

Wprowadzenie

Szanowne i Drogie Czytelniczki,
Szanowni i Drodzy Czytelnicy,

Ten numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” jest poświęcony różnym, dość szczegółowym zagadnieniom polityki zdrowotnej. Proponuję, by przed zagłębieniem się w ich rozważanie zajęli się Państwo na chwilę czymś bardziej ogólnym – pojęciem polityki zdrowotnej. Przez politykę zdrowotną rozumiem fragment, czy aspekt, procesu politycznego, który ma związek ze zdrowiem. „Związek” może być rezultatem przyjętych wcześniej, starannie obmyślanych celów, wywodzonych z wielu zgromadzonych danych, ale może być także następstwem rozstrzygnięć przyjmowanych doraźnie, pod presją zniecierpliwionej publiczności, zniechęconej niedostatkami zainteresowania rządzących sprawami zdrowia. Może być zatem tak, że podejmowane decyzje i działania mają służyć rozwiązywaniu problemów zdrowotnych – i faktycznie im służą, a stan zdrowia rzeczywiście się poprawia, ale zdarza się, że poprawa nie następuje mimo najbardziej szczerych intencji. Warto też dostrzec to, że integralnym elementem polityki zdrowotnej jest bierność i brak aktywności. Niejednokrotnie zaniechanie może powodować większy skutek zdrowotny – na dobre i na złe – niż to wszystko, co decydenci zamierzają i realizują. Nie jest to zresztą specyfika polityki zdrowotnej, bo odnosi się do każdej polityki publicznej rozumianej jako obejmującej to wszystko, co rząd robi, ale także to, czego nie robi. Rezygnacja z obowiązku poddawania się bezpłatnym szczepieniom ochronnym albo choćby rezygnacja z jego egzekwowania – co ostatnio polegało na uznaniu bezprawności zakazu przyjmowania do publicznych przedszkoli niezaszczepionych dzieci – jest dobrym przykładem takiej sytuacji. Dodajmy, że ustalenia ograniczające możliwości korzystania ze świadczeń nie muszą mieć jawnej postaci, a mogą wynikać z faktycznie występujących braków zasobów, takich jak wyspecjalizowani świadczeniodawcy.

Zdaję sobie sprawę, że proponowane rozumienie polityki zdrowotnej może naruszać językowe i emocjonalne przyzwyczajenia wielu Czytelników, bo nie ma w nim odniesień do jej szlachetnej misji, jaka jest kojarzona z polityką zdrowotną. Niejednokrotnie bowiem wskazywano, że chodzi o aktywności ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych i jeden z celów polityki zdrowotnej traktowano jako jego opisową charakterystykę. Nie jest to rzecz z odległej przeszłości. Na stronach Światowej Organizacji Zdrowia można przeczytać, że: „Krajowe polityki zdrowotne, strategie i plany odgrywają kluczową rolę w definiowaniu dla kraju wizji, priorytetów, rozstrzygnięć finansowych i kierunków działania, które powinny sprzyjać poprawie i utrzymaniu zdrowia ludności”. Zwracam uwagę na orzekającą formę całego

przytoczonego sformułowania – poza celem odnoszącym się do zdrowia. Rola strategii i planów nie brzmi jak postulat mający kształtować zalecany sposób postępowania polityków w sprawach zdrowia, ale opisywany stan rzeczy. Wyglądałoby na to, że to one faktycznie wpływają na kształt wizji, priorytetów i struktury wydatków. Poczucie nierzeczywistości potęguje się, gdy czyta się inne sformułowanie WHO dotyczące tego samego tematu. Stwierdza się tam mianowicie, że treścią polityki zdrowotnej jest realizowanie trzech funkcji: definiowania przyszłościowych wizji pomagających w ustaleniu celów i punktów odniesienia w krótkiej i średniej perspektywie, określania priorytetów i oczekiwanych ról przewidzianych dla różnych grup uczestniczących w działaniach systemu zdrowotnego oraz przekazywania informacji i budowania aliansów realizujących uzgodnione zadania. W sumie jest to niewątpliwie obraz piękny, w świecie marzeń jest dla niego miejsce, ale w realiach tego, co się dzieje w wielu krajach – a może wszędzie – pozostaje bardzo daleko od życia.

Skromna definicja proponowana na wstępie ma tę zaletę, że nie przesądza, jak polityka zdrowotna powinna być realizowana. Pozwala na jej identyfikowanie niezależnie od tego, na ile jest racjonalna i wspierana przez naukowe ustalenia, a więc dopuszcza się, że opiera się na intuicji i błędnych stereotypach. Sądzę, że niezależnie od sympatii dla formuły *evidence based policy* złożoność procesów, z którymi ma do czynienia polityka zdrowotna, jest tak duża, a dyscypliny mogące je analizować tak liczne, że wielokrotnie potrzebna informacja nigdy nie została wytworzona i po prostu nie istnieje. Nie można też pomijać faktu nieuchronnego uwikłania decyzji dotyczących zdrowia w polityczną grę w sensie oddawanym przez słowo *politics*. Polityka zdrowotna prócz rozwiązywania problemów – lub ich ignorowania – jest przedmiotem politycznych sporów i konkurencji o władzę. W tym przynajmniej zakresie, w jakim wybory polityczne elektoratu są motywowane racjonalnie, przedstawienie atrakcyjnej oferty – albo przynajmniej obietnicy – dotyczącej zdrowia może okazać się argumentem przesądzającym o zwycięstwie lub klęsce. W swojej perswazyjnej roli polityka zdrowotna nie musi sięgać do naukowych dowodów, bo w gorączce przedwyborczych polemik nikt na to prawdopodobnie nie zwraca uwagi, a po wyborach mało się zwykle pamięta o złożonych zobowiązaniach.

Powtórzę, obraz wyłaniający się z powyższych słów nie jest w najmniejszym stopniu wynikiem cynicznej wizji świata wypranego ze szlachetnych dążeń. Wiem doskonale, że zdarzały się w polityce zdrowotnej rozstrzygnięcia motywowane szlachetnością i dążeniem

do wspólnego dobra w stopniu możliwie największym w zastanych okolicznościach. Dostrzegam ogrom wysiłku i poświęceń bardzo wielu świadczeniodawców i nie wykluczam dobrej woli polityków. Ale opis, a zwłaszcza wyjaśnianie tego, co się w polityce zdrowotnej dzieje, wymaga dopuszczenia możliwości dostrzegania motywów mniej wzniosłych i niepozabawionych egoizmu. Jako ilustrację wykorzystania tego podejścia potraktuję wnioski, jakie można wyprowadzić z analizy skutków, do jakich doprowadziły kolejne decyzje prawne, będące jedną z najważniejszych form uprawiania polityki zdrowotnej. Sądzę, że do najistotniejszych można zaliczyć następujące:

- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej, skutek: prywatny handel lekami;
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, skutek: przywrócenie samorządu, zniesienie ograniczeń prywatnej praktyki;
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, skutek: kres państwowego monopolu, odrębność płatnika i świadczeniodawcy;
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, skutek: ubezpieczeniowy tytuł do świadczeń;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skutek: koszyk świadczeń gwarantowanych;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, skutek: szpital jako spółka.

Przyjmuję, że skumulowanym rezultatem kolejnych decyzji jest intensywna obecność mechanizmów rynkowych i słabość mechanizmów regulacyjnych, mogących działać w interesie pacjentów. Jednak ekspansja rynku nie była rezultatem strategicznej decyzji, która nigdy *explicite* nie została podjęta, tak jak nigdy nie została złożona deklaracja o wycofywaniu się organów władzy z odpowiedzialności finansowej i organizacyjnej za zdrowie i opiekę zdrowotną.¹ Przedstawiane na początku transformacji oświadczenia o urynkowaniu sektora zdrowotnego były raczej ideologicznym ornamentem niż wyrazem poważnie traktowanych intencji. Konsekwencje dla wielu chorych są jednak takie, że czas oczekiwania na część świadczeń dostępnych w publicznym systemie, zwłaszcza specjalistycznych, jest bardzo długi, co zmusza pacjentów lepiej sytuowanych do korzystania ze świadczeń za opłatą. Prawdopodobnie nie dotyczy to osób z przyznaną kartą DiLO, której wprowadzenie było przykładem publicznej interwencji w funkcjonowanie systemu. Na pełniejsze wnioski przyjdzie czas, zwłaszcza dotyczące zmiany sytuacji pacjentów onkologicznych wcześniej zdiagnozowanych i niekorzystających z karty, a także pacjentów cierpiących na inne, również poważne schorzenia.

Jeśli obecność rynku nie została zaplanowana, a co za tym idzie, wynikające z tego nierówności są trudne do przewidzenia, to warto zadać pytanie o siły sprawcze. Paradygmat racjonalnej polityki zdrowotnej nie pozwala

na sensowną odpowiedź, ale dopuszczenie myśli o motywach mniej altruistycznych otwiera takie możliwości. Stawiam hipotezę, że w warunkach niedostatku kontroli ze strony władz opowiadających się zdecydowanie po stronie pacjentów, ekspansja grup dbających o własne korzyści, zwłaszcza materialne, doprowadziła do powstałej sytuacji. W gospodarce rynkowej partykularne dążenia dysponentów kapitału do maksymalizowania własnych korzyści czy zysków są czymś naturalnym i oczekiwanym, że będą stosowały szerszą perspektywę ogólnego dobra, są nieuzasadnione. Ale aktywne angażowanie się władzy wszystkich szczebli w troskę o zachowanie równowagi między różnymi podmiotami sektora zdrowotnego jest niezbywalnym obowiązkiem rządzących. Oczywiście, władza może umyć ręce i przekonywać, że dystrybucja rynkowa jest dostatecznie sprawiedliwa i nie wymaga interwencji, ale w demokratycznych systemach jest to stanowisko nie do zaakceptowania. W systemach tych *demos* – my, obywatele – ma prawo rozliczać rządzących z realizacji funkcji moralnego rządzenia, określanego w dokumentach WHO mianem *stewardship*, i rozsądna władza stara się postępować tak, by przekonać obywateli, że troszczy się o ich zdrowie. Niektórzy spośród Państwa mogą stwierdzić, że współcześnie, po rozczerowaniu ideami neoliberalnymi, krytyka niekontrolowanego rozprzestrzeniania się rynku nie jest oryginalna – wystarczy przywołać takie nazwiska, jak Michael Sandel albo Thomas Piketty – ale mam wrażenie, że w naszych dyskusjach o zdrowiu sympatia do szerokiego i – co z naciskiem podkreślam – niekontrolowanego wykorzystywania mechanizmu rynkowego jest wyraźnie obecna. Także bez zwracania uwagi na społeczne konsekwencje.

Pozostawiając Państwa z tymi myślami, zachęcam do lektury niniejszego wydania naszego czasopisma. Niektóre problemy, jakie ma przed sobą polityka zdrowotna – poza rozstrzygnięciami dotyczącymi rynku – są omawiane w przedstawionych tekstach.

Cezary Włodarczyk

Przypis

¹ Żaden z dokumentów powołanych w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, takich jak Uchwała nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności, Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020, Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne Państwo 2020”, nie przedstawiają takich celów. Nie było o tym mowy w opracowaniu. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r. Za zręby strategii można uznać ogólną deklarację powrotu do budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, a więc wprowadzenia obywatelskiego – a nie ubezpieczeniowego prawa do świadczeń.

Zdrowie we wszystkich politykach. Nowy wymiar polityki zdrowotnej¹

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Włodzimierz Cezary Włodarczyk, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, cwxlodarczyk@poczta.onet.pl

■ Abstract

Health in all policies a new dimension of health policy

The concept of “Health in All Policies” (HiAP) was presented for the first time, under this name, in 2006 in a book devoted to the issue. Even if traditionally it relied on ideas of “intersectoral cooperation” or “healthy public policy” which had been disseminated and popularized by World Health Organization it was unquestionable contribution by experts and politicians from Finland to make it theoretically relevant and politically attractive. The initiators enriched the concept itself and furnished sufficient amount of energy to acquire partisans in many countries and international institutions.

The concept is founded on models accepting many determinants of health and their dynamic nature. Many factors impact health status, it changes over time and they evolve as well. Even when external factors are not taken into account individual’s health goes forward, or rather backward. A great majority of all these factors lie outside control of medicine, medical sciences and ministries of health. The multi causal models of health determinants help to identify these areas of human activities – undertaken also in a form of many public policies – where processes affecting health may appear. Very often the authors of a public policy remains unaware that his/her initiative can influence health and sometimes the results are deplorable. The decision makers can avoid taking improper decisions provided they have sufficient consciousness and access to necessary information. It is also workable of in a government a special job is set up to warn in advance that a project or programme under consideration may cause health consequences. It is very practical to use procedures and tools offered by Health Impact Assessment (HIA) approach but it is essential to guarantee all indispensable political acceptance and support to make the process appropriately efficient.

Key words: Health in All Policies, health policy

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, Zdrowie we Wszystkich Politykach

■ Wprowadzenie

Współcześnie wśród badaczy zajmujących się naukami o zdrowiu nie ma wątpliwości, że na zdrowie wpływa bardzo wiele czynników będących następstwem zorganizowanej ludzkiej działalności, tak pozytywnie, jak i negatywnie. Dla politologów fakt ten jest na tyle ważny, by formułować postulat jego uwzględniania we wszystkich procesach decyzyjnych, których rezultat może wywierać wpływ na zdrowie. Postulat ten dotyczy wszystkich szczebli podejmowania decyzji, ale szczególne znaczenie ma na poziomie rządu, bo rozstrzygnięcia tam przyjmowane mają największe znaczenie, tak z uwagi na zakres obowiązywania, jak i – zwykle – wagę wprowadzanych w życie ustaleń.

Głównym założeniem koncepcji Zdrowia we Wszystkich Politykach (*Health in All Policies* – HiAP) jest postulat przyporządkowania odpowiedzialności za zdrowotne konsekwencje ich działań wszystkim podmiotom, których aktywności mogą do takich konsekwencji prowadzić. Szeroka dystrybucja odpowiedzialności jest traktowana jako niezbędny warunek pozytywnych oddziaływań na zdrowie i przyczyniania się do zmniejszania nierówności w zdrowiu. Podejście typu HiAP może być postrzegane jako pewien wariant polityki zdrowotnej.

Teza o znaczącym wpływie różnych sektorów na zdrowie jest wyprowadzana z modeli przyjmujących twierdzenia o wielości czynników wpływających na zdrowie, i wszyscy powinni być tego świadomi, ale szczególna odpowiedzialność powinna być przypisywa-

na podmiotom publicznym, aktywnym w formułowaniu i realizowaniu wszystkich polityk publicznych. Zachowania każdej jednostki kształtują stan jej zdrowia, ale nie ulega wątpliwości, że wpływające na zdrowie warunki wielowymiarowego otoczenia, w których żyją i pracują ludzie, są kształtowane przez ogrom aktywności – zamierzonych i niezamierzonych – podejmowanych w procesach gospodarczych i symbolicznych. Akcent położony na działania władz publicznych, przede wszystkim rządu, może być traktowany jako cecha wyróżniająca HiAP spośród innych idei, w których dostrzega się wielość czynników wpływających na zdrowie [1]. Niezależnie od formalnego wyznaczenia obszaru kompetencji ministrów, centralnych urzędów i innych organów władzy – i ich eksperckiego zaplecza – świadomość możliwości wywołania skutku zdrowotnego powinna być zawsze obecna w rozważanych i podejmowanych decyzjach. Jak przyjęto w jednej z „zasad HiAP”, do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia konieczne jest uznanie w praktyce decyzyjnej, że jest ono wynikiem oddziaływania bardzo wielu czynników, takich jak zmiany w naturalnym środowisku i otoczeniu kształtowanym ludzkimi wysiłkami, a większość spośród nich znajduje się poza wpływami sektora zdrowotnego [2]. Ponieważ we współczesnych społeczeństwach bardzo wiele tego rodzaju czynników jest następstwem decyzji podejmowanych na szczeblu rządowym, naczelny organ władzy – rząd – powinien *in gremio* przyjmować na siebie odpowiedzialność za kształtowanie stanu zdrowia populacji, dzieląc odpowiedzialność między uczestniczące w decyzjach resorty.

W bardzo wielu sytuacjach autorzy różnorodnych projektów zmieniających otoczenie ludzkie, szczególnie ci spoza sektora zdrowotnego, nie zdają sobie sprawy, że oddziałują na zdrowie, ale brak wiedzy nie przerywa łańcucha przyczynowych zależności. Rozważać można, czy świadomość możliwości oddziaływania na zdrowie powinna być stale obecna jako element instytucjonalnej wiedzy, czy raczej pytanie o skutek zdrowotny powinno być zadawane przez kompetentną strukturę zewnętrzną, ale sama konieczność podjęcia problemu jest w ramach HiAP całkowicie bezsporna.

O ile zasadność samego stawiania pytania o także zdrowotne następstwa działań podejmowanych w różnych sektorach w celu rozwiązywania określonych zagadnień społecznych nie budzi wątpliwości, o tyle znalezienie uzasadnień dla obowiązku udzielania odpowiedzi przez decydentów działających w tych sektorach jest trudniejsze. Wydaje się, że tylko uwzględnienie takiej obligacji w organizacji procesu politycznego pozwala na prawne i instytucjonalne umocowanie mechanizmu mogącego chronić ludzi przed następstwami – także niezamierzonymi – szkodliwych dla zdrowia decyzji podejmowanych w procesie zarządzania. Poważne branie pod uwagę bardzo szerokiego kręgu podmiotów odpowiedzialnych, czy raczej współodpowiedzialnych, za zdrowotne następstwa działań w sferze publicznej stanowi o nowym wymiarze polityki zdrowotnej.

Ponieważ poziom zainteresowania HiAP jest bardzo nierównomierny, w tym artykule są wykorzystane doświadczenia tylko niektórych krajów. Wzięto także pod uwagę dokumenty organizacji międzynarodowych.

Definicje HiAP

HiAP, jak każda nowa i rozwijająca się koncepcja, jest definiowana na wiele sposobów. W pierwszym znaczącym opracowaniu dotyczącym HiAP z 2006 roku nie było formalnej jej definicji [3]. Zamiast tego, omawiając HiAP, wskazano konieczność włączania w różnorodne programy realizowane na wszystkich szczeblach podejmowania decyzji – pisano konkretnie o działaniach Unii Europejskiej – namysłu o tych ich aspektach czy skutkach, które mogły odnosić się do zdrowia. Podkreślono silne umocowanie HiAP w tradycyjnych badaniach zdrowia publicznego, działaniach na rzecz higieny w epidemiologii. HiAP mogła wykorzystywać różne narzędzia wpływu na zdrowie, używane w celu jego utrzymania, poprawy i ochrony. Pole możliwych interwencji HiAP jest szerokie, uwzględnia bowiem różne polityki mogące mieć wpływ na zdrowie całej populacji lub jej segmentów. Przyjmowano przesłankę, że bardzo wiele czynników wpływających na zdrowie znajduje się daleko poza sektorem zdrowotnym. Jednym z celów działania HiAP miało być współprzyczynianie się do redukcji nierówności w zdrowiu.

W rozwoju HiAP ważną rolę odegrała definicja, która była przygotowana na konferencję w Helsinkach w 2013 roku poświęconą promocji zdrowia i w wyniku dyskusji została poddana niewielkim zmianom [4]: „HiAP to taki sposób traktowania polityk publicznych, w którym bierze się pod uwagę ich oddziaływanie na zdrowie i systemy zdrowotne. Szuka synergii (między interwencjami/politykami) i dąży do unikania szkodliwych skutków zdrowotnych w celu poprawy stanu zdrowia i zwiększania równości w zdrowiu. Podejście HiAP jest oparte na uznaniu praw i obowiązków odnoszących się do zdrowia. W HiAP akcentuje się wpływ polityk publicznych na czynniki kształtujące stan zdrowia oraz zmierza się do zwiększenia odpowiedzialności decydentów za skutki zdrowotne, na wszystkich szczeblach realizowania poszczególnych polityk”².

Trzecia definicja pochodzi z propozycji dokumentu opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w którym zalecano krajom członkowskim możliwie szerokie stosowanie HiAP. Była to definicja następująca [5]: HiAP jest takim podejściem do polityk publicznych realizowanych w różnych sektorach, w którym – w systematyczny sposób – bierze się pod uwagę zdrowotne następstwa decyzji podejmowanych w tych sektorach, szuka się synergii w pozytywnych aktywnościach i unika konsekwencji szkodliwych – w celu poprawy zdrowia populacji i działania na rzecz równości (sprawiedliwości) w zdrowiu.

Odnosząc się do wielości sposobów definiowania HiAP, warto zwrócić uwagę na rozbieżności w ustaleniu tego, co jest *genus proximum* HiAP. Tak więc jako gatunek najbliższy wskazuje się „sposób traktowania polityk publicznych”, „podejście do polityk publicznych”, „podejście do spraw zdrowia”, „podejście do uwarunkowań stanu zdrowia”, „sposób podejmowania decyzji mogących wpływać na zdrowie”, „strategię rządową”, „mechanizm podejmowania decyzji mogących wpływać na zdrowie”.

Wydaje się, że pomiędzy odwoływaniem się do różnych kategorii nie ma sprzeczności, że powinny być postrzegane raczej jako pojęcia uzupełniające się wzajemnie, a nie wykluczające. Każde z tych pojęć pozwala zwrócić uwagę, albo zaakcentować, ten aspekt rzeczywistości, któremu przypisuje się szczególne znaczenie.

Niezależnie od szczegółowych różnic między definicjami to, co jest wspólne dla przedstawionych i innych propozycji, odnosi się do celu – dążenia do poprawy zdrowia i eliminowania lub osłabiania czynników szkodliwych – oraz przyczyniania się do zmniejszenia różnic zdrowotnych. Prawne umocowanie i formy instytucjonalne są uzależnione od sytuacji panujących w krajach, gdzie rządy decydują się na wykorzystywanie tego podejścia, nie dziwi zatem brak bardziej szczegółowych zaleceń dotyczących tych spraw.

Rozwój HiAP

W rozwoju HiAP współwystępowały dwa nurty zdarzeń: wzbogacanie idei oraz znajdowanie politycznego wsparcia dla jej praktycznego stosowania w działaniu. Jako punkt wyjścia idei HiAP można potraktować każdą koncepcję, w której uznawano, że zdrowie zależy od więcej niż jednej przyczyny, na którą można w świadomy sposób oddziaływać. Koncepcją taką jest z pewnością klasyczna definicja zdrowia, wpisana w Konstytucję WHO. Uwzględnianie fizycznego, psychicznego i społecznego wymiaru zdrowia pozwalało sądzić, że w tych sferach ujawniają się czynniki wpływające na jego stan [6]. Na stronie Ilony Kickbush, jednej z najbardziej wpływowych autorek zajmujących się polityką zdrowotną, przedstawiona jest teza, że idea HiAP może być wypracowana z opracowań WHO, w których posługiwano się pojęciem „międzysektorowych działań na rzecz zdrowia” (*intersectoral action for health*) [7]. Posługując się wieloczynnikowym modelem uwarunkowań stanu zdrowia, stwierdzano, że działania praktycznie każdego sektora mogą wpływać na zdrowie, i decydenci powinni być tego świadomi [8]. Ten sposób myślenia był kontynuowany w koncepcjach promocji zdrowia i w dokumencie przyjętym na konferencji w Ottawie, która była poświęcona tym zagadnieniom, wprowadzono pojęcie „prozdrowotnej polityki publicznej” (*Healthy Public Policy*). W dokumentach konferencji napisano, że „zdrowie jest uzależnione w sposób zasadniczy od pokoju, zapewnienia schronienia, środków do życia oraz dostępu do oświaty, od zaopatrzenia w wodę i żywność, zapewnienia odtwarzalności zasobów i utrzymania równowagi w systemie ekologicznym (...)” [9].

Autorzy opinii krytycznych wobec HiAP twierdzą, że HiAP jest nie tyle innowacyjną koncepcją, dzięki której możliwe jest stawianie nowych problemów, ile nową nazwą dla idei międzyresortowej współpracy czy prozdrowotnej polityki publicznej, znanych już wcześniej [10]. Podkreślić jednak należy, że głosy krytyczne pozostają w mniejszości, a przeważają przekonania, że tradycja zdrowia publicznego zainteresowanego współpracą z różnymi sektorami, a szczególnie programy, takie jak fluorowanie wody, ochrona przed ekspozycją

na ołów, przeciwdziałanie paleniu papierosów w miejscu pracy i w przestrzeni publicznej, promowanie stosowania pasów bezpieczeństwa i specjalnych siedzeń dla dzieci w samochodach, znacząco przyczyniły się do przygotowania gruntu sprzyjającego przyjęciu HiAP [11].

Bardzo znaczący wkład w rozwój idei HiAP wiązał się z dorobkiem konferencji w Adelajdzie, poświęconej tym zagadnieniom [12]. Zaproponowano tam zawarcie nowej umowy społecznej, której stronami powinni być przedstawiciele wszystkich sektorów, których działania mogą potencjalnie wywierać wpływ na stan zdrowia ludzi. Angażowanie szerokiego kręgu kontrahentów we współpracę na rzecz zdrowia uznano za niezbędne, bowiem przyczyny zmian w stanie zdrowia – pozytywne i negatywne – lokują się na ogół poza sektorem zdrowotnym, ale są rezultatem ludzkiej, czy społecznej, aktywności. Postulowano wprost wprowadzanie w życie idei „uczestniczącego rządzenia” (*shared governance*), co miało zapewnić możliwość egzekwowania odpowiedzialności za zdrowie od wszystkich decydentów. W deklaracji przypomniano, że zadaniem władz publicznych jest nie tylko dbanie o poprawę zdrowia, ale troska, by wszystkie grupy i warstwy społeczne miały w tym swój udział, a różnice w stanie zdrowia były zmniejszane.

Działający w USA Instytut Medyczny przyjął rekomendacje, zgodnie z którymi podejście HiAP powinno znaleźć zastosowanie przy przygotowywaniu i rozważaniu wszystkich polityk publicznych przez władze federalne, stanowe i lokalne [13]. Wskazano trzy rodzaje działań, w których pytania o konsekwencje zdrowotne zostały uznane za szczególnie istotne: tworzenie regulacji (np. samochodowe pasy bezpieczeństwa, zgody na prowadzenie restauracji), polityka podatkowa i opłat (np. ceny alkoholu), gospodarka przestrzenna (np. planowanie zabudowy, terenów zielonych). Decyzja, podjęta w lipcu 2011 roku, przyczyniła się do powołania takich instytucji, jak National Prevention, Health Promotion, and Public Health Council, a w koncepcji Narodowej Strategii Prewencji (*National Prevention Strategy*) rekomendacja została potraktowana jako obowiązujące zalecenie. Rządy stanu Kalifornia i Południowej Australii potraktowały propozycję nowego, szerokiego podejścia do spraw zdrowia ze szczególnym zainteresowaniem i uwagą, podejmując praktyczne kroki prowadzące do jego stosowania, stymulując także refleksje dotyczące jego teoretycznych aspektów³.

O ile szeroka perspektywa, w jakiej postrzegano uwarunkowania stanu zdrowia, była od dawna obecna zarówno w potocznej świadomości, jak i w rozważaniach naukowych, i trudno byłoby ustalić jej początki, o tyle moment pojawienia się pojęcia „Zdrowie we Wszystkich Politykach” może być wskazany bardzo precyzyjnie. Wiąże się jednoznacznie z czasem sprawowania prezydentur w Unii Europejskiej przez Finlandię, kiedy to opublikowana została książka pod tym właśnie tytułem [14]. Idea została poparta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które wezwało kraje członkowskie WHO do stosowania podejścia HiAP, zwłaszcza kiedy w grę wchodziły działania służące redukowaniu nierówności w zdrowiu [15]. Podkreślono, że istotą tego podejścia

powinna być strategia wielosektorowa, powinny współpracować wszystkie zainteresowane podmioty, ale sektor zdrowotny powinien pełnić rolę szczególnie aktywną.

Podejście HiAP znalazło wsparcie w decyzjach Unii Europejskiej, co nie miało szczególnego wpływu na jego walory merytoryczne, ale wzmocniło wagę i atrakcyjność polityczną. W Traktacie z Maastricht, w Traktacie z Amsterdamu, a potem w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej jest sformułowanie: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego” [16, 17]. W dokumencie rady z 2006 roku komisja została zobowiązana do przygotowania planu działań w zakresie HiAP, zwłaszcza w rozwiązywaniu problemu nierówności w zdrowiu, a państwa członkowskie miały zwrócić większą uwagę na koordynację realizowanych w różnych dziedzinach polityk krajowych [18]. W grudniu 2007 roku odbyła się w Rzymie konferencja, w czasie której ministrowie zdrowia uznali wartość wykorzystywania HiAP w procesach podejmowania decyzji w krajach członkowskich Unii Europejskiej [19]. Podejście HiAP zostało zalecone w strategicznym dokumencie „Razem na rzecz zdrowia” [20]. Kiedy w 2008 roku Rada przedstawiała program poświęcony redukowaniu nierówności zdrowotnych pod hasłem „Solidarność w zdrowiu”, bez wahania łączyła te problemy ze stosowaniem perspektywy HiAP i zalecała działania w takich obszarach, jak środowisko, system edukacji i warunki pracy [21]⁴. Na wciąż dostępnej stronie Unii Europejskiej „Zdrowie we wszystkich obszarach polityki” znajduje się następujące stwierdzenie: „Na zdrowie mają znaczny wpływ czynniki zewnętrzne, dlatego skuteczna polityka zdrowotna musi obejmować wszystkie istotne obszary polityki, a zwłaszcza takie jak: politykę społeczną i regionalną, podatki, ochronę środowiska, edukację, badania naukowe [22].

Cechy HiAP

Jak stwierdzono wyżej, teoretyczną podstawą HiAP jest twierdzenie, że zdrowie jest kształtowane przez bardzo wiele czynników występujących w otoczeniu społecznym, fizycznym i ekonomicznym. Znaczna część tych czynników jest określana jako społeczne determinanty zdrowia, i to one powinny pozostawać w centrum zainteresowania HiAP. Jest to następstwo uznania, że skoro różnorodne polityki, czyli intencjonalnie podejmowane przez ludzi działania, także zorganizowane działania, mogą mieć wpływ na zdrowie – czyli dzieje się to w otoczeniu społecznym i poprzez procesy polityczne – to powinny być potraktowane jako bardzo istotna siła sprawcza kształtująca tę sferę rzeczywistości. Bliższą charakterystykę HiAP przedstawię na podstawie dwóch dokumentów.

Ważnym dokumentem dla scharakteryzowania HiAP jest cytowana już Deklaracja z Adelajdy [12]. Przedstawiono tam kilka warunków dotyczących reguł i treści funkcjonowania instytucji, których spełnienie jest niezbędne, a przynajmniej bardzo przydatne, dla możliwości wcielania w życie koncepcji HiAP. Były to warunki następujące:

- jednoznaczny mechanizm prawny pozwalający na przekazywanie rządowi obywatelskich inicjatyw (*joined-up government*);
- systematycznie realizowana współpraca międzysektorowa;
- mechanizm mediacji umożliwiający uzgadnianie interesów pozostających w konflikcie;
- ściśle przestrzeganie zasad odpowiedzialności (*accountability*), przejrzystości i obywatelskiego udziału w decyzjach;
- angażowanie w proces decyzyjny interesariuszy pozostających formalnie poza strukturami władzy;
- budowanie partnerstwa i zaufania między uczestnikami procesów decyzyjnych, niezależnie od ich formalnej afiliacji (*cross-sector initiatives*).

Przy pierwszym oglądzie wymienione cechy nie charakteryzują koncepcji, która byłaby zasadniczo odmienna od przedstawianych współcześnie zasad dobrego rządzenia (*good governance*) w zdrowiu. Jako argument powołać można opracowanie na temat rządzenia na rzecz zdrowia, w którym podobne idee, bez wprowadzania nazwy HiAP, są postulowane [23]. W dobrym rządzeniu jest miejsce na udział sektorów innych niż te podporządkowane ministerstwu zdrowia, rządowi, powierza się rolę koordynatora i mediatora w działaniach dotyczących zdrowia i bierze się poważnie pod uwagę głos, propozycje i opinie obywateli. Nie wspomina się jednak, a przynajmniej nie akcentuje, dążenia do unikania strat i maksymalizowania korzyści w zdrowiu, związanych z aktywnościami niezdrowotnych sektorów. Dla HiAP aktywności – w pewnym sensie kontrolne – adresowane do „zewnętrznych” resortów są cechą o podstawowym znaczeniu.

Przedstawione w **Tabeli I** obszary rzeczywistości w żadnym razie nie mogą być potraktowane jako lista wyczerpująca. Nie ma wątpliwości, że zasadniczym kryterium pozwalającym na rozstrzygnięcie, czy w danej sytuacji należy odwołać się do idei HiAP, jest prawdopodobieństwo – czy podejrzenie – że rozważana inter-

Warunki gospodarowania i zatrudnienia
Bezpieczeństwo publiczne i wymiar sprawiedliwości
System kształcenia i warunki życia w dzieciństwie
Rolnictwo, wytwarzanie i dystrybucja jakościowo dobrej żywności
Stan infrastruktury, system planowania i zagospodarowanie przestrzenne
Środowisko i jego zrównoważony rozwój
Mieszkalnictwo i usługi komunalne
Gospodarowanie ziemią i wspieranie rozwoju kulturalnego

Tabela I. Przykłady stosowania HiAP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association, https://www.apha.org/-/media/files/pdf/fact%20sheets/health_in_all_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

wencja może spowodować skutki zdrowotne, zwłaszcza negatywne. Szansa uniknięcia zagrożeń zdrowotnych powinna być argumentem przesądającym o odwołaniu się do kroków przewidzianych w idei HiAP.

Drugim źródłem wykorzystanym do charakteryzowania HiAP jest opracowanie będące poradnikiem stosowania HiAP adresowanym do władz stanowych w USA [24]. Władze te były zachęcane do stosowania podejścia HiAP, a należy pamiętać, że zakres kompetencji parlamentów, rządów i sądów działających na poziomie stanów jest bardzo szeroki. Dotyczy to bardzo wielu spraw lokalnych, także działań w sferze polityk publicznych, w tym spraw zdrowia publicznego i dostępu do świadczeń medycznych, które w USA nadal – mimo uchwalenia ustawy „Obamacare” – nie są publicznie gwarantowane. W relacjonowanym opracowaniu przedstawiono kilka ważnych postulatów.

W pierwszym postulacie twierdzi się, że HiAP w swoich aktywnościach powinien koncentrować się na najważniejszych społecznych determinantach zdrowia, tych, które mają największy wpływ na zdrowie i prowadzą do nierówności zdrowotnych. Zasada ta jest w pełni słuszna, jej praktyczne zastosowanie może być jednak trudne. W realnych działaniach jest bowiem tak, że pytanie o skutki zdrowotne, szczególnie o możliwość powstawania skutków negatywnych – zarówno w sensie pogarszania się wskaźników stanu zdrowia, jak i utrzymywania czy powiększania różnicowań stanu zdrowia – jest adresowane do projektów inicjowanych przez różne sektory. Może się zdarzać, że sektory, których działania mają potencjalnie mniejszy wpływ na zdrowie, są bardziej aktywne w swoich poczynaniach. Mimo świadomości ich potencjalnie mniejszej wagi – z punktu widzenia efektu zdrowotnego – nie ma powodu, by, zgodnie z intencją HiAP, nie zadać pytania o rodzaj i zakres efektu zdrowotnego. Natomiast wtedy, gdy w tym samym czasie podejmowane są różne inicjatywy, powinno się stosować kryteria pozwalające na ustalenie hierarchii ich ważności, która pozwoliłaby na skoncentrowanie się na propozycjach najważniejszych.

W drugim postulacie przyjmuje się, że HiAP jest – powinien być – sposobem postępowania opartego na współpracy, które jest zorientowane na poprawę stanu zdrowia wszystkich członków populacji i polega na uwzględnianiu spraw zdrowia we wszystkich procesach decyzyjnych realizowanych w sferze publicznej. Jako zalecenie jest to oczywiście słuszne, bo synergiczny wynik uzyskiwany dzięki zgodnemu współdziałaniu pozwala osiągać lepsze efekty zdrowotne, zwłaszcza kiedy dąży się do redukcji nierówności zdrowotnych. Jeśli przyjmować, że konkurencja – mechanizm nieodłącznie powiązany z działaniem rynku – współprzyczynia się do powstawania nierówności, a istniejące pogłębia – to zastępowanie go współdziałaniem powinno być postrzegane jako zmiana ze wszech miar pozytywna. O ile w porządku racjonalnego postępowania w formułowaniu polityk publicznych współpraca na ogół jest lepsza niż rywalizacja, w życiu społecznym i politycznym zazwyczaj dostrzega się raczej walor konkurencji, a nawet walki, zwłaszcza w warunkach popularności koncepcji neoliberalnych. Naturalna różnica interesów, których wartość jest najczęściej subiektywnie

wyolbrzymiana, prowadzi do definiowania otoczenia jako konkurencyjnego. Im bardziej podmioty istniejące w otoczeniu są postrzegane jako konkurenci – a nie współpracujący partnerzy – tym trudniej o kompromis umożliwiający współpracę. Kompromis z definicji wymaga uznania racji konkurenta–partnera i częściowej przynajmniej rezygnacji ze swoich pierwotnych dążeń. W konkurencyjnym środowisku, gdzie idea „kultury kompromisu” nie jest szerzej akceptowana albo wręcz nieznaną, odejście od własnego stanowiska jest postrzegane w kategoriach zdrady. Warto odnotować uwarunkowania i zakorzenienie „kultury kompromisu” w szerszym kontekście historycznego procesu kształtującego kulturę danego społeczeństwa. Polskie społeczeństwo, w którym kompromis z władzą był wielokrotnie definiowany jako przykład narodowego zaprzaństwa, wydaje się pod tym względem raczej upośledzone.

HiAP powinna przyczyniać się do uzyskiwania lepszych efektów zdrowotnych i zmniejszania nierówności, a metodą postępowania powinna być współpraca instytucji zdrowia publicznego oraz tych wszystkich partnerów–instytucji faktycznie mających wpływ na zdrowie. Należy pamiętać, że oddziaływanie odbywa się często poprzez społeczne determinanty zdrowia, także wtedy, gdy tradycyjnie nie są zaliczane do sektora zdrowotnego i w potocznym postrzeganiu mogą nie mieć nic wspólnego ze zdrowiem. Współczesna wiedza, operując wieloczynnikowym modelem uwarunkowań zdrowotnych i wykorzystując wyniki pogłębionych analiz epidemiologicznych, pozwala na ujawnianie nawet bardzo wydłużonych łańcuchów przyczynowych, w których czynnik sprawczy jest bardzo oddalony od efektu zdrowotnego.

W ogólnej charakterystyce można przyjąć, że HiAP obejmuje pięć ważnych obszarów aktywności. Pierwszym jest promowanie zdrowia i wspieranie równości/sprawiedliwości (*equity*). Proces ten, zorientowany na te wartości, został zaliczony do obszaru aktywności, choć w rzeczywistości jego treścią jest wyznaczenie celu albo misji HiAP. Jest to taki sposób sformułowania celu, w którym nie jest możliwe jednorazowe osiągnięcie pożądanego stanu rzeczy. Dążenia do sprawiedliwości i równości muszą być stale powtarzane, przybliżenie się do ideału – bo nie jego zdobycie na trwałe – w jednej dziedzinie wcale nie jest równoznaczne z osiągnięciem podobnej sytuacji w innej dziedzinie. Pozostałe obszary – rozwijanie współpracy międzysektorowej, tworzenie i udostępnianie korzyści współpracującym partnerom–instytucjom, pozyskiwanie współpracy interesariuszy (*stakeholders*) oraz inicjowanie i wdrażanie zmian w strukturach i sposobach działania powinny być potraktowane jako narzędzia, które mogą i powinny być wykorzystywane do realizacji tego celu.

W działaniach realizujących cele HiAP uwaga uczestników może się koncentrować na zagadnieniach, które zostały przedstawione w **Tabelach II i III**. Przedstawiono tu problemy i aktywności, które mogą być potraktowane jako przykłady tego, czym może zajmować się HiAP i gdzie może podejmować interwencje. Zawartość tabel została wyprowadzona z doświadczeń amerykańskich, ale mają one zastosowanie uniwersalne.

Spoleczne nierówności	Instytucje	Warunki życia	Ryzykowne zachowania	Choroby i zranienia	Umieralność
Klasa społeczna Rasa, grupa etniczna Bycie emigrantem Płeć kulturowa Orientacja seksualna	Struktury biznesowe Agencje rządowe Szkoły Regulacje prawne Organizacje pozarządowe	Środowisko fizyczne Środowisko społeczne Środowisko ekonomiczne i w pracy Środowisko usługowe	Palenie papierosów Ubogie jedzenie Brak aktywności fizycznej Przemoc Alkohol i używki Niebezpieczny seks	Choroby zakaźne Choroby przewlekłe Intencjonalne zranienia	Umieralność niemowląt Oczekiwane trwanie życia

Tabela II. *Problemy HiAP.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

Środowisko fizyczne	Środowisko społeczne	Środowisko ekonomiczne i w pracy	Środowisko usługowe
Użytkowanie ziemi Transport Mieszkalnictwo Segregacja w miejscu zamieszkania Ekspozycja na trucizny	Doświadczenie dyskryminacji związanej z klasą społeczną, rasą, byciem emigrantem, z powodu orientacji seksualnej	Zatrudnienie Dochody Handel detaliczny Ryzyko i zagrożenia w środowisku pracy	Opieka zdrowotna Szkolnictwo Służby społeczne

Tabela III. *Warunki życia w HiAP.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

Model HiAP

Trwające, a nawet rosnące, zainteresowanie HiAP jako nowym podejściem do spraw zdrowia doprowadziło do przedstawienia konstrukcji określanej jako „model HiAP”, do czego doszło, raczej nieoczekiwanie, w Południowej Australii [25]⁵. Dwoma zasadniczymi elementami modelu były zmienione zasady rządzenia (*governance*) i stosowanie specyficznej perspektywy „soczewek zdrowotnych” (*health lenses analysis*).

W zasadach rządzenia zwrócono uwagę na funkcjonowanie centralnego rządu, pozwalającego na koordynowanie decyzji i polityk realizowanych przez poszczególne resorty. Scentralizowana struktura pozwalała na dostatecznie precyzyjne wyznaczanie zakresów odpowiedzialności. Jednolitość procesu decyzyjnego umożliwiała podporządkowywanie poszczególnych decyzji wspólnym priorytetom, a jednocześnie podnosiła prestiż przyjmowanych rozstrzygnięć, legitymizując wprowadzane w życie ustalenia.

Perspektywa soczewek zdrowotnych wynikała z logiki HiAP, zgodnie z którą efekt zdrowotny może być wywołany przez aktywności podejmowane w różnych resortach i departamentach. Wymaga to wzbudzenia w osobach zajmujących się problemem wyostrożonej czujności, nakazującej zwracanie uwagi na możliwość powstawania zdrowotnych następstw, szczególnie następstw

niekorzystnych. Stan koncentrowania zainteresowań tak zorientowanych był określany jako stosowanie zdrowotnych soczewek. Tak jak soczewki wykorzystywane w okularach poprawiają ostrość widzenia i pozwalają dostrzec szczegóły bez nich pomijane, tak soczewki zdrowotne miałyby moc ułatwiania zwracania uwagi na uchodzące uwagi konsekwencje zdrowotne. Pierwszą postacią stosowania soczewek jest pytanie o skutki zdrowotne decyzji, tak jak to się czyni w procedurze *Health Impact Assessment* (HIA)⁶. Drugą postacią aktywności jest stosowanie soczewek zdrowotnych w wąskim, czy właściwym, sensie, i w tym przedsięwzięciu wszystkie zainteresowane komórki organizacyjne – ministerstwa, urzędy – powinny brać udział. W postulowanym modelu HiAP wyróżniono pięć form aktywności:

- Angażowanie (*engage*) – tworzenie i utrzymywanie silnych więzów współpracy ze współdziałającymi podmiotami, ze zwracaniem uwagi i rozumieniem odmienności kultur organizacyjnych i odrębności językowych.
- Gromadzenie informacji (*gather evidence*) – dążenie do pozyskania wiedzy na temat wpływu branych pod uwagę czynników na zdrowie, identyfikowanie dostępnych dowodów naukowych i wyznaczanie dostępnych strategii postępowania (polityk).
- Tworzenie rozwiązań (*generate*) – przygotowywanie rekomendacji zalecających rozwiązania zawarte

w przyszłych strategiach i opracowanie końcowego raportu, będącego wspólną własnością wszystkich współpracujących podmiotów, przyjmujących na siebie odpowiedzialność za realizację zadań w uzgodnionych strategiach.

- Wspieranie procesu decyzyjnego (*navigate*) – udział w przeprowadzeniu opracowanych rekomendacji przez proces decyzyjny, a więc doprowadzenie do zmian pierwotnych projektów w kierunkach bardziej korzystnych dla zdrowia.
- Ocenianie (*evaluate*) – ustalenie, do jakiego stopnia działania (analiza) z wykorzystaniem soczewek zdrowotnych okazała się efektywna na poziomie organizacji procesu, zdolności oddziaływania na partnerów, wreszcie wpływu na stan zdrowia.

Przedstawione formy działania mogą być interpretowane jako następujące po sobie fazy procesu, ale można je także postrzegać jako przedsięwzięcia niezbędne do osiągnięcia celu HiAP, to jest uniknięcie negatywnych skutków zdrowotnych, uzyskanie – w miarę możliwości – jego poprawy oraz przyczynianie się do redukcji nierówności. Podkreślić przy tym należy, że model jest odnoszony do sytuacji, w której wszystkie zaangażowane w proces decyzyjny podmioty są nastawione życzliwie do postrzegania zdrowia jako celu wspólnego. Bez spełnienia warunku życzliwości dążenie do optymalizacji efektów zdrowotnych, nawet prowadzące do pozytywnego zakończenia, musi się odbywać w atmosferze walki i konfliktu.

Innym przykładem modelowego podejścia do HiAP jest „logiczny model planowania i oceniania inicjatyw HiAP” (*logic model for planning and evaluating HIAP initiatives*) [26]. Autorzy, koncentrując się na problemie oceniania efektów, do których HiAP prowadzi, wyciągnęli konsekwencje z faktu wielości działań, które powinny być brane pod uwagę. Zaproponowali wyodrębnienie kolejnych faz postępowania, czy strumieni aktywności, i uznali, że skutki każdej z nich powinny być przedmiotem zainteresowania. Elementy tak pomyślanej konstrukcji są przedstawione w **Tabeli IV**.

Bezsporną zaletą przedstawionego modelu jest doprowadzenie analizowanego horyzontu działań i skutków do momentu występowania rezultatów zdrowotnych. Jest to istotne, bo zyski zdrowotne są zasadniczą racją przemawiającą za stosowaniem HiAP. Jednak cecha będąca zaletą jest jednocześnie przyczyną słabości. Jest oczywiste, że efekty zdrowotne mogą się pojawić i być przedmiotem obserwacji jedynie po upływie bardzo długiego czasu. Gdyby ograniczać zastosowanie modelu wyłącznie do oceny jego „finalnej” efektywności, to praktyczna przydatność propozycji byłaby znikoma. Istnieje jednak możliwość jej częściowego wykorzystywania do porządkowania i konceptualizowania tego, co w ramach stosowania HiAP faktycznie ma miejsce.

Jednym z wariantów modelowego myślenia o HiAP jako procesie politycznym w sensie *politics* może być wskazanie warunków, które powinny być spełnione, by umożliwić jego opis i funkcjonowanie. Próba taka została w literaturze podjęta i cztery wskazane tam warunki są przedstawione poniżej [27].

Po pierwsze, sformalizowane struktury pozwalające na bezpośrednią współpracę między sektorami powinny być traktowane jako jeden z najważniejszych mechanizmów wspierających realizację idei HiAP. Istotnym zagrożeniem dla rezultatów uzyskiwanych dzięki takim strukturom jest ograniczenie ich pozycji do faktu formalnego istnienia, bez udzielania stałego, politycznego wsparcia. Bez stałej presji, wywieranej przez premiera albo przez środowiska polityczne, działania takiej struktury nie mogą przewyższyć dążeń wynikających z partykularnych interesów poszczególnych resortów. Resorty pozazdrowotne nie są na ogół skłonne umieszczać problemów zdrowotnych w swoich agendach, tradycyjnie uważając, że nie są to ich sprawy. Pozbawione politycznego wsparcia struktury zachowują prawdopodobnie zdolność wypełniania zadań administracyjnych i organizatorskich, ale nie są w stanie inspirować i przewyższyć brak zaufania i niechęci do współdziałania. Przykładem porażki instytucji pozbawionej politycznego wsparcia był brytyjski podkomitet zdrowia publicznego, powołany, by koor-

Faza HiAP	Rodzaje aktywności
Zainicjowanie HiAP	Tworzenie podstaw prawnych, pozyskanie osób kompetentnych, zabieganie o wsparcie polityczne w kręgach pozazdrowotnych
Analiza polityk i planowanie	Przygotowanie alternatywnych interwencji, rozpatrywanie korzyści i strat poszczególnych interesariuszy, identyfikacja płaszczyzn konfliktów interesów
Wdrażanie	Analiza zgodności mechanizmów wdrażanych z zamierzeniami, analiza dystrybucji obciążeń i korzyści wśród różnych grup ludności
Ocena skutków pośrednich	Analiza mających wpływ na zdrowie zmian w materialnym i społecznym środowisku, analiza zakresu i treści zmian procesów instytucjonalnych i zachowań wpływających na zdrowie
Efekt zdrowotny w populacji	Pomiar dostrzegalnych na poziomie populacji pozytywnych zmian stanu zdrowia, dostrzegalnych zmian w poziomie dobrostanu

Tabela IV. Model planowania i oceniania HiAP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bauman A.E., King L., Nutbeam D., *Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies*, „Health Promotion International” 2014; 1(29): 143–151 [26].

dynować międzyresortową współpracę, i zlikwidowany po dwóch latach mało owocnych wysiłków.

Po drugie, nieodzowne jest zaakceptowanie tezy o nieliniarnym i często nieuporządkowanym charakterze procesu politycznego, w którego ramy wpisuje się HiAP. Całkowicie niezgodnie z elegancją obrazu polityki przedstawianej w racjonalnych modelach postępowania rzeczywistość bywa chaotyczna i tylko w niektórych fragmentach służy realizowaniu świadomie wybranych celów. Równie rzadko cele te wynikają ze strategicznych programów, a osiągnięte cele pośrednie i dalekosiężne zgodne z deklarowanymi i przyjętymi wcześniej zamiarami. Wizja taka nie ma służyć kwestionowaniu sensu dążenia do podejmowania racjonalnych decyzji, ale ma chronić przed złudzeniami wyidealizowanego obrazu realiów procesu politycznego i przybliżyć do panujących na ogół warunków. Jak napisali autorzy, „problemy, rozwiązania i decyzje polityczne często nie mają niczego wspólnego” [27]. Bardzo często zdarza się, że propozycja rozwiązania problemu pojawia się, zanim jeszcze problem został opisany, badacze przedstawiają cele zamiast wyjaśniania problemów, a politycy ignorują dowody przedstawiane przez naukowców. Jeśli procesy decyzyjne tylko częściowo są racjonalne, nie można oczekiwać, że zawsze będą realizowane konsekwentnie. Prawdopodobnie okazją ułatwiającą porzucenie dotychczasowych programów są zmiany polityczne będące następstwem wyborów. Bardzo często nowy układ polityczny ma własny pomysł na rozwiązania służące zdrowiu. Także bez zmian politycznych możliwe jest odstępianie od wcześniejszych ustaleń. Każda z grup interesów, która uważa się za nieodnoszącą dostatecznych korzyści, będzie skłonna do lobbowania na rzecz zmiany. Niewykluczone, że będzie przedstawiała swoje propozycje jako służące poprawie stanu zdrowia.

Po trzecie, stale należy przypominać o kontekście, w którym przygotowuje się i wdraża poszczególne decyzje. Autorzy powołują oczywiste zróżnicowanie stopnia akceptacji idei HiAP i różny poziom zaangażowania władz publicznych – rządu – w przygotowanie normatywnych podstaw i budowanie instytucjonalnego zaplecza, a niekiedy wycofują się ze stosowania mechanizmów już powołanych do życia. Także w praktycznym działaniu, wewnątrz poszczególnych rządów, niektóre sektory są bardziej skłonne do współpracy niż inne. Można przyjmować hipotezę, że to odmiennosc kontekstu i kultury organizacyjnej są za to odpowiedzialne.

Po czwarte, należy rozważyć zmianę paradygmatu uprawiania polityki zdrowotnej w części odnoszącej się do atrybucji odpowiedzialności. Chodzi o to, że o ile w przeszłości odpowiedzialność za zdrowie spoczywała – niezależnie od deklaracji – na sektorze zdrowotnym i ministrze zdrowia, o tyle w nowym paradygmacie przyjmuje się zasadę odpowiedzialności całego rządu (*a whole-of-government*) i całego społeczeństwa (*a whole-of-society approach*). Znaczące rozszerzenie podmiotów odpowiedzialności musi wpływać na sposób postrzegania roli tych, którzy zawsze ją ponosili: ministerstwa zdrowia, świadczeniodawców, interesariuszy, obywateli jako członków wspólnoty politycznej. Nowy przydział

odpowiedzialności partnerom bardzo się między sobą różniącym jest zapewne akceptowany w różnym stopniu. Oznacza to, że miejsce przyznawane zdrowiu nie u wszystkich będzie równie wysokie, a w związku z tym stopień konsekwentnego, a nie tylko sporadycznego, zaangażowania się także będzie różny.

W przedstawionych czterech warunkach można dostrzec zróżnicowane ładunki realizmu i skłonności do idealizacji w różnym stopniu rozwinięte. O ile warunek drugi – o nieliniarnym procesie politycznym – był bardzo blisko rzeczywistości, o tyle warunek ostatni – o paradygmacie – przedstawiał opis sytuacji pięknej, ale trudnej do wcielenia w życie w wyobraźmalnej przyszłości.

Ważną cechą podejścia HiAP – niezależnie od tego, czy jest opisywany w kategoriach modelu, czy jako rządowa strategia – jest jego nieuchronna koncentracja na obszarach rzeczywistości o bardzo dużym stopniu komplikacji [28]. Z jednej strony jest to rezultat złożoności życia społecznego, którego procesy wymykają się jakimkolwiek próbom ich jednoznacznego opisu, nie mówiąc o wyjaśnianiu. Z drugiej natomiast strony wszystkie stosowane współcześnie modele uwarunkowań zdrowotnych wykorzystują koncepcje wieloprzyczynowe, przy czym w grę wchodzi nie tylko bardzo duża liczba czynników sprawczych, ale ich wzajemne współoddziaływania i interakcje. HiAP, jeśli ma osiągać swoje cele, musi tę sytuację brać pod uwagę. Najważniejsze elementy tych relacji przedstawiono w **Tabeli V**.

Nie ulega wątpliwości, że skomplikowana rzeczywistość, na którą HiAP ma oddziaływać, utrudnia przedsięwzięcia podejmowane w celu optymalizowania celów zdrowotnych. W świecie idealnym należałoby przyjąć zalecenia, by HiAP dostosowywał swoje interwencje proporcjonalnie do złożoności regulowanej materii. W praktyce jest to jednak niemożliwe i w większości sytuacji decyzje muszą być podejmowane ze świadomością niepewności i ryzyka. Stąd nieuchronne pojawianie się ubocznych skutków nieprzewidywanych w planie interwencji. Niekiedy są to niechciane i szkodliwe konsekwencje, i dlatego HiAP musi być otwarty na możliwość redefiniowania swoich inicjatyw.

Polityczny wymiar HiAP

Już w samej nazwie HiAP jest odniesienie do polityki, i to również w sensie *politics*, a nie *policy* (kiedy zajmujemy się zdrowiem częściej myślimy o *policy*). Jest to bezsporne, wszystkie bowiem polityki (*policies*), a więc merytoryczne programy zmian czy publicznych interwencji, które potencjalnie mogą wpływać na zdrowie, są podejmowane poprzez proces polityczny. Proces polityczny jest wielostrumieniową sekwencją wydarzeń prowadzącą od jakiejś inicjatywy – konkretnej albo rozproszonej, sprecyzowanej albo ogólnikowej – do propozycji rozwiązania prawnego, instytucjonalnego lub finansowego. Przekształcenie inicjatywy w decyzję nigdy nie jest wynikiem logicznego rozumowania, nigdy nie jest wynikiem logicznej dedukcji z informacji o faktach na rozwiązania normatywne. Zawsze interwenują rozmaite siły polityczne, które są zainteresowane takim

Aspekt procesu	Sytuacja	Sytuacja HiAP
Rządzenie i wdrażanie	Wielość zaangażowanych podmiotów i punktów odniesienia, wielodyscyplinarność i różne obszary kompetencji	Negocjacje na temat kryteriów oceny, w warunkach odmiennych kultur organizacyjnych. Trudności we współpracy z interesariuszami
Wielość łańcuchów przyczynowych	Wielość jednocześnie występujących i krzyżujących się łańcuchów przyczynowych	Konieczność interweniowania wobec różnych determinantów, co wymaga jednoczesnego zaangażowania kilku resortów
Kontekstualne uwarunkowania determinantów	Różne czynniki mogą prowadzić do odmiennych konsekwencji, w zależności od kontekstu i czynników współwystępujących	Powtórne zastosowanie interwencji skutecznej w jednych warunkach może okazać się bezproduktywne w nowej, zmienionej sytuacji
Nielinearne i nieregularne zależności między czynnikami sprawczymi i skutkami	Nielinearne i nieregularne zależności między czynnikami sprawczymi i skutkami	Słabe (lekceważone) bodźce mogą wywoływać znaczne skutki dzięki zamkniętym kołom zdarzeń. Procesy nie rozwijają się konsekwentnie, ale w sposób mało uporządkowany
Pojawiające się efekty	Pojawiające się rezultaty interwencji są odmiennie postrzegane przez interesariuszy i mają dla nich odmienną wartość	Odmienność oczekiwań musi prowadzić do zróżnicowanej percepcji rezultatów. Pierwotne zamierzenia zmieniają się w czasie negocjacji, a część efektów jest nieoczekiwana. Wykorzystywanie okna sprzyjających okoliczności przyczynia się do powstawania nieprzewidzianych skutków

Tabela V. Uwikłanie HiAP w skomplikowany obszar decyzyjny.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Baum F., Lawless A., Delany T., MacDougall C., Williams C., Broderick D., Wildgoose D., Harris E., McDermott D., Kickbusch I., Popay J., Marmot M., *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application*, „Health Promotion International” 2014; 29 (S1): 130–142 [28].

kształtem przyjętych rozwiązań, które będą korzystne dla ich interesów. W istniejącej sytuacji dla większości sektorów (ministerstw) sprawy zdrowia znajdują się całkowicie na marginesie ich formalnie przypisanych zadań. W branżowej strukturze przydziału kompetencji i odpowiedzialności jest to całkowicie naturalne. Dla ministra rolnictwa produkcja żywności jest priorytetem, a dla ministra oświaty priorytetem jest kształcenie. Jeśli problem zdrowia pojawia się, to wyłącznie jako sprawa o znaczeniu drugorzędnym, a nawet trzeciorzędym. Jeśli zatem pytanie o zdrowie – skutki zdrowotne – ma się pojawić w ich polu uwagi, to może to następować wyłącznie poprzez ustalenia i naciski polityczne. Naturalnie, możliwe jest wpisanie zwracania uwagi na aspekty zdrowotne w zakres formalnych kompetencji, ale także wtedy bieżąca presja polityczna będzie prawdopodobnie nieodzowna, by problemy zostały faktycznie podjęte. Nie jest to specyfika Polski, nie ma wątpliwości, że podobnie jest na całym świecie.

Niektórzy zwolennicy HiAP twierdzą, że sytuacja ta powinna być radykalnie zmieniona. Powiązania między zdrowiem a otoczeniem są skomplikowane i obustronne: determinanty pochodzące z otoczenia wpływają na zdrowie, ale zdrowie wpływa także na to, co dzieje się wokół. Sprawa polega nie tylko na szeroko znanym pozytywnym wpływie zdrowia na produktywność [29], pozycję społeczną jednostek i społeczności [30] i na szansę osiągnięcia szczęścia [31]. Problemy zdrowotne mogą stawać się przyczyną poważnych perturbacji społecznych w bardzo wielu dziedzinach i powodować znaczne straty finansowe [32]. Przytoczyć można wpływ epidemii SARS w 2003 roku na funkcjonowanie linii lotniczych i przemysłu turystycznego, a wcześniej epidemii cholery,

malarii, choroby szalonych krów. Wobec oczywistych współzależności tradycyjnie postrzegany podział na „my”, którzy reprezentują interesy zdrowotne, i „oni”, autorzy różnych interwencji polityk publicznych, postrzegani jako, niekiedy nieświadomi, sprawcy zdrowotnych nieszczęść, całkowicie traci na aktualności. Sprawy zdrowia stają się przedmiotem zainteresowania i odpowiedzialności całego rządu – oczywiście w modelowej sytuacji, od której realia mogą być bardzo odległe. Powołać można – za Rüdigerem Krechem – przykład polityki zmierzającej do ograniczania palenia papierosów. Była faza prostych zakazów i manipulowania ceną, były próby wpływania na zachowania osób palących, także stosując metodę zastraszania, ale nie ulega wątpliwości, że podejście *tobacco in all policies* otwiera nowe perspektywy. Problem przestaje być przedmiotem doraźnych i zawężonych interwencji, a zostaje wpisany w agendy polityczne partii i władz publicznych. Jeśli przesłanka – postulat zgodnej współpracy – jest spełniona, rola Ministerstwa Zdrowia polega głównie na organizowaniu technicznej współpracy. Nie ma żadnego powodu, by podejmować szczególnie aktywną działalność perswazyjną czy lobbyistyczną, bo w dążeniach do wspólnych celów nie ma potrzeby przewycięzania partykularnych oporów. Wystarczy utworzenie komórki ułatwiającej współpracę, także w gromadzeniu i przekazywaniu informacji, aby misja Ministerstwa Zdrowia była spełniona.

Oczywiście szansa zgodnej współpracy i traktowania zdrowia jako wspólnej sprawy nie zawsze jest możliwa. W istniejącej sytuacji perspektywy bezkonfliktowej współpracy są znikome lub wręcz nie istnieją, co powinno wpływać na sposób postrzegania Ministerstwa Zdrowia. Dążąc do wykorzystania idei HiAP i osiągnięcia

dzięki temu korzyści zdrowotnych, warto przypisać mu rolę bardziej aktywną. W określeniu tej roli oznaczałoby to przyjęcie na siebie zadania pobudzenia świadomości o możliwości wywołania następstw zdrowotnych w trakcie rozwiązywania swoich resortowych problemów. W skrajnej postaci mogłoby chodzić o uprawnienie do domagania się odpowiedzi na pytanie o skutki zdrowotne, z jednoczesnym, symetrycznym obowiązkiem nałożonym na inne resorty, by taka odpowiedź została udzielona. Mocne umocowanie Ministerstwa Zdrowia czyniłoby z tego organu strażnika interesów zdrowotnych społeczeństwa. Słyszany niejednokrotnie zarzut, że ministerstwo to koncentruje się na sprawach choroby, a nie zdrowia, stałby się całkowicie bezprzedmiotowy, funkcja strażnika pozwalałaby bowiem na interwencje wpływające na determinanty zdrowotne, a nie tylko na leczenie. Zakres uprawnień, a więc i obligatoryjność zobowiązań, może być osłabiona i w wersji słabszej można pisać o podejmowaniu starań w celu ujawnienia zdrowotnych konsekwencji. Jeśli Ministerstwo Zdrowia byłoby uprawnione do podejmowania starań, to indagowany resort nie miałby obowiązku udzielenia poszukiwanej odpowiedzi. W takich przypadkach świadomość możliwości doprowadzenia do zdrowotnych konsekwencji byłaby pobudzana, ale – w praktyce – nie musiałoby to prowadzić do zmiany pierwotnych planów. Misja związana z pełnieniem roli strażnika interesów zdrowotnych nie byłaby wtedy kompletna, aczkolwiek bogatsza niż obecnie.

Relatywnie słaba pozycja przetargowa Ministerstwa Zdrowia może być wzmacniana przez decyzje polityczne. W procesach dochodzenia do decyzji – w polskich realiach są to konsultacje międzyresortowe, jako obligatoryjna faza postępowania legislacyjnego – argumenty resortów pozazdrowotnych mogą łatwo przeważać racje przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia. Odwołanie się do takich społecznych zagrożeń, jak bezrobocie, inflacja, niepokoje społeczne czy obronność, mają zwykle większą moc perswazyjną niż wskazanie szkód zdrowotnych. Słabość argumentów merytorycznych może być jednak rekompensowana rozstrzygnięciami politycznymi [1]. W podejściu HiAP otwiera się możliwość takiego rozszerzenia horyzontu oceniania korzyści i strat, aby było możliwe dostrzeżenie pożytków płynących z troski o zdrowie. Prawdopodobnie najważniejszy jest w tej operacji czynnik czasu: dobrodziejstwa dobrego zdrowia pojawiają się po wielu latach, nakłady i zyski wymierne w pieniądzu ujawniają swoją wartość natychmiast.

Odmiennosc sytuacji, w których może znaleźć się resort zdrowia chcący odgrywać aktywną rolę w stosowaniu HiAP, otwiera możliwości przeprowadzenia rozmaitych strategii, mogących skutecznie zbliżyć do celu. Eeva Ollila w jednym z opracowań zaproponowała cztery możliwe strategie [33].

W pierwszej strategii – przy silnej pozycji Ministerstwa Zdrowia – punktem wyjścia podejmowanych aktywności są cele obowiązującej strategii zdrowotnej. Pozazdrowotne sektory są nakłaniane do udziału – poprzez dostosowywanie własnych zadań – w realizacji celów wskazanych w strategii. Prawdopodobnie jest to metoda stosowana w przeszłości, nawet bez świadomości, że jest

to postępowanie wpisujące się w podejście HiAP. Przykładem może być wiele decyzji służących ograniczeniu nałogu palenia papierosów, co doprowadziło do wprowadzenia w życie wielu formalnych zakazów.

Druga metoda postępowania polega na tworzeniu warunków typu *win-win*, to jest znajdowaniu rozwiązania korzystnego dla obydwu lub większej liczby partnerów. Możliwości takie powstają na przykład przy współpracy z sektorem edukacji. Przekazywanie informacji kształcących nawyki promowania zdrowia wzmacnia potencjał zdrowotny, a dobre zdrowie ułatwia uczenie się – pierwotny cel systemu edukacji. Bardziej konkretnie – możliwość zjedzenia posiłku w szkole służy celom zarówno promowania zdrowia, jak i ułatwia percepcję i zdolności kojarzenia, przydatne w procesie uczenia się. Świadomość obopólnych korzyści wzmacnia też gotowość do współpracy na przyszłość.

W trzeciej strategii sektor zdrowotny oferuje swoje usługi przedstawicielom innych sektorów wtedy, kiedy staje przed nimi jakiś problem dotyczący zdrowia. Oferta jest podporządkowana pytaniu – „jak sektor zdrowotny może pomóc innym w realizacji ich własnych zadań?”. Trzecia strategia odwraca logikę strategii pierwszej: o ile tam uznawano nadrzędność celów zdrowotnych, tutaj jest uznawany priorytet celów pozazdrowotnych, ale przy poszanowaniu interesów zdrowotnych ludzi. W procesy decyzyjne pozazdrowotnych sektorów włączana jest troska o poprawę stanu zdrowia, a także redukcja różnic zdrowotnych.

W czwartej strategii uwzględnia się najpełniej realnie istniejący podział władzy i wpływów, w którym bierze się pod uwagę relatywnie małe możliwości resortu zdrowia. Między poszczególnymi sektorami czy urzędami występują naturalne różnice w postrzeganych hierarchiach ważności różnych spraw i zwykle każdy sektor jest przekonany o słuszności własnej oceny sytuacji. Próby narzucania z zewnątrz punktu widzenia muszą prowadzić do konfliktów. Wobec faktycznie ograniczonych szans narzucania racji zdrowotnych innym resortom zdrowia definiuje swoje posłannictwo zawężająco, dążąc do ograniczania szkód, do jakich mogłyby doprowadzić niedostatecznie przemyślane przedsięwzięcia podejmowane przez inne resorty.

Istnieją jednak możliwości, choć nieprzynoszące natychmiastowych rezultatów, ale zwiększające szanse uwzględniania aspektów zdrowotnych. Polegają one na podjęciu uprzedzająco swoistej akcji uświadamiającej partnerom rządowym wagę i znaczenie uwzględniania zdrowotnych skutków ich przedsięwzięć [34]. Możliwe jest wtedy wykorzystywanie argumentów wskazujących obopólne korzyści, podkreślanie, że ochrona zdrowia nie jest partykularnym interesem Ministerstwa Zdrowia, ale sprawą mającą znaczenie dla szerszych społeczności, a także dla urzędów zajmujących się sprawami pozornie odległymi od zdrowia. Nie trzeba pomijać racji moralnych, które są obecne w tego rodzaju argumentacji, ale prawdopodobnie nie należy przeceniać jej skuteczności. W praktycznym wymiarze działania takie mogą być wzmocnione na dwa sposoby. Po pierwsze, przez wprowadzenie takich zasad budowania agendy poszczególnych resortów, by było tam miejsce na uwzględnianie

aspektów zdrowotnych. Po drugie, przez wzmocnienie personalne innych resortów dzięki przeszkoleniu ich pracowników w zasadach stosowania HiAP. Istnieje prawdopodobieństwo, że spełnienie takich warunków zwiększa szanse racjonalnego organizowania procesów decyzyjnych, uwzględniających postulaty HiAP.

Niezależnie od wybranej strategii zawsze ważna jest skuteczność postępowania. Autorzy przypomnieli koncepcję okna sprzyjających okoliczności (*opportunity window*) Johna Kingdona. Trzy niezależnie rozwijające się strumienie zdarzeń – wola polityczna, rozpoznanie problemu, dobór metod postępowania (nazwany *tool*) mogą spotkać się w tym samym czasie i wtedy podjęte działania mają unikatowe szanse przeprowadzenia przez proces decyzyjny. Wprowadzenie idei HiAP, ale także w ramach tego podejścia każda indywidualna sprawa, mają większe szanse powodzenia niż zaistnienie takich okoliczności. Możliwość rekompensowania relatywnie słabszej pozycji sektora zdrowotnego pozwala na częściowe wpływanie na możliwość spotkania się trzech strumieni zdarzeń i przyspieszanie pojawienia się okna sprzyjających okoliczności. Jest to jednak szansa tylko częściowa i pewna trudność z wykorzystaniem postulatu Kingdona polega na tym, że wszystkie elementy powinny być jednocześnie gotowe do użycia w chwili, której czas pojawienia się był tylko częściowo przewidywalny. Może to prowadzić do kłopotliwego przygotowywania narzędzi, które mogą nigdy nie być wykorzystane.

HiAP i HIA

W australijskim modelu HiAP procedura *Health Impact Assessment* (HIA) – oceny skutków zdrowotnych była traktowana jako element procesu stosowania soczewek zdrowotnych. Propozycja taka, choć interesująca, nie jest przedstawiana często. W większości opracowań przyjmuje się, że dla HiAP podstawową formą postępowania jest wykorzystywanie procedury HIA, bez wprowadzania kategorii pośredniczących. Związki między HiAP i HIA zostały dostrzeżone bardzo wcześnie – właściwie już w przełomowym opracowaniu z 2006 roku znalazł się artykuł Johna Kemma, jednego z najbardziej wpływowych autorów piszących o polityce zdrowotnej, zatytułowany „Ocena skutków zdrowotnych i idea zdrowia we wszystkich politykach” [35]. Pisz on, że HIA jest dogodnym narzędziem pozwalającym decydentom na przewidywanie zdrowotnych skutków rozważanych planów działania. Ujawnienie i otwarte przedstawienie zdrowotnych konsekwencji powinno być wykorzystywane jako ważny element argumentów przemawiających za przyjęciem lub za odrzuceniem rozpatrywanych alternatyw. Dopowiedzieć można, że tak jak w rachunkach ekonomicznych brane są pod uwagę różne postaci kosztów, tak – jako pewna postać kosztów – powinna być traktowana strata zdrowotna, a zysk zdrowotny powinien być postrzegany jako postać korzystnego rezultatu. HIA powinna być wykorzystywana w sposób systematyczny, co jest traktowane jako warunek powodzenia, a powodzenie jest równoznaczne z możliwością uniknięcia nieoczekiwanych skutków negatywnych, a także maksy-

malizowania skutków pozytywnych. Wykorzystywanie w prognozowaniu i przewidywaniu – i w procesie decyzyjnym – procedury HIA jest tak istotne, że bez niej dążenie do oceniania zdrowotnych konsekwencji byłoby jedynie „pobożnym życzeniem” (*pious wish*), a nie poważną propozycją, mającą zastosowanie w politycznej praktyce. Jednak stosowanie HIA, nawet systematyczne, nie gwarantuje uzyskania pewności w przewidywanych scenariuszach. Chociaż w HIA powinno się dążyć do wykorzystywania sprawdzonych naukowo teorii i twierdzeń, to w wielu sytuacjach, w których podejmowane są różnorodne interwencje, podaż takich twierdzeń jest ograniczona. Także baza informacji opisujących zastaną sytuację często bywa niewystarczająca. Tworzy to sytuację niepewności, i o możliwym ryzyku oraz wynikających stąd pomyłkach przedstawianych prognoz polityczni decydenci muszą być informowani. Eksperti nawołujący do stosowania HIA, a więc do wcielania w życie formuły HiAP, nie mogą przyjmować pozytywności. W kontaktach z decydentami powinna panować atmosfera otwartości, także z racji pragmatycznych, po to, by nie zawieść nierealistycznie rozbudzonych nadziei i związanego z nimi zaufania. Wydaje się, że szczerłość w tych relacjach jest traktowana nie tylko jako cnota moralna, ale także jako przymiot praktycznie przydatny (*speaking truth unto power*). Z punktu widzenia decydentów zaangażowanie się w proces poszukiwania odpowiedzi na pytanie o zdrowotne konsekwencje ich działań może być postrzegane jako inwestycja wymagająca czasu i pieniędzy. Ich gotowość do podjęcia takiej inwestycji i wydatkowania na nią odpowiednio dużych środków powinna być uzależniona od przewidywanej wielkości skutków zdrowotnych, jakie mogą być wywołane przygotowywaną interwencją. Im bardziej poważne skutki, w sensie strat lub korzyści zdrowotnych, im większa część populacji może być nimi dotknięta, im bardziej zwiększać się mogą nierówności w zdrowiu, tym większa powinna być gotowość do poważnego potraktowania pytań o skutki zdrowotne. Uznawać można, że nawet duże nakłady poniesione w fazie przygotowawczej będą rekompensowane dużymi korzyściami.

W podobny sposób relacje między HiAP i HIA postrzegali inni autorzy, traktując HIA jako „krok prowadzący do HiAP” [36]. Teza o bardzo znaczącym udziale polityk publicznych, które pozornie są nakierowane na zupełnie inne obszary aktywności – jak polityka rolna – jest przedstawiana jako integralny element racjonalnie prowadzonego procesu decyzyjnego.

Warto dostrzec, że nowe podejście zyskiwało poparcie przedstawicieli profesji związanych ze zdrowiem: Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego przyjęło deklarację polityczną (*political statement*), udzielając wsparcia koncepcji HiAP [37]. Napisano tam o konieczności odrzucenia monokausalnych modeli uwarunkowań stanu zdrowia i akceptacji tezy o oddziaływaniach wieloczynnikowych i uznaniu, że czynniki te oddziałują na siebie wzajemnie. Konieczność zmiany paradygmatu miała wynikać nie tylko z przesłanek teoretycznych – tak twierdzi się we współczesnej nauce – ale także ze względów praktycznych: są silne podstawy,

by twierdzić, że pomijanie czy lekceważenie powodów tkwiących w pozazdrowotnych sektorach przyczynia się do ponoszenia strat zdrowotnych. Fakt wcześniejszego o kilka lat stanowiska przyjętego przez Instytut Medyczny nie umniejsza znaczenia poglądów i oddziaływań przedstawicieli zdrowia publicznego, zwłaszcza znaczenia praktycznego. W amerykańskich realiach władza skupiona w instytucjach zdrowia publicznego ma znacznie większy wpływ na ochronę ludzi przed czynnikami ryzyka niż w większości innych instytucji. Pamiętać należy, że bardzo duża część decyzji prowadzących do zdrowotnych konsekwencji jest podejmowana w sektorze prywatnym – nie tylko w przemyśle i usługach, ale także w usługach publicznych, przekazywanych na zasadach outsourcingu. Jeśli zatem te gremia zalecały stosowanie podejścia holistycznego i praktycznego wykorzystywania HIA, to był to bodziec zmian faktycznie zachodzących. Zmiana ta miała polegać na instytucjonalizacji procesu, szczególnie HIA, bo HiAP to raczej praktyczna postawa politycznych decydentów, którą trudno jednoznacznie narzucić. Zapewnienie dostępu do rzetelnie pozyskiwanej informacji o skutkach zdrowotnych miało umożliwić decydentom wybieranie tych rozwiązań, które miały być bardziej korzystne dla zdrowia ludzi.

Zaryzykować można twierdzenie, że HIA pełni wobec podejścia HiAP rolę nie tylko instrumentalną, lecz także dopełnia kompletność spektrum jego zainteresowań. O ile bowiem procedura HIA skupiała się na treści planowanych interwencji, które ewentualnie mogły wpływać na zdrowie, o tyle HiAP zajmuje się samym procesem dochodzenia do rozstrzygających decyzji i to głównie na szczeblu rządowym [1]. O ile HIA może być wykorzystywana na wszystkich poziomach władzy, a także w odniesieniu do sektora prywatnego, o tyle dla HiAP miejscem przesądzającym o rodzaju i zakresie bodźców kształtujących stan zdrowia jest rząd. Perspektywa przyjmowana w HiAP jest znacznie bardziej realistyczna, uwzględnia faktycznie dostępną resortowi zdrowia władzę i możliwości wpływania na innych. Realia bowiem są na ogół takie, że sektor zdrowotny jest bardziej petentem zabiegającym o środki będące w dyspozycji innych resortów niż siłą narzucającą swój punkt widzenia – wartości zdrowotne – partnerom w rządzie. Dopełniająca rola HIA polega też na tym, że z założenia odnosi się ona do konkretnych planów i konkretnych projektów, i to ich – ewentualne – konsekwencje zdrowotne są przedmiotem analizy.

Zakończenie

Nie ulega wątpliwości, że HiAP jest propozycją podejścia, strategii czy mechanizmu, która powinna mieć trwałe zastosowanie jako sposób podejmowania ogółu decyzji władczych z uwzględnianiem aspektów zdrowotnych. Ustalenie bardzo szerokiego kręgu podmiotów odpowiedzialnych – wszyscy decydenci mogący wpływać na zdrowie – jest jego konstytutywną cechą. We współczesnych społeczeństwach zdrowie jest wartością szczególnie cenioną, więc wszystkie sugestie wskazujące mechanizmy mogące się przyczyniać do jego poprawy,

unikania skutków negatywnych, powinny być traktowane z życzliwością, powagą, ostrożnością i troską. Równie uważnie postrzegać należy kwestie związane z redukcją nierówności zdrowotnych, głównego bodaj wyzwania stojącego przed współczesną polityką zdrowotną. Naturalnie, realizacja HiAP odbywa się poprzez zajmowanie się konkretnymi sprawami, ale dają one jedynie okazję, by ogólne zasady stosować. Bez wdrożenia zasadniczych reguł i zobowiązania przedstawicieli wszystkich resortów do udzielania rzetelnych odpowiedzi, mechanizm wdrożony tylko formalnie nie doprowadzi do realizacji celu. Podkreślić należy zdecydowanie, że wola polityczna jest warunkiem niezbędnym do skutecznego stosowania HiAP. Z tych względów dostrzeganie i docenianie politycznego wymiaru HiAP, o czym była mowa w niniejszym artykule, jest w pełni uzasadnione.

Przypisy

¹ Postawienie problemu Zdrowia we Wszystkich Politykach (*Health in All Policies* – HiAP) i napisanie tekstu na ten temat były następstwem analiz kwestii związanych ze stosowaniem procedury oceniania skutków zdrowotnych (*Health Impact Assessment* – HIA). W tekście wykorzystano materiał pozyskany w ramach realizacji grantu „Projekt Predefiniowany pn.: «Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu» realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL 13, Publikacja współfinansowana przez Norweski Mechanizm Finansowy 2009–2014”.

² Podkreślam, że jest to jeden z możliwych wariantów tłumaczenia; na przykład tłumaczenie w tekście Anny Dębskiej: *Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła*. W: Ciamciara D. (red.), *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2014, s. 32: „Zdrowie we Wszystkich Politykach jest podejściem realizowanym w polityce publicznej w różnych sektorach, które systematycznie bierze pod uwagę konsekwencje dla zdrowia decyzji podejmowanych w tych sektorach, szuka synergii i pomaga uniknąć szkodliwych skutków zdrowotnych, w celu poprawy stanu zdrowia ludności i równości dla zdrowia. Opiera się na odnoszących się do kwestii zdrowotnych prawach i obowiązkach. Zwiększa odpowiedzialność decydentów za zdrowie, ponieważ zwraca uwagę na zdrowotne następstwa planów i polityk publicznych na wszystkich szczeblach. Kładzie nacisk na to, w jaki sposób plany te i polityki wpływają na system zdrowotny, uwarunkowania zdrowia oraz dobrostan populacji. Przyczynia się do zrównoważonego rozwoju”.

³ W tym tekście wykorzystano przygotowane wówczas opracowania.

⁴ “which means acting on areas as diverse as the environment, education and working conditions”. W: Council of the European Union. *Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*. Brussels: 9947/10; 2010, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09947.en10.pdf>; dostęp: 6.06.2015.

⁵ Być może nie było to zdarzenie całkowicie niespodziewane, biorąc pod uwagę fakt, że na tym kontynencie, w Adelajdzie, odbyła się ważna dla HiAP konferencja.

⁶ HIA była przedmiotem odrębnego opracowania w ramach grantu.

⁷ Są tu wykorzystane koncepcje przedstawione w książce o rządzeniu na rzecz zdrowia: Kickbusch I., Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 2012 [23].

Piśmiennictwo

- Koivusalo M., *The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2010; 64: 6500–6503.
- Health in All Policies – the 10 principles*, Government of South Australia, 2007, <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95/tenprinciples-hiap-phcc-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b468c8043aee502b62ffeed1a914d95>; dostęp: 03.05.2015.
- Sihto M., Ollila E., Koivusalo M., *Introduction*, W: Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (red.), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2006: 3.
- Leppo K., Ollila E., Peña, S., Wismar M., Cook S. (red.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2013: 6.
- WHO Health in All Policies – Framework for Country Action*, 09 May 2013, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf; dostęp: 10.05.2015.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>; dostęp: 13.04.2015.
- Health in all Policies*, <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/health-in-all-policies/index.php>; dostęp: 05.03.2015.
- WHO, *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Copenhagen 1985.
- Ottawa Charter for Health Promotion*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>, tłumaczenie: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia – Wprowadzenie do zagadnienia krzewienia zdrowia”, Sanmedia, Warszawa, 1994: 423–433.
- Guest Blogger Health in All Policies: The emperor's old clothes*, August 4, 2011, <http://www.healthypolicies.com/2011/08/health-in-all-policies-the-emperor%E2%80%99s-old-clothes/>; dostęp: 02.03.2015.
- Rudolph L., Caplan J., Mitchell C., Ben-Moshe K., Dillon L., *Health in All Policies: Improving Health Through Intersectoral Collaboration*, The Institute of Medicine, The National Academy of Sciences, September 18, 2013, <http://iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2013/Discussion-Papers/BPH-HiAP.pdf>; dostęp: 03.06.2015.
- Adelaide Statement on Health in All Policies. Report from the International Meeting on Health in All Policies*, WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010, http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf; dostęp: 14.04.2015.
- For the Public's Health: Revitalizing Law and Policy to Meet New Challenges*, Institute of Medicine, Washington, DC, 2011, <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2011/For-the-Publics-Health-Revitalizing-Law-and-Policy-to-Meet-New-Challenges/For%20the%20Publics%20Health%202011%20Report%20Brief.pdf>; dostęp: 03.05.2015.
- T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland, 2006.
- WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening, Eighth plenary meeting, 22 May 2009, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf; dostęp: 26.05.2015.
- Traktat z Amsterdamu, tytuł XIII (dawny Tytuł X), Artykuł 152 (dawny artykuł 129), https://polskawue.gov.pl/files/polskaw_ue/prawo/traktaty/Traktat_amsterdamski.pdf; dostęp: 03.05.2015.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej tytuł XIX „zdrowie publiczne”, art. 168 – tekst skonsolidowany uwzględniający zmiany wprowadzone traktatem z Lizbony, [http://www.arslege.pl/traktat-168\)o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej/k40/s2173/](http://www.arslege.pl/traktat-168)o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej/k40/s2173/); dostęp: 14.04.2015.
- Employment Social Policy Health and Consumer Affairs Council of the European Union. Council conclusions on Health in All Policies (HiAP)*, Brussels, 30 November and 1 December 2006, http://europa.eu/rapid/press-release-MEMO-06-453_en.htm?locale=en; dostęp: 04.06.2015.
- Health Ministerial Delegations of E.U. Member States Declaration on “Health in All Policies”, EU Conference “Health in all policies: achievements and challenges”, Rome, 18 December 2007, http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf; dostęp: 01.06.2015.
- WHITE PAPER, *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*, http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf; dostęp: 07.03.2015.
- Council of the European Union, *Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*, Brussels: 9947/10; 2010, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09947.en10.pdf>; dostęp: 6.06.2015.
- UE Zdrowie we wszystkich obszarach polityki, Polityka UE*, http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_pl.htm; dostęp: 15.05.2015.
- Kickbusch I., Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 2012.
- Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015.
- The South Australian approach to Health in All Policies: background and practical guide Version 2*, November 2011, Department of Health, Government of South Australia, 2011, <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/>

- health+in+all+policies/the+south+australian+model+pf+health+in+all+policies; dostę: 02.06.2015.
26. Bauman A.E., King L., Nutbeam D., *Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies*, „Health Promotion International” 2014; 1(29): 143–151.
 27. Wismar M., McQueen D. et al., *Rethinking the politics and implementation of health in all policies*, „Israel Journal of Health Policy Research” 2013;2(1): 17, <http://www.ijhpr.org/content/pdf/2045-4015-2-17.pdf>; dostę:05.03.2015.
 28. Baum F., Lawless A., Delany T., MacDougall C., Williams C., Broderick D., Wildgoose D., Harris E., McDermott D., Kickbusch I., Popay J., Marmot M., *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application.*, „Health Promotion International” 2014;29 (S1): 130–142.
 29. Loeppek R., Taitel M., Haufler V., Parry T., Kessler R.C., Jinnett K., *Health and Productivity as a Business Strategy: A Multiemployer Study*, „JOEM” 2009; 51(4), https://www.acoem.org/uploadedFiles/Healthy_Workplaces_Now/HPM%20As%20a%20Business%20Strategy.pdf; dostę: 21.04.2015.
 30. Thomas D., *The causal effect of health on social and economic prosperity: Methods and findings*, Prepared for the AERC Health, Economic Growth and Poverty Reduction in Africa Framework Workshop, Accra June 2009, http://dspace.africaportal.org/jspui/bitstream/123456789/32329/1/Thomas_D_Causal.pdf?1; dostę:12.03.2015.
 31. Moradia M., Meshkib M., Jabbarzadec A., *A study on relationship between income, health and family relationship and happiness*, „Management Science Letters” 2013; 3: 1287–1290, http://www.growingscience.com/msl/Vol3/msl_2013_54.pdf; dostę:02.06.2015.
 32. Krech R., *Reflections on the Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting*, „Public Health Bulletin SA” 2010; 7 (2), <http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/publichealthbulletin-pehs-sahealth-1007.pdf>; dostę: 07.05.2015.
 33. Ollila E., *Health in all policiesdfrom rhetorics to action*, „Scandinavian Journal of Public Health” 2011; (Suppl. 6): 11–18, http://sjp.sagepub.com/content/39/6_suppl/11.full.pdf+html; dostę: 14.04.2015.
 34. Freiler A., Muntaner C., Shankardass K., Mah C.L., Molnar A., Renahy E., O’Campo P., *Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2013; 67: 1068–1072, <http://jech.bmj.com/content/67/12/1068.full.pdf+html>; dostę:02.06.2015.
 35. Kemm J., *Health impact assessment and Health in All Policies*, w: T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Lepo (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland, 2006: 189–208.
 36. Collins J., Koplan J.P., *Health Impact Assessment. A Step Toward Health in All Policies*, „JAMA” 2009; 302(3): 315–317, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/302/3/315>; dostę:03.05.2015.
 37. The American Public Health Association, *Promoting Health Impact Assessment to Achieve Health in All Policies*, Oct 30, 2012.