

Promocja zdrowia adresowana do osób starszych w wybranych krajach europejskich. Aspekty instytucjonalne i finansowe

Promocja zdrowia stanowi rdzeń współczesnego zdrowia publicznego. Adresowana do osób starszych, jest kluczowym elementem europejskiej strategii starzenia się w dobrym zdrowiu (*healthy ageing strategy*), która jest ukierunkowana na rozwijanie i utrwalanie zdrowego stylu życia, a także jego zmiany, jeśli dotychczasowy szkodzi zdrowiu, odpowiednio do ograniczeń organizmu wywołanych postępującym wiekiem.

Promocja zdrowia adresowana do osób starszych stanowi po części alternatywę dla programów wzrostu wydatków na kosztowną opiekę zdrowotną osób starszych, których liczebność dynamicznie wzrasta.

Populacja osób starszych w obecnych czasach różni się zauważalnie w swych zachowaniach od wcześniejszych kohort, urodzonych przed drugą wojną światową. Jest bardziej świadoma swych potrzeb zdrowotnych i zgłasza chęć, a także domaga się ich zaspokajania. Jednocześnie coraz bardziej samodzielnie kontroluje swe zdrowie, także w sytuacji występowania chorób przewlekłych i ograniczenia sprawności w codziennym funkcjonowaniu.

Podstawowa idea, a także bardziej szczegółowa koncepcja promocji zdrowia została zdefiniowana w 1986 roku na konferencji w Ottawie (Kanada), gdzie powstała Ottawska Karta Promocji przyjęta przez WHO jako powszechna deklaracja zdrowia. Celem promocji zdrowia zapisanym w tym dokumencie jest umożliwienie jednostkom zwiększenia zdolności do kontrolowania swego zdrowia i jego poprawy. Ludziom należy więc wskazywać działania i wspierać te, które umożliwiają kontrolowanie indywidualnego zdrowia, aby je utrzymać i poprawiać. Do tego potrzebna jest informacja i wiedza o tym, co – i dlaczego – sprzyja zdrowiu. Potrzebne są motywacje, doradztwo oraz wsparcie przy nabywaniu umiejętności zastosowania tej wiedzy, a także przy podejmowaniu działań oraz oddziaływaniu na innych (w tym także na polityków, media), aby czynili podobnie. Jak założono w Ottawie, promocja zdrowia ma równie istotne znaczenie dla osiągania dobrego zdrowia (a może nawet bardziej) jak inne usługi sektora ochrony zdrowia.

Mimo że każdy indywidualnie podejmuje decyzje o swym zachowaniu i stylu życia, to w sprawach zdrowia akceptuje opinie innych, szczególnie gdy mają one profesjonalną oraz instytucjonalną legitymację. Kto i jak może prowadzić działania w zakresie promocji zdrowia? Kto jest wyposażony w odpowiednią wiedzę i kto powinien wspierać jej rozwój i po nią sięgać, gdy podejmuje decyzje i konkretne działania? Odpowiedzi na te pytania mogą być normatywne (kto to powinien robić?) albo oparte na badaniach; na rozpoznaniu – kto to robi i z jakim skutkiem. Odpowiedzi poszukiwano w ramach badań europejskiego projektu na temat promocji zdrowego stylu życia i prewencji specyficznego ryzyka zdrowia osób starszych (*Promotion of healthy lifestyles among*

the 65+ through the prevention of specific risks) o akronimie „Pro-Health 65+”, realizowanego w Collegium Medicum UJ przez zespół Instytutu Zdrowia Publicznego we współpracy z partnerami: Uniwersytetem Maastricht, Uniwersytetem Sacre Coure w Rzymie oraz Centrum Polityki Społecznej Uniwersytetu w Bremie.

Rozpoznania i analizy prowadzone w ramach projektu obejmowały pogłębione przeglądy literatury, raporty o wynikach badań, pochodzące z realizacji innych projektów badawczych (ogólnoświatowych, europejskich i z niektórymi krajami) oraz własne rozpoznania eksperckie w dziesięciu krajach współpracujących, poza głównymi partnerami jeszcze z: Portugalią, Grecją, Czechami, Węgrami, Bułgarią i Litwą.

Wybór krajów do analizy, a wcześniej jako partnerów w projekcie, podyktowany był odpowiednią reprezentacją europejskich modeli *welfare state*. Klasyczna klasyfikacja *welfare states*, zaproponowana przez Gostę Esping-Andersena [1], polegająca na wyróżnieniu trzech modeli (trzech światów państwa kapitalistycznego): liberalnego, konserwatywnego i socjaldemokratycznego, była przedmiotem uzupełnień i modyfikacji pod wpływem krytyki oraz analiz badających zarówno koherencję w ramach każdego z typów, jak i realne różnicowania między państwami [2–4]. W ich wyniku wyróżnia się obecnie w Europie pięć rodzajów państwa opiekuńczego, dodając model południowoeuropejski (śródziemnomorski) oraz postkomunistyczny.

Typologia *welfare states* opiera się przede wszystkim na kryteriach polityczno-instytucjonalnych w zakresie polityki społecznej i rynku pracy: stopień dekomodyfikacji w stosunkach pracy (*the degree of de commodification in labour relations*) oraz odmienne proporcje między udziałem państwa, rodziny, rynku oraz organizacji społecznych w zaspokajaniu potrzeb ludzi. Biorą też pod uwagę poziom społecznej stratyfikacji.

W dotychczasowych badaniach i rozważaniach na temat modeli *welfare state* kraje postkomunistyczne nie były analizowane w takim samym stopniu, jak kraje rozwiniętego kapitalizmu [5]¹. Obserwowano zarówno różnice ekonomiczne i instytucjonalne między krajami (z jednej strony kraje z posiadanymi wcześniej własnymi instytucjami państwowymi, a z drugiej – kraje postsowieckie bez własnych instytucji państwowych), jak i zmienność kierunków reformowania polityk społecznych w tych krajach [7]. Sformułowano tezę, że wykształca się w nich hybrydowy model polityki społecznej [8, 9], podlegający pewnemu ujednoczeniu na skutek dostosowywania się do regulacji UE.

Analizy prowadzone w ramach projektu „Pro-Health 65+” koncentrują się na tych właśnie grupach krajów, które w mniejszym stopniu były przedmiotem dotychczasowych analiz: europejskich krajach postkomunistycznych i krajach Europy Południowej. Dwa kraje

Analizowane kraje	Model w klasyfikacji państw opiekuńczych	Źródła
Holandia	Socjaldemokratyczny Bismarkowski	według Esping-Andersena 1990 [1] według Ferrery 1996 [3]
Niemcy	Konserwatywny Bismarkowski	według Esping-Andersena 1990 [1] Ferrery 1996 [3]
Włochy	Śródziemnomorski	według Ferrery 1996 [3]
Portugalia	Śródziemnomorski	według Ferrery 1996 [3]
Grecja	Śródziemnomorski	według Ferrery 1996 [3]
Polska	Postkomunistyczny: hybryda modelu liberalnego, śródziemnomorskiego i konserwatywnego	według Księżopolskiego 2008 [8], Golinowskiej 2009 [9]
Czechy	Postkomunistyczny: mieszany system modelu socjaldemokratycznego i liberalnego	według Klimentovej i Thelenovej 2014 [10]
Węgry	Postkomunistyczny: mieszany system modelu liberalnego i konserwatywnego	według Szalai 2013 [11]
Bułgaria	Postkomunistyczny: mieszany system modelu liberalnego, śródziemnomorskiego i socjaldemokratycznego	według Tache, Neesham 2011 [12]
Litwa	Postsowiecki: mieszany system modelu liberalnego i socjaldemokratycznego na niskim poziomie świadczeń	według Aidukaite 2013 [13]

Tabela I. Usytuowanie analizowanych krajów w klasyfikacji welfare state.

Źródło: Zestawienie własne.

rozwinętego kapitalizmu: Niemcy i Holandia, stanowią kraje odniesienia ze względu na wpływ ich rozwiązań instytucjonalnych na kraje postkomunistyczne.

Tradycyjne klasyfikacje modeli *welfare state* w ograniczonym stopniu uwzględniały różnice w systemach zdrowotnych, które podlegały licznym reformom, niezależnie od tego, czy kraj sytuowano w grupie konserwatywnej, czy innej. Wprawdzie podjęta została próba klasyfikacji uwzględniająca systemy zdrowotne [14, 15], ale brała pod uwagę głównie mechanizm instytucjonalno-finansowy opieki zdrowotnej i tylko kraje OECD. W innych podejściach łączono *welfare state* i zdrowie z kapitałem społecznym [16] lub z nierównościami [17, 18].

Także status zdrowotny populacji długo nie był włączany do tej typologii jako kryterium wyróżniające klasyfikowane modele [19, 20], chociaż wraz z rozwojem badań w zakresie nierówności zdrowia podjęto analizy różnic w zdrowiu w krajach o różnych systemach *welfare states*. Brano pod uwagę takie wskaźniki, jak: umieralność niemowląt, niska urodzeniowa masa ciała [21], samoocena stanu zdrowia czy przeciętne trwanie życia [17, 21].

Pojawiło się także pytanie o miejsce zdrowia publicznego oraz promocji zdrowia w typologiach dotyczących modeli *welfare state*. W amerykańskiej analizie empirycznej prowadzonej w latach 1998–2006 [22] dokonano próby usystematyzowania organizacji zdrowia publicznego w różnych miejscach USA. Wyróżniono

na wstępie trzy dominujące cechy funkcjonowania instytucji zdrowia publicznego: zróżnicowanie, integrację i centralizację. W rezultacie badania uzyskano siedem kombinacji (klastrów) organizacyjnych i stwierdzono, że dynamika zmian nawet w ciągu ośmiu lat była zbyt duża, aby można było uznać pogrupowania za trwałe. Autorzy zwrócili uwagę na czynniki, które to powodowały, takie jak zmienność w strukturze potrzeb zdrowotnych, nowe tendencje epidemiologiczne (dominacja chorób przewlekłych) i znaczny wpływ środowiska naturalnego, a także zmiany stylu życia pod wpływem nowych technologii. To utrudnia tworzenie typologii o długookresowym znaczeniu [22]. Jednocześnie autorzy wskazywali drogę, która w praktyce jest trudna do osiągnięcia – połączenie wielości i pluralizmu z koordynacją opartą na przemysłanych narzędziach wypracowanych centralnie.

Jak się mają rozwiązania instytucjonalne oraz poziom wydatków w zakresie zdrowia publicznego w powiązaniu ze statusem zdrowotnym populacji w krajach o różnym reżimie instytucjonalnym, stało się pytaniem obecnym w badaniach dopiero ostatnich lat [23]. Idąc w ślad za nimi, także w ramach projektu „Pro-Health 65+” podjęto analizę rozwiązań instytucjonalnych oraz poziomu i efektywności wydatków na zdrowie publiczne i promocję zdrowia w wybranych krajach europejskich. Do analizy promocji zdrowia dla osób starszych wybrano następujące kraje: dwa kraje z grupy zamożnych krajów Europy

kontynentalnej: Holandię i Niemcy, trzy z grupy krajów Europy Południowej: Włochy, Portugalię i Grecję, w których styl życia i warunki klimatyczne sprzyjają dłuższemu jego trwaniu, oraz pięć krajów Europy Środkowej i Wschodniej: Polskę, Czechy, Węgry, Bułgarię i Litwę, kraje z największymi problemami dobrej jakości życia w jego dłuższym trwaniu.

W wytypowanych do analizy krajach eksperci z nich pochodzący odpowiadali na pytania sformułowane w przygotowanym w ramach projektu *template*, udzielali odpowiedzi na bezpośrednio zadawane pytania i – w końcu – byli pierwszymi czytelnikami raportów, a także je uzupełniali. Prezentujemy je w tym numerze „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”.

Obraz, jaki się wyłonił z eksperckich rozpoznań, jest zróżnicowany, ale zarazem widoczne są podobne tendencje.

- Starzenie się populacji w krajach europejskich powszechnie wywołuje działania związane z aktywizacją i podtrzymaniem zdrowia osób starszych. Sprzyja temu strategia aktywnego i zdrowego starzenia się Unii Europejskiej. W biedniejszych krajach postkomunistycznych są to działania przede wszystkim prawne. Uchwalane są ustawy o zdrowiu publicznym akcentujące promocję zdrowia. W zamożniejszych krajach Europy kontynentalnej: w Holandii i w Niemczech, w ślad za takimi regulacjami, *nota bene* podejmowanymi kilka lat wcześniej, idą już liczne działania praktyczne adresowane do osób starszych.
- Promocja zdrowia nie zawsze jest jednoznacznie zdefiniowana i nie są wskazane dla niej odpowiednie rozwiązania organizacyjne. Działania w tym zakresie podejmowane są zarówno przez liczne podmioty publiczne: na szczeblach centralnych, regionalnych i lokalnych, jak i prywatne oraz społeczne. Znaczny zakres aktywności w dziedzinie promocji zdrowia inicjują i prowadzą organizacje pozarządowe. Instytucjonalny obraz działań promocji zdrowia i prewencji jest znacznie bardziej zróżnicowany niż opieki zdrowotnej, dla której zostały zdefiniowane granice i w znacznym stopniu wystandaryzowane procedury postępowania medycznego.
- Sektor zdrowotny i środowisko profesjonalistów medycznych stanowią decydującą siłę w stymulowaniu rozwoju promocji zdrowia ogólnie i w odniesieniu do osób starszych w każdym z analizowanych krajów. Jednak nie zawsze jest ona wykorzystywana do promowania zdrowia i interwencji w zakresie prewencji chorób przewlekłych. W krajach zamożniejszych przeważa sceptycyzm dotyczący dostatecznie udowodnionych programów prewencyjnych jako sprzyjających zdrowiu. W krajach biedniejszych – o niskich wydatkach na ochronę zdrowia – to brak zasobów (funduszy i kadr) jest decydujący dla ograniczonego zakresu działań pozaleczniczych.
- W większości krajów europejskich istnieją środowiska eksperckie, często skupione w agencjach ministerstwa zdrowia, w centralnych instytucjach ba-

dawczych (narodowych instytutach zdrowia) czy na uczelniach, które podejmują badania efektywności promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych w populacji ogólnej oraz także kierowanej do osób starszych. Reprezentanci z tych środowisk uczestniczą w europejskich projektach dotyczących promocji zdrowia, tworzą międzynarodowe sieci instytucji lub sieci ekspertów. Publikują, oceniają i opisują dobre praktyki, podejmują nowe inicjatywy. Stają się największymi rzecznikami promocji zdrowia i działań prewencyjnych.

- Osoby starsze coraz częściej aktywnie uczestniczą w tworzeniu planów, programów oraz konkretnych akcji promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych. To uczestnictwo umożliwia instytucje partycypacji społecznej osób starszych w podejmowaniu decyzji publicznych. Taki rodzaj instytucji partycypacyjnych został stworzony w Polsce w ramach wprowadzonej w latach 2012–2013 polityki senioralnej. Partycypację osób starszych wspierają projekty europejskie, dofinansowując tworzenie sieci specjalnych konferencji z udziałem *policy makers* oraz programów medialnych.
- Na działania promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych wszędzie brakuje funduszy. Głównym ich źródłem są bowiem środki sektora zdrowotnego (także społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, jak w Niemczech czy w Polsce), te zaś konkurują ze środkami na opiekę zdrowotną. Programy promocji zdrowia są więc dofinansowywane ze źródeł organizacji społecznych (fundacji, stowarzyszeń, specjalnych zbiórek itp.) oraz prywatnych (firm oraz przez indywidualne opłaty uczestników i beneficjentów programów). Ta sytuacja może zwiększyć ryzyko nierówności w dostępie do podtrzymywania zdrowia osób starszych.

W sumie trudno o koherentny obraz tendencji oraz typów instytucjonalnych w odniesieniu do promocji i prewencji chorób przewlekłych osób starszych w analizowanych krajach europejskich. Następuje natomiast rozwój programów promocji zdrowia i prewencji zarówno co do ich rodzajów, jak i pod względem ilościowym. Jednak ich dostępność jest ograniczona, co może przyczyniać się do wzrostu nierówności w zdrowiu. Aby temu przeciwdziałać, podejmowane są w różnych krajach nowe inicjatywy legislacyjne oraz wyznaczane środki publiczne na ich finansowanie. Niektóre z tych inicjatyw (np. w Niemczech ustawa prewencyjna, a w Portugalii o edukacji zdrowotnej) ewidencjonują prezentowane raporty krajowe. Ocena wpływu tych nowych działań regulacyjnych na zdrowie osób starszych będzie (powinna być) kolejnym krokiem w badaniach.

Przypisy

¹ Ukazują się wprawdzie prace, w których podejmuje się próby klasyfikacji polityki społecznej w krajach postkomunistycznych, lecz na ogół nie mają one pogłębionego charakteru i bywa, że piszą je doktoranci z innych regionów świata i z perspektywy raczej normatywnej, np. [6].

Piśmiennictwo

1. Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton 1990.
2. Leibfried S., *Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community*, w: Z. Ferge, J.E. Kolberg (red.), *Social Policy in a Changing Europe*, Campus Verlag, Frankfurt am Main 1992.
3. Ferrera M., *The "Southern Model" of Welfare in Social Europe*, „Journal of European Social Policy” February 1996; 6: 17–37.
4. Bonoli G., *Classifying welfare states: a two dimensional approach*, „Journal of Social Policy” 1997; 26 (3): 351–372.
5. Eikemo T., Bambra C., *The welfare state : A glossary for public health*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2008; 62 (1): 3–6.
6. Kuitto K., *Post-Communist Welfare States in European Context: Patterns of Welfare Policies in Central and Eastern Europe*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham and Northampton 2016.
7. Cerami A., Stubs P., *Post-communist Welfare Capitalisms: Bringing Institutions and Political Agency Back*, EIZ Working Papers 1103, Ekonomski Institut, Zagreb 2011.
8. Księżopolski M., *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej* [Social policy in different countries and social policy models], w: G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 145–148.
9. Golinowska S., *A case study of the European welfare system model in the post-communist countries – Poland*, „Polish Sociological Review” 2009; 2 (166): 273–296.
10. Klimentova E., Thelenová K., *Welfare state and social work in the Czech Republic after the fall of communism*, „ERIS Web Journal” 2014; 5 (1): 40–53.
11. Szalai J., *Hungary's Bifurcated Welfare State*, Glasgow, Adam Smith Research Foundation Working Papers Series 2013: 5.
12. Tache I., Neesham C., *The performance of welfare systems in post-communist Europe: the cases of Romania and Bulgaria*, „International Journal of Economic Research” 2011; 2 (5): 90–107.
13. Aidukajte J., *Social Policy Changes in The Three Baltic States over The Last Decade (2000–2012)*, „Ekonomika” 2013; 92 (3): 89–104.
14. Rothgang H., Cacace M., Frisina L., Grimmeisen S., Schmid A., Wendt C., *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke 2010.
15. Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., Rothgang H., *Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification*, „Health Policy” 2013; 113 (3): 258–269.
16. Rostila M., *Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach*, „Journal of European Social Policy” 2007; 17 (3): 223–239.
17. Espelt A., Borrell C., Rodriguez-Sanz M., Muntaner C., Pasarín I.M., Benach J., Schaap M., Kunst A.E., Navarro V., *Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions*, „International Journal of Epidemiology” 2008; 37: 1095–1105.
18. Hurrelmann K., Rathmann K., Richter M., *Health inequalities and welfare state regimes. A research note*, „Journal of Public Health” 2011; 19 (1): 3–13.
19. Bambra C., *Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2007; 61: 1098–1102.
20. Brennerstuhl S., Quesnel-Vallée A., McDonough P., *Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis*, „Journal of Epidemiological Community Health” 2012; 66: 397–409.
21. Chung H., Muntaner C., *Welfare regime types and global health: an emerging challenge*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2008; 62: 282–283.
22. Mays G.P., Scutchfield D.F., Bhandari M.W., Smith S.S., *Understanding the organization of public health delivery systems: An empirical typology*, „The Milbank Quarterly A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy” 2007; 88 (1): 81–111.
23. Raphael D., *The political economy of health promotion: Part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health*, „Health Promotion International” 2011; 28 (1): 95–111.

Stanislawa Golinowska, Milena Pavlova