartościach wskaźników. Pod względem wskaźników demograficznych, wykształcenia, urodzeń przez młodociane matki, a nawet bezrobocia, większość europejskich regionów ma wartości gorsze niż znaczna część województw w Polsce.

Refleksja nad wynikami przedstawionego projektu w odniesieniu do polskich województw uświadamia bardzo niskie ich usytuowanie w zakresie zdrowia i zasobów zdrowotnych i relatywnie wysokie w zakresie demograficznych i społecznych cech populacji. To oznacza, że system opieki zdrowotnej oraz polityka społeczna niedostatecznie inwestują w zdrowie, eksploatując korzystne jeszcze cechy populacji. Zauważmy, że korzystne obecnie cechy demograficzne już w najbliższej dekadzie nie będą tak dobre. Dynamika starzenia się w Polsce będzie bardzo wysoka, znacznie wyższa niż w starych krajach UE.

3. Przestrzenne nierówności zdrowia w Polsce

Badania nierówności zdrowia w przekrojach terytorialnych w Polsce opierają się na ogólnych statystykach warunków życia prowadzonych przez GUS w ujęciu regionalnym, tworzących statystyczną bazę danych: „bank danych lokalnych”. W tym zbiorze informacji znajdujemy dwa rodzaje wskaźników dotyczących zdrowia:

1. przeciętne dalsze trwanie życia i pochodne tego wskaźnika,
2. umieralność ogólna, według głównych przyczyn zgonów.

Przeprowadzone rozpoznania⁴ zawarte w tej części artykułu obejmują głównie wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia.

Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce uległo znacznej poprawie od czasu wielkiej zmiany systemowej, czyli od 1990 roku i to we wszystkich regionach, przy czym w większości województw wzrost przeciętnej długości życia był większy dla mężczyzn niż dla kobiet, co jest wyrazem kompensacji nadumieralności mężczyzn we wcześniejszym okresie. Mimo tego europejskie analizy porównawcze wskazują, że ta ciągle duża skala różnicy wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia w przekroju płci sytuuje Polskę w grupie krajów o znacznych nierównościach zdrowia (**Tabela I**).

Obserwując zmiany przeciętnego dalszego trwania życia w województwach, można wskazać trzy grupy województw o trzech odmiennych tendencjach:

1. Województwa o niskich wskaźnikach trwania życia w 2009 roku i najmniejszym wzroście przeciętnego trwania życia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (łódzkie, lubelskie). Jeśli ten trend będzie się utrzymywał, należy oczekiwać, że w kolejnym dziesięcioleciu przeciętne trwanie życia wciąż będzie niższe w tych województwach niż w innych regionach.

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	1990	2009	Zmiana 1990–2009	1990	2009	Zmiana 1990–2009
Łódzkie	65,3	69,2	3,9	74,5	78,9	4,4
Lubelskie	66,8	70,8	4,0	76,4	80,5	4,1
Podlaskie	67,1	71,9	4,8	76,8	81,5	4,7
Świętokrzyskie	66,7	71,7	5,0	76,0	81,1	5,1
Małopolskie	68,0	73,1	5,1	76,3	81,1	4,8
Dolnośląskie	65,7	70,9	5,2	74,7	79,4	4,7
Podkarpackie	68,0	73,2	5,2	76,4	81,1	4,7
Mazowieckie	66,6	71,8	5,2	75,9	80,4	4,5
Śląskie	65,8	71,0	5,2	74,2	79,1	4,9
Warmińsko-mazurskie	65,4	70,7	5,3	75,2	79,8	4,6
Lubuskie	65,2	70,7	5,5	74,6	79,5	4,9
Kujawsko-pomorskie	65,7	71,4	5,7	74,6	79,5	4,9
Zachodniopomorskie	65,1	71,0	5,9	74,5	79,5	5,0
Opolskie	66,5	72,7	6,2	74,9	80,5	5,6
Wielkopolskie	65,8	72,0	6,2	74,9	79,9	5,0
Pomorskie	66,0	72,5	6,5	74,7	80,1	5,4

* Województwa są uszeregowane od najmniejszego do największego wzrostu przeciętnego trwania życia mężczyzn.

Tabela I. Dynamika zmian przeciętnego trwania życia w latach 1990–2009 w przekroju płci i województw*.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (2010) [5], Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa.

Uwagi wymaga pozycja województwa łódzkiego o najniższych wskaźnikach statusu zdrowotnego w Polsce. Towarzyszy temu wysoki udział ludności starszej i najwyższy w Polsce udział pobierających świadczenia emerytalno-rentowe. Koncepcje rozwoju tego regionu w małym stopniu uwzględniają tę specyficzną sytuację. Opierają się na wysokich wskaźnikach kształcenia młodzieży oraz geograficznym usytuowaniu metropolii łódzkiej, pozwalającej na budowanie centralnego węzła komunikacyjnego w Polsce [7].

2. Województwa o najwyższych przeciętnych wskaźnikach trwania życia w 2009 roku i umiarkowanym wzroście wskaźników w ostatnich dwóch dziesięcioleciach (małopolskie, podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie).

W tej grupie komentarza wymaga najwyższa pozycja Małopolski. Jest to region wysoce zróżnicowany pod względem rozwoju, o silnej pozycji metropolitalnej Krakowa, miasta promieniującego na kraj, a „wysysającego” zasoby wewnątrzregionalne. W wymiarze zdrowia Małopolska posiada znaczny potencjał zasobów kadr medycznych, placówek zdrowia i ośrodków uzdrowiskowych, które mogłyby stać się podstawą realizacji strategii rozwoju opartej na koncepcji srebrnej gospodarki, wykorzystującej proces starzenia się do uruchomienia czynników wzrostu gospodarczego, wynikających z aktywizacji życiowej i wzrostu konsumpcji starszej populacji [6].

3. Województwa z przeciętnymi wskaźnikami trwania życia w 2009 roku, ale najwyższym wzrostem lat życia w ostatnich dwóch dziesięcioleciach (opolskie, pomorskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).

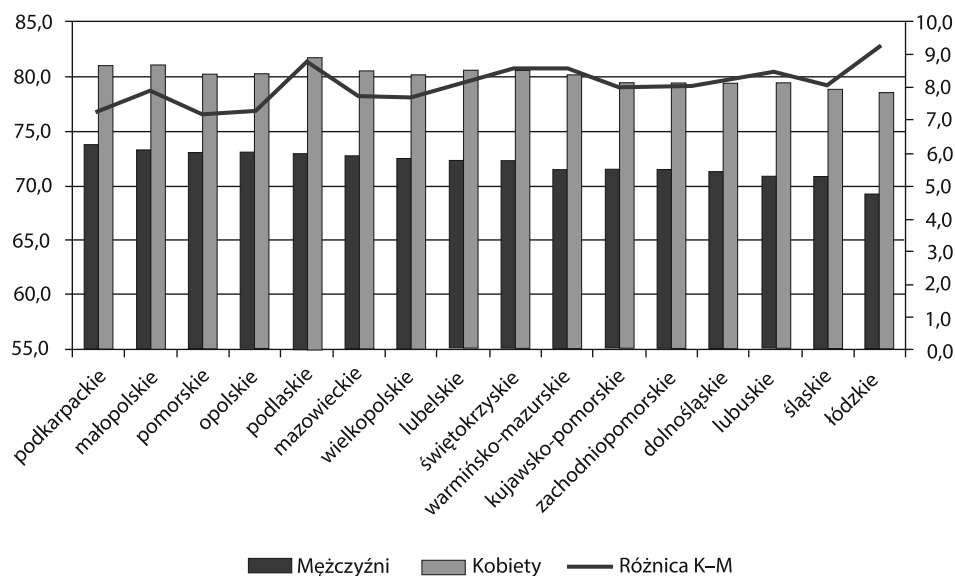
Wśród województw o wysokiej dynamice przeciętnego dalszego trwania życia, mamy wprawdzie różne

uwarunkowania rozwojowe, ale jeden czynnik wspólny – wysoką dynamikę dochodów ludności [7].

Jeśli tendencje z okresu ostatnich dwudziestu lat będą podobne w przyszłości, nierówności trwania życia pomiędzy południem a północą kraju będą się zmniejszały. Trudno natomiast prorokować, czy będą zmniejszać się nierówności trwania życia pomiędzy województwami o najniższych wskaźnikach i najniższej dynamice wzrostu trwania życia (województwo łódzkie i lubelskie) a resztą kraju, jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie interwencje na rzecz zdrowia w tych regionach.

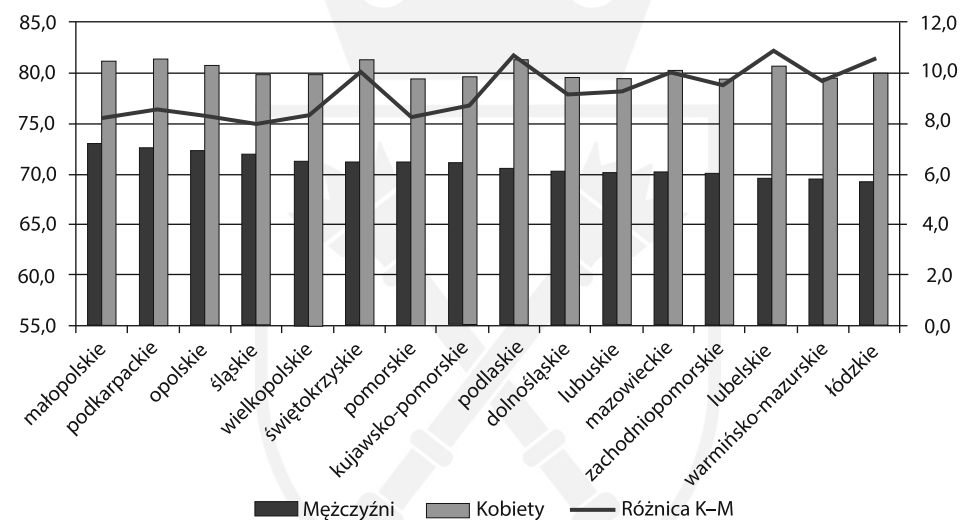
Wskaźniki przeciętnego dalszego trwania życia są zróżnicowane także w przekroju miasto–wieś. Ogólnie są one wyższe w miastach w porównaniu z obszarami wiejskimi, chociaż dotyczy to głównie mężczyzn. Zróżnicowanie w przekroju miasto–wieś wśród kobiet jest nieznaczne. Regionalne zróżnicowanie wskaźnika dalszego trwania życia mężczyzn na wsi jest podobne jak w mieście. Mężczyźni potencjalnie żyją najdłużej w miastach i na wsiach województwa podkarpackiego i małopolskiego, a najkrócej w miastach i na wsiach województwa łódzkiego. Wskaźniki dla kobiet są nie tylko podobne na wsi, jak i w mieście, ale mniej zróżnicowane regionalnie. Kobiety żyją nieco dłużej w miastach województwa podlaskiego, a najkrócej w miastach województwa łódzkiego. Przeciętne trwanie życia wiejskich kobiet jest nieco krótsze w województwach ze znacznym udziałem popegeerowskiego rolnictwa: w warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim, lubuskim czy dolnośląskim (**Wykres 1 i 2**).

Wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia nie zawsze oznacza życie w dobrym zdrowiu. Aby uchwycić jakość dłuższego życia, stosowany jest w sta-



Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w miastach według województw.

Źródło: na podstawie danych GUS (2010) [5], Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa.



Wykres 2. Przeciętne trwanie życia według województw na wsi.

Źródło: na podstawie danych GUS (2010) [5], Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa.

tystyce wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu – *Healthy Life Years* (HLY), nazywany także współczynnikiem oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności. Wskaźnik ten jest niższy w starszych grupach wiekowych, np. wśród osób 70-letnich tylko co piąty mieszkaniec Europy jest w dobrej formie. Europejscy eksperci, stosując ustalenia projektu na temat wskaźników zdrowotnych w UE (*European Community Health Indicators – ECHI*), oszacowali, że okres niedołęstwa starczego stanowić może średnio 38% przeciętnego dalszego trwania życia kobiet powyżej 65. roku życia i 27% przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn w tej samej grupie wiekowej [8]. W konsekwencji wyższym wskaźnikom przeciętnego trwania życia towarzyszą gorsze wskaźniki życia w dobrym zdrowiu. Na przykład w Niemczech 67% populacji dożywa swych lat w sprawności, a w Polsce wskaźnik ten wynosi

81% w przypadku mężczyzn i 77% w przypadku kobiet. Tylko mieszkańcy krajów skandynawskich żyją najdłużej i jednocześnie najzdrowiej (**Tabela II**).

Inny stosowany wskaźnik oceny zdrowia populacji, to wskaźnik tzw. przedwczesnej umieralności, czyli do 65. roku życia. Wskaźnik ten traktowany jest jako szczególnie ważna informacja w prowadzeniu skutecznej polityki zdrowotnej. Przedwczesnej umieralności można bowiem zapobiegać, jako że związana jest z niezdrowym stylem życia oraz innymi zewnętrznymi zagrożeniami zdrowia. W krajach europejskich przeciętnie 20% zgonów przypada na okres do 65. roku życia. Wśród mężczyzn wskaźnik ten jest dwa razy wyższy niż wśród kobiet (w Estonii 3 razy). Nowe kraje członkowskie, bez wyjątku, mają ten udział znacznie wyższy niż stare, chociaż są w starej Europie regiony o wysokim wskaźniku

Kraj	Przy urodzeniu (0 lat)				W wieku 65 lat			
	LE		HLY		LE		HLY	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
EU-27	75,84	82,01	–	–	16,84	20,34	–	–
Austria	77,19	82,82	58,4	60,8	17,32	20,71	7,0	7,5
Belgia	76,63	82,28	62,8	62,8	16,98	20,65	9,5	9,8
Bułgaria	69,20	76,32	–	–	13,17	16,29	–	–
Cypr	78,80	82,44	64,3	63,2	17,73	19,71	9,4	7,2
Czechy	73,48	79,93	57,8	59,8	14,84	18,30	6,7	7,1
Dania	76,08	80,74	67,7	67,1	16,24	19,17	12,6	14,1
Estonia	67,41	78,55	49,4	53,7	13,19	18,30	4,0	3,9
Finlandia	75,90	83,09	52,9	52,7	16,89	21,18	6,1	7,4
Francja	77,29	84,37	62,7	64,1	18,20	22,62	8,6	9,5
Grecja	77,21	81,92	66,3	67,9	17,46	19,44	10,1	10,2
Hiszpania	77,74	84,40	63,7	63,3	17,88	21,99	9,9	9,4
Holandia	77,71	82,03	65,0	63,2	16,82	20,29	10,9	11,2
Irlandia	77,31	82,10	63,3	65,0	16,77	20,23	9,2	10,6
Litwa	65,28	77,03	52,4	56,1	13,04	17,62	5,8	5,2
Luksemburg	76,83	81,88	61,0	61,8	17,03	20,26	8,6	9,1
Łotwa	65,43	76,32	50,5	52,1	12,69	17,28	4,4	4,2
Malta	76,98	81,93	68,1	69,2	16,11	19,53	9,9	9,7
Niemcy	77,20	82,44	58,5	58,0	17,25	20,49	7,7	7,3
Polska	70,93	79,65	58,2	62,5	14,52	18,82	7,2	8,1
Portugalia	75,53	82,28	59,6	57,6	16,58	20,22	6,8	5,9
Rumunia	69,21	76,18	–	–	13,62	16,47	–	–
Słowacja	70,41	78,43	54,3	54,4	13,34	17,33	4,0	3,8
Słowenia	74,45	81,96	57,6	61,0	15,85	20,05	8,3	9,5
Szwecja	78,79	83,06	67,1	67,0	17,71	20,89	12,9	13,9
Węgry	69,20	77,76	54,2	57,0	13,65	17,70	5,0	5,5
Wielka Brytania	77,08**	81,12**	63,2**	65,0**	17,02**	19,52**	10,3**	11,1**
Włochy	77,94*	83,82*	65,8**	67,0**	17,49*	21,55*	9,4**	9,7**

Tabela II. Przeciętna oczekiwana długość trwania życia i przeciętna oczekiwana długość trwania życia w zdrowiu w 2006 roku.

* dane dla 2004 roku.

** dane dla 2005 roku.

LE – przeciętna oczekiwana długość życia,

HLY – lata spędzone w zdrowiu (*healthy life years*).

Źródło: Eurostat [3], Eurostat regional yearbook 2010, Luxembourg.

przedwczesnej umieralności, np. w Szkocji, w Danii czy północno-wschodniej Francji [9]. W Polsce wszystkie województwa sytuują się w grupie regionów (NUTS 2) o najwyższych wskaźnikach przedwczesnej umieralności (powyżej 148 na 100 000 mieszkańców). Wyjątkiem są trzy południowe województwa (małopolskie, podkarpackie i świętokrzyskie) w odniesieniu do wskaźnika umieralności kobiet, o jedną grupę lepszej pozycji.

4. Dostęp do usług zdrowotnych

Dostęp do usług zdrowotnych jest wprawdzie pośrednim czynnikiem oddziaływania na zdrowie, jednak jego znaczenie w kontekście politycznym jest zasadnicze. W poprawianiu dostępu możliwość oddziaływania jest

znacznie większa niż w przypadku wpływania na styl życia. Ponadto adresatem tego oddziaływania jest pacjent – osoba chora, a tym samym słabsza, potrzebująca pomocy. To pacjent idzie do lekarza, potrzebuje szpitala, karetki i rehabilitacji. Hasło „dla dobra pacjenta” jest od wielu lat w retoryce polskiego środowiska medycznego oraz wśród polityków głównym hasłem ochrony zdrowia. To dla dobra pacjenta potrzebny jest równy dostęp do opieki zdrowotnej. To podejście mieści się w koncepcji dowartościowywania (*empowerment*) i swobody wyboru pacjenta, wartości tak charakterystycznej dla liberalnego nurtu kształtowania ładu społecznego [10], chociaż silnie eksponowanego także w koncepcjach bardziej socjalnych, w których zakłada się, że podstawą równości

dostępu jest dobrze zaplanowana i ukształtowana podaż usług zdrowotnych [11].

Równość dostępu do opieki zdrowotnej ma kilka wymiarów. Pierwszy – to wymiar regulacyjny (prawny); zapisanie w odpowiednich ustawach zakazu dyskryminacji ze względu na narodowość, religię, pochodzenie, wiek i płeć, a także ze względów ekonomicznych, chociaż w tym przypadku w wielu krajach jest to raczej oczekiwanie niż rzeczywistość.

Kolejne wymiary – to już dostępność realna. I tak: drugi wymiar, który ma charakter instytucjonalno-infrastrukturalny, oznacza, że pacjent ma dostęp do odpowiednich placówek opieki zdrowotnej w określonym czasie i dzięki możliwym do użycia środkom transportu, a w minimalnym zakresie – do lekarza opieki podstawowej z niezbędnym zapleczem usług medycznych. W niektórych krajach europejskich przestrzenną równość dostępu gwarantują ustawowe zapisy o sieciach placówek, głównie opieki podstawowej, ratownictwa i szpitali.

Trzeci wymiar – to wymiar organizacyjny, oznaczający, że przestrzennie dostępne placówki mają korzystnie dla pacjenta zorganizowany czas pracy, bez zbędnej biurokracji i z pełną informacją, pozwalającą pacjentowi na właściwe korzystanie z usług medycznych.

Czwarty wymiar – to dostępność finansowa, analizowana z punktu widzenia zdolności pacjenta do zapłacenia za usługi medyczne (*affordability*) w konkretnym miejscu.

Piąty wymiar – to poziom odczuć pacjenta i jego rodziny, analizowany na podstawie akceptacji oferty medycznej i satysfakcji z udzielonych świadczeń.

Wymiary dostępności realnej zostają silnie zaburzone w warunkach niedostatecznych zasobów: kadrowych i materialnych. Pojawiają się kolejki: do lekarza specjalisty i do szpitala. W jednych regionach mogą być większe, w innych mniejsze, a w nielicznych może wcale ich nie być.

Kompleksowe badania nierówności dostępu, we wszystkich wymienionych wymiarach, nie są powszechnie prowadzone. Najbardziej znane badania i rekomendacje angielskie [12] stały się metodologicznym wzorem dla badań w innych krajach oraz badań europejskich.

W połowie dekady Europejskie Stowarzyszenie Medyków Zdrowia (EHMA) kierowało dwoma projektami, poświęconymi zagadnieniu dostępności do usług zdrowotnych: Healthaccess [13] i Healthquest [14], które oceniały dostępność w następujących wymiarach:

- pokrycie ludności ubezpieczeniem zdrowotnym (publicznym i prywatnym);
- zakres i rodzaj usług zdrowotnych w koszyku świadczeń gwarantowanych;
- udział pacjentów w pokrywaniu kosztów usług zdrowotnych (*cost sharing*);
- geograficzne bariery dostępu;
- organizacyjne bariery dostępu;
- korzystanie z dostępnych usług zdrowotnych.

W badaniach Healthquest uwzględniano ponadto spojrzenie na problem dostępu z punktu widzenia tzw. grup wrażliwych (*vulnerable*), a szczególnie imigrantów, osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób starszych. Badania polskie, jakie przygotowano w ramach obu projektów [15, 16], pozwoliły na wstępne rozpoznanie nierówności

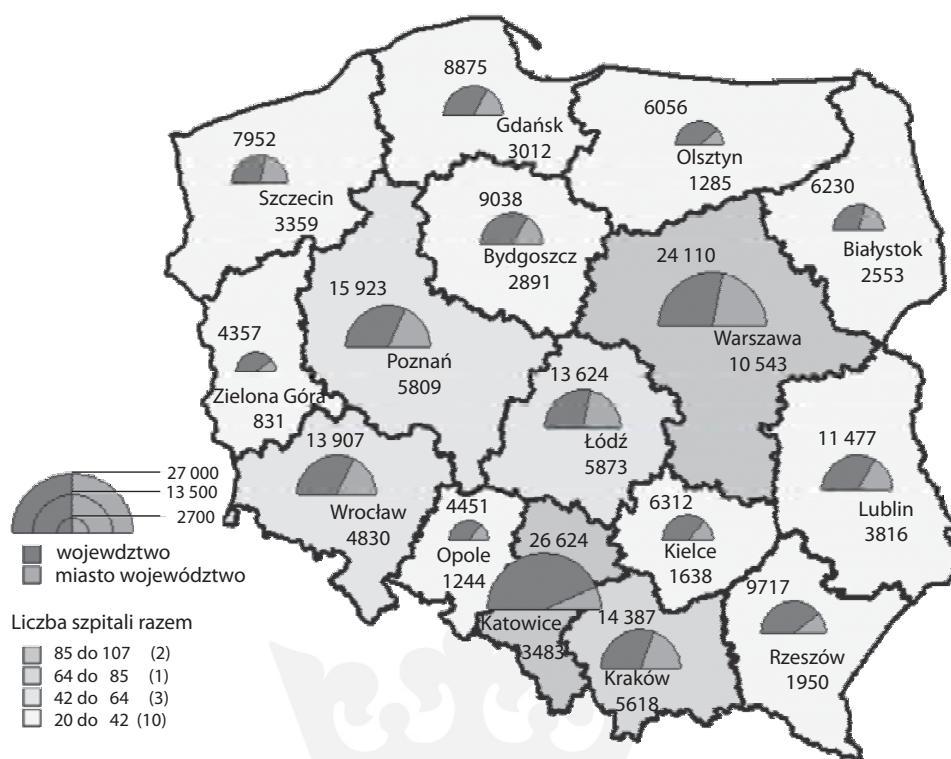
dostępu według województw oraz w podziale na miastowości i według wielkości miast. Co z nich wynika?

W Polsce nie ma w zasadzie prawnych ograniczeń dostępu do usług zdrowotnych, chociaż miały miejsce przypadki nieuwzględniania niektórych grup ludności w pokryciu ubezpieczeniem zdrowotnym w trakcie reformy okresu transformacji [17].

Główne problemy z dostępnością wynikają z barier geograficznych (niektóre regiony i obszary wiejskie mają dostęp niewspółmiernie mały) oraz organizacyjnych. Dostęp do pełnego zakresu świadczeń medycznych mają mieszkańcy dużych miast, w których ulokowane są kliniki uniwersytetów medycznych oraz specjalistyczne centra leczenia określonych grup ludności (dzieci, kobiet) czy określonych chorób (oczu, serca, nowotworów, urazów): Warszawa, Kraków, Łódź, Poznań, Wrocław, Katowice i Zabrze. Zmiany własnościowe, jakie występują z dużą dynamiką w ciągu ostatnich lat, uprzywilejowują także duże ośrodki, w których koncentrują się zasoby kadr medycznych, uczestniczących aktywnie w procesie prywatyzacji usług sektora zdrowotnego. W tych ośrodkach popyt na szybciej uzyskiwane usługi (w sektorze prywatnym) jest także większy, determinowany wyższymi dochodami i wykształceniem korzystających [15]. Na zamieszczonej mapce, pochodzącej z badań GUS [5], widoczna jest koncentracja łóżek szpitalnych w kilku miastach wojewódzkich w porównaniu z danymi dla całych województw (**Rysunek 1**).

Największe problemy z dostępem do usług medycznych, szczególnie specjalistycznych i stacjonarnych, mają mieszkańcy wsi, głównie z regionów o niskim nasyceniu infrastrukturą ochrony zdrowia (województwa wschodnie z wyjątkiem województwa podlaskiego). W badaniu Healthaccess posłużono się wskaźnikiem dostępu mierzonym czasem dotarcia do szpitala i lekarza opieki podstawowej, jaki zastosowano w badaniu Eurobarometru w 2002 roku [18]. Jako cezurę przyjęto wówczas 20 minut. Wszystkie nowe kraje członkowskie UE miały największy odsetek przypadków (znacznie ponad 60%) dotarcia do szpitala w czasie powyżej 20 minut, a mieszkańcy wsi w Polsce docierali najdłużej.

Przestrzenny wymiar nierówności dostępu do usług zdrowotnych odzwierciedla nierówności rozwoju; w miejscach o wyższych dochodach i wysokiej dynamice rozwoju dostęp do ochrony zdrowia jest większy. W miejscach słabego rozwoju i niekorzystnej strukturze społeczno-ekonomicznej mieszkańców dostęp jest ograniczony, co w zwrótnym oddziaływaniu obniża szanse mieszkańców na poprawę zdrowia i wychodzenie z niedorozwoju. Z tego powodu w wielu krajach stosuje się geograficzne modele dostępu do usług zdrowotnych z uwzględnieniem ich różnych rodzajów pod względem specjalności oraz możliwości efektywnego wykorzystania infrastruktury i innych projektowanych zasobów opieki zdrowotnej w danym miejscu. Modele te są niejednokrotnie podstawą regulacji prawnych, dotyczących kształtowania sieci placówek zdrowotnych.



Rysunek 1. Koncentracja łóżek szpitalnych w miastach wojewódzkich.

Uwaga: bez szpitali MSWiA oraz MON.

Źródło: GUS 2010 [5], Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa.

5. Diagnozowanie terytorialnych przyczyn nierówności zdrowia – podstawa polityki

Jak już wcześniej wspomniano, nierówności zdrowia ewidencjonowane w przekrojach terytorialnych są wyrazem oddziaływania wielu czynników o różnej kombinacji w danym, geograficznie wyróżnionym miejscu. Prowadzone badania pozwalają już na klasyfikację tych czynników, chociaż jeszcze nie na określenie, które z nich w jakim stopniu są odpowiedzialne za zdrowie populacji w danym miejscu. Czynniki odpowiedzialne za zdrowie to nie to samo, co czynniki odpowiedzialne za nierówności zdrowia, na co zwracają uwagę główni badacze tego zjawiska: Goran Dahlgren i Margaret Whitehead [1]. Rozkład czynników zdrowia zwanych determinantami zdrowia może być bardziej lub mniej wyrównany. Tym niemniej analizy nierówności rozkładu determinant zdrowia w społeczeństwie pozwalają wyjaśnić występujące w danym miejscu nierówności zdrowia. Wspomniani autorzy zaproponowali klasyfikację (2003 rok), która jest chętnie cytowana w literaturze przedmiotu, także szeroko wykorzystywana w pracach zorientowanych praktycznie. W klasyfikacji tej mamy pięć poziomów czynników (**Rysunek 2**):

1. czynniki konstytuujące człowieka: demograficzne, głównie wiek i płeć, oraz czynniki biologiczne;
2. indywidualne czynniki stylu życia;
3. czynniki relacji w środowisku społecznym i lokalnym (więzi i sieci);

4. czynniki warunków życia i pracy, ochrona socjalna i opieka zdrowotna;
5. ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiska naturalnego.

Na każdy z tych poziomów można oddziaływać, ale inaczej i z różnym skutkiem w zależności od metod oraz internalizacji tego oddziaływania w danym miejscu. Można zauważyć, że im wyższy poziom, tym polityczne możliwości oddziaływania są większe, a jednocześnie są one bardzo oddalone od zdrowia. Na drodze działań politycznych: decyzji systemowych, tworzenia instytucji, decyzji alokacyjnych dotyczących podziału produktu narodowego i uchwalania przepisów prawnych w wielu dziedzinach tworzone są ogólne warunki funkcjonowania, które są zwykle jednolite dla wszystkich jednostek terytorialnych. Tylko w państwach o dużym stopniu decentralizacji władzy i administracji państwowej te warunki mogą być różne w terytorialnie określonych obszarach, np. odmienne podatki czy nawet prawa mieszkańców.

Na poziomie czwartym mamy do czynienia z takim oddziaływaniem, które jest już bliższe zdrowiu (mniej pośrednie), ponieważ dotyczy materialnego życia ludzi, warunków ich pracy, mieszkania, dostępu do różnych produktów i usług oraz korzystania z nich. Gdy warunki te są przyjazne człowiekowi, to przyjmujemy, że nasze zdrowie nie jest zagrożone. Dbając więc o gospodarkę i tworzenie dobrych miejsc pracy, o przyzwoite dochody, o dobre budownictwo mieszkaniowe i przestrzeń



* żywienie, mieszkanie, kształcenie, rynek pracy, warunki pracy, ochrona socjalna, warunki sanitarne i opieka zdrowotna.

Rysunek 2. Główne determinanty zdrowia wg Dahlgren, Whitehead 1993.

wokół, o dostateczne i zdrowe wyżywienie, o różne potrzebne ludziom usługi, w tym o usługi zdrowotne i powszechny doń dostęp, sprzyjamy zdrowiu. Kierunki oddziaływania są oczywiste, chociaż i z tym w praktyce występują problemy. Problemem zasadniczym jest mechanizm – bardziej czy mniej rynkowy – i nakłady oraz ich efektywne użycie. Czynniki tego poziomu są terytorialnie różnie ułożone. Jedne regiony są bowiem lepiej rozwinięte gospodarczo, mają swoje duże aglomeracje, które zarówno absorbują potencjał regionu, jak i sprzyjają dyfuzji dobrobytu wokół, mają lepszą infrastrukturę i dostęp do opieki zdrowotnej. Inne regiony cierpią z powodu niedorozwoju, odpływu potencjału ludzkiego oraz występowania trudności socjalnych i ubóstwa.

Na kolejnym poziomie – trzecim – mamy do czynienia z czynnikami, które zaliczamy do kapitału społecznego. W treści kapitału społecznego mamy wprawdzie kilka elementów: zaufanie, normy wzajemności, chęć i zdolność do współdziałania oraz organizowania się, sieci kontaktów społecznych i instytucje społeczne, w ramach których występują (powstają) więzi społeczne, to z punktu widzenia oddziaływania na zdrowie szczególne znaczenie mają więzi i takie sieci kontaktów, które dają człowiekowi poczucie bycia razem, poczucie bezpieczeństwa oraz wsparcie. Kapitał społeczny został doceniony w polityce publicznej ze względu na jego znaczenie w tworzeniu ładu społecznego. Natomiast w odniesieniu do zdrowia to w medycynie stosunkowo niedawno uwzględnia się psychosomatyczną jedność człowieka i dostrzega wpływ kapitału społecznego dla szeroko definiowanego zdrowia indywidualnego, a szczególnie zdrowia populacji, bada te związki [19] [20] i buduje strategię. Mimo trudności w precyzyjnym zdefiniowaniu kapitału społecznego i wskazaniu konkretnych działań sprzyjających jego rozwojowi w konkretnym społeczeństwie [21] w niektórych krajach budowane są strategię rozwoju uwzględniające budowanie kapitału społecznego jako czynnika sprzyjającego zdrowiu (np. w Kanadzie, Wielkiej Brytanii). Klasyk empirycznych badań kapitału społecznego i autor wielu propozycji definicyjno-klasyfikacyjnych – Robert Putnam [22] – zwraca uwagę na to, że mechanizm oddziaływania kapitału społecznego na zdrowie jest wielotorowy, a rozumienie zdrowia kom-

pleksowe. Przestrzega przed sprowadzaniem oddziaływania kapitału społecznego na zdrowie do osiągnięcia takich efektów, jak szybkie dostanie się do lekarza i uzyskanie pożądanej recepty. W oddziaływaniu na zdrowie uwzględnia nie tylko bezpośrednie oddziaływanie więzi, norm i sieci, ale także pośrednie – poprzez mechanizm tworzenia nierówności oraz oddziaływanie państwa (a nie zamiast państwa). Mechanizmy, które w ramach pojęcia kapitału społecznego wpływają na zdrowie, usytuowane są zarówno na poziomie makro, jak i mikro. Są one, jego zdaniem, następujące: wspieranie się, wzory komunikowania się, społeczne identyfikowanie się i miejsce w nim zachowań ryzykownych, dostęp do zasobów medycznych i edukacji zdrowotnej, rozwiązywanie problemów dobra wspólnego, poziom stresu w życiu publicznym i w relacjach indywidualnych, niedowartościowanie i społeczne wykluczenie [22]. Mimo wszystkich komplikacji w definiowaniu pojęcia kapitału społecznego niektóre jego komponenty są identyfikowane w badaniach empirycznych i tworzy się krajowe strategię budowania kapitału społecznego. Także polska Strategia Rozwoju Regionalnego na lata 2010–2020 uwzględnia w jednym z punktów cel związany ze wzrostem kapitału społecznego⁵ w kraju [7]. Strategię takie adresowane są do miejsc z różnymi problemami socjalnymi: z ubóstwem, bezrobociem, z szerokim zakresem szarej strefy zatrudnienia, z patologiami, skonfliktowanych, z brakami integracji imigrantów oraz mniejszości etnicznych.

Oddziaływanie na poziomie drugim związane jest z oddziaływaniem na indywidualne zachowania ludzi, dotyczące ich stylu życia. Niezdrowy styl życia został dostatecznie jasno zdefiniowany, dostarczono na to wielu dowodów naukowych oraz opisano szeroko w literaturze przedmiotu. Palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, nadmierne i niezdrowe odżywianie się oraz brak ruchu – to główne grzechy przeciwko zdrowiu. Przełożenie wyników tych prac na działania wymaga kompleksowych i konsekwentnie stosowanych metod (edukacja zdrowotna i działanie mediów, prawo i nakłady na infrastrukturę zdrowego stylu życia), a konkretne efekty osiąga się długo.

Pierwszy poziom czynników zdrowia – to konstytucyjne cechy człowieka: jego geny, wiek i płeć. Nie ma

możliwości oddziaływania na te cechy. Polityka zdrowotna raczej diagnozuje sytuację w tym zakresie i dostosowuje się do potrzeb wyznaczonych przez zdiagnozowaną strukturę cech. Jeśli je ignoruje, np. nie uwzględnia specyfiki chorowania w starości, to efekt dla zdrowia może być negatywny.

Regionalne różnice zdrowia mogą wynikać bardziej z różnego układu czynników bezpośrednich (poziom pierwszy, drugi, a częściowo trzeci) oraz pośrednich (poziom czwarty i piąty). Największe niekorzyści występują wtedy, gdy występuje korelacja negatywnych czynników z każdego poziomu: gdy rozkład cech indywidualnych w populacji jest dla zdrowia niekorzystny, gdy dominuje niezdrowy styl życia, gdy społeczność nie wspiera się w działaniach korzystnych dla zdrowia w ramach działań rodzinnych, sąsiedzkich czy innych form wspierania się lokalnych społeczności, gdy brakuje miejsc pracy i dominuje szara strefa, gdy poziom życia jest bardzo niski i gdy brakuje siły politycznej, by zmienić ten splot niekorzystnych czynników.

6. Polityka spójności i sektorowe polityki zmniejszania nierówności zdrowia w Europie

Współczesne interwencje społeczne opierają się na dwóch rodzajach ujęć:

1. ukierunkowanych na zachowania indywidualne ludzi; zwiększanie ich potencjału sprzyjającego racjonalnym wyborom, motywowaniu do zdrowego stylu życia, promowaniu określonych wartości;
2. ukierunkowanych na tworzenie warunków w wielu dziedzinach ludzkiego życia (warunki pracy i bytu, dostęp do usług zdrowotnych), które nie zagrażają zdrowiu, a przeciwnie, są przyjazne i pozwalają na dłuższe życie w zdrowiu.

Ten pierwszy rodzaj polityki zaliczany jest do nurtu bardziej liberalnego nastawionego na tzw. dowartościowywanie obywatela, ubezpieczonego i pacjenta (*empowerment*). Drugi rodzaj polityki zaliczany jest do nurtu bardziej socjaldemokratycznego, gdzie planowanie i inwestowanie w zasoby ochrony zdrowia ma wagę zasadniczą. W obecnych politykach wielu krajów, a szczególnie w UE ma miejsce mieszane podejście, uwzględniające korzystne dla zdrowia uzupełnianie się obu rodzajów interwencji.

Ta część artykułu omawia europejską politykę zmniejszania nierówności w wymiarze przestrzennym. Polityka europejska dociera do państw narodowych dzięki wspólnie definiowanym celom, narzędziom i środkom. Jest obecna także w Polsce, w której zagadnienia nierówności zdrowia nie znajdują jeszcze dostatecznego uwzględnienia, a powinny, umożliwiając bardziej efektywne z tego punktu widzenia wykorzystanie i budowanie zasobów dla zdrowia.

Podstawową polityką UE w wyrównywaniu warunków życia Europejczyków w wymiarze przestrzennym jest polityka spójności (*cohesion policy*).

Polityce spójności towarzyszą inne polityki o mniejszym znaczeniu dla wdrażalności ze względu na stosowanie miękkiego instrumentarium (otwarta metoda koordynacji). Polityka spójności ma natomiast do dyspozycji

konkretne fundusze i procedury, umożliwiające skorzystanie z nich przez europejskie regiony.

Towarzyszące dwie polityki:

1. Zdrowie we wszystkich politykach;
 2. Solidarność dla zdrowia;
- stanowią główny motyw działań UE w odniesieniu do zdrowia i cechuje je także wymiar przestrzenny.

Europejska polityka spójności

Politykę spójności regionalnej zastosowano *explicit*e w polityce integracji UE. Jej celem jest wyrównany rozwój obszarów zjednoczonej Europy, likwidacja strukturalnych czynników nierówności regionalnej i promocja prawdziwie równych szans dla wszystkich, niezależnie od tego, gdzie żyją.

Polityka spójności, zgodnie z przyjętymi w dokumentach Komisji Europejskiej zapisami, wyraża taki charakter rozwoju, w którym obok równomiernej poprawy rozwoju ekonomicznego i warunków życia ludności robi się najlepszy użytek z zasobów naturalnych regionów, poprawia stan środowiska naturalnego, pielęgnuje wartości kulturalne oraz krajobrazowe. Polityka spójności zawiera następujące komponenty:

- polityczny, który akcentuje rozwój i podtrzymywanie demokracji, stabilizację polityczną oraz promocję europejskiej integracji;
- ekonomiczny, w którym chodzi nie tyle o sam wzrost gospodarczy, co o zmniejszanie zróżnicowań europejskich regionów na drodze wzrostu gospodarczego. Jest to cel bardzo ambitny, jako że nie zakłada najprostszej drogi – przez alokację zasobów w miejscach najwyższej efektywności. Przeciwnie – zakłada wyrównywanie przez specyficzne regionalnie inwestycje w czynniki wzrostu (zasoby);
- społeczny, w którym chodzi zarówno o wyrównywanie poziomu i jakości życia mieszkańców Europy, jak i o zapewnienie satysfakcjonującego standardu usług publicznych na całym obszarze UE, sprzyjając rozwojowi kapitału ludzkiego oraz umożliwiając mobilność bez ograniczania dostępu do społecznego zabezpieczenia;
- kulturalny, w celu poszanowania korzeni rozwoju kultury krajów i regionów europejskich, czerpania z jej źródeł, a jednocześnie budowania otwartości na wartości uniwersalne;
- ekologiczny, w którym zawiera się troska o zasoby naturalne, planetę i **środowiskowe czynniki zdrowia**. Cel ten adresowany jest zarówno do krajów europejskich, jak i na zewnątrz Europy. Jest to bowiem sprawa globalna. Europa staje na czele ekologicznego frontu.

Wymienione komponenty polityki spójności są silnie i specyficznie współzależne. Zaczynając od komponentu ekonomicznego, należy zwrócić uwagę na to, że polityka spójności zakłada inkluzywny wzrost gospodarczy, czyli taki, w którym wszyscy uczestniczą i wszyscy z niego korzystają. Korzystanie z „owoców wzrostu” to nie tylko działania redystrybucyjne, prowadzące do łagodzenia ubóstwa dochodowego, lecz także działania umożliwiające powszechne uczestnictwo w sferze pracy, ułatwiające

rozwój rodziny oraz innych sfer życia społeczno-kulturalnego ludzi. Zatrudnienie, mieszkanie, warunki godzenia życia zawodowego i rodzinnego – to podstawa dobrostanu obywateli. Rozwój inkluzywny zakłada też respekt dla wolności człowieka, jego prawa do wykorzystywania własnych możliwości, zdolności i wyborów. Jednocześnie wymaga dostrzegania i uwzględniania potrzeb innych; posiadania informacji, narzędzi i płaszczyzn komunikowania się, a także prawa do oceny. Wzmocnienie zdolności i umiejętności obywatelskich sprzyja dojrzewaniu demokracji (społeczeństwa obywatelskiego), i to zarówno na szczeblu kraju, jak i lokalnym.

Mimo że społeczny komponent nie jest jedyny i główny⁶, i polityka spójność nie polega tylko na zwalczaniu wykluczenia społecznego i ubóstwa, to zadania dla polityki społecznej z niej wynikające są wyraźne, chociaż jak się podkreśla, istnieje większa zgoda co do tego, co zagraża spójności społecznej (bezrobocie, bieda nierówności dochodowe, wykluczenie społeczne i wykluczenie z informacji) niż co ona promuje i daje.

Polityka spójności społecznej opiera się na czterech zasadach, które określają jakość więzi w polityce spójności:

- sprawiedliwości oraz wyrównanego dostępu do istniejących i tworzonych zasobów;
- poszanowania indywidualnej i zbiorowej godności, z respektowaniem odmienności ludzi;
- wolności i respektowania indywidualnego dążenia do spełnienia celów osobistego rozwoju;
- uczestnictwa w życiu społecznym i udziału w odpowiedzialności.

W dokumentach europejskich zwraca się też uwagę na to, aby wzrost poczucia przynależności i podzielenia wartości szedł w parze ze wzrostem akceptacji dla odmienności.

W polityce spójności przykładą się dużą wagę do kapitału społecznego. Umożliwia on współdziałanie i z jednej strony ochronę dobra wspólnego, a z drugiej – także jego pomnażanie. Dotyczy to zarówno wartości kulturalnych, jak i ekologicznych, poszanowania tradycji, jak i otwartości na innowacje, wrażliwości na zjawiska biedy, ograniczeń i nieszczęścia, jak i zdecydowanych działań prewencyjnych.

Spójność społeczna konstituuje europejską politykę społeczną i szerzej – europejski model socjalny, którego rdzeniem jest system zabezpieczenia społecznego, regulacje korygujące na obszarach zawodności rynku oraz system dialogu społecznego [23].

Spójność we wszystkich jej wymiarach stała się podstawą polityki regionalnej UE. Proces integrowania wszystkich wymiarów spójności w polityce regionalnej dokonywał się stopniowo. Właściwie dopiero w pierwszej dekadzie XXI wieku wymiar społeczny jest włączany do strategii regionalnych, opierając się na wynikach prac dotyczących wskaźników społecznych. Europejska polityka spójności podlegała systematycznej ocenie zawartej w pięciu raportach, które ukazywały ją na kolejnych etapach jej realizacji. Raporty te zawierały też rekomendacje i wstępne założenia dla polityki spójności następnego okresu⁷.

Nowe kraje członkowskie, chcąc korzystać z funduszy strukturalnych UE, musiały zrozumieć i zinternalizować politykę spójności, szczególnie w jej wymiarze regional-

nym. Zostały zobligowane do przygotowania odpowiednich strategii rozwoju, w tym strategii zdrowia. Podstawą była Europejska Strategia Zdrowia na lata 2007–2013, okresu na który ustalono nowy europejski budżet. Powstały wówczas w Komisji Europejskiej dwa dokumenty:

1. Europejska Strategia Zdrowia 2007–2013 [24],
2. Biała Księga zatytułowana „Razem po zdrowie” [25].

Europejska strategia zdrowia przygotowywana w 2006 roku zmieniła dotychczasowe podejście UE do europejskich działań na rzecz zdrowia. To nie tyle programy szerszego zakresu leczenia takich, a nie innych chorób stały się jej celem, lecz działania na rzecz zdrowia populacji poprzez inwestowanie w determinanty zdrowia. Jednoznacznie wskazywano zależność zwrotną. Poprawa zdrowia europejskich społeczeństw jest koniecznym warunkiem wzrostu produktywności pracy kurczących się zasobów pracy, ograniczania absencji i niepełnosprawności oraz wydłużania aktywności zawodowej. Biała Księga „Razem po zdrowie” uzupełniała strategię z punktu widzenia nowych zdarzeń i wyników badań. Wskazano w niej nowe wyzwania dla polityk zdrowotnych: starzenie się europejskich populacji i ogromny wzrost nowych technologii medycznych, w niebywałym tempie zwiększających potrzeby finansowe sektora zdrowotnego. Jednocześnie wskazywano na potrzebę silniejszego włączenia się Europy do działań związanych z koncepcją zdrowia globalnego (*global health*).

Problem nierówności zdrowia w wymiarze przestrzennym w Europejskiej Strategii Zdrowia zyskał na znaczeniu w związku programem działań na rzecz harmonizacji przygranicznej opieki zdrowotnej (*cross-border health care*).

Europejska strategia zdrowia na lata 2007–2013 była strategią z własnym budżetem (365,6 mln euro), wprowadzie istotnie okrojonym w procesie negocjowania jego wielkości, ale jednoznacznie ukierunkowanym na konkretne priorytetowe działania w ramach sześciu zadań:

1. wzrost liczebności i poprawa jakości kadr medycznych,
2. na działania związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem zdrowotnym w miejscu pracy,
3. związane ze zdrowym starzeniem się,
4. na zwiększanie świadomości zdrowotnej obywateli i rozwój systemów informacji oraz komunikacji w sprawach zdrowia dla pacjentów,
5. na rozwój badań medycznych i wprowadzanie innowacji,
6. na harmonizację przygranicznej opieki zdrowotnej [26].

Wykorzystanie środków przez kraje członkowskie do 2010 roku przedstawia **Tabela 3**.

Jak wskazują dane z tabeli, znaczącym beneficjentem funduszy strukturalnych w dziedzinie infrastruktury zdrowia (z uwzględnieniem przygranicznej opieki zdrowotnej) były Węgry oraz kraje bałtyckie. Ze starych krajów członkowskich na czele znajduje się Grecja. Analizy zastosowania funduszy strukturalnych w obszarze zdrowia są dość krytyczne [28]. Działania innowacyjne oraz kierunek na *e-health* ciągle pozostają w tyle, za inwestowaniem w tradycyjną opiekę stacjonarną. Z perspektywy regionu te inne działania są często mniej dostrzegane, a i kompetencje regionu (głównego wnioskodawcy), wykraczające poza sprawy infrastrukturalne, nie są zbyt mocne.

Kraje	Infrastruktura zdrowia		Wdrażanie <i>e-health</i> do usług zdrowotnych	
	Euro (tys.)	Udział w funduszach strukturalnych (%)	Euro (tys.)	Udział w funduszach strukturalnych (%)
Belgia	–	–	124,7	0,01
Holandia	–	–	10 847,0	0,7
Francja	18,00	0,1	178 239,0	1,3
Niemcy	17,55	0,1	67 749,0	0,3
Hiszpania	310,7	0,9	740 950,4	2,1
Portugalia	322,0	1,5	235 960,8	1,1
Włochy	222,13	0,8	306 571,8	1,1
Grecja	413,2	2,0	752 700,0	3,7
Wielka Brytania	–	–	29 002,6	0,3
Szwecja	–	–	9 574,4	0,6
Finlandia	–	–	43 726,7	2,7
Słowenia	15,5	0,4	47 585,3	1,2
Czechy	432,3	1,6	511 036,6	1,9
Węgry	1 323,38	5,3	241 421,9	1,0
Słowacja	–	–	568 173,8	5,0
Polska	947,55	1,5	958 857,2	1,5
Litwa	228,21	3,4	100 836,5	1,5
Łotwa	207,3	4,6	–	–
Estonia	145,72	4,3	62 633,4	1,8
Bułgaria	70,164	1,1	16 673,3	0,2
Rumunia	147,55	0,8	153 268,0	0,8
W tym na potrzeby przygranicznej opieki zdrowotnej	93 126,3	1,2	138 804,0	1,8

Tabela 3. Wykorzystanie przez kraje członkowskie UE Europejskiego Regionalnego Funduszu Rozwoju (ERDF) na sprawy zdrowia. Źródło: European Commission 2010 [27], Europe 2020. A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth, COM(2010) 2020, Brussels.

Zdrowie we wszystkich politykach

Koncepcja „zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*), zainspirowana przez doświadczenia krajów skandynawskich, przeniknęła do UE w okresie prezydentury Finlandii (2006 rok), aczkolwiek już wcześniej w dokumentach europejskich zwracano uwagę na konieczność międzysektorowej kooperacji dla osiągania celów społecznych i zdrowotnych, np. w odniesieniu do usług. Koncepcja ta wynika z przekonania, że korzystne efekty dla zdrowia populacji (dłuższe życie dobrej jakości) przynosi w pierwszym rzędzie kompleksowa poprawa warunków życia, obejmująca zarówno środowisko naturalne, jak i warunki pracy, warunki mieszkaniowe, edukację oraz konsumpcję. To złe warunki życia stanowią największe ryzyko dla zdrowia populacji. W ten sposób koncepcja „zdrowie we wszystkich politykach” pozostaje w zgodzie (jest konsekwencją) ze współczesnym rozumieniem determinant zdrowia. Ujęcie to sugeruje, że poprawa zdrowia wymaga przede wszystkim inwestowania w czynniki wpływające na zdrowie (*improving health through health determinants*) [29].

Uprawianie polityki zdrowotnej w zgodzie z koncepcją „zdrowie we wszystkich politykach” wymaga

horyzontalnego łączenia; uzgadniania i koordynowania planów i działań w tych wszystkich sektorach gospodarki, w których można i należy oddziaływać korzystnie na zdrowie. To podejście, wydawałoby się oczywiste, na szczeblach lokalnych nastęrcza i tutaj trudności, ponieważ sektoralne podziały są przenoszone niżej. Dlatego koncepcja „zdrowie we wszystkich politykach” wymaga międzysektorowego przenikania się już na szczeblu centralnym, promowanego i wspieranego przez UE [30].

Koncepcja „zdrowie we wszystkich politykach” zyskała szersze uznanie i została przyjęta przez WHO [31], propagującą ją w świecie.

Równolegle prowadzone są badania dowodzące wpływu warunków życia na zdrowie, sytuujące się w nurcie oceny wpływu na zdrowie (*health impact assessment*). Traktuje się je jako narzędzie uzasadniające (warunkujące) zastosowanie konkretnej polityki.

Narzędziem wprowadzania koncepcji „zdrowie we wszystkich politykach” na szczeblu UE są fundusze europejskie (np. Fundusz Socjalny), które lokowane są częściej w działaniach z obszaru determinant zdrowia (szczególnie ze sfery pracy i społecznego wykluczenia) niż zdrowia *sensu stricto*. Nie ma jeszcze jednak określonych „twardych” procedur przenikania wymiaru zdrowia

do innych polityk i odwrotnie, widzenia innych niż medyczne czynników w polityce zdrowotnej.

Solidarność dla zdrowia

Koncepcja polityki solidarności dla zdrowia powstała w wyniku analizy wskaźników zdrowotnych w krajach UE po globalnym kryzysie finansowym i ekonomicznym. Sporządzona wówczas diagnoza ukazała utrzymywanie się, a nawet pogłębianie różnic zarówno statusu zdrowotnego, jak i zasobów używanych do funkcjonowania opieki zdrowotnej w wielu krajach, mimo przeciętnie dostrzeganego postępu. Pod wpływem postulatu Rady UE w sprawie zmniejszania umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne i przede wszystkim nowotwory oraz wydłużania życia w Komisji Europejskiej przygotowano dokument na temat zmniejszania nierówności zdrowia w krajach członkowskich [32]. Akcent został wyraźnie położony na oddziaływanie poprzez społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia, powołując się przy tym na wyniki badań krajowych profili zdrowia [33].

Postulaty w sprawie zmniejszania nierówności statusu zdrowotnego populacji krajów europejskich skierowano do Komitetu Regionów oraz do uwzględnienia we wskaźnikach społecznych osiągniętych metodą otwartej koordynacji (OMC).

W piątym raporcie Komisji Europejskiej, sprawozdającej postęp w realizacji polityki spójności, zawarto już informacje i wyjaśnienia dotyczące różnic w zdrowiu mieszkańców regionów (NUTS 2) [27]. Ukazano skomplikowane kombinacje czynników wpływających na zdrowie, a szczególnie kumulację wielu zmiennych wysoce niekorzystnych dla zdrowia w licznych regionach europejskich oraz wewnątrz nich. Znaczna część niekorzystnych czynników zdrowia w regionach o niskim statusie zdrowotnym mieszkańców to wskaźniki związane z gorszymi warunkami życia oraz ograniczonym dostępem i niską jakością opieki zdrowotnej. Nic więc dziwnego, że Komisja Europejska zgłosiła potrzebę opracowania polityki zdrowotnej nastawionej na potrzeby regionalne oraz postawiła na wzmocnienie działań poprzez zainwestowanie w czynniki warunkujące zdrowie.

Solidarność dla zdrowia w polityce regionalnej oznacza korzystniejszą redystrybucję strukturalnych funduszy europejskich dla regionów z gorszymi wskaźnikami zdrowia oraz postawienia zdrowia jako priorytetu na czele polityki regionalnej w jednostkach terytorialnych. To może wzbudzać kontrowersje wobec różnego podejścia w politykach krajowych do rozwoju przestrzennego. Postulowana np. w Polsce koncepcja tzw. rozwoju dyfuzyjno-polaryzacyjnego [34] preferuje ośrodki najbardziej prężne – metropolitalne – jako zdolne do pociągnięcia za sobą bliższego i dalszego otoczenia. Europejskiej polityce spójności bliższa byłaby prawdopodobnie koncepcja rozwoju opartego na odkrywanych potencjale i inwestowaniu weń w różnych miejscach. W praktyce polityka regionalna poddaje się krajowym działaniom, tym bardziej że to polityka sektorowa, a nie regionalna dominuje w polityce rozwoju, spychając problemy przestrzenne na drugi plan, mimo starań i środków UE.

7. Zdrowie w strategii Europa 2020

W wyniku przyjęcia zasady, że oddziaływanie na zdrowie dokonuje się poprzez inwestowanie w czynniki sprzyjające zdrowiu i ograniczanie ryzyka choroby i niesprawności oraz przedwczesnej umieralności, w strategii Europa 2020 zdrowie jako cel strategii nie występuje *explicite*.

Wzrost gospodarczy określony z trzema przymiotnikami: inkluzywny, zrównoważony i inteligentny jest głównym celem strategii i jednocześnie środkiem realizacji innych celów. Strategię Europa 2020 charakteryzuje siedem flagowych inicjatyw i pięć wskaźników. Inicjatywy te dotyczą głównie zatrudnienia oraz pobudzania inicjatywności, a mianowicie:

1. **Europa innowacyjna** – tworzenie warunków poprawy dostępu do finansowania badań i innowacji i przekuwania takich pomysłów oraz wyników badań w nowe produkty i usługi, aby powstawały nowe miejsca pracy i następował wzrost gospodarczy. Nowe technologie i wzrost gospodarczy nie powinny bowiem prowadzić do redukcji miejsc pracy.
2. **Młódzież w natarciu** – w polityce zatrudnienia więcej uwagi powinno poświęcić się zdecydowanie skuteczniejszej drodze wchodzenia młodych ludzi na rynek pracy. Występujące trudności wynikające z niedostosowania edukacji oraz gorsze warunki pracy dla absolwentów powinny być znoszone, ale bez ograniczania mobilności.
3. **Plan digitalizacji Europy** – dalszy rozwój szybkiego Internetu i wprowadzanie degitalizacji w firmach i gospodarstwach domowych na obszarze UE.
4. **Europa efektywnych zasobów** – stosowanie efektywnych metod i zasobów w celu ograniczania gospodarki opartej na energii węglowej, a w jej miejsce rozwoju gospodarki opartej na energii odnawialnej, modernizowanie w tym kierunku transportu i stosowanie bardziej efektywnych metod oszczędnego zużycia energii.
5. **Polityka przemysłowa na erę globalizacji** – dostosowanie polityki przemysłowej do tendencji występujących w erze globalizacji przez lepsze środowisko dla biznesu (w tym szczególnie dla małych i średnich firm) w celu sprostania konkurencji na globalnym rynku.
6. **Plan na nowe kwalifikacje i miejsca pracy** – modernizowanie rynku pracy, otwartego na nowe kwalifikacje i umiejętności, uwzględniające potrzeby rynku, możliwości dostosowania się i wspieranie ludzi do zmian w cyklu życia.
7. **Europejska platforma zwalczania ubóstwa** – zapobieganie ubóstwu, tak aby polityka spójności terytorialnej i społecznej stwarzała szerokie możliwości skorzystania ze wzrostu gospodarczego i zatrudnienia, tworząc nie tylko materialne podstawy egzystencji, ale także sprzyjając życiu godnemu i społecznie aktywnemu.

Zgodnie z zasadą planowania przez cele w strategii Europa 2020, następczyni Strategii Lizbońskiej, wyznaczono także ilościowe wskaźniki osiągnięcia głównych celów.

1. Na czele sytuacji się zatrudnienie ze stopą pracujących 75% osób w wieku 20–64 lat, wyższą niż w Strategii Lizbońskiej, gdzie wskaźnik ten wynosił 70%.

2. 3% PKB inwestowane w badania i rozwój, kontynuacja tego nieosiąganego w większości krajów EU wskaźnika, bardzo niskiego w Polsce.
3. Wskaźnik 20/20/20 oraz wzrost redukcji emisji dwutlenku węgla do 30%, jeśli warunki na to pozwalają.
4. Wskaźnik przedwczesnego opuszczania szkoły poniżej 10%; co najmniej 40% młodszej generacji powinno mieć wykształcenie wyższe.
5. Zmniejszenie liczby osób mniej zagrożonych ubóstwem o co najmniej 20 milionów.

Gdzie wśród celów strategii Europa 2020 sytuuje się zdrowie?

Zadania dla zdrowia, które uzupełniają i interpretują dokument Strategii Europa 2020 eksperci DG Sanco [35], zawierają się w zasadzie w jej wszystkich celach, ze specyficznym ukierunkowaniem na następujące:

1. Zdrowie jest ważnym celem działań innowacyjnych (inteligentny wzrost) oraz priorytetowym celem wspieranych badań naukowych.
2. W grupie wspieranych inicjatyw dotyczących nowych kwalifikacji i miejsc pracy obecny jest rozwój kształcenia w zawodach medycznych, uwzględniający potrzeby nowych specjalizacji i utrzymywanie odpowiedniej jakości kwalifikacji kadr medycznych w cyklu życia zawodowego.
3. W sektorze zdrowotnym wspierane będą działania znane jako *e-health* oraz rozwój analizy oceny technologii medycznych.
4. W tworzeniu lepszych i korzystnych dla wzrostu gospodarczego warunków pracy, zwracać się będzie więcej uwagi na bezpieczeństwo pracy, ograniczanie stresu, przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym i niepełnosprawności.
5. W działaniach zwalczania ubóstwa zawarte będą także działania wyrównywania warunków życia, sprzyjających zdrowiu i inwestowaniu w zdrowie, a także działania zapewniające równy dostęp do ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb starzejących się populacji.

Cele Strategii Europa 2020 wprowadzane są przez politykę sektorową UE oraz przez politykę spójności. Koordynacja strategii i szczegółowych polityk, nie zawsze doskonała, jest obecnie przedmiotem większej uwagi jako nakaz lepszego *governance*. Zadania dotyczące zdrowia formułowane są więc także zarówno w ramach strategii sektorowej – zdrowia, jak i w strategii ukierunkowującej politykę spójności – dotychczas sytuowanej w ramach polityki regionalnej. Polityka spójności chętnie korzysta z ustaleń strategii sektorowych, rozpisując je na jednostki terytorialne. Jako że ograniczanie nierówności zdrowia jako inwestowanie w determinanty zdrowia zostało zapisane w programie zdrowotnym na lata 2008–2013, przejęły je również dokumenty regionalne, wprowadzając także na lata późniejsze (do 2020 roku). Jak dotychczas przygotowują odpowiednie narzędzia, a przede wszystkim system wskaźników nierówności zdrowia i ich terytorialnego zróżnicowania w wymiarze podstawowych determinant zdrowia [36]. W sukurs idą regulacje w sprawie ujednoczonego systemu informacji statystycznej, określonej

rozporządzeniem Komisji Europejskiej [37] w zakresie umieralności, warunków pracy oraz przyczyn wypadków.

Strategia Europa 2020 wprowadza akcent związany z innowacyjnością, który wymaga dalszych i dodatkowych ustaleń zarówno metodologicznych (wskaźniki i informacje), jak i planistycznych (działania i środki).

Wnioski

Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia jest przedmiotem badań i statystyk europejskich, a stopniowo jest także uwzględniany w sektorowych strategiach zdrowia i w polityce regionalnej, której głównym kierunkiem jest polityka spójności. Rozpoznania badawcze i statystyka stanowią podstawę interwencji za pomocą instrumentów, jakie stosuje UE; nie tylko instrumentów „miękkich”, jak metoda otwartej koordynacji, ale także mocniejszych – przy użyciu funduszy strukturalnych oraz funduszu spójności.

Wyzwaniem dla polityki zdrowotnej obecnie jest inwestowanie w zdrowie poprzez inwestowanie w czynniki sprzyjające zdrowiu. To nowe podejście wymaga świadomości wpływu różnych zmiennych na zdrowie, umiejętności oceny tego wpływu i wskazywania odpowiednich metod oddziaływania na determinanty zdrowia w celu osiągnięcia założonych wskaźników poprawy zdrowia populacji. Jest to więc także wyzwanie dla badań, łączących wymiar społeczny, ekonomiczny i epidemiologiczny.

Skuteczna polityka spójności w odniesieniu do zdrowia w Polsce wymaga więc głębszego zdiagnozowania przestrzennych nierówności zdrowia i ich społecznych determinant. Wyniki badań europejskich oraz ocena prowadzonej polityki regionalnej wskazują bowiem, że wyznaczone wskaźniki zdrowia sytuują większość polskich regionów w grupach o najniższych wartościach tych wskaźników. Jest to dla Polski duże wyzwanie.

Czy jest ono dostatecznie uwzględniane w sektorowej polityce zdrowia oraz polityce regionalnej?

Aspekt przestrzenny nierówności zdrowia jest dostrzegany w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2013, który jest jednak dokumentem o stosunkowo słabym oddziaływaniu na procesy realne. Z kolei polityka regionalna i polityka spójności [7] uwzględnia tylko wybrane problemy ochrony zdrowia i głównie z punktu widzenia koncepcji rozwoju przestrzennego. Koncepcja rozwoju przestrzennego próbuje łączyć inwestowanie w motory rozwoju (duże miasta – metropolie) ze względu na pierwszy cel tej polityki – podniesienia konkurencyjności – z celem drugim – wzrostem spójności, przez co rozumie się „podciąganie” obszarów największego niedorozwoju (województwa północno-wschodnie). Z punktu widzenia problemów zdrowotnych nie zawsze są to regiony o największej deprivacji. Mieszkańcy województw o niekorzystnych konsekwencjach rozwoju przemysłowego: łódzkie i śląskie mają więcej problemów zdrowotnych niż niektóre województwa wschodnie, np. podlaskie czy podkarpackie. Ponadto nie wszystkie województwa wschodnie stale wymagają wspomagania. Województwo podlaskie wykazuje już bowiem wysoką dynamikę wzrostu gospodarczego, a przy tym posiada wyróżniające się w kraju wskaźniki dobrostanu mieszkańców [38].

W ramach polityki spójności przyjmuje się, że jednym z warunków osiągnięcia zdrowia jest powszechny dostęp do zdrowia publicznego oraz wysoka jakość opieki zdrowotnej. Realizacja równości w dostępie do opieki zdrowotnej jest długim i trudnym procesem. Nie wystarczy zadekretować równości dostępu przepisem prawnym. Osiągnięcie przyzwoitych efektów wymaga wysokich nakładów ekonomicznych: na infrastrukturę medyczną, na kształcenie kadry medycznej, na odpowiednie zarządzanie w procesie udzielania usług. Równości dostępu nie określa się dla wszystkich rodzajów usług medycznych; są takie, które wymagają nagłej interwencji, są bardziej i mniej ważne. Zwiększa się mobilność ludzi i zmieniają środki transportu, także medycznego, oraz nowe możliwości komunikacji między lekarzem i pacjentem, powodując także zmianę kryteriów dostępu. To wymaga przygotowania odpowiedniej na obecne czasy koncepcji równości dostępu w ujęciu przestrzennym. Tym bardziej że podejmowane obecnie decyzje w sektorze zdrowotnym, dotyczące statusu prawnego i finansowania placówek zdrowotnych, bez uwzględniania kryterium przestrzennej równości dostępu, mogą nie tylko nie sprzyjać wyrównywaniu dostępu, lecz wręcz pogłębiać nierówności i tym samym pozostawać w niezgodzie z ideą spójności.

Rozważania prowadzone w tym artykule kończą postulatem koniecznej koordynacji polityki regionalnej z jej zasadniczym celem – osiągnięciem spójności – z polityką sektorową w dziedzinie ochrony zdrowia, która w działaniach głównego nurtu jest silnie zmedykalizowana, nastawiona na interwencje krótkookresowe i pozbawiona spojrzenia na zdrowie poprzez determinanty zdrowia. Bez realnej koordynacji tych polityk, możliwości wykorzystania funduszy strukturalnych UE na potrzeby zdrowotne będą ograniczone, co oznaczać będzie niewykorzystanie szansy na równomierny rozwój kapitału ludzkiego w polskich regionach.

Przypisy

¹ Do głównych badań tej grupy należy projekt koordynowany przez profesora Johana Mackenbacha (2007) z Uniwersytetu Erasmusa w Amsterdamie, w którym badania krajowe zostały oparte na specjalnie zaprojektowanych kwestionariuszach, a ich wyniki zostały następnie uogólnione.

² Podstawą są prace poświęcone wskaźnikom oraz tworzonym informacjom statystycznym, wśród których istotną rolę odegrały kolejne etapy projektu monitorowania zdrowia w Unii Europejskiej: European Community Health Indicators (Monitoring), poczynawszy od 1998 r., najpierw dla 12 starych krajów członkowskich, a obecnie dla wszystkich.

³ Takie jak: (1) I2SARE (Health Inequalities Indicators in the Regions of Europe), projekt zapoczątkowany we Francji i nadal wspierany przez francuskie Ministerstwo Zdrowia, (2) EURO-URHIS 2 (European Urban Health Indicators System, part two: Urban Health Monitoring and Analysis System to Inform Policy), projekt realizowany w ramach 7. programu naukowego UE, (3) UNIPHE (Use of Sub-National Indicators to Improve Public Health in Europe), projekt Komisji Europejskiej (DG Sanco) zorientowany praktycznie, obejmujący obszar zdrowia publicznego, koordynowany przez angielską agencję

ochrony zdrowia (HPA), (4) AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions), projekt zorientowany na ograniczanie nierówności w dostępie do podstawowych usług zdrowotnych na szczeblach ich usytuowania, adresowany do lokalnych i regionalnych polityków, prowadzony przez partnerów francuskich, (5) DETERMINE (Mobilising Action for Health Equity in the EU), projekt zorientowany na rozpoznawanie możliwości i uruchamianie działań w krajach członkowskich na rzecz wyrównywania dostępu do zdrowia.

⁴ Rozpoznania te zostały wykonane pod kierunkiem autorki artykułu w ramach ekspertyzy dla Ministerstwa Rozwoju Regionalnego [38], opublikowanej w następnym roku pod tytułem: *Spójność społeczna. Stan i perspektywy rozwoju społecznego kraju w przekrojach regionalnych*.

⁵ Europejskie badania kapitału społecznego ukazały bardzo niską pozycję Polski wśród krajów członkowskich pod względem wyznaczonych wskaźników: zaufania, zaangażowania społecznego i przynależności do organizacji społecznych (European Commission, 2005, Social capital, Special Eurobarometer 223/Wave 62.2 –TNS Opinion & Social, www.ec.europa.eu/public_opinion/archivess).

⁶ Wiele ustaleń i interpretacji do społecznego komponentu polityki spójności wniosły prace Rady Europejskiej. W 1998 roku utworzono Komitet ds. Spójności Społecznej (*The European Committee for Social Cohesion*), który przygotował strategię Spójności Społecznej udostępnionej powszechnie w formie zrewidowanej (European Committee for Social Cohesion [CDCS] 2004). Zgodnie z zapisami Komitetu CDCS określenie spójności społecznej jest następujące: *Social cohesion is the capacity of a society to ensure the welfare of all its members, minimising disparities and avoiding polarisation. A cohesive society is a mutually supportive community of free individuals pursuing these common goals by democratic means*.

⁷ Raporty te syntetycznie przedstawiono w artykule specjalnego numeru „Polityki Społecznej” poświęconej budowaniu kapitału społecznego [38].

Abstract

A spatial dimension of health inequality and the cohesion policy

Key words: european cohesion policy, european regional policy, european social model, health inequalities, social determinants of health, social cohesion

The spatial perspective of health inequality gained in importance as a result of the European cohesion policy, a significant dimension of which is equalization of spatial living conditions, and among them an equal access to the health services. The cohesion policy reflects a new approach to the health policy, in which impact on factors determining health is taken into account, and not only on creating a better health care system for people who already have health problems. In this context, the article is aimed at presenting new directions of both health and spatial European policy and more general strategies of Europe development. It shows new methodological approach in presentation of territorial division and indicators used. It also presents the results of research on health inequalities between regions in the European countries. The article is an expression of a concern for insufficient perceiving in Poland a phenomenon of health inequalities in the spatial dimension, whereas there are possibilities and means to diminish them within the European strategy, European cohesion policy and European funds.

Piśmiennictwo:

- Dahlgren G., Whitehead M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, w: *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
- Eurostat, *Health statistics – Atlas on mortality in the European Union*, Luxembourg 2009.
- Eurostat, *Eurostat regional yearbook*, Luxembourg 2010.
- Zatoński W.A., Mańczuk M., Sulkowska U., *Wyrównywanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej, polska wersja raportu projektu HEM – Closing the Gap in European Union*, 2011, www.hem.waw.pl (dostęp 10.05.2012).
- GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, Informacje i Opracowania Statystyczne*, Warszawa 2010.
- Urząd Marszałkowski, *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, Golinowska S. (red.), „Małopolskie Studia Regionalne” 2010; 2–3: 19–20.
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (MRR), *Krajowa strategia rozwoju regionalnego 2010–2020: regiony, miasta, obszary wiejskie*, Warszawa 2010.
- Burzyńska M., Marcinkowski J.T., Bryła M., Maniecka-Bryła M., *Life Expectancy i healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2010; 91(4): 530–536.
- Eurostat, *Eurostat regional yearbook*, Luxembourg 2011.
- Mcintyre D., Thiede M., Birch S., *Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries*, „Health Economics, Policy and Law” 2009; 4: 179–193.
- Gulliford M., *Modernizing concepts of access and equity*, „Health Economics, Policy and Law” 2009; 4: 223–230.
- Gulliford M. i in., *Access to health care*, Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), London 2001.
- Busse B., Wörz M., Foubister T., Mossialos E., and Berman P., *Mapping health services access: National and cross-border issues*, Summary Report of Health ACCESS Project, 2006, http://www.ehma.org/files/HA_Summary_Report_01_02_06.pdf (dostęp 15.09.2011).
- Huber M., Stanciole A., Wahlbeck K., Tamsma N., Torres F., Jelfs E., Bremner J., *Quality in and equality of access to healthcare services*, European Commission, 2008, http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf (dostęp 15.09.2011).
- Kozierkiewicz A., *Mapping health services access: national and cross-border issues*, Country (Poland) report of HealthACCESS Project, 2006, <http://www.ehma.org/projects/> (dostęp 15.09.2011).
- Golinowska S., Kozierkiewicz A., *Quality in and equality of access to healthcare services Poland*, country report of the Healthquest project, European Commission, 2008, http://www.ehma.org/files/healthquest_poland_en.pdf (dostęp 15.09.2011).
- Golinowska S., Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., Fyderek Ł., Sowa A., *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, „Zeszyty PBZ ‘Polska bieda III’”, IPISS, Warszawa 2008.
- Anderson R., *Health and health care*, w: *Quality of Life in Europe. First European*, 2004.
- Health Development Agency, *Social capital for health. Issues of definition, measurement and links to health*, NHS, London 2004, www.hda.nhs.uk (dostęp 15.09.2011).
- Health Canada, *social capital and health: maximizing the benefits*, Health Policy Research Bulletin, 2006; 12.
- Golinowska S., *Więzi społeczne i kapitał społeczny we współczesnej Polsce. Porównanie z innymi krajami Unii Europejskiej*, w: *Więzi społeczne w gospodarce*, IPISS, WNE UW, Warszawa 2009.
- Putnam R., *Commentary: ‘Health by association’: some comments*, „International Journal of Epidemiology” 2004; 33: 1–4.
- Golinowska S., Hengstenberg P., Żukowski M., *Diversity and commonality in european social policies: the forging of a european social model*, FES i Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- European Commission, *Decision of The European Parliament and of The Council establishing a second Programme of Community action in the field of Health*, COM, 234 final, Brussels 2006.
- European Commission, *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*, COM, 630 final, Brussels 2007.
- European Commission, *Funding Health in Your Region*, Factsheet of the DG Sanco, Brussels 2007.
- European Commission, *Europe 2020. A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, COM, Brussels 2010.
- WHO, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.
- Ollila E., Ståhl T., Wismar M., Lahtinen E., Melkas T., Leppo K., *Health in All Policies in the European Union and its member states*, Ministry of Social Affairs and Health in Finland, Helsinki 2006.
- Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K., *Health in All policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health in Finland, the European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2006.
- WHO Declaration „Health in all Policies”, Rome 2007.
- European Commission, *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*, COM, 567 final, Brussels 2009.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A-J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, „The New England Journal of Medicine” 2008; 358: 2468–2481.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, *Polska 2030*, Warszawa 2009.
- Boehm J., *Health Priorities within Europe 2020 Strategy – next steps*, DG SANCO, European Commission, Brussels 2010.
- Spinakis A., Anastasiou G., Panousis V., Spiliopoulos K., Palaologou S., Yfantopoulos J., *Expert Review and Proposals for Measurement of Health Inequalities in the European Union*, European Commission, DG Sanco (Directorate General for Health and Consumers), Luxembourg 2011.
- Komisja Europejska (2011), *Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 328/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie wykonania, w odniesieniu do statystyk dotyczących przyczyn zgonu, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE)*

- nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, „Dziennik Urzędowy Komisji Europejskiej”, 6.04.2011 r., Luxembourg.
38. Golinowska S., Kocot E., Sowa A., Morecka Z., *Stan i perspektywy rozwoju społecznego kraju i spójność społeczna: aktywność - solidarność – wsparcie. Ekspertyza na potrzeby aktualizacji Strategii Rozwoju Kraju 2007–2015*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011.
7. Eurostat, *Who dies of what in Europe before the age of 65*, „Statistics in Focus” 2009: 67.
8. Komisja Europejska, *Inwestowanie w przyszłość Europy. Piąty raport na temat spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej*, Bruksela 2010.
9. Komisja Europejska, *Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 328/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie wykonania, w odniesieniu do statystyk dotyczących przyczyn zgonu, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy*, „Dziennik Urzędowy Komisji Europejskiej”, 6.04.2011 r., Luxembourg.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. Council of the European Union, *Presidency Conclusions*, Brussels European Council 19/20 June 2008.
2. Dahlgren G., Whitehead M., *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on *Tackling Inequalities in Health*, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire, London 1993.
3. European Commission, *Regulation (EC) No 1059/2003 of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003, on the establishment of a common classification of territorial units for statistics (NUTS)*, „Official Journal of the European Union” L 154/1, 21.06.2003.
4. European Commission, *Social Capital, Special Eurobarometer 223/ Wave 62.2 – TNS Opinion & Social*, 2005, www.ec.europa.eu/public_opinion/archives (dostęp 15.09.2011).
5. European Commission, *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on Implementation of the NUTS Regulation*, (Regulation (EC) No 1059/2003), COM, 287, Brussels 2007.
6. Eurostat, *Healthy Life Years in European Union: facts and figures 2005–2009*, Directorate-General for Health and Consumers, Brussels 2009, 7–60.
10. Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E., *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, European Commission: the Health and Consumer Protection Directorate-General, Brussels 2007.
11. Majczak J., *Analiza zróżnicowania przedwczesnej umieralności w Polsce*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, praca doktorska, 2008.
12. Mazzucco S., Suhrcke M., *What does Eurostat's Labour Force Survey say about health and health inequalities in the European Union?*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.
13. *Health at a Glance Europe*, OECD, Paris 2010.
14. *Atlas in health in Europe*, 2nd edition 2008, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.

O autorce

Stanisława Golinowska – prof. dr hab., kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.