

Andrzej Zieliński

NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU A POLITYKA SPOŁECZNA

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WHO oraz Komisja Europejska przykładają dużą wagę do promocji działań mających na celu zmniejszenie nierówności w zdrowiu. W artykule podniesiono problemy metodologiczne badań nad przyczynami nierówności w zdrowiu. Autor m. in. zwraca uwagę na potrzebę badań terenowych skoncentrowanych na porównywaniu dobrze dobranych grup ludności w celu uzyskania większej precyzji badań oraz lepszego dopasowania działań prewencyjnych do specyficznych potrzeb danej populacji. Wskazuje też na trudności porównań dokonywanych w skali międzynarodowej, ze względu na duże liczby zmiennych narażenia mogących zakłócać badane zależności. Znaczna część artykułu jest poświęcona interpretacji miar ubóstwa oraz zależności między nierównościami ekonomicznymi a nierównościami w zdrowiu. Autor zwraca uwagę, że nie istnieją w tym zakresie proste uwarunkowania, lecz wpływ nierówności ekonomicznych występuje szczególnie wyraźnie tam, gdzie nierówności w dochodach rodzin doprowadzają do pozostawania ludzi poniżej progu ubóstwa, a zwłaszcza ubóstwa skrajnego.

Słowa kluczowe: nierówności w zdrowiu, nierówności w dochodach, miary nierówności, polityka społeczna

WSTĘP

Projekt strategii zdrowia dla UE „Zapewnić dobre zdrowie wszystkim”, autorstwa *Davida Byrne*, Komisarza ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów w dniu 20 kwietnia 2004 r. został rozesłany do ministerstw zdrowia krajów członkowskich. Mimo ewidentnie utopijnego tytułu, nawiązującego do rezolucji 32 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, dokument w sposób zupełnie pragmatyczny proponował zastanowienie się nad nową strategią zdrowia UE i wskazywał na trudne do zakwestionowania, kierunki dążenia dla poszczególnych krajów Unii Europejskiej. „Cel ten jest wbudowany w działania UE mające na celu uzupełnienia krajowych wysiłków na rzecz promocji zdrowia, zminimalizowanie nierówności w zdrowiu i zwalczanie czynników, które mają negatywny wpływ na stan zdrowia” napisał *Byrne* we wstępie do dokumentu.

Działania podjęte przez Komisję Europejską w 2004 r. stanowiły odbicie wcześniejszej aktywności Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W 1979 r. trzydzieste drugie Światowe Zgromadzenie Zdrowia wprowadziło „Globalną Strategię Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000” przez przyjęcie rezolucji WHA32.30. Było to związane

z poparciem Raportu i Deklaracji Międzynarodowej Konferencji o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, która odbyła się w Alma Acie (obecnie Almaty) w 1978 r. W tej samej rezolucji Światowa Organizacja Zdrowia apelowała do poszczególnych krajów członkowskich o formułowanie narodowych strategii dla osiągnięcia poprawy zdrowia społeczeństw, a następnie tworzenie regionalnych i szerszych strategii na szczeblu międzynarodowym.

Pogłębione merytoryczne opracowanie problematyki nierówności w zdrowiu wewnątrz społeczeństw i między społeczeństwami zostało przedstawione w trzech kolejnych raportach dokonanych przez komisje ekspertów pod kierunkiem *Michaela Marmota*. Pierwszy raport był wykonany na zlecenie WHO i dotyczył nierówności w zdrowiu w skali globalnej (1), następny był wykonany na prośbę sekretarza stanu ds. zdrowia w Anglii i odnosił się do tej samej problematyki (2), a kolejny przedstawiał analizę społecznych determinant zdrowia w skali Unii Europejskiej (3).

Raporty te różnią się zakresami terytorialnymi i specyfiką związaną z różnicami ekonomicznymi i kulturowymi oraz wynikającą z nich skalą problemu, ale pod względem metodologicznym posiadają tę samą strukturę, a mianowicie:

1. identyfikację wyzwań związanych z nierównościami w zdrowiu i podkreślenie najważniejszych kierunków przyszłej polityki i działań.
2. wskazanie jak przesłanki empiryczne mogą być przełożone na działania praktyczne.
3. wskazanie możliwych celów i metod działania. Na szczeblu krajowym miałyby to odniesienie do uzgodnionego z resortem finansów planu wydatków rządowych (*ang. Public Service Agreement Targets–PSA targets*)

Raporty zespołów kierowanych przez *M. Marmota* cechują się wszechstronnym podejściem, uwzględniającym zarówno kulturowe jak ekonomiczne aspekty przyczyn występujących w społeczeństwach nierówności w zdrowiu, jak i we wskazywaniu możliwych i pożądanych rozwiązań. Problematyka nierówności w zdrowiu jest głęboko zakorzeniona w sytuacji ekonomicznej i politycznej całych społeczeństw, ale i występujących w nich bardziej specyficznych subpopulacji. W omawianych raportach jest silnie podkreślony związek przyczyn nierówności w zdrowiu z polityką i możliwościami działania na rzecz ich zmniejszenia. *Marmot* przyjął jako trafną zewnętrzną ocenę tych raportów jako „polityki opartej na przesłankach naukowych” (*evidence based politics*). Ma to być polityka w sensie arystotelesowskim: poszukiwanie rozwiązań dla wspólnego dobra. Nawet przy tak idealistycznym określeniu polityki projekt stawia trudne wymagania zarówno jeśli chodzi o określenie celu, jak i sposobów jego osiągnięcia. Samo zdefiniowanie czym są „przesłanki naukowe” nie jest łatwe. Ale szczególną trudność napotyka zamiana wiedzy na praktykę: określenie zakresu i sposobu, w jakim przesłanki naukowe mogą wyznaczać działania praktyczne polityków i administratorów.

Raporty *Marmota* nawiązują do licznych badań wskazujących na powiązanie sytuacji ekonomicznej całych państw i indywidualnych osób z ich sytuacją zdrowotną. Problem w tym, że sytuacja ekonomiczna ludzi powiązana jest z licznymi czynnikami, które mogą mieć charakter zakłócający lub modyfikujący efekty. Wiele z nich ma tak głębokie zakorzenienie w tradycji poszczególnych osób, rodzin i całych populacji, że przy zmianie sytuacji materialnej, ich występowanie może ulegać znacznie wolniejszym zmianom. Nie ma też dostatecznych przesłanek, aby zakładać, że następstwa zdrowotne przemian ekonomicznych mają uniwersalny charakter. Mogą być różne w różnych populacjach. Ważną ilustracją zależności między sytuacją ekonomiczną społeczeństw i występującą w nich sytuacją zdrowotną obywateli jest problem związku nierówności ekonomicznych i nierówności w zdrowiu.

W Polsce, przy współpracy Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Regionalnego Biura WHO został opracowany obszerny

raport „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce” (*Social inequalities in health in Poland*) (4). Raport przedstawia stan nierówności w zdrowiu występujących w polskim społeczeństwie i ich powiązanie z warunkami społeczno-ekonomicznymi w różnych grupach społecznych. Podejmuje też problematykę związanych z nierównościami społeczno-ekonomicznymi czynników wpływających na pogorszenie stanu zdrowia. Jest to opracowanie o wysokiej jakości, podstawowe dla omawianej problematyki.

NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU A WSPÓLNE DOBRO

Jak można określić „wspólne dobro”, które jest uszczuplone przez nierówności w zdrowiu? Dla epidemiologa powinno być jasne, że nie istnieje ono jako byt abstrakcyjny, ale stanowi wyraz statystycznego rozkładu częstości występowania w danej populacji ludzi zdefiniowanych jako zdrowi oraz ludzi z niedostatkami zdrowia o różnym charakterze i nasileniu. Mało subtelnymi, ale stosunkowo łatwo mierzalnymi wskaźnikami są miary umieralności i czasu przeżycia.

Może tu powstać pytanie: dlaczego rozkłady statystyczne wskaźników stanu zdrowia indywidualnych osób mają stanowić „wspólne dobro”? To, że stanowi, ma swoje potwierdzenie zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w prostych codziennych obserwacjach. Nie tylko stan zdrowia poszczególnych osób może być powiązany z ich własną sytuacją materialną, ale również odbija się na sytuacji materialnej ich rodzin, a w szerszym kontekście również na sytuacji ekonomicznej całych populacji.

Istotą badania nierówności jest to, że dany stan lub/i czas jego trwania musi być porównywany w obrębie populacji i między subpopulacjami, co w epidemiologii odpowiada badaniom osób z odpowiednio określonych grup. Odniesienie wskaźników stanu zdrowia do zmiennych ekspozycji w subpopulacjach grupujących osoby lepiej do siebie dopasowane pod względem warunków ekonomicznych i środowiskowych pozwala na większą precyzję badań, między innymi z racji ograniczenia liczby zmiennych zakłócających. To, jakie grupy ludzi powinny być porównywane w konkretnych badaniach, nie wynika wyłącznie z metod badawczych, ale należy do wartościującej sfery badań naukowych, czyli mówiąc prościej, w dużym zakresie jest pozostawione ocenie i rozsądkowi badacza. Ważność wielu z tych grup weszła do tradycji badań epidemiologicznych. Różnice w występowaniu wskaźników zdrowia w tych grupach były wielokrotnie badane w różnych populacjach i porównywanie ich ze sobą ma obszerną bibliografię. Ważność, z punktu widzenia nierówności w zdrowiu, zmiennych narażenia różniących poszczególne subpo-

pulacje, może być określana wielkością różnic w epidemiologicznych miarach zdrowia charakteryzujących te subpopulacje, ale też tym, czy istnieje możliwość zmniejszenia tych różnic przez działania na rzecz bardziej poszkodowanej grupy.

Istotnym rozszerzeniem badań nierówności w zdrowiu jest porównywanie nierówności w zdrowiu populacji zamieszkujących różne kraje, regiony i kontynenty. Porównując silnie skonstrastowane obszary globu badacz staje wobec znacznych różnic we wskaźnikach narażenia, co znacznie rozszerza możliwości określenia siły związków między narażeniem a jego efektem zdrowotnym.

Jest wiele badań wskazujących na dużą rolę nierówności ekonomicznych jako determinant nierówności w zdrowiu (5). W zależności od poziomu ubóstwa, ludzie mają trudniejszy dostęp do zdrowej wody i żywności, mieszkają w zagęszczonych pomieszczeniach, pracują częściej w warunkach niekorzystnych dla zdrowia i mają trudniejszy dostęp do opieki medycznej. Z poziomem dochodów wiążą się rodzaje i nasilenie patologii społecznych w poszczególnych grupach społeczeństwa. Ważnym korelatem ubóstwa jest niższy poziom uzyskanego wykształcenia, co też wiąże się z pogorszeniem wskaźników zdrowotnych.

MIARY NIERÓWNOŚCI W DOCHODACH

Podstawową jednostką służącą do obliczania dystrybucji dochodu narodowego są gospodarstwa domowe. Skumulowany rozkład dochodów gospodarstw domowych uporządkowanych przez relację większy/równy (\geq) przedstawia krzywa Lorenza. Jest to zatem krzywa stale rosnąca, a jej pierwsza pochodna jest niemalejąca. Jeżeli dochody kolejnych osób są coraz wyższe, krzywa ta przyrasta coraz szybciej, jeżeli równe poprzednim, przyrasta liniowo. Ryc. 1.

Krzywa ta jest wyskalowana w jednostkach względnych. Na osi odciętych zaznaczone są centyle liczby gospodarstw domowych, a na osi rzędnych centyle skumulowanego dochodu narodowego badanej populacji. W przypadku absolutnie równego dochodu wszystkich gospodarstw wykres Lorenza przybiera formę przekątnej, prostego odcinka łączącego punkty (0,0) i (1,1). Przy nierównościach w dochodach te same punkty łączy krzywa leżąca poniżej przekątnej. Krzywa Lorenza reprezentuje funkcję i nie można jednoznacznie przypisać do jednej wartości wskaźnika jednej określonej funkcji. Dlatego trzeba pamiętać, że parametryczne porównywanie nierówności w zdrowiu, które wymaga oparcia na tej krzywej pojedynczych wskaźników liczbowych, zawsze stanowi uproszczenie.

Elementarnym wymogiem stawianym takim wskaźnikom jest przestrzeganie reguły *Pigou-Daltona* (6,7,8), aby w obrębie populacji ocenianej pod względem nie-

równości w dochodach, każde przesunięcie dochodów od osób (gospodarstw domowych) o wyższych dochodach do tych o niższych, zmieniło wartość wskaźnika na wskazującą zmniejszenie nierówności.

Drugim wymogiem jest, aby wskaźnik nierówności był niezależny od wyboru jednostek dochodu, tzn. aby bezwzględne wielkości dochodów nie wpływały na jego wartość liczbową. Pożądane jest też, aby skala wskaźnika była skończona, aby mogła być znormalizowana w przedziale [0,1].

Wprowadzono szereg wskaźników nierówności ekonomicznych opartych na różnych podstawach matematycznych. Najprostszy z nich stanowi współczynnik wariacji. Osobna grupa wskaźników opiera się na porównaniu kwantyli z dolnego i górnego przedziałów krzywej Lorenza.

Do celów naukowych szczególnie przydatne, z racji wysokiej precyzji, są współczynniki oparte na matematycznej teorii entropii. Należy tu między innymi wskaźnik **Theila** (9). Wskaźnik ten daje możliwość terytorialnej lub grupowej dekompozycji polegającej na rozdzieleniu wyników i przypisanie mniejszym subpopulacjom odpowiadających im wskaźników przez zastosowanie odpowiednich wag.

Inną ważną miarą nierówności w dochodach jest wskaźnik **Atkinsona** (10) oparty na teoretycznej redystrybucji dochodów do poziomu, który doprowadziłby do zupełnej ich równości.

Wskaźnikiem najpowszechniej używanym do porównywania różnych populacji pod względem nierówności w dochodach jest współczynnik **Giniego** (11,12).

$$G(y) = \frac{\sum_{i=1}^n (2i - n - 1)y_i}{n^2 \bar{y}}$$

gdzie y_i to wartość i -tej obserwacji (np. dochód i -tego gospodarstwa domowego), a \bar{y} to średnia wartość wszystkich obserwacji y_i

(np. przeciętny dochód gospodarstw domowych):

$$\bar{y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i$$

W przedstawieniu graficznym krzywej Lorenza wskaźnik Giniego odpowiada stosunkowi dopełnienia „a”, pola leżącego pod krzywą skumulowanych wartości dochodu „b”, w stosunku do całkowitego pola pod odcinkiem prostej łączącym punkty (0,0) i (1, 1): „a+b”

Jak zaznaczono wyżej dana krzywa Lorenza wyznacza dokładnie jeden wskaźnik Giniego, natomiast dla danego wskaźnika nie ma już jednoznaczności, bo może on odpowiadać różnym krzywom Lorenza i różnym

rozkładom dochodów w populacji. Łatwo spostrzec, że tę samą wielkość powierzchni pola „a” mogą określać różnie przebiegające krzywe stale rosnące o niemalejącej pierwszej pochodnej.

Dogodny zakres wskaźnika Giniego od 0 do 1 stanowi miarę względną pozwalającą na łatwe porównanie stopnia nierówności w populacjach o różnej liczebności i różnych średnich dochodach. Pozwala też porównać zmiany w nierównościach dochodów w danej populacji na przestrzeni czasu. Jednak, jak zaznaczono wyżej, jego niejednoznaczność w stosunku do rozkładu dochodów sprawia, że ten sam współczynnik Giniego może charakteryzować populacje o różnych krzywych Lorenza.

W badaniu dużych populacji jako całości współczynnik Giniego daje z reguły wyższe wartości, niż w przypadku ich składowych terytorialnych. Np. dla USA jako całości współczynnik Giniego jest większy niż mierzony dla większości poszczególnych stanów. Tyko 9 stanów ma ten współczynnik równy lub wyższy niż USA jako całość. Dlatego też wnioski z porównywania krajów znacznie różniących się obszarem i liczebnością populacji trzeba wyciągać bardzo ostrożnie i uwzględniać w nich również inne czynniki określające specyfikę porównywanych jednostek.

Wielu badaczy zwraca uwagę na to, że z przebiegu krzywej Lorenza wynika, iż na wielkość współczynnika Giniego najsilniej wpływają dane ze środkowej części krzywej odpowiadające nierównościom w dochodach klasy średniej. Rzeczywiście w tym zakresie krzywa Lorenza najbardziej oddala się od przekątnej wykresu wskazującej na całkowitą równość dochodów.

Jednak, dokonane przez *J.G. Palmę* porównywanie rzeczywistych rozkładów dochodów gospodarstw domowych niemal pełnej listy krajów całego globu doprowadziło go do wniosku, że poza kilkoma krajami o wielkich obszarach ubóstwa i skrajnym rozwarstwieniu ekonomicznym jak np. Namibia, niemal dokładnie połowa dochodu narodowego wpływa do gospodarstw ulokowanych na krzywej Lorenza w decylach 5-9, a druga połowa dzielona jest między najuboższe cztery decyle i decyl dziesiąty obejmujący osoby najbogatsze (13). Na tej podstawie Palma zaproponował wskaźnik nierówności w dochodach, który wyraża stosunek dochodów 40% populacji najuboższych gospodarstw domowych i 10% najbogatszych. Przebadanie przez *Cobhama i Sumnera* nierówności w dochodach tych samych państw za pomocą wskaźników Giniego i Palmy wykazało bardzo wysoką zgodność tych wskaźników (14).

WPŁYW NIERÓWNOŚCI W DOCHODACH NA NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

Wskaźniki nierówności w dochodach, zgodnie z ich założeniami, muszą być oderwane od bezwzględnej

wysokości dochodów. Wynikające z nierówności sfery bezwzględnego ubóstwa stanowią intuicyjnie oczywisty czynnik pogarszający stan zdrowia należących do nich grup społecznych. Jak podkreślono wyżej z ubóstwem wiąże się ograniczony dostęp do zdrowej wody i żywności, możliwości, a często i nawyki utrzymania higieny, warunki mieszkaniowe, oraz ciężkość i warunki wykonywania pracy. W wielu społeczeństwach sytuacja ludzi ubogich pogarszana jest przez przemoc i uzależnienia od alkoholu i substancji odurzających. Ważną rolę może odgrywać nierówność w dostępie do opieki medycznej. Wiele problemów zdrowotnych wynikających z ubóstwa może też zależeć od nierówności w respektowaniu praw obywatelskich. Trzeba jednak pamiętać, że przy tym samym poziomie wskaźników nierówności, obszary ubóstwa mogą mieć różne zakresy, a ubóstwo względne przekłada się na poziom życia rodzin w zależności od poziomu średniego dochodu na głowę i od jakości systemu opieki społecznej w danym kraju. Istnieje jednak duża grupa poważnych autorów, którzy nierównościom ekonomicznym przypisują swoisty efekt na zdrowie społeczeństw. Efekt ten miałby być niezależny od innych czynników. Przykładem takiego opracowania jest książka *Richarda Wilkinsona i Kate Pickett* „The spirit level” (16). Przy stosunkowo mało wyrafinowanej metodologii, stosując dane populacyjne, autorzy ci w badaniach pojedynczych zmiennych, powiązali nierówności ekonomiczne w wybranych, wysoko rozwiniętych krajach z dużą liczbą miar zdrowia i wykazali znamienne powiązania nierówności z niekorzystnymi zjawiskami i zdarzeniami zdrowotnymi. Nie kwestionując tych wyników w obszarze badanych populacji, warto zwrócić uwagę, iż przy porównywaniu szerszej grupy państw często o bardzo różnych społeczeństwach i różnym poziomie dochodu narodowego, liczba zmiennych wpływających na sytuację zdrowotną ludności nie pozwala na tak daleko idące symplifikacje. Przedstawione w tabeli 1 porównanie trzech grup krajów o współczynnikach Giniego pozostających odpowiednio w granicach: 40-49, 30-29 i 20-29 wyraźnie pokazuje wielką rozpiętość przeciętnej długości życia i zdolności nabywczej ludności w krajach tylko nieznacznie różniących się wartościami liczbowymi wskaźnika Giniego. Efekt opisywany przez *Wilkinsona i Pickett*, jeżeli nawet występuje u tych społeczeństw, ginie przy mocno oddziałujących efektach obszarów skrajnego ubóstwa, skażonego środowiska i patologii społecznych.

W opracowaniach WHO dotyczących nierówności w zdrowiu stosowane są dwa podstawowe terminy: „nierówność” (*inequality*), która określa różnice we wskaźnikach zdrowia bez uwzględnienia ich przyczyny oraz „*inequity*”, która tłumaczona w słownikach jako: „niesprawiedliwość”, „brak równości” lub „brak równości dostępu”.

Według WHO, „nierówności w zdrowiu mogą być zdefiniowane jako różnice w stanie zdrowia lub w dystrybucji determinant zdrowia pomiędzy różnymi grupami ludności. Na przykład różnice w mobilności pomiędzy osobami starszymi lub młodszymi w populacji lub różnice w umieralności między ludźmi z różnych klas społecznych. Niektóre nierówności są spowodowane różnicami biologicznymi lub zależą od wolnego wyboru, a inne są przypisane do środowiska zewnętrznego i pozostają poza kontrolą osób, których dotyczą. W pierwszym przypadku są to często nierówności nieuniknione, których zmienianie może być niemożliwe, albo zmienianie ich jest etycznie nie do przyjęcia. W drugim przypadku, nierówności mogą nie być konieczne i są możliwe do uniknięcia, jak również niesprawiedliwe i nieuczciwe jest to, aby tak powstałe nierówności w zdrowiu prowadziły do niesprawiedliwości w zdrowiu” (17).

Jest to tekst silnie podbudowany ideologicznie ale trzeba docenić szlachetność jego intencji.

WHO dzieli nierówności w zdrowiu na związane z biologią człowieka, jego genetyką i procesem starzenia, ale jak się można domyślać również z trafiającymi się w życiu zdarzeniami losowymi i to jest składowa nierówności, których nie można skompensować. Do nich też zaliczane są te nierówności, które „zależą od wolnego wyboru” tzn. od trybu życia, diety stosowanej w warunkach wolnego dostępu, używek, uzależnień i innych czynników szkodliwych lub korzystnych dla zdrowia o których sama osoba może zdecydować. Natomiast „niesprawiedliwości” to te czynniki wpływające na zdrowie, które zależą od sytuacji społeczno-ekonomicznej poszczególnych grup społecznych, ale także od czynników organizacyjno-administracyjnych, które wpływają na bezpieczeństwo ekonomiczne, dostęp do wykształcenia i możliwość dostępu do udogodnień cywilizacyjnych, w tym do opieki medycznej.

Dostosowanie sytuacji w Polsce do oczekiwań WHO i Komisji Europejskiej w sprawach nierówności w zdrowiu, w wielkiej części leży w woli politycznej rządu, świadomości problemów i ściśle powiązanych z rozwojem kraju możliwościach finansowych. Dotyczy to również tych spraw, które leżą w zakresie promocji zdrowia.

TRUDNE PRZEJŚCIE OD IDEOLOGII DO SKUTECZNEJ PRAKTYKI

Zacznijmy od tego, że identyfikowanie nierówności ekonomicznych z niesprawiedliwością stwarza istotne wątpliwości metodologiczne. Nagromadzony kapitał prywatny, który ma swoje źródło w inowacyjności, lub kumulacji majątku uczciwie zdobywanego przez poko-

lenia, nie zubaża osób, które tego majątku nie posiadają. Przeciwnie przez zależny od inwestycji i inowacyjności rozwój ekonomiczny kraju kapitał prywatny może się przyczyniać do wzrostu dobrobytu pracowników najemnych. Jednak w wielu krajach, w których w ostatnich dekadach wystąpiły przemiany ustrojowe, znaczna część majątku przedtem znacjonalizowanego trafiła w ręce prywatne na drodze decyzji administracyjnych wywołując gwałtowny wzrost dysproporcji dochodów. Podobnie przejmowanie pomocy międzynarodowej przez uprzywilejowane elity ubogich krajów prowadzi do nierówności, które przy żadnym znaczeniu tego słowa sprawiedliwe nie są. Rzadko prowadzą do rozwoju kraju, a często dodatkowo pogłębiają obszary skrajnego ubóstwa.

Głębokie przemiany społeczne i ekonomiczne leżą poza zasięgiem działania programów zdrowia publicznego. Natomiast dobra orientacja w uwarunkowaniach ekonomicznych poszczególnych grup społecznych, a czasem również poszczególnych jednostek jest warunkiem koniecznym skuteczności tych programów i efektywnego wykorzystania dostępnych środków. Tylko dobrze zaplanowane badania terenowe są w stanie dać rozeznanie potrzeb poszczególnych grup społecznych zarówno w zakresie bezpośredniej pomocy materialnej, jak i informacji dotyczących zdrowego trybu życia oraz dostępu do usług medycznych. Niezbędne są one również do oceny lokalnych zagrożeń środowiskowych i stanowią podstawę adresowanych do władz administracyjnych sygnałów wskazujących na konieczność usuwania tych zagrożeń.

W planowaniu badań terenowych obliczonych na zmniejszenie skutków zdrowotnych poszczególnych czynników kluczowe znaczenie ma optymalizacja skali tych badań. Zbyt szeroko zakrojone badania mogą bowiem obejmować grupy ludzi o tak różnych potrzebach, że dostępne działania prewencyjne będą skuteczne tylko w ograniczonym zakresie. Z kolei badania zbyt wąskie pomijają osoby i grupy osób, do których można by skutecznie dotrzeć. Tymczasem obecność i siła oddziaływania czynników środowiskowych oraz związanych z trybem życia ma swoją geografę, a często również powiązania społeczne. Nawet tak, wydawałoby się uniwersalne czynniki ryzyka chorób jak palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu mają różne zakresy oddziaływania zależne od płci, wieku, zamieszkiwanej okolicy i stanu zatrudnienia. Aby skutecznie zapobiegać chorobom należy pamiętać, że podstawowym punktem wyjścia dla nierówności w zdrowiu są nierówności w narażeniach na czynniki ryzyka chorób. Tu należy zaznaczyć, że podstawowym miejscem działania programów zdrowia publicznego są zagrożenia zdrowia związane z czynnikami ryzyka chorób.

Otrzymano: 17.02.2015 r.

Zaakceptowano do publikacji: 22.10.2015 r.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: azieliński@pzh.gov.pl