

B, Wojtyniak, Michał Marek, Paweł Goryński

## **Charakterystyka Projektu Predefiniowanego dotyczącego ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, Program PL 13, Norweski Mechanizm Finansowy**

### **Wprowadzenie.**

W prawie wszystkich krajach europejskich wydłużaniu się średniej długości życia towarzyszy zjawisko utrzymywania się, a nawet w niektórych krajach zwiększania nierówności w zdrowiu powodowanych przez czynniki społeczne. Nierówności w zdrowiu mają charakter liniowy, a nie skokowy. Oznacza to, że występują one nie tylko pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi oraz najbardziej i najmniej wykształconymi, ale także w przypadku bardziej i mniej bogatych, bardziej i mniej wykształconych. Nierówności te są wywołane wielu czynnikami występującymi w skali makro jak i mikrospołecznej.

Z prowadzonych w Polsce analiz empirycznych, dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu, w tym analiz realizowanych w ramach BCA, wynika, że różnice w przewidywanej przeciętnej długości życia pomiędzy różnymi grupami społecznymi dochodzą do 12-16 lat. Różnice tego rodzaju występują także pomiędzy stanem zdrowia mieszkańców różnych jednostek terytorialnych kraju (województw, powiatów, gmin), pomiędzy dużymi miastami (np. Warszawą i Łodzią) a także w obrębie poszczególnych miast (np. pomiędzy poszczególnymi dzielnicami Warszawy). Warto wspomnieć, że w Unii Europejskiej największe społeczne nierówności w zdrowiu występują w krajach postsocjalistycznych. Zdaniem wielu ekspertów utrzymywanie się tego rodzaju nierówności nie powinno być akceptowane, dlatego w ostatnim okresie Światowa Organizacja Zdrowia, Unia Europejska, a także wiele krajów podejmuje działania mające na celu przeciwdziałanie temu zjawisku (m.in. w ramach programów dotyczących wykluczeń społecznych). Działania te dotyczą m.in. poprawy zarządzania w zakresie zdrowia publicznego. Ograniczanie nierówności w zdrowiu w Polsce, tak jak w innych krajach, staje się coraz ważniejszym zagadnieniem. Z tego powodu główny cel Narodowego programu Zdrowia na lata 2007-2015 został określony w następujący sposób:

„Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”.

Zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia cel ten ma być osiągnięty poprzez:

- promocję zdrowego stylu życia wśród całego społeczeństwa;
- tworzenie zdrowych warunków mieszkaniowych, pracy oraz nauki;
- włączanie jednostek samorządów lokalnych i wojewódzkich a także organizacji pozarządowych w działania dotyczące promocji zdrowia.

W Polsce pierwszym programem poświęconym kwestiom społecznym nierówności w zdrowiu był 7-letni Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD) rozpoczęty w 2002 r. Celem tego programu, finansowanego przez Ministra Zdrowia, było zarówno

zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i opracowanie środków profilaktycznych. POLKARD był realizowany m.in. w 400 małych miastach, w których liczba mieszkańców nie była większa niż 8000, zlokalizowanych na terenie 12 województw. Miasteczka te położone są z dala od dużych miast, a ich mieszkańcy przez lata mieli do czynienia z licznymi trudnościami ekonomicznymi, którym towarzyszył zły stan zdrowia. Na końcu opisu podano wybrane pozycje dotyczące tej problematyki.

**Cel Projektu.** Zgodnie z założeniami Programu PL13, głównym celem Projektu Predefiniowanego powinno być osiągnięcie rezultatu pn: Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia. Realizacja tego celu przyczyni się do: (a) przyszłej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, (b) ograniczania nierówności w zdrowiu spowodowanych czynnikami społecznymi.

Poprawa zarządzania w Polsce zależy przede wszystkim od: (a) trafnej i aktualnej identyfikacji problemów, (b) wypracowania nowych i adekwatnych do zadań narzędzi służących ograniczeniu społecznych nierówności w zdrowiu oraz (c) uzyskania odpowiedniej wiedzy i umiejętności niezbędnych do prawidłowego i skutecznego stosowania tych narzędzi. W związku z powyższym w projekcie skupiono się na tych trzech zagadnieniach.

Narzędzia, które zostaną wypracowane w projekcie będą dotyczyły m.in.:

- nowych rozwiązań w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w celu poprawy skuteczności jego działania, mogących mieć wpływ na wieloletnie planowanie (moduł Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016+ dotyczący nierówności w zdrowiu);
- nowych wzorów analiz okresowych umożliwiających monitorowanie różnych aspektów społecznych nierówności w zdrowiu, czynników powodujących te nierówności oraz dynamiki zachodzących zmian,
- narzędzi dotyczących oceny wpływu różnych czynników na stan zdrowia ludności,
- narzędzi umożliwiających określanie potrzeb zdrowotnych ludności, dotyczących głównie społecznych nierówności w zdrowiu,
- wzorów programów zdrowia publicznego, o udowodnionej skuteczności, adresowanych do określonych grup społecznych o podwyższonych ryzykach zdrowotnych (palenie, nadciśnienie, cholesterol, wypadki),
- wzorów nowych programów dydaktycznych służących poprawie kwalifikacji ludzi zajmujących się ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu.

Opracowanie tych narzędzi będzie możliwe m.in. dzięki transferowi *know how*, głównie z Norwegii.

**Struktura Projektu.** Projekt jest podzielony na sześć działań, jednak trzy z nich są najważniejsze dla osiągnięcia głównego celu:

## **Działanie 1. Opracowanie międzysektorowej strategii opartej na faktach (*evidence based*) mającej na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.**

Głównym celem tej części Projektu jest opracowanie międzysektorowej strategii służącej zmniejszaniu społecznych nierówności w zdrowiu (podejście alternatywne). Strategia ta może stanowić wkład w prace nad Narodowym Programem Zdrowia 2016+, a także może wspierać proces realizacji innych polskich średniookresowych, międzysektorowych strategii 2020.

Podstawą opracowania strategii będzie określenie nierówności w zdrowiu oraz ich uwarunkowań w Polsce, które zostało wyznaczone jako jedno z pierwszych poddziałań w ramach Projektu (1.1).

## **Działanie 2: Opracowanie modelu organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, jak również modeli publicznych programów zdrowotnych głównie na poziomie sub-regionalnym, w tym ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.**

Na początku zostanie opracowana diagnoza różnych aspektów obecnego polskiego systemu zdrowia publicznego (punkt 1.2). Wyniki tej diagnozy zostaną wykorzystane m.in. w pracach dotyczących projektu ustawy o zdrowiu publicznym, a także w pracach dotyczących wybranych narzędzi zarządzania zdrowiem publicznym mających na celu zwiększenie skuteczności i wydajności świadczeń zdrowia publicznego w Polsce.

Wszystkie poddziałania realizowane w ramach Działania 1 i 2 są ze sobą powiązane i te zależności powinny być brane pod uwagę zarówno w fazie przygotowania, jak i realizacji Projektu, a także przy ocenie uzyskanych wyników. Przeprowadzenie tak wszechstronnych badań wymaga zastosowania podejścia systemowego.

## **Działanie 3: Zwiększanie wiedzy i umiejętności w obszarze zdrowia publicznego (szkolenia seminaria).**

Opracowane zostaną programy szkoleniowe mające na celu poprawę stanu wiedzy i umiejętności grup ludzi zaangażowanych w działania na rzecz zdrowia publicznego.

### **Opis poszczególnych pod-działań**

#### **1.1 Diagnoza nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań.**

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analizy dotyczące zróżnicowania geograficznego i społecznego.

Zróżnicowanie geograficzne:

- określenie wielkości zróżnicowania umieralności i chorobowości na poziomie wojewódzkim i powiatowym dla różnych grup chorób,

- analiza wielkości zróżnicowania udzielanych wybranych świadczeń zdrowotnych (w opiece ambulatoryjnej oraz szpitalnej), a także informacje dotyczące ruchu pacjentów w systemie ochrony zdrowia oraz dane o statusie społecznym poszczególnych pacjentów,
- czynniki ekonomiczno-społeczne związane z geograficznymi nierównościami w zdrowiu.

Zróżnicowanie społeczne:

- określenie wielkości zróżnicowania umieralności i chorobowości między grupami społecznymi,
- analiza wielkości zróżnicowania udzielanych wybranych świadczeń zdrowotnych (w opiece ambulatoryjnej oraz szpitalnej) według grup społecznych,
- czynniki ekonomiczno-społeczne związane ze społecznymi nierównościami w zdrowiu.

Badania wykonane w ramach umowy BCA dotyczyły podobnej tematyki, jednak ze względu na krótki czas realizacji i bardzo ograniczone środki finansowe prace te nie zawierały wielu analiz, których wykonanie jest potrzebne do lepszego zrozumienia różnic w stanie zdrowia ludności powiatów.

Przeprowadzenie założonych prac pozwoli na wypracowanie wzorca analiz, które będą mogły być powtarzane okresowo i będą stanowić ważną pomoc dla decydentów odpowiedzialnych m.in. za:

- tworzenie polityki zdrowotnej na poziomie całego kraju oraz poszczególnych województw,
- opracowywanie wojewódzkich planów,
- koordynację działań prozdrowotnych na danym terenie.

## **1.2 Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce.**

Zawartość merytoryczna poddziałania

Analizy będą dotyczyć następujących elementów:

- określenie systemu zdrowia publicznego dla potrzeb prowadzonych analiz dotyczących poddziałań 1.2 i 2.1 oraz kierunków prowadzonych prac, w tym definicje i słownik pojęć,
- model formalny - analiza regulacji prawnych dotyczących systemu zdrowia publicznego,
- model rzeczywisty – analiza organizacyjnych, technicznych i finansowych aspektów aktualnie istniejącego systemu zdrowia publicznego, w tym analiza organizacji i funkcjonowania zabezpieczenia społecznego i kształcenia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na problemy ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także ustalenie możliwości zaspokajania potrzeb informacyjnych przez istniejące systemy informacyjne w zakresie monitorowania społecznych nierówności w zdrowiu (kontynuacja prac projektu Eurostatu prowadzonego w latach 2010-2011).

## **1.3 Model oceny wpływu [regulacji prawnych, działań społecznych i gospodarczych] na zdrowie (HIA).**

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analiza zawierać będzie następujące elementy:

- prawne i organizacyjne aspekty prowadzenia ocen wpływu działań prawnych społecznych i gospodarczych na zdrowie (w tym role podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie ocen, kwalifikacje personelu zatrudnionego przez te podmioty, jak również potrzebne bazy danych oraz metody, w tym metody sprawnej współpracy międzysektorowej na poziomie centralnym, regionalnym i powiatowym),
- przegląd i charakterystyka najlepszych metod stosowanych przy ocenie wpływu działań prawnych społecznych i gospodarczych na zdrowie i sposobów ich stosowania oraz wyników prac stosowanych na świecie. Na podstawie przeglądu część metod zostanie wybrana i dostosowana do warunków polskich. Metody te będą rekomendowane do zastosowania w pracach podmiotów dokonujących ocen.
- przeprowadzenie wzorcowych analiz dotyczących wpływu działań prawnych społecznych i gospodarczych na zdrowie. Pogłębione analizy, których dotyczy to działanie Projektu są mało znane, dlatego wykonanie zestawu takich analiz na poziomie krajowym, regionalnym i sub-regionalnym ułatwi podmiotom, odpowiedzialnym za prowadzenie tego rodzaju analiz ich prowadzenie. W analizach tych będą wykorzystane rekomendowane źródła danych oraz metody. Analizy te mogą też być wykorzystane do opracowania zestawu wytycznych pozwalających zachować odpowiednią jakość prowadzonych prac. Chodzi także o przygotowanie ekspertów, którzy będą wspierali administrację w dokonywaniu tego rodzaju analiz.

Z międzynarodowego doświadczenia wynika, że model oceny, o którym tu mowa powinien być stosowany na poziomie ogólnokrajowym, regionalnym i sub-regionalnym. Podmioty działające na różnych szczeblach będą zajmowały się oceną innych zjawisk i w związku z tym często będą korzystały z innych źródeł informacji i innych metod, a także wyniki ich ocen będą dotyczyły innych spraw (choć często powiązanych ze sobą).

#### **1.4 Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu.**

Przewyciężanie barier dotyczących międzysektorowej współpracy koniecznej przy opracowywaniu i realizacji wybranych zadań NPZ, wykorzystanie wyników prac w realizacji wybranych strategii międzysektorowych 2020, prezentacja prowadzonych analiz oraz proponowanych zapisów do modułów Narodowego Programu Zdrowia 2016+

Zawartość merytoryczna poddziałania:

Analiza zawierać będzie następujące elementy wypracowane na podstawie polskich i międzynarodowych doświadczeń dotyczących planowania oraz realizacji poprzednich Narodowych Programów Zdrowia.

Określenie:

- celów strategicznych i operacyjnych,
- zadań i działań służących ich realizacji oraz powiązań między poszczególnymi zadaniami i działaniami,
- zakresu i sposobu finansowania poszczególnych zadań,
- podmiotów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań, w tym podział odpowiedzialności, a także
- zarysu procesu realizacji strategii na podstawie polskich i międzynarodowych doświadczeń.

## **2.1 Model zarządzania zdrowiem populacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce.**

Celem realizacji tego działania jest określenie warunków prawno-organizacyjnych niezbędnych do poprawy skuteczności funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, w szczególności w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

W analizie zostaną uwzględnione poniższe elementy:

- przegląd i analiza modeli zdrowia publicznego, które funkcjonują w innych krajach,
- określenie zadań statutowych, ról, odpowiedzialności, narzędzi i kwalifikacji personelu administracji publicznej i innych podmiotów, jak również źródeł finansowania ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia na poziomie centralnym, wojewódzkim i sub-wojewódzkim.

Prace projektowe dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, w tym ustawy o zdrowiu publicznym, wymagają stałej konsultacji z podmiotami bezpośrednio lub pośrednio odpowiedzialnymi za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym.

## **2.2 Model programu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych.**

Zawartość merytoryczna poddziałania

- przegląd programów zdrowia publicznego opartych na faktach dotyczących wybranych głównych ryzyk zdrowotnych stanowiących przyczyny chorób niezakaźnych w Polsce,
- adaptacja wybranych programów do polskich warunków w celu umożliwienia ich skutecznego wdrażania w kraju. Opis tych programów będzie dokonywany według następującego schematu:
- opis problemu zdrowotnego,
- cele programu,
- adresaci programu (populacja),
- organizacja programu,
- koszty,
- monitorowanie i ewaluacja realizacji programu,
- okres realizacji programu.

### 2.3 Model oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych

Analizy dotyczące potrzeb zdrowotnych prowadzone były m.in. w ramach Projektu Banku Światowego. Ówczesne prace nie dotyczyły społecznych nierówności w zdrowiu, a od ich zakończenia minęło 10 lat. W tym czasie w wielu krajach wypracowano wiele nowych sposobów analizy potrzeb zdrowotnych i przetestowano je w praktyce. Ponadto w Polsce są obecnie dostępne nowe, istotne dla tego problemu źródła danych.

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analiza zawierać będzie następujące elementy:

- ustalenie źródeł informacji (w tym baz danych), które można wykorzystywać do oszacowania potrzeb zdrowotnych,
- opracowanie wytycznych i narzędzi umożliwiających określanie potrzeb zdrowotnych (w tym społecznych nierówności w zdrowiu),
- określenie organizacyjnych i technicznych warunków umożliwiających skuteczne stosowanie narzędzi w polskich warunkach (w tym wsparcie zewnętrzne),
- praktyczne przykłady określania potrzeb zdrowotnych.

Opracowanie zawierać będzie następujące elementy:

- przegląd literatury,
- określenie koncepcji ewaluacji programów powiatowych realizowanych w ramach Programu PL 13, w tym: (a) opracowanie ilościowych i jakościowych wskaźników do wykorzystania w procesie ewaluacji, (b) ustalenie źródeł danych, (c) określenie sposobu ewaluacji,
- analiza zbiorczych wyników ocen przeprowadzonych przez podmiot dokonujący ewaluacji (wybrany w procesie konkursu ofert).

### 3.1 Koncepcja szkoleń i seminariów dla wybranych grup interesariuszy z sektora zdrowia publicznego.

To poddziałanie jest poświęcone opracowaniu m.in. dwóch najważniejszych programów: Zdrowie publiczne oraz Zarządzanie zdrowiem publicznym, a także dodatkowych modułów, w tym m.in. w zakresie kodowania przyczyn zgonów.

### 3.2 Szkolenia i seminaria dla różnych grup interesariuszy (ze szczególnym uwzględnieniem szkoleń dla osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem zdrowia publicznego na poziomie wojewódzkim lub sub-wojewódzkim).

W ramach Projektu przewidziano przeprowadzenie szkoleń/seminariów we wszystkich województwach dla wybranych grup interesariuszy, których rola polega na umacnianiu i poprawie zdrowia populacji, w tym:

- tzw. *front line providers*, czyli osób bezpośrednio pracujących z odbiorcami, np. pracowników POZ, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nauczycieli, etc.
- tzw. „zarządzających”, czyli menedżerów podmiotów leczniczych, pracowników urzędów wojewódzkich, marszałkowskich, jednostek samorządu terytorialnego, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, specjalistów i konsultantów, etc.,
- nauczycieli akademickich prowadzących wykłady na uczelniach wyższych publicznych i niepublicznych z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

W miarę możliwości w szkoleniach należy uwzględnić również chęć uczestniczenia innych osób reprezentujących inne podmioty, jak np. NGOs. Szkolenia powinny promować kształcenie interdyscyplinarne poprzez udział różnych uczestników rekrutowanych za pośrednictwem różnych kanałów komunikacji.

Celem szkoleń dla tzw. *front line providers* oraz „zarządzających” jest:

- A. Zrozumienie szerokiego spektrum czynników warunkujących zdrowie zbiorowości, w tym społecznych, ekonomicznych i politycznych.
- B. Rozpoznanie najważniejszych przyczyn leżących u podłoża nierówności w zdrowiu.
- C. Zapoznanie ze strategiami/metodami zmniejszania nierówności w zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem strategii/metod zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia.
- D. Rozpoznanie zasad funkcjonowania i potencjału systemu zdrowotnego w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem struktur, które powinny być włączone w zmniejszanie nierówności w zdrowiu.

**Celem seminariów dla nauczycieli akademickich jest:**

- A. Analiza problematyki dotyczącej stanu zdrowia populacji polskiej oraz szerokiego spektrum czynników warunkujących zdrowie zbiorowości, w tym geograficznych społecznych, ekonomicznych i politycznych.
- B. Rozpoznanie najważniejszych przyczyn leżących u podłoża nierówności w zdrowiu.
- C. Zapoznanie ze strategiami/metodami zmniejszania nierówności w zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem strategii/metod zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia.



**D. Zdefiniowanie głównych problemów i przeszkód w realizacji procesu nauczania-uczenia się w szkołach wyższych ze szczególnym uwzględnieniem problematyki nierówności w zdrowiu wraz z poszukiwaniem metod rozwiązywania tych problemów.**

**E. Zapoznanie się ze strategią zmniejszania nierówności w zdrowiu w Norwegii**

### 3.5 Stworzenie bazy wiedzy.

Baza wiedzy będzie zawierała materiały wypracowane w Projekcie oraz inne materiały dotyczące nierówności w zdrowiu, w tym dane epidemiologiczne, ale także okresowo przygotowywane materiały dotyczące stanu zdrowia i społecznych nierówności w zdrowiu, a ponadto linki do najważniejszych baz danych dotyczących zdrowia publicznego w kraju i na świecie. Baza ta będzie elementem istniejącej strony internetowej MZ, administrowanej przez DUZ. W tworzenie bazy będzie również zaangażowany NIZP-PZH w ścisłej współpracy z pozostałymi podmiotami wchodzącymi w skład Konsorcjum.

Baza danych będzie służyła wszystkim adresatom poszczególnych części Projektu – m.in. podmiotom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną na szczeblu centralnym, regionalnym i sub-regionalnym, a także podmiotom bezpośrednio przygotowującym, realizującym lub oceniającym programy zdrowia publicznego głównie na terenie powiatów.

#### Wybrane pozycje literatury:

Margaret Whitehead, Göran Dahlgren Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: *Osiąganie poprawy stanu zdrowia Część 1, Warszawa 2010 (tłum z ang.)*

Göran Dahlgren, Margaret Whitehead, Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: *Osiąganie poprawy stanu zdrowia Część 2, Warszawa 2010 r. (tłum z ang)*

*Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland* (praca zbiorowa), Praca finansowana w ramach BCA, Warszawa, 2011 r.  
[http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/15396/finalwho\\_20130410\\_raport2.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0006/15396/finalwho_20130410_raport2.pdf)

Joanna Mazur i Agnieszka Małkowska-Szkutnik (red.) Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2011  
[http://www.wsse.webserwer.pl/UserFiles/wsse/File/OSW\\_N\\_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%C5%82y%20po mocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolny m\\_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf](http://www.wsse.webserwer.pl/UserFiles/wsse/File/OSW_N_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%C5%82y%20po mocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolny m_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf)

*Opracowanie Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO dla Europy, Warszawa, 2012,  
[http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/8251/raport1.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf)

Atlas umieralności, NIZP-PZH (praca zbiorowa), Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl>  
“Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth”, . Cingano, F. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 163, OECD Publishing. Cingano, F. (2014),  
<http://dx.doi.org/10.1787/5jxrnjncwv6j-en>

Health inequalities in the EU Final report of a consortium Consortium lead:

Sir Michael Marmot [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)



Helsedirektoratet  
Norwegian Directorate of Health



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO



UNIWERSYTET  
JAGIELLOŃSKI  
W KRAKOWIE



Narodowy Fundusz Zdrowia

Review of Social Inequalities in Health in Norway English summary, Espen Dahl, Heidi Bergsli and Kjetil A. van der Wel, Faculty of Social Sciences, Social Welfare Research Centre

<http://www.inequalities.mz.gov.pl/social-inequalities-in-health/norwegian-experience-in-tackling-social-inequalities-in-health>

National strategy to reduce social inequalities in health Report No. 20 (2006–2007) to the Storting (Norwegia)

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/norway\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf)

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&furtherPubs=no&langId=pl&pubId=589&type=2>

(Źródło: Wniosek aplikacyjny Projektu Predefiniowanego, 2013 r.)