

Nierówności w zdrowiu i znaczenie ich pomiaru w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)

Czym są nierówności w zdrowiu?

Nierówności w zdrowiu (*health inequalities*) według definicji sformułowanej na rzecz WHO przez M. Whitehead to:

systematyczne różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. Nierówności te są spowodowane czynnikami społecznymi (a zatem mogą być modyfikowane) i jednocześnie są niesprawiedliwe.¹

Osoby, które są w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, zazwyczaj umierają w młodszych wiekach, a w ciągu krótszego życia często mają więcej problemów zdrowotnych. Te „nierówności zdrowotne” są nieustannym wyzwaniem dla zdrowia publicznego we wszystkich krajach europejskich i wciąż są przedmiotem licznych badań w różnych dziedzinach.

Jakie czynniki i w jaki sposób kształtują nierówności w zdrowiu?

Zróźnicowanie sytuacji zdrowotnej populacji jest głównie efektem nierówności warunków codziennego życia i dostępu do zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Wszystkie wymienione czynniki wpływają na kształtowanie zachowań zdrowotnych, od których zależy przede wszystkim stan zdrowia ludności. Badania obejmujące kraje europejskie pokazują, że stan zdrowia populacji stale się poprawia, a umieralność maleje we wszystkich grupach społecznych. Mimo to zróźnicowanie zdrowia w zależności od dochodów, pozycji zawodowej czy wykształcenia – bo takie są najczęściej przyjmowane wskaźniki pozycji społecznej – nie tylko jest trwałe, ale też w wielu krajach, zwiększa się w ciągu kolejnych dekad w rezultacie szybszego spadku umieralności w grupach charakteryzujących się lepszą pozycją społeczno-ekonomiczną. Podobne procesy można zaobserwować również w Polsce.

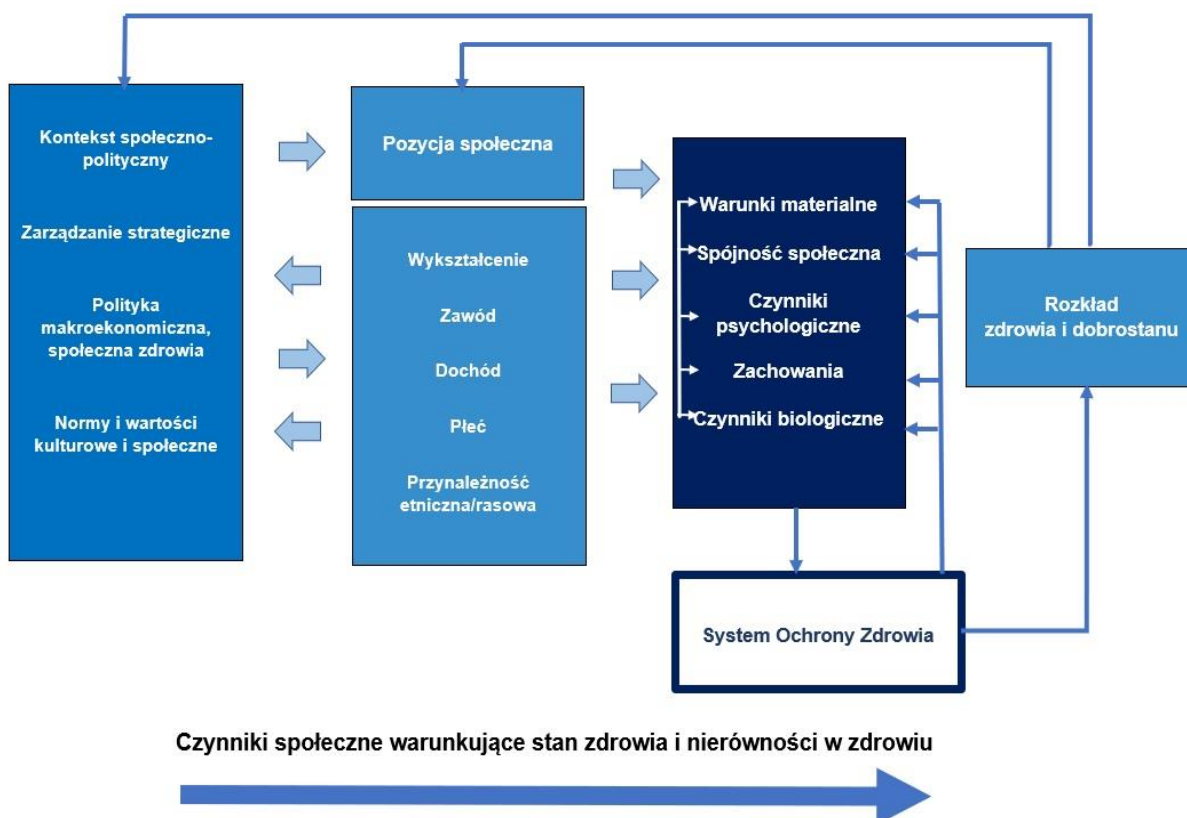
Powołana przez WHO komisja ds. społecznych determinantów zdrowia² (The Commission on Social Determinants of Health) na podstawie analiz epidemiologicznych oraz licznych badań społecznych i z obszaru zdrowia publicznego, zdiagnozowała, że czynniki przyczyniające się do powstawania społecznych nierówności w zdrowiu, a jednocześnie związane z indywidualnymi zachowaniami jednostek, zależą od wielu czynników skojarzonych z warunkami społeczno-ekonomicznymi życia ludności i to już od okresu prenatalnego. Takie czynniki jak poziom edukacji publicznej, bezpieczeństwo publiczne, jakość życia, warunki zamieszkania, jakość środowiska naturalnego³, nasilenie zjawiska wykluczenia społecznego, dostęp do ochrony zdrowia itd. wpływają na zachowania zdrowotne jednostek, ich styl życia oraz dalsze wybory (Rycina 1). Dlatego też WHO

¹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health, WHO Kopenhaga 1990

² Commission on Social Determinants of Health, Final Report Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health, WHO 2008 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

³ WHO podkreśla też, że na globalne kształtowanie się nierówności w zdrowiu wpływa klimat. W Polsce zmiany klimatu jak dotychczas wpływają w mniejszym stopniu na stan zdrowia ludności i jego nierówności. Ten wpływ dotyczy głównie zjawiska fal upałów, gwałtownych zjawisk pogodowych oraz zmian w ekosystemach skutkujących, zwiększającą się zapadalność na niektóre choroby zakaźne oraz pojawianiem się patogenów endemicznych z innych regionów świata. Problem ten jest szerzej omówiony na stronie internetowej Instytutu: <https://www.pzh.gov.pl/klimat/>

podkreśla, że kluczem do walki z nierównościami w zdrowiu są skoordynowane działania wielosektorowe ukierunkowane z jednej strony na ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, które mają ogólny wpływ na zdrowie ludności, a z drugiej strony działania nakierowane bezpośrednio na ograniczanie rozpowszechnienia konkretnych czynników ryzyka zdrowotnego związanych ze stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi. Podejście to jest nazywane zdrowiem we wszystkich politykach (Health in All Policies)⁴.



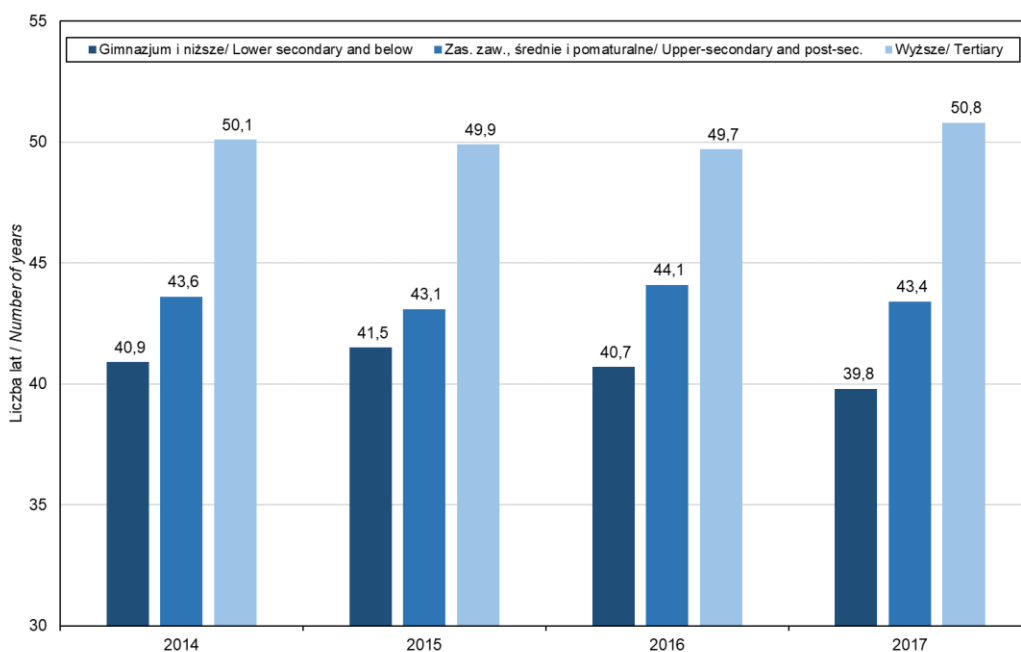
Ryc. 1 Schemat modelu ilustrującego czynniki wpływające na powstawanie nierówności w zdrowiu zaproponowany przez Komisję ds. społecznych determinantów zdrowia WHO

Jak kształtują się nierówności w zdrowiu w Polsce?

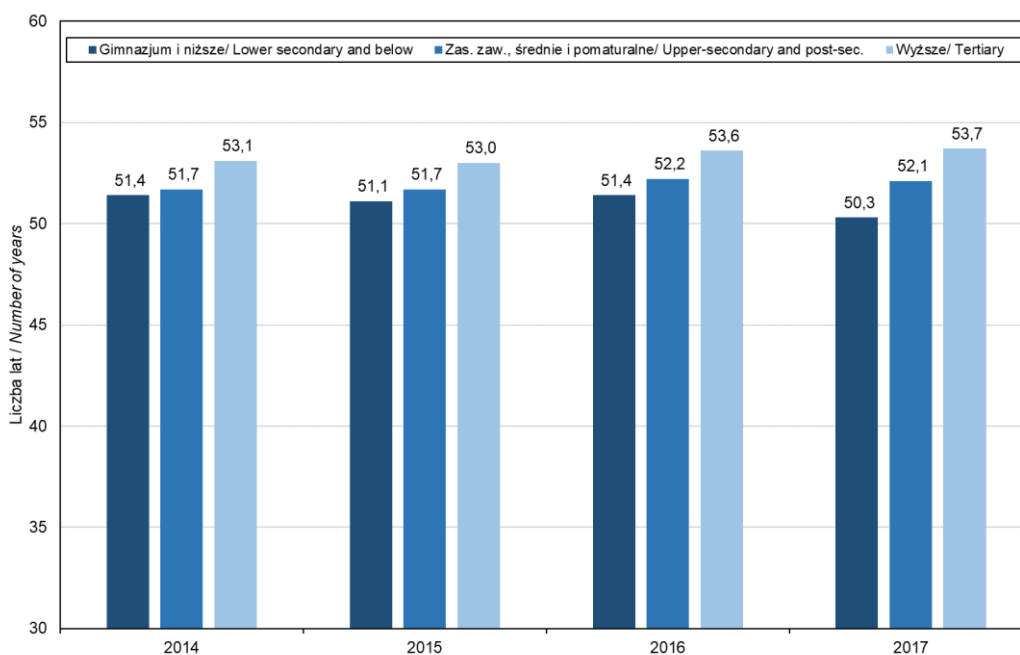
Analizy przeprowadzane systematycznie w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH Państwowym Instytucie Badawczym (NIZP-PZH) wskazują, że czynnikiem społeczno-ekonomicznym szczególnie różnicującym sytuację zdrowotną jest poziom wykształcenia. W 2017 r. mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 7,4 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy wykształcenie zasadnicze zawodowe) i aż o ok. 11 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (Rycina 2). Te niekorzystne różnice powiększyły się w 2017 r. w stosunku do lat 2014-2016, co było spowodowane wzrostem długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem i jego skróceniem u osób z niższym wykształceniem. Można zatem zauważyć, że nierówności w zdrowiu w Polsce wciąż narastają.

⁴ Health in all policies: training manual, WHO 2015
https://www.who.int/social_determinants/publications/9789241507981/en/.

W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są znacznie mniejsze niż wśród mężczyzn (Rycina 3). Niepokojący jest jednak fakt, że różnice te zwiększyły się w 2017 r. Znacznie większa różnica w długości życia mężczyzn w porównaniu z kobietami (w przypadku osób o niższym poziomie wykształcenia niż w przypadku osób o wykształceniu wyższym) wskazuje na znaczącą rolę czynników związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym w nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet.



Ryc. 2 Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014-2017 (dane Eurostat)

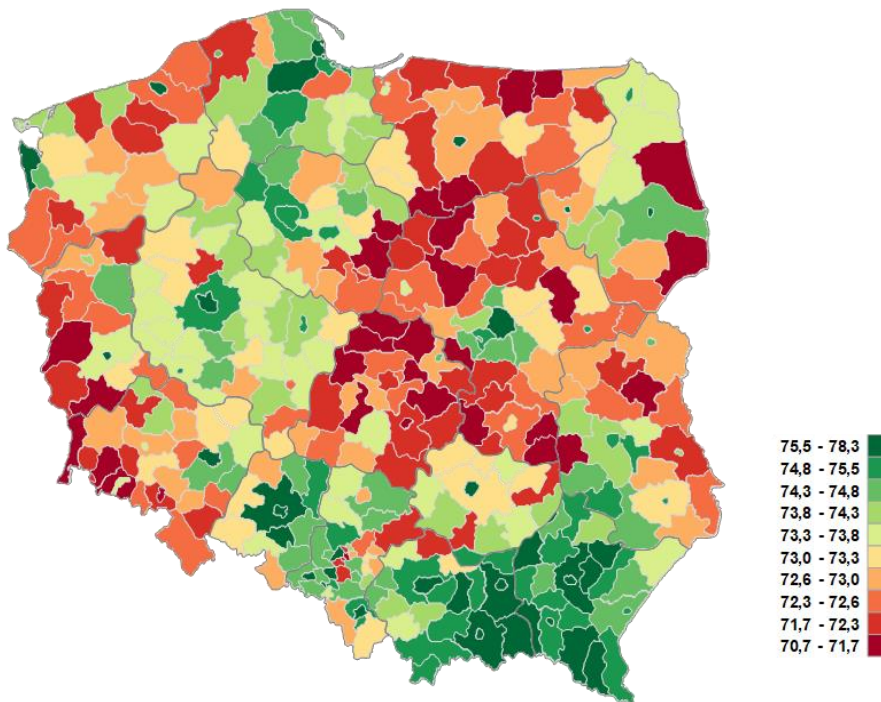


Ryc. 3 Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014-2017 (dane Eurostat)

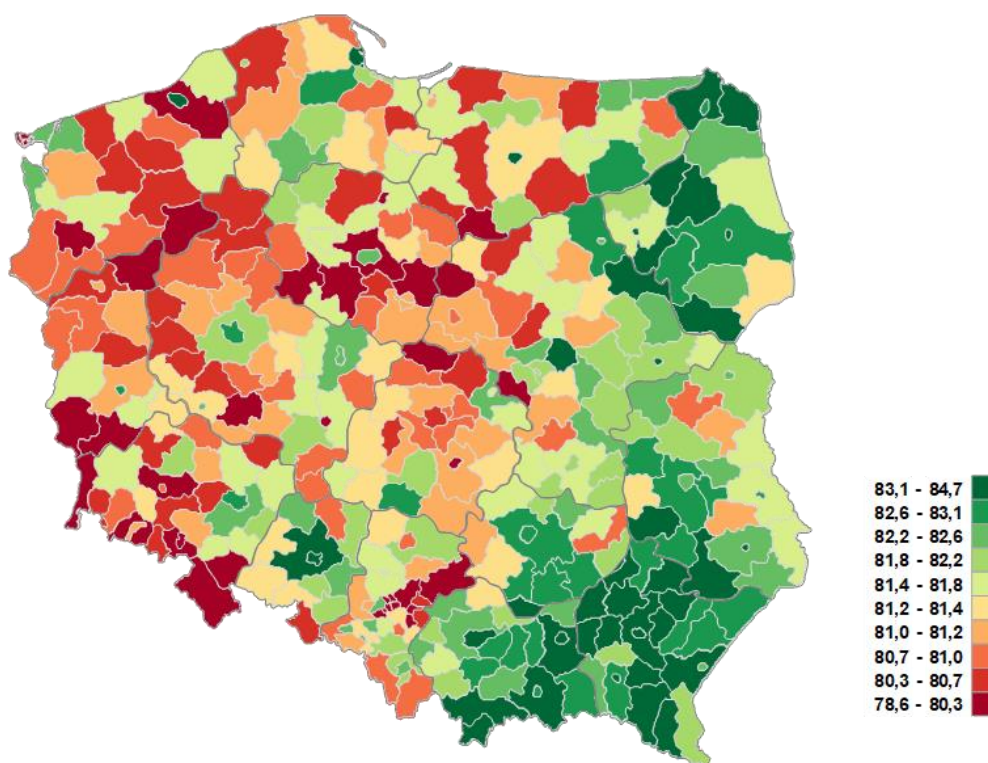
Nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców. Mieszkańcy tych miast żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi, gdzie mieszkańcy żyją krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania w ostatnich latach nie ulega zmniejszeniu.

Wbrew utartym stereotypom fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków. Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi, w 2019 r. o 1,1 roku, natomiast długość życia mieszkanek miast i wsi jest prawie taka sama.

Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów, w których mężczyźni żyją najdłużej skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej. Kobiety żyją najdłużej w powiatach we wschodniej części kraju (Ryciny 4a i 4b).



Ryc. 4a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania (źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP-PZH, Warszawa 2020)



Ryc. 4b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania
(źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP-PZH, Warszawa 2020)

W trzyletnim okresie 2017-2019 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Sopot – 78,3 lat, natomiast najkrótszego mieszkańcy powiatu kutnowskiego - 70,7 lat, więc różnica wynosi ok. 7,6 lat. W przypadku kobiet zróżnicowanie jest nieco mniejsze. Przeciętnie najdłużej żyją mieszkanki miasta Sopot – 84,7 lat, a najkrócej miasta Chorzów – 78,6 lat. Różnica wynosi ok. 6,1 lat. Różnice w długości życia mieszkańców poszczególnych powiatów występują w każdym województwie, aczkolwiek ich wielkość jest niejednakowa.

Obserwuje się silny związek niektórych zagrożeń życia z indeksem deprivacji charakteryzującym powiat zamieszkania. Szczególnie dotyczy to zewnętrznych przyczyn zgonów, w tym samobójstw - zgony z tego powodu są jednym z kluczowych wskaźników zdrowia psychicznego.

Jak można mierzyć nierówności w zdrowiu przy realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)⁵?

Można wyszczególnić dwie ogólne kategorie wskaźników związanych z monitorowaniem nierówności w zdrowiu:

1. Wskaźniki opisujące sytuację zdrowotną

Biorąc pod uwagę jakość danych gromadzonych przez rejestry medyczne, do monitorowania sytuacji najczęściej są stosowane w Polsce wskaźniki oparte na danych dotyczących umieralności i chorobowości szpitalnej:

- oczekiwana długość życia
- umieralność niemowląt
- umieralność z powodu różnych kategorii chorób przewlekłych (choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne itd.)
- chorobowość hospitalizowana z powodu różnych kategorii chorób przewlekłych (choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne itd.).

Ważnym elementem poszukiwania przyczyn nierówności w zdrowiu jest analiza wpływu systemu ochrony zdrowia na powstawanie bądź utrwalanie się tych nierówności. Wykorzystuje się w tym celu współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia (tzw. avoidable mortality). Pojęcie umieralności możliwej do uniknięcia opiera się na koncepcji, że przedwczesne zgony z powodu pewnych problemów/zdarzeń zdrowotnych powinny być rzadkie, a najlepiej nie powinny w ogóle wystąpić, jeśli istnieją terminowe i skuteczne interwencje medyczne lub możliwe są skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego. Umieralność z powodu tych przyczyn obejmuje zgony z powodu przyczyn, którym można zapobiegać (tzw. preventable causes of deaths) oraz zgony z powodu przyczyn, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (tzw. treatable causes of deaths). Wyniki analiz w tym zakresie przedstawione zostały w ostatnim raporcie przygotowanym przez NIZP-PZH, w ramach realizacji zadań NPZ, pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”⁶.

Ważnym subiektywnym wskaźnikiem opisującym w sposób ogólny sytuację zdrowotną ludności jest samoocena zdrowia, która jest rokrocznie mierzona w ramach Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski.

Aby ukazać rozmiar nierówności w zdrowiu trzeba je pokazywać w przekrojach społeczno-ekonomicznych oraz geograficznych tj.: płeć, wiek, stan cywilny, status na rynku pracy, dochód, wykształcenie, charakterystyka miejsca zamieszkania.

⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. poz. 642), poprzednio rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492)

⁶ <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

2. Wskaźniki opisujące determinanty nierówności w zdrowiu

Informacje dotyczące rozpowszechnienia zachowań zdrowotnych lub stopnia narażenia na szkodliwe czynniki, które są najważniejszymi bezpośrednimi czynnikami kształtowania nierówności, są mniej dostępne. W polskich realiach najbardziej użyteczne będą wskaźniki pochodzące z cyklicznego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski. Trzeba jednak przy tym dodać, że badanie to opiera się na subiektywnych ocenach respondentów, a co za tym idzie w przypadku niektórych wskaźników pomiar może być obarczony mniejszą trafnością i precyzją. W ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia w 2018 roku przeprowadzono również badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie dotyczące zdrowia mieszkańców, które nieco bardziej pogłębiło wiedzę na temat stylu życia. Ważne miejsce zajmuje też w tym kontekście cykliczne międzynarodowe badanie nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC).

Szczególne znaczenie wśród wskaźników opisujących czynniki bezpośrednio wpływające na nierówności w zdrowiu mają:

- rozpowszechnienie palenia tytoniu
- odsetek osób z nadwagą i otyłością
- poziom aktywności fizycznej
- spożycie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych
- udział w badaniach profilaktycznych i w szczepieniach
- spożycie żywności wysokoprzetworzonej lub typu fast-food
- spożycie owoców i warzyw
- narażenie na szkodliwe czynniki w miejscu pracy i w miejscu zamieszkania

Podobnie jak w przypadku poprzedniej kategorii wskaźników, aby ukazać rozmiar nierówności w zdrowiu wskaźniki te trzeba pokazywać również w przekrojach społeczno-ekonomicznych oraz geograficznych w rozbiciu: płeć, wiek, stan cywilny, status na rynku pracy, dochód, wykształcenie, charakterystyka miejsca zamieszkania.

Gdzie można uzyskać informację na temat skali nierówności w zdrowiu w Polsce?

W ramach projektu predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” realizowanego w latach 2013-2017, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności w NIZP-PZH przygotował *Bazę wiedzy na temat nierówności w zdrowiu*. Baza zawiera publikacje oraz narzędzia do wizualizacji danych na temat nierówności w zdrowiu: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl>

W ramach działalności statutowej NIZP-PZH publikuje cyklicznie monografię „Sytuacja zdrowotna ludności i jej uwarunkowania”. Jest to jedyna tego typu publikacja w Polsce ujmująca tak szeroko i głęboko sytuację zdrowotną ludności Polski. Ostatnia edycja Raportu została przygotowana przez NIZP-PZH w ramach NPZ w 2020 r.: <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

W 2018 r. NIZP-PZH przystąpił (jako instytucja afiliowana przy Ministerstwie Zdrowia) do projektu Joint Action - Health Equity Europe w ramach poddziałania „WP5-Monitoring”. Celem zadania jest wypracowanie rekomendacji służących do stworzenia uniwersalnych jednolitych wskaźników dla systemu mającego na celu monitorowanie nierówności w zdrowiu, link do projektu: <https://jahee.iss.it/wp-5-monitoring/>

Wdrażanie działań zmierzających do zmniejszania nierówności w zdrowiu w oparciu o dostępne dowody, a następnie ocena tego, co jest skuteczne, jest bardzo istotnym źródłem wiedzy na temat zrozumienia nierówności zdrowotnych. Działania te przyczyniają się do ulepszenia polityki zdrowotnej w zakresie poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa wraz z wyrównywaniem niesprawiedliwych nierówności.