

# Analiza interwencji w sprawie nierówności w Regionach

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w systemach Podstawowej Opieki  
Zdrowotnej w Regionach





# Od wydawcy

Chociaż nierówności zdrowotne wciąż rosną, to rządy krajowe lub regionalne nadal nie podjęły wszelkich możliwych działań, aby przeciwdziałać temu poważnemu problemowi zdrowotnemu i społecznemu. Pomimo ciągłego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i istotnych reform w tym zakresie w krajach Europy występują nierówności. Istnieje pilna potrzeba zapewnienia odpowiednich rozwiązań i zagwarantowania zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Osoby podejmujące decyzje polityczne mają obowiązek żądania, by problemy zdrowia były uwzględniane we wszelkich działaniach oraz aby przy wsparciu naukowców zostały wdrożone skuteczne rozwiązania w tym zakresie.

Institucje opieki zdrowotnej podkreśliły znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej w poprawianiu stanu zdrowia obywateli oraz jej istotną rolę w zwalczaniu nierówności w zakresie zdrowia. Promocja zdrowia, prewencja i nowe organizacje opieki zdrowotnej są kluczem do rozwijania innowacyjnych i skutecznych działań.

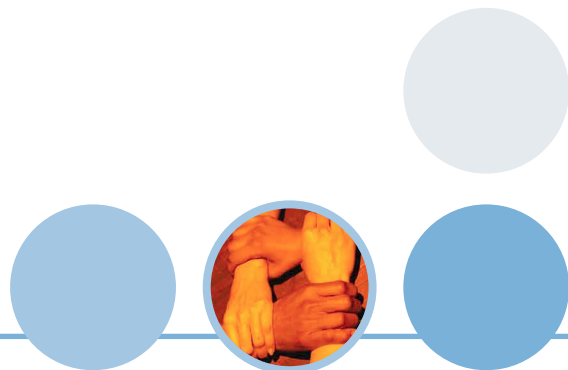
Projekt badawczy AIR zapewnia narzędzia i informacje o systemach opieki zdrowotnej i działaniach interwencyjnych, które aktywnie przyczyniają się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w regionach Europy. Wyniki te służą do tworzenia europejskiej bazy danych na temat działań i polityk zmierzających do ograniczania nierówności w zakresie zdrowia w systemach podstawowej opieki zdrowotnej. Ta baza danych powinna pomagać uczestnikom działań i decydentom we wdrażaniu nowych działań lub udoskonalaniu dotychczasowych działań na swoim terenie.

*Solange Ménival,  
Wiceprezes ds. Zdrowia oraz Służb Społecznych i Sanitarnych w Regionalnej Radzie Akwitanii  
Rachid Salmi,  
Koordynator naukowy i Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego w Bordeaux*



# Spis treści

1. Analiza interwencji w sprawie nierówności w Regionach . . . . .	7
2. Przegląd literatury . . . . .	8
3. Identyfikacja interwencji . . . . .	9
4. Dobór i analiza interwencji . . . . .	10
5. Pięć przykładowych interwencji . . . . .	11
6. Podsumowanie najważniejszych ustaleń . . . . .	16
7. Zalecenia . . . . .	18
8. Ostateczne wnioski i perspektywy . . . . .	19





# 1. Analiza interwencji w sprawie nierówności w Regionach

**P**rojekt AIR, poświęcony analizie interwencji w sprawie nierówności w Regionach, ma na celu wskazanie decydom sposobu na zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia w systemach podstawowej opieki zdrowotnej.

Obecnie nierówności w zakresie zdrowia zwiększają się w coraz większej liczbie gorzej rozwiniętych regionów Europy. Zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia to poważne wyzwanie dla wszystkich krajów europejskich oraz priorytet dla programów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej. Projekt AIR - Analiza interwencji w sprawie nierówności w Regionach - został zapoczątkowany w 2009 roku z precyzyjnym celem: wspieranie politycznych decydentów na poziomie europejskim, regionalnym i lokalnym w opracowywaniu polityki ochrony zdrowia w celu zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia w systemach opieki podstawowej. Prowadzony przez Radę Regionalną Akwitanii Projekt AIR był realizowany w ścisłej współpracy z partnerami sieci ENRICH oraz innymi ekspertami z różnych instytucji opieki zdrowotnej i ośrodków badawczych. 31 partnerów reprezentujących 15 krajów Europy współpracowało ze sobą w celu identyfikacji praktyk i strategii politycznych opracowanych w celu zmniejszenia nierówności w systemach podstawowej opieki zdrowotnej w regionach Europy. Projekt AIR dostarcza przykłady interwencji zmierzających do zmniejszania nierówności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę ich skuteczność, koszt i populację docelową. Zawiera także zalecenia dla decydentów i pracowników służby zdrowia. Wyniki uzyskane w ramach projektu istotnie przyczynią się do zmniejszania nierówności w systemach podstawowej opieki zdrowotnej w regionach Europy.

## 2. Przegląd literatury

Pierwszy etapem projektu AIR był systematyczny przegląd literatury na temat interwencji związanych z systemami podstawowej opieki zdrowotnej, które poddano ocenie w celu zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia.

123 artykuły opublikowane po 2000 roku zostały zebrane w bazach danych Medline i Cochrane Library, periodyku Health Policy Monitor i na stronach internetowych Determine, a także w publikacjach Nber i w raporcie Eurothine, jeśli dotyczyły ilościowej oceny interwencji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do procesów zdrowotnych lub wskaźników uzyskiwanych wyników w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Interwencje w podstawowej opiece zdrowotnej zostały zdefiniowane w odniesieniu do usług (dostęp do opieki i zapobieganie najczęstszym chorobom, opieka nad matką itd.) lub organizacji (pierwszy kontakt, wszechstronna i skoordynowana opieka itd.) podstawowej opieki zdrowotnej.

Przeanalizowano 107 interwencji i opracowano ich typologię. Wyróżniono trzy szerokie typy interwencji: interwencje związane z promocją zdrowia w lokalnych systemach; interwencje zmierzające do poprawy finansowego dostępu do opieki przez zapewnianie bezpłatnej opieki albo bezpłatnego lub dotowanego ubezpieczenia zdrowotnego; oraz interwencje w organizację opieki zdrowotnej. Ogółem 74% interwencji okazało się skutecznych w zmniejszaniu wszelkich nierówności w zakresie zdrowia, a podobne wyniki uzyskano także dla każdego typu interwencji.

Interwencje w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej mogą skutecznie zmniejszać społeczno-ekonomiczne nierówności w zakresie zdrowia. Zwiększanie finansowej dostępności do opieki zdrowotnej poprawia wskaźniki korzystania z opieki zdrowotnej i stanu zdrowia pacjentów. Powszechny dostęp do opieki powinien być uzupełniony przez dostosowane do potrzeb i dostosowane kulturowo interwencje w zakresie promocji zdrowia, prowadzone przez lokalnych instruktorów. Interwencje „parasolowe” mogą zapewnić ramy do wdrażania kilku interwencji w zakresie promocji zdrowia. Istotne są także interwencje w organizację opieki zdrowotnej, takie jak praca zespołowa czy zwalczanie chorób, które mogą skutecznie zmniejszać nierówności w zakresie zdrowia.





### 3. Identyfikacja interwencji

Drugim etapem projektu AIR było przeprowadzenie ankiety. Ankieta miała na celu zebranie informacji o wszystkich interwencjach, które przyczyniają się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia przez systemy podstawowej opieki zdrowotnej w regionach UE albo przez polityki wdrażane na szczeblu krajowym, regionalnym lub lokalnym. Otrzymano 47 kwestionariuszy z 21 krajów Europy, co skutkowało sporządzeniem sprawozdań na temat 90 różnych interwencji regionalnych.

Jedna trzecia ankietowanych stwierdziła, że jest objęta strategią krajową, zmierzającą do zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia, a 46% poinformowało, że krajowa strategia opieki zdrowotnej obejmuje zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia. Jedna czwarta regionów zadeklarowała włączenie do specjalnej strategii regionalnej mającej na celu zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia, a 67% ankietowanych poinformowało, że regionalna strategia opieki zdrowotnej obejmuje zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia. Za czynniki przyczyniające się do zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia ankietowani uznali edukację, interwencje powiązane z wiekiem oraz interwencje celowe dla grup upośledzonych (78% odpowiedzi).

W odniesieniu do działań wdrażanych w strategiach regionalnych za najbardziej skuteczne zostały uznane zapobieganie i promocja zdrowia (99% odpowiedzi), a następnymi w kolejności okazały się organizacja opieki zdrowotnej (82%), finansowanie (71%) i dostęp do opieki (67%).

Wyniki tej pierwszej ankiety podkreśliły wzrost świadomości na szczeblu krajowym i regionalnym istnienia nierówności w zakresie zdrowia oraz rosnącą gotowość do podejmowania działań na szczeblu regionalnym. Kolejnymi pozytywnymi wynikami tej ankiety była silna współpraca między różnymi sektorami (edukacja i usługi socjalne) oraz pozytywna rola podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w promocji zdrowia. Zebranie 90 interwencji mających na celu ograniczanie nierówności w zakresie zdrowia na poziomie regionalnym mogło także oznaczać pozytywną ocenę inicjatyw lokalnych i regionalnych, odzwierciedlającą świadomość rządu, że konieczne jest podjęcie działań. Wyniki ankiety podkreśliły jednak słabość w ocenie wpływu interwencji na zmniejszanie nierówności oraz trudności w uzyskaniu jasnej i spójnej wizji na temat różnych strategii i wyników między szczeblem krajowym i regionalnym. Podsumowując można stwierdzić, że polityczni decydenci i lekarze z jednej strony oraz naukowcy z drugiej muszą zmniejszyć pierwszą lukę między istnieniem nierówności w zakresie zdrowia w systemie opieki zdrowotnej a wiedzą na ich temat i świadomością ich występowania.

## 4. Dobór i analiza interwencji

Trzeci etap projektu AIR polegał na przeprowadzeniu drugiej ankiety. Miała ona na celu poszerzenie informacji o interwencjach zidentyfikowanych w ramach pierwszej ankiety, aby można je było dokładnie przeanalizować. Na tym etapie zadanie polegało na oszacowaniu i ocenie interwencji przez specjalistów w oparciu o zestaw kryteriów pomiaru skuteczności, jakości i innych parametrów, a także na opracowaniu katalogu „przykładowych praktyk” i zaleceń.

Ankieta zawierała dodatkowe informacje na temat interwencji, charakterystykę grupy docelowej interwencji i charakterystykę opisową interwencji, wymagana była również dodatkowa dokumentacja. Pytania opracowano w celu dokonania oceny interwencji w oparciu o następujące kryteria: adekwatność, możliwość zastosowania, innowacyjność, zapewnienie jakości, dostosowanie zasobów, skuteczność procesu, skuteczność wyników i mainstreaming.

Ogółem przeanalizowano 46 interwencji z 16 krajów Europy i 20 regionów. Interwencje były skierowane głównie do populacji obu płci, bez koncentrowania się na jakiegokolwiek konkretnej grupie wiekowej (41%). Populacje miejskie i wiejskie zostały uwzględnione w niemal równych proporcjach, a najczęściej wybieranymi parametrami do definiowania celu były niekorzystne warunki społeczno-ekonomiczne i obszary pozbawione dostępu do opieki. Kilka interwencji zmierzało do zmniejszenia nierówności przez oddziaływanie na strukturalne czynniki społeczno-ekonomiczne. Usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej były nie tylko jednym z elementów, ale odzwierciedlały kontekst, w jakim jest opracowywana większość (74%) obecnie prowadzonych interwencji. Do innych kontekstów należało adekwatne zaangażowanie sektora edukacyjnego. W większości przypadków przed interwencją przeprowadzono analizę, aby zidentyfikować potrzeby populacji (87%). Metodologia wykorzystana do projektowania tych akcji i działań była częściej oparta na nieformalnych niż formalnych metodach przeglądu literatury i konsultacji z ekspertami.

Interdyscyplinarność była rozumiana bardzo wąsko. Tylko w przypadku pięciu z 64 interwencji członkiem zespołu był przedstawiciel nauk społecznych (antropolog, socjolog, politolog), a w zaledwie kilku innych uczestniczyli nauczyciele, ekonomiści, politycy, dziennikarze i prawnicy. Ankietowani informowali o innowacjach w dwóch obszarach: nowe sposoby pracy i działania opracowane specjalnie dla konkretnej interwencji.

W 80% przypadków informowano o monitorowaniu interwencji. Tylko w połowie przypadków opracowano sprawozdanie zawierające szczegółowe informacje o tym monitorowaniu. Rzadko, bo tylko w trzech przypadkach, informowano o niezamierzonych efektach ubocznych stwierdzonych w trakcie wdrażania interwencji. Większa była liczba przypadków nieoczekiwanych skutków (10 interwencji), w większości pozytywnych.

Trzema najważniejszymi wnioskami, jakie wyciągnięto, było znaczenie współpracy między instytucjami i organizacjami, zaangażowanie i motywacja specjalistów oraz adaptacja do konkretnych warunków dzięki wsluchiowaniu się w potrzeby różnych ludzi i instytucji.



## 5. Pięć przykładowych interwencji

Po przeanalizowaniu interwencji każdą z nich oceniło dwóch różnych ekspertów, którzy przyznali im punkty zgodnie z wcześniej ustalonymi kryteriami. W wyniku analizy i oceny interwencji wybrano 5 przykładowych interwencji do zaprezentowania podczas ostatecznej konferencji poświęconej projektowi, zorganizowanej 19 kwietnia 2012 roku w Budapeszcie.

### *Tworzenie sieci współpracy antynarkotykowej w lokalnej społeczności. Projekt pilotażowy Korcula. Region Dubrownik-Neretwa. Chorwacja.*

#### **Populacja docelowa**

Dzieci w wieku szkolnym, od 12 do 18 roku życia, z wyspy Korcula.

#### **Cel**

Ograniczenie używania narkotyków przez młodych ludzi

#### **Działania**

- Analiza sytuacji i planowanie strategiczne.
- Usługi Podstawowej Opieki Społecznej - edukacja, dyskusje otwarte, warsztaty spotkania
- Inne usługi z zakresu Służby Zdrowia dla uzależnionych od narkotyków - otwarcie nowych poradni lekarzy rodzinnych, promocja w mediach (audycje, dyskusje publiczne, odwiedziny przez byłych uzależnionych z Ośrodków itp).
- Szkoty: wykłady, warsztaty, wystawy, zabawy dla dzieci, wystawy i dyskusje publiczne dla rodziców.
- Społeczność lokalna: Fundacja DWG (Drug Working Group - Grupa Wsparcia dla Narkomanów), edukacja w formie warsztatów i wykładów, spotkania okresowe, wspólne planowanie i wykonywanie działań, spotkania z lokalnymi władzami i politykami, kontrola nad sprzedażą alkoholu dzieciom i młodzieży poniżej 18 roku życia. Kontrola sprzedaży narkotyków, kontrola czasu spędzanego przez dzieci poza domem w porach nocnych.
- Ewaluacja.

#### **Kontakt**

Instytut Zdrowia Publicznego Regionu Dubrownik-Neretwa  
E-mail: pavici@net.hr; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

## ***Interwencje przeciwdziałające paleniu przez osoby chore psychicznie i więźniów. Andaluzja. Hiszpania.***

### **Populacja docelowa**

Osoby przebywające w zakładach karnych, ludzie z poważnymi problemami psychicznymi mieszkający w schroniskach/domach opieki, społecznościach terapeutycznych, długo- i średnioterminowych ośrodkach zdrowia i jednostkach szpitalnych.

### **Cel**

Zapewnienie standaryzacji leczenia uzależnionym od nikotyny społecznościom o nierównym dostępie do opieki oraz zaprojektowanie i wdrożenie specjalnego modelu interwencji dotyczących zaprzestania palenia przez osoby przebywające w zakładach karnych oraz ludzi z poważnymi chorobami psychicznymi.

### **Działania**

1. Porozumienia o współpracy z szefami instytucji.
2. Analiza sytuacji: ankieta na temat używania tytoniu.
3. Zwiększanie poziomu świadomości menedżerów, specjalistów i populacji na temat problemów spowodowanych używaniem tytoniu oraz oddziaływaniem dymu tytoniowego na otoczenie, a także pomoc w rzucaniu palenia.
4. Program szkoleniowy dla zaangażowanych specjalistów.
5. Organizacja usług wspomagających rzucanie palenia dla wszystkich osób dotkniętych tym problemem.
6. Ocena.

### **Kontakt**

Secretaria General de Salud Publica  
E-mail: mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es



## Zapobieganie i zwalczanie HIV/AIDS. Algarve. Portugalia.

### Populacja docelowa

Mniejszości seksualne, populacja więźniów, prostytutki.

### Cel

Opracowanie działań zapobiegawczych i doradczych oraz sposobów wczesnego wykrywania zakażenia HIV w najbardziej narażonych populacjach, w których występują problemy z dostępem do formalnej opieki zdrowotnej, a także w populacji ogólnej, poprzez wykorzystanie placówek instytucji partnerskich i/lub jednostek mobilnych. Cele szczegółowe: promowanie świadomości na temat statusu serologicznego zakażenia HIV; zapewnienie terminowego kierowania na konsultacje do szpitala specjalistycznego w razie potrzeby; zapobieganie przenoszenia zakażenia HIV; przyczynianie się do wzrostu akceptacji społecznej osób zakażonych.

### Działania

Istnieje Ośrodek (CAD), który zapewnia anonimowe, bezpłatne i poufne poradnictwo i wykrywanie zakażenia. CAD udziela wsparcia w prowadzeniu działań w społeczności, zapewniając stałe szkolenie i konsultacje techniczne specjalistom w różnych zespołach, dostarczając szybkich testów i materiałów. Korzystając z jednostek mobilnych lub własnych placówek, ma się zapewnione: działania doradcze, wykrywanie (szybki test), dystrybucję materiałów informacyjnych i profilaktykę - zgodnie z precyzyjnym harmonogramem, w partnerskiej współpracy z instytucjami i organizacjami pozarządowymi: w więzieniach, wśród prostytutek (świadczących usługi na ulicy i w mieszkaniach), w środowisku migrantów (w obszarach, w których mieszkają lub często się spotykają), na uniwersytetach, w centrach handlowych, ośrodkach opieki zdrowotnej. Te działania są nasilone podczas wakacji letnich i w trakcie Światowego Dnia Walki z AIDS oraz propagowane w ramach kampanii informacyjnych. Przygotowywane są materiały dydaktyczne i informacyjne.

### Kontakt

Regionalna Administracja Ochrony Zdrowia w Algarve  
E-mail: [svrcra@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:svrcra@arsalgarve.min-saude.pt)

## ***Regionalny program żywienia i ochrony zdrowia dzieci i nastolatków. Akwitania. Francja.***

### **Populacja docelowa**

Dzieci poniżej 18 roku życia w Akwitanii, w środowisku szkolnym, rodzinnym i medycznym.

### **Cel**

Cel ogólny: zahamowanie tendencji do rozpowszechniania się nadwagi u dzieci; zwiększenie spożycia owoców i warzyw; promowanie aktywności fizycznej.

Cele specyficzne: optymalizowanie wczesnego wykrywania nadwagi u dzieci, poprawienie zaopatrzenia w żywność, wdrożenie działań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkołach.

### **Działania**

Działania na rzecz edukacji zdrowotnej dzieci i nastolatków (młodych ludzi).

Szkolenie nauczycieli i personelu stołówek. Działania uświadamiające/informacyjne dla personelu medycznego państwowych instytucji edukacyjnych (pielęgniarki i lekarze szkolni) na temat znaczenia wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości.

Inicjatywy szkoleniowe dotyczące wykorzystania zatwierdzonych i wspólnych narzędzi do badań przesiewowych. Działania uświadamiające/szkolenia dla instytucji lokalnych i regionalnych na temat znaczenia poprawy dostępności odpowiedniej żywności w stołówkach. Ogólnospoleczne inicjatywy uświadamiające.

### **Kontakt**

Szpital Uniwersytecki i Szkoła Zdrowia Publicznego w Bordeaux, Répop

E-mail: [helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr](mailto:helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr)



## *Plan promocji zdrowia na lata 2010-2012 w prowincji. Hainaut. Belgia.*

### **Populacja docelowa**

Cała populacja prowincji Hainaut

### **Cel**

Zmniejszenie nierówności społecznych w zakresie zdrowia w populacji o dużej częstości występowania chorób chronicznych, dzięki współpracy z partnerami z innych sektorów oraz zapewnienie najbardziej sprzyjających zdrowiu warunków przez dostępne działania dostosowane do potrzeb wszystkich obywateli, a także kontynuacja pracy nad podnoszeniem poziomu świadomości i mobilizowanie społeczeństwa.

### **Działania**

Zaplanowano 105 działań, obejmujących zbieranie informacji na temat zdrowia, monitoring, mobilizację społeczną, kontynuację programów lokalnych, szkolenie, edukację zdrowotną, produkcję materiałów (ulotki, wystawy, animacja grup), tworzenie sieci współpracy, środki masowego przekazu, środki komunikacji i lobbying.

### **Kontakt**

Observatoire de la Santé du Hainaut

E-mail: [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

## 6. Podsumowanie najważniejszych wyników uzyskanych w ramach projektu AIR

**P**rojekt AIR koncentrował się na interwencjach zmierzających do zmniejszenia nierówności w systemach podstawowej opieki zdrowotnej w regionach, wychodząc z założenia, że wiele działań w zakresie promocji zdrowia można wdrażać na poziomie regionalnym przy udziale pracowników opieki podstawowej. W rzeczywistości najważniejsze wartości podstawowej opieki zdrowotnej zmierzają do zapewnienia równego dostępu do dostosowanej do potrzeb opieki, a dzięki temu wyraźnie uwzględniają cel jakim jest zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia.

Od zakończenia II wojny światowej kraje Europy realizują ten cel dzięki stosowaniu wielu różnych środków, do których należy powszechny dostęp do opieki i reagowanie na podstawowe potrzeby populacji. Równoległe do zwiększania poziomu świadomości nierówności w zakresie zdrowia do wielu krajowych, regionalnych i lokalnych polityk opieki zdrowotnej włączono cel zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia.

Większość regionów wskazuje na priorytetowe znaczenie promocji zdrowia i interwencji skierowanych do grup upośledzonych. Problemem jest jednak ograniczona koordynacja i integracja strategii między poziomami krajowymi i regionalnymi. Ponadto, priorytety często pozostają na etapie dobrych intencji i nie zawsze znajdują wyraźne odzwierciedlenie w konkretnych projektach. Politycy i interwencje są rzadko oceniane.

Większość interwencji ma zasięg lokalny, a z tym wiąże się problem sposobu zwiększenia ich skali w celu dotarcia do wszystkich populacji, w których występuje problem, będący celem działań.

### *Ocena interwencji i badań nad zmniejszaniem nierówności w zakresie zdrowia*

Większość publikacji naukowych na temat interwencji związanych z przeciwdziałaniem nierówności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej pochodzi z USA, a bardzo niewiele z Europy. Spośród opublikowanych doświadczeń i interwencji zidentyfikowanych dzięki ankietom AIR bardzo niewiele dotyczy roli pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, łącznie z ich dystrybucją geograficzną i jej wpływem na nierówności w zakresie zdrowia.

Bardzo nieliczne interwencje zidentyfikowane dzięki ankietom AIR obejmują w pełni rozwinięte i naukowo udokumentowane procesy monitorowania i oceny, w tym rozpowszechnianie wyników. A jeśli jakaś ocena istnieje lub jest planowana, to najczęściej nie jest ona wyraźnie oparta na sformalizowanym i metodycznym podejściu i rzadko ocenia wpływ danej interwencji.







## Wiedza o skutecznych interwencjach, czynnikach ułatwiających i barierach

- Chociaż płeć jest jednym z najważniejszych czynników nierówności w większości społeczeństw, to nierównouprawienie płci rzadko było brane pod uwagę w zidentyfikowanych interwencjach.
- Interwencje dotyczące promocji zdrowia, koncentrujące się na nierównościach zdrowotnych, mogą być skuteczne, pod warunkiem, że członkowie społeczności docelowej będą faktycznie zaangażowani w zapewnienie kulturowego dostosowania interwencji i ich prowadzenia przez osoby z tej społeczności.
- Zwalczenie choroby i zorganizowana opieka zdrowotna wydają się nie mieć wpływu na nierówności w zakresie zdrowia.
- Interwencje finansowe, mające na celu ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej, mogą zmniejszać nierówności w dostępie, ale nie wykazano ich wpływu na czynniki ryzyka. Ponadto, jakość opieki może nie być taka sama w przypadku osób, które były celem tych interwencji.
- W bardzo niewielu działaniach interwencje skoncentrowane na zmniejszaniu nierówności w zakresie zdrowia są powiązane z działaniami ogólnymi, skupionymi na strukturalnych czynnikach społeczno-ekonomicznych, takich jak warunki mieszkaniowe, zatrudnienie czy zarobki.
- Najbardziej godne naśladowania i innowacyjne interwencje to takie, w których od początku współpracują ze sobą uczestnicy, reprezentujący odpowiednie organizacje, sektory i dyscypliny, którzy wcześniej ze sobą nie współpracowali. Współpraca multidyscyplinarna i wielosektorowa to inne kluczowe czynniki ułatwiające, jednak zaangażowanie innych sektorów niż służba zdrowia jest rzadkie. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są rzadko zaangażowani w zidentyfikowane interwencje.
- Większość interwencji wskazuje na zaangażowanie populacji docelowych w ocenę potrzeb w celu ułatwienia projektowania i oceny interwencji, ale wiele z nich faktycznie nie obejmuje beneficjentów końcowych. W wielu interwencjach nie stosuje się formalnych metod prowadzenia oceny potrzeb.
- Najważniejsze zidentyfikowane bariery to: brak zasobów ludzkich, środków technicznych i ekonomicznych, niechęć instytucji i profesjonalistów z danego sektora oraz nieuwzględnianie kulturowej i społeczno-ekonomicznej charakterystyki populacji docelowej.
- Najważniejszymi zidentyfikowanymi czynnikami ułatwiającymi są: zaangażowane pośredników kulturowych i językowych oraz sektora edukacji, społeczno-gospodarczego i badawczego; innym ważnym czynnikiem ułatwiającym jest wsparcie polityczne i instytucjonalne.

# 7. Zalecenia

- W związku z tym, że większość czynników determinujących zdrowie i nierówności w zakresie zdrowia występuje poza sektorem ochrony zdrowia i ma podłoże społeczno-ekonomiczne, kluczowa w przeciwdziałaniu nierównościom jest metoda „Health In All Policies” (zdrowie w każdym sektorze, HIAP).
- Polityki i interwencje, w tym instrumenty finansowe, powinny uwzględniać potrzeby ekonomiczne i społeczne gorzej rozwiniętych populacji i nie powinny koncentrować się jedynie na dostępie do opieki zdrowotnej lub promocji zdrowia.
- Krajowe, regionalne i lokalne polityki przeciwdziałania nierównościom w zakresie zdrowia powinny zawierać specjalne metody, takie jak wizytacje, zaangażowanie przygotowanych kulturowo mediatorów oraz podnoszenie poziomu świadomości uczestników, aby skuteczniej docierać do populacji przez opiekę podstawową.
- Interwencje zmierzające do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia powinny być zawsze oparte na dokładnej ocenie potrzeb. W tej ocenie powinni uczestniczyć przedstawiciele populacji docelowej, którzy pomogą zaadaptować treść i środki interwencji do konkretnej specyfiki kulturowej i społecznej. Wszyscy istotni uczestnicy, organizacje, sektory i dyscypliny, w tym specjaliści ewaluatorzy, powinni być zaangażowani od samego początku.
- Planowanie interwencji powinno być oparte na szczegółowej i realistycznej ocenie zasobów potrzebnych do realizacji celów. Zasoby powinny także pokryć koszty odpowiedniego programu monitorowania i oceny.
- Ograniczenie zakresu jakiegokolwiek interwencji do przeciwdziałania ograniczonej ilości dostępnych zasobów może skutkować pogłębieniem nierówności i zmarnowaniem zasobów w przypadku braku możliwości osiągnięcia planowanych efektów.
- Ponieważ zasoby są z reguły ograniczone, warto skoncentrować się na interwencjach o naukowo dowiedzionej skuteczności lub opracować metodę eksperymentalnego przygotowywania nowych interwencji.
- Wierzymy, że brak konkretnego dowodu nie powinien zagrozić pomysłowi lokalnego działania w systemach opieki podstawowej zmierzającego do zmniejszania nierówności w systemach opieki podstawowej, ale zamiast tego powinien spowodować podjęcie dodatkowych eksperymentów.
- Urzeczywistnianie woli politycznej, wyrażonej w politykach krajowych lub regionalnych, przez zapewnienie zasobów odpowiednich do realizacji celów to odpowiedzialność politycznych decydentów i sektora publicznego. Należy poszukiwać dodatkowych zasobów z innych sektorów, ale rolę przywódczą powinien wypełniać sektor publiczny.
- Politycy i decydenci na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym muszą mieć świadomość powolności i umiarkowanych skutków interwencji oraz czasu potrzebnego do zapewnienia rzetelnej oceny. Interwencje zwykle postępują krok po kroku - należy je chronić przed oczekiwaniem szybkich efektów i pilnować, by nie przestawały być w sferze zainteresowań polityków.
- W sytuacji zwiększonego obciążenia chorobą chroniczną i zagrożeń związanych z zachowaniem istnieje naprawdę pilna potrzeba przeprowadzenia dodatkowych badań na temat roli i skuteczności opieki podstawowej w przeciwdziałaniu nierównościom w zakresie zdrowia w Europie. Jednak nierówności w zakresie zdrowia w Europie będą wymagać wykorzystania specjalnych zasobów w celu budowania potencjału, tak by kraje członkowskie, regiony i lokalni działacze mogli lepiej opracowywać, wdrażać i oceniać interwencje. Uczestnicy działań powinni być także zachęceni do lepszego rozpowszechniania informacji na temat interwencji i wyników swojej oceny.



# Wniosek ogólny

**K**luczowe wartości opieki podstawowej, zdefiniowane w deklaracji z Alma-Aty (1978) i raporcie WHO (2008) wyraźnie obejmują cel zmniejszania nierówności w zakresie zdrowia. W sytuacji bieżącego kryzysu gospodarczego i ograniczania nakładów na opiekę zdrowotną, powszechne ubezpieczenie i dostęp do opieki w systemach podstawowej opieki zdrowotnej będą mieć, bardziej niż kiedykolwiek, kluczowe znaczenie w ograniczaniu wzrostu nierówności w zakresie zdrowia. Jednak takie elementy jak dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, bezpłatna opieka, niższa dopłata za usługi ze strony pacjenta i dostępność geograficzna do usług w systemach podstawowej opieki zdrowotnej muszą wynikać z woli politycznej na poziomie krajowym i regionalnym.

Polityczni decydenci mają moralny obowiązek uwzględniania problemów zdrowotnych (niezależnie od obszaru polityki: gospodarczego, środowiskowego, edukacyjnego, społecznego itd.), a także podejmowania działań w celu zapobiegania pogłębianiu się nierówności w zakresie zdrowia.

### The associated partners

- CRA: Rada Regionalna Akwitunii, Francja
- IRDES: Instytut ds. badań i dokumentacji ekonomii zdrowia, Francja
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Włochy
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública, Andaluzijska Szkoła Zdrowia Publicznego
- HS: Hainaut Santé, Belgia
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Węgry
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Francja
- DPHEM: Department of Health Nottingham/NHS East Midlands, Wielka Brytania
- UCY: University of Cyprus, Cypr
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Belgia
- DUNEA: Dubrovnik Neretva County Regional Development Agency, Chorwacja
- PEHRG: Poverty, Equity and Health Research Group - Uniwersytet Perugia
- - Ternia, Włochy
- URIT: Perugia, region Umbria, Włochy
- RT: Florencja, region Toskania, Włochy
- GEORAMA: Organizacja pozarządowa Georama, Grecja

### Partnerzy do współpracy

- Rada Hrabstwa Gävleborg, Szwecja
- EUPHA: European Public Health Association, Holandia
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, Francja
- Lincolnshire Primary Care Trust, Anglia
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, Hiszpania
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, Francja
- Leicestershire County and Rutland PCT, Anglia
- Leicester County Council, Anglia
- Uniwersytet Debreczyński, Węgry
- MS-LSA: Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych Landu Saksonia-Anhalt, Niemcy
- UOMS: Uniwersytet Nauk Stosowanych Magdeburg-Stendal, Niemcy
- CSJA: Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Hiszpania
- RUBSI: Centrum badań nad problemami behawioralnymi i społecznymi, Cypr
- JP11: Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, Polska
- MSP: Ministerstwo Polityki Społecznej - Zdrowie, Ludzie starsi, opieka społecznościowa - Malta
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve- IP, Portugalia



Informacje dodatkowe:

<http://www.air.healthinequalities.eu/>

Solange MENIVAL,  
Wiceprezes ds. Karier w Ochronie Zdrowia, Opiece Społecznej i Sanitarnej  
w Radzie Regionalnej Akwitunii  
solange.menival@aquitaine.fr  
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr