

Komisja WHO ds. Społecznych Determinantów Zdrowia definiuje równość w zdrowiu jako "brak niesprawiedliwych i możliwych do uniknięcia lub wyrównania różnic w zdrowiu między grupami ludności".

W raporcie WHO pt. Europejski raport Zdrowia 2012 czytamy, że globalne dowody wskazują, iż co najmniej 25 proc. nierówności w zdrowiu (różnic stwierdzonych wśród ludności danego kraju) wiąże się z brakiem dostępu do efektywnych usług zdrowotnych, a procent ten wzrasta jeśli dodamy zróżnicowany dostęp do podstawowych interwencji w zakresie zdrowia publicznego, takich jak dostęp do bezpiecznych źródeł zaopatrzenia w wodę. Społeczne czynniki warunkujące zdrowie - w tym czynniki polityczne, społeczno-ekonomiczne i środowiskowe - przyczyniają się do powstania kolejnych 50 proc. nierówności zdrowotnych. Są to różnice niesprawiedliwe, więc niesprawiedliwość leży u podłoża większości nierówności zdrowotnych. Te niesprawiedliwe nierówności określane są również mianem "przyczyn" nierówności zdrowotnych, co wskazuje, że w zasadniczy sposób wpływają na przyczynowość i systematyczne powstawanie społecznych wzorców wyników zdrowotnych, w tym przeciętnego trwania życia.

W Europie nierówności zdrowotne stanowią istotny problem, biorąc pod uwagę zwiększające się różnice zdrowotne i różnice w zakresie przeciętnej długości życia obserwowane między poszczególnymi krajami i w ramach ich granic. Będąc jednym z najważniejszych czynników społecznych warunkujących zdrowie, normy dotyczące płci i stosunków społecznych nadal kształtują sposób funkcjonowania systemów ochrony zdrowia i realizacji świadczeń, co często działa na niekorzyść dziewczynek i kobiet lub osób, które nie wpisują się w ogólnie przyjęte role społeczne przewidziane dla ich płci.

Podstawowe warunki skutecznego wyrównywania nierówności zdrowotnych obejmują:

- a. Zobowiązanie do zapewnienia wszystkim obywatelom równych szans poprawy lub utrzymania obecnego stanu zdrowia;
- b. Przeprowadzenie oceny polityk zdrowotnych i programów zdrowia pod kątem ich oddziaływania na nierówności w zdrowiu, uwzględniając analizę elementów wejściowych i wyjściowych i wykorzystując szczegółowe dane dotyczące różnych podgrup ludności;
- c. Zrozumienie ścieżek prowadzących od społecznych czynników warunkujących zdrowie do różnic w zakresie narażenia, wrażliwości na oddziaływanie czynników społecznych, interakcji z systemem ochrony zdrowia oraz wyników zdrowotnych;
- d. Określenie punktów wejścia i działań mających na celu przeprowadzenie zmian oraz zapewniających partycypację społeczności i pozostałych interesariuszy, opracowanych na podstawie istniejącej bazy dowodów wskazujących rozwiązania umożliwiające zmniejszenie nierówności zdrowotnych.

Działania podejmowane w ramach sektora zdrowia lub systemu ochrony zdrowia mogą zawierać strategie przekształcenia istniejących programów w celu zapewnienia równego dostępu do opieki i zmiany procesów powodujących wykluczenie osób poszkodowanych społecznie i pochodzących z najsłabszych grup społecznych. Działania planowane w celu oddziaływania na społeczne czynniki warunkujące zdrowie często wymagają uzgodnienia celów i zadań wielu sektorów, współpracy międzysektorowej i wspólnego dążenia do osiągnięcia wielu celów społecznych. Na przykład programy rozwojowe dla dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa wiążą się z uzyskaniem lepszych wyników w zakresie zdrowia, edukacji i żywienia zarówno w dzieciństwie, jak i w cyklu całego życia, a ponadto przyczyniają się do osiągnięcia wyższych dochodów i zwiększenia spójności społecznej.

Rozkład zamożności, wykształcenia oraz statusu zawodowego - zarówno w granicach poszczególnych krajów, jak też i między nimi – odzwierciedla stopień rozwarstwienia społeczeństwa, a jednocześnie jest istotnym społecznym czynnikiem warunkującym zdrowie. Europejski Region WHO jest jednym z najbogatszych regionów świata. W 2009 r. średnia wysokość rocznych dochodów na osobę wynosiła około 24 tys. USD. Pomimo, że poziom dochodu na osobę wzrasta od 1990 r., to odnotowuje się jego duże zróżnicowanie w przedziale od 715 USD do 105 tys. USD, przy czym w dziewięciu krajach regionu średni dochód roczny na osobę utrzymuje się poniżej 5 tys. USD. Ostatni kryzys gospodarczy w Europejskim Regionie WHO spowodował wzrost średniego poziomu bezrobocia, który w

2009 r. wynosił 8,7 proc. ogółu aktywnej zawodowo ludności, co wskazuje na odwrócenie bardziej optymistycznego trendu utrzymującego się w trakcie poprzedniego dziesięciolecia. Porównanie poziomu bezrobocia wśród państw członkowskich regionu wskazuje, że najwyższa odnotowana w tej grupie stopa bezrobocia jest o 35 razy większa od najniższej.

Środowisko jest kolejnym istotnym czynnikiem warunkującym zdrowie. Ostatnie oceny oddziaływania czynników środowiskowych na zdrowie wskazują, że mogą one odpowiadać za 13-20 proc. obciążenia chorobami w Europie, w zależności od przyjętego wzorca klasyfikacji umieralności. Ostatnio WHO przeprowadziła ocenę wpływu czynników środowiskowych na nierówności zdrowotne w Regionie Europejskim.

Podstawowym warunkiem skutecznego reagowania na zmieniającą się sytuację epidemiologiczną i potrzeby zdrowotne ludności jest efektywnie działający system ochrony zdrowia, wspierany przez właściwe struktury zarządcze i sposoby finansowania ochrony zdrowia oraz wyposażony w odpowiednie zasoby ludzkie i instytucje świadczące usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i opieki paliatywnej. Progresywne finansowanie systemu ochrony zdrowia i ochrona gospodarstw domowych przed ponoszeniem katastrofalnych wydatków na zdrowie to ważne elementy systemu powszechnej opieki zdrowotnej, który nie obarcza ryzykiem finansowym osób nim objętych. Płatności ponoszone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe jako procent wydatków na zdrowie ogółem stanowią dobry wskaźnik ryzyka finansowego i poziomu równości w finansowaniu systemu ochrony zdrowia.

Średnia wartość tego wskaźnika w regionie wynosi 23 proc., ale obserwowane jest duże zróżnicowanie między krajami w przedziale od 6 proc. do niemal 80 proc., co oznacza czternastokrotną różnicę. W 10 krajach regionu bezpośrednie płatności gospodarstw domowych stanowią główne źródło opłat za usługi opieki zdrowotnej (około 50 proc. lub więcej). Globalne dowody wskazują, że kiedy uzależnienie funkcjonowania systemu od bezpośrednich płatności pacjentów spada poniżej 15-20 proc. wydatków na zdrowie ogółem, bardzo rzadko dochodzi do przypadków katastrofy finansowej gospodarstw domowych (definiowanej jako konieczność wydatkowania przez gospodarstwa domowe ponad 40 proc. dochodów pozostałych po opłaceniu kosztów żywności na usługi opieki zdrowotnej).

Źródło: www.who.un.org.pl