

# Możliwości wykorzystania oceny oddziaływania na zdrowie (*Health Impact Assessment* – HIA) przy rozwiązywaniu współczesnych dylematów polityki zdrowotnej

Joanna Kobza, Mariusz Geremek

Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

*Adres do korespondencji:* Joanna Kobza, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom, koga1@poczta.onet.pl

## ■ Abstract

### *Health Impact Assessment – the Opportunities to Address Current Issues in Health Policy*

This paper focus on Health Impact Assessment (HIA) as an important approach in health policy and public health to evaluate policies, plans, projects, strategies and to determine their actual and potential impacts on health and distribution of health effects among general population. HIA provides decision makers, health professionals and the general public with evidence-based information resources on health effects of decision-making process. The aim of this consideration is to present the usefulness and need for HIA within policy and decision-making. Selected case studies concerning key areas of public authorities activities are presented based on projects findings and literature review. There are significant evidences of strong relations between health outcomes and policy-making process. Policy may influence the determinants of the health of the population through environmental, socio-economic, cultural, living and working conditions. The Health Impact Assessment is useful tool of identification and highlighting the health issues beyond the health-care sector, i.e.: urban planning, infrastructure, transport, housing, agriculture, industry, environment.

**Key words:** Health Impact Assessment, health inequalities, health policy

**Słowa kluczowe:** nierówności w zdrowiu, ocena oddziaływania na zdrowie, polityka zdrowotna

## ■ Wprowadzenie

*Health Impact Assessment* (HIA) – Ocena Oddziaływania na Zdrowie (OOZ) – stanowi połączenie procedur, metod i narzędzi, poprzez które działania władz publicznych: decyzja, program, projekt lub polityka mogą być ocenione pod względem potencjalnych skutków dla zdrowia populacji oraz ich dystrybucji [1]. Skutki te mogą być bezpośrednie i pośrednie, natychmiastowe bądź występujące po dłuższym czasie.

W ostatnich latach ocena wpływu na zdrowie stała się jednym z priorytetów zarówno władz centralnych, jak i lokalnych wielu krajów oraz instytucji międzyna-

rodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Bank Światowy, znalazła także istotne miejsce w polityce Unii Europejskiej (UE). Artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego obligował państwa członkowskie do „zabezpieczenia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia przy wdrażaniu wszystkich działań i polityk na poziomie Wspólnoty” [2]. Znalazło to także potwierdzenie w Traktacie z Lizbony, który proponował wzmocnienie znaczenia kwestii zdrowia w polityce krajów UE [3].

Zgodnie z koncepcją przedstawioną przez Komisję ds. społecznych determinantów zdrowia WHO zdecydowana większość czynników mających wpływ na zdrowie populacji ogólnej oraz powstawanie nierówno-

ści w zdrowiu znajduje się poza systemem zdrowotnym [4]. WHO w dokumencie *Health in All Policies* obliuguje przedstawicieli władz publicznych do brania pod uwagę zdrowotnych konsekwencji procesu decyzyjnego dla populacji [5].

W ostatnich latach HIA stała się coraz bardziej powszechnie przyjętą formą oceny wpływu podejmowanych decyzji politycznych na zdrowie populacji ogólnej w wielu krajach wysoko rozwiniętych. Stosowanie tej strategii jest najbardziej rozpowszechnione w krajach skandynawskich i anglosaskich. Przykładowo rząd Szwecji nakazał Szwedzkiemu Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego popularyzację stosowania metodologii HIA we wszystkich strategicznych dziedzinach życia ludności [6]. W 2009 roku Senacka Komisja zaleciła rządowi Kanady, by przyjął jako obowiązkowe stosowanie HIA w odniesieniu do wszystkich wdrażanych decyzji, polityk, planów i programów [7]. W lipcu 2013 roku Kanadyjska Izba Lekarska wydała dokument, w którym rekomenduje rządowi federalnemu, aby wdrożył stosowanie HIA jako integralną część procesu legislacyjnego [8]. Również w 2009 roku Komitet Prewencji Chorób zadeklarował, iż rząd Danii będzie przeprowadzał ocenę wdrażanych polityk pod kątem wpływu na zdrowie na szczeblu centralnym i lokalnym, natomiast w Walii oraz Holandii zostały utworzone specjalne instytucje wspierające i popularyzujące stosowanie HIA (The Wales Health Impact Assessment Support Unit, przy Cardiff University, specjalna jednostka przy Netherlands School of Public Health) [9]. W większości nowych krajów członkowskich UE HIA jest w mniejszym stopniu spopularyzowana, mimo iż kraje te mają zarazem znaczące doświadczenie w ocenie oddziaływania na środowisko.

## ■ Materiał i metoda

Celem pracy jest próba zdefiniowania użyteczności strategii HIA jako narzędzia identyfikacji problematyki zdrowotnej w mechanizmie decyzyjnym władz publicznych oraz przedstawienia wybranych przykładów wykorzystania OOZ przy rozwiązywaniu współczesnych problemów polityki zdrowotnej.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano przeglądu doniesień międzynarodowych, przedstawiających zarówno rozważania metodologiczne, jak i praktyczne aspekty implementacji HIA oraz dokumentów i raportów istotnych instytucji dla europejskiej polityki zdrowotnej. Wykorzystano także wyniki dwóch projektów, w których pierwszy autor niniejszej publikacji był kierownikiem zespołu polskiego, drugi autor wykonawcą.

Projekt pierwszy nosił nazwę „Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries NIA-NMAC” („Ocena wpływu na zdrowie w nowych krajach członkowskich i krajach przedakcesyjnych”) i był finansowany przez Komisję Europejską, DG SANCO (Dyrektoriat Generalny ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów), No 2004128 [10].

Celem projektu było rozpowszechnienie metodologii HIA, przeprowadzenie studiów przypadku w krajach partnerskich na podstawie metodyki HIA oraz wzmoc-

nienie w tym zakresie współpracy pomiędzy tzw. starymi i nowymi krajami członkowskimi UE. Projekt realizowało 11 ośrodków partnerskich w latach 2005–2007.

Projekt drugi, zatytułowany „Risk Assessment from Policy to Impact Dimension – RAPID” („Szacowanie ryzyka od decyzji politycznych do ich praktycznego wymiaru”), był finansowany przez Komisję Europejską, DG SANCO, przy współdziałaniu Health Executive Agency, No 2008105. Projekt realizowało 12 ośrodków partnerskich w latach 2009–2012. Głównym zadaniem projektu było opracowanie metodologii *top-down* oraz *bottom-up*, uwzględniającej pełny łańcuch zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy decyzją polityczną – determinantami zdrowia – czynnikami ryzyka a w rezultacie wynikami zdrowotnymi (ze szczególnym uwzględnieniem metodyki szacowania ryzyka zdrowotnego) oraz przedstawienie jej w praktyczny sposób na podstawie studiów przypadku.

## 1. Przykłady zastosowania wybranych metodologii oceny oddziaływania

International Association for Impact Assessment (IAIA) definiuje ocenę oddziaływania jako proces identyfikacji przyszłych konsekwencji obecnie prowadzonych działań [11]. Do najbardziej rozpowszechnionych strategii w tym zakresie należą: *Environmental Impact Assessment* (EIA; Ocena Oddziaływania na Środowisko – OOŚ), *Strategic Environmental Assessment* (SEA) oraz *Health Impact Assessment* (HIA; Ocena Oddziaływania na Zdrowie – OOZ).

Metodologia OOŚ stosowana jest w celu przewidywania potencjalnych skutków środowiskowych planowanych projektów przed wydaniem zgody na ich realizację.

Jednym z pierwszych państw, które wprowadziły obowiązek prognozowania skutków środowiskowych projektów zaakceptowanych do realizacji przez władze publiczne, były Stany Zjednoczone. Władze federalne zyskały możliwość skutecznej ochrony środowiska naturalnego wraz z przyjęciem w 1969 roku przez kongres Stanów Zjednoczonych *The National Environmental Policy Act* (NEPA) [12].

Na terenie Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej metodologia OOŚ została wprowadzona wraz z wejściem w życie dyrektywy 85/337/EWG z 27 czerwca 1985 roku. Jej zapisy obliowały kraje członkowskie do oceny potencjalnego wpływu na ekosystem przedsięwzięć publicznych i prywatnych polegających na wykonywaniu prac budowlanych (włącznie z wydobywaniem surowców mineralnych) na terenach unikatowych pod względem występującej tam fauny i flory, a także na obszarach istotnych dla dziedzictwa narodowego. Nieodzownym elementem procedury EIA był obowiązek przeprowadzania konsultacji społecznych oraz publikacja zebranych w trakcie prac danych. Po nowelizacji prawa wspólnotowego w 1997 roku OOŚ stanowi element prawodawstwa wszystkich krajów członkowskich UE.

Spopularyzowana w latach 90. XX wieku koncepcja SEA dotyczy działań z zakresu ochrony środowiska w skali makroekonomicznej [13]. Na terenie UE, aby

ocenić pojedynczy projekt, stosuje się OOS, natomiast opracowywanie programów na szczeblu narodowym bądź międzynarodowym przygotowywane jest zgodnie z założeniami dyrektywy SEA (2001/42/EC) z 2001 roku. Metodologia SEA uwzględnia zastosowanie wielu narzędzi analitycznych, pomocnych w ocenie powiązań aspektów środowiskowych planowanych przedsięwzięć z czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Działania te wpisują się w założenia idei społeczeństwa obywatelskiego i doktryny zrównoważonego rozwoju [13].

Implementacja ocen środowiskowych sprzyja racjonalnemu gospodarowaniu surowcami naturalnymi oraz ochronie środowiska naturalnego. Wykazywanie implikacji problematyki środowiskowej z uwarunkowaniami społeczno-gospodarczymi populacji wpływa na praktyczną realizację idei zrównoważonego rozwoju i stabilizację sytuacji politycznej [14].

Szerokie spektrum strategii EIA i SEA dotyczy także wybranych elementów dobrostanu jednostki, jak m.in. ocena wpływu czynników środowiskowych w miejscu zamieszkania, pracy, problematyka gospodarki przestrzennej oraz infrastruktury publicznej. Nie obejmują one jednak wszystkich uwarunkowań mających wpływ na zdrowie populacji [12]. Wspólnymi elementami HIA oraz EIA są m.in. konsultacje społeczne, udział przedstawicieli środowiska naukowego oraz transparentność procesu badawczego. OOS stosowana jest na terenie UE, Ameryki Północnej, Australii oraz w wybranych krajach azjatyckich. O ile w UE przeważa koncepcja stosowania HIA jako samodzielnej metody, to w Kanadzie i Australii jest ona zwykle elementem OOS [12].

## 2. HIA jako jedno z podstawowych narzędzi polityki zdrowotnej

Wśród głównych założeń Karty Ottawskiej wymienia się intensyfikację działań ukierunkowanych na zwiększenie prozdrowotnej aktywności władz publicznych, umożliwiających poprawę dobrostanu jednostek, a w konsekwencji społeczeństw [15]. Czynniki stylu życia oraz uwarunkowania genetyczne determinują jego długość i jakość w aspekcie indywidualnym. W wymiarze zdrowia populacji jako podstawowe wymienia się czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe, związane ze środowiskiem pracy i zamieszkania [16]. Zdecydowana większość elementów determinujących dobrostan populacji znajduje się poza spektrum działań Ministerstwa Zdrowia, dlatego też obowiązkiem wszelkich władz publicznych jest uwzględnienie w swoich działaniach problematyki zdrowotnej oraz nadzór nad sprawiedliwą dystrybucją jej rezultatów (zgodnie z założeniami doktryny zrównoważonego rozwoju). Efektywność procesu decyzyjnego w aspekcie poprawy stanu zdrowia populacji jest ściśle związana ze skutecznością przewidywania długofalowych następstw planowanych lub już prowadzonych projektów, strategii, programów [16]. W tym kontekście metodologia HIA, umożliwiająca identyfikację oraz ocenę rezultatów zdrowotnych, wydaje się nieodzownym wsparciem dla procesu decyzyjnego. Dodatkowymi walorami strategii HIA są: zdolność przewi-

dywania skutków zdrowotnych wśród poszczególnych grup społecznych i wiekowych, możliwość wzmocnienia wpływu pozytywnego, a niwelowania negatywnego już na poziomie przygotowawczym, a także ochrona grup narażonych na wykluczenie społeczne [1].

Działania władz publicznych ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia ogółu oraz sprawiedliwa dystrybucja tych korzyści są związane ze skuteczną oceną potencjalnych implikacji zdrowotnych.

Podstawowym celem zastosowania metodologii HIA jest wykazanie potencjalnych skutków zdrowotnych planowanych projektów, strategii, programów. Analiza przeprowadzona na podstawie wiarygodnych danych naukowych, przy udziale przedstawicieli środowiska naukowego oraz organizacji pozarządowych, stanowi wsparcie procesu decyzyjnego poprzez wskazanie wpływu zdrowotnego planowanych rozwiązań legislacyjnych. Późniejsze monitorowanie zgodności przewidywań ze stanem faktycznym prowadzi do lepszego zrozumienia mechanizmów procesu decyzyjnego i jego wpływu na dobrostan populacji [17]. Choć Komisja Europejska nie obliguje do stosowania strategii HIA, to jej praktyczna implementacja zachodzi w większości państw członkowskich. Najbardziej spopularyzowana jest ona na szczeblu regionalnym i miejskim. Przeprowadzenie OOS zgodnie z zalecaną metodologią może mieć formę od kilkugodzinnego przeglądu piśmiennictwa do długotrwałego procesu angażującego szerokie gremium eksperckie, na przykład wtedy, kiedy trzeba poddać analizie kilkadziesiąt różnych determinant, pogrupowanych w poszczególnych kategoriach (ekonomiczne, środowiskowe, stylu życia i inne). Przykładem może tu być prospektywna analiza HIA odnośnie do budowy tunelu kolejowego Vitoria-Gasteiz, gdzie analizie poddano aż 27 istotnych, wybranych czynników [18].

## 3. Obszary implementacji HIA – wybrane przykłady

### 3.1. Zastosowanie metodologii HIA w sektorze polityki transportowej

Organizacja transportu zbiorowego oraz umożliwienie dostępu do nowoczesnej sieci dróg o przepustowości gwarantującej swobodę komunikacji na danym obszarze, a także ochrona zarówno uczestników ruchu drogowego, jak też osób pieszych to główne zadania władz publicznych, niezależnie od położenia geograficznego. Skuteczność działań prowadzonych w tym zakresie wymaga umiejętności posługiwania się nowoczesnymi narzędziami decyzyjnymi [19]. HIA znajduje zastosowanie w przewidywaniu skutków zdrowotnych polityki transportowej.

Stosowana w przeszłości do oszacowania wpływu czynników fizycznych i chemicznych związanych z transportem publicznym i infrastrukturą drogową strategia EIA okazała się niewystarczająca do oceny czynników społeczno-ekonomicznych [6]. Wzmocnienie procesu decyzyjnego w tym zakresie poprzez implementację elementów HIA sprzyja także realizacji postulatów doktryny zrównoważonego rozwoju. OOS używa się w celu



analizy bezpośredniego szkodliwego wpływu czynników akustycznych i zanieczyszczeń powstałych na skutek spalania paliw stałych, jak też uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i ich wpływu na poszczególne grupy populacji oraz społeczności zagrożone wykluczeniem społecznym (m.in. mniejszości etniczne, niepełnosprawni, dzieci i osoby starsze) [6]. Sprawnie funkcjonujący system transportu publicznego umożliwia bowiem aktywizację zawodową osób bezrobotnych, dostęp do placówek edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, udział w imprezach artystycznych oraz poprawę jakości żywienia poprzez zapewnienie dostępu do placówek handlowych oferujących zdrową żywność [20].

Spośród wszystkich przeprowadzonych OOOZ na terenie Stanów Zjednoczonych w latach 2005–2012 25,9% dotyczyło problematyki transportu, z czego zdecydowana większość prac koncentrowała się na jakości powietrza [19].

Jedną z ostatnich OOOZ przeprowadzona została w 2012 roku na zlecenie Agencji Transportu Zatoki Massachusetts (Massachusetts Bay Transport Authority, MBTA), zajmującej się finansowaniem i zarządzaniem systemem transportowym w aglomeracji Bostonu. Konieczność redukcji planowanego na rok 2013 deficytu budżetowego, sięgającego 161 milionów dolarów amerykańskich, prowadziła do zmian w systemie opłat pasażerów oraz zmniejszenia liczby dostępnych połączeń. Głównym celem analizy przeprowadzonej przez ekspertów z Harvard School of Public Health i Boston University School of Public Health była ocena potencjalnych skutków zdrowotnych oraz ekonomicznych planowanych rozwiązań organizacyjnych. W ramach opcji pierwszej przewidywano wzrost cen biletów o 43% oraz redukcję 34–48 milionów przejazdów w aglomeracji w skali rocznej, proponowana opcja druga zakładała wzrost opłat za przejazd o 35% kosztem zmniejszenia liczby przejazdów o 54–64 miliony rocznie.

Zastosowana procedura badawcza obejmowała przegląd piśmiennictwa wraz z wytypowaniem wcześniejszych projektów o podobnej tematyce w celu odpowiedzi na pytanie, czy są dowody naukowe potwierdzające związek obranej tematyki z kwestią dobrostanu populacji (faza screeningu). Kolejnym krokiem było wyszczególnienie najważniejszych implikacji zdrowotnych i ekonomicznych planowanych rozwiązań. Głównymi rozpatrywanymi rezultatami były: wzrost natężenia ruchu drogowego oraz liczby wypadków komunikacyjnych, zanieczyszczenie powietrza, spadek aktywności fizycznej, utrudniony dostęp do jednostek opieki zdrowotnej, zwiększenie emisji CO<sub>2</sub> oraz podwyższenie poziomu hałasu (faza scopingu). Końcowymi działaniami procesu HIA było sporządzenie prognozy oczekiwanych skutków zdrowotnych oraz opracowanie zbioru rekomendacji koncentrujących się na potencjalnych możliwościach minimalizowania negatywnego ich wpływu.

Przeprowadzony proces badawczy wykazał, iż obie proponowane opcje wiązały się z niekorzystnymi zmianami stanu zdrowia populacji, negatywne skutki zdrowotne i ekonomiczne opcji drugiej znacząco jednak przeważały (**Tabela I**).

Raport końcowy przedstawiony w marcu 2012 roku wykazywał, iż oba rozpatrywane warianty zmian organizacyjnych na terenie aglomeracji bostońskiej wiązałyby się z istotnym pogorszeniem stanu zdrowia miejscowej populacji, a także prowadziłyby do znaczącego zwiększenia wydatków zarówno indywidualnych gospodarstw domowych, jak i władz publicznych. Rezultatem przeprowadzonej OOOZ była decyzja o wzroście cen biletów o 23% i redukcji jedynie niewielkiej liczby połączeń [19].

### 3.2. Ocena zagrożeń zdrowotnych związanych z hałasem

Hałas środowiskowy stanowi coraz istotniejsze zagrożenie dla populacji UE, a jednym z jego głównych źródeł jest ruch drogowy (32% populacji UE przebywa w ciągu dnia w środowisku, w którym poziom natężenia dźwięku przekracza 55 dB) [21]. Na terenie 27 krajów członkowskich UE obserwowana jest stała tendencja wzrostowa liczby samochodów na 1000 mieszkańców (dla 27 krajów UE z 375 w 1995 roku do 455 w 2006 roku). W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej w Polsce i innych państwach regionu znaczący odsetek samochodów osobowych to pojazdy starsze niż dziesięcioletnie, charakteryzujące się podwyższoną emisją spalin i hałasu (Litwa 86%, Łotwa 72%, Polska 71%) [22]. Stały wzrost narażenia na hałas zarówno w aglomeracjach miejskich, jak i na terenach wiejskich czynią zagadnienia ochrony populacji przed jego negatywnymi skutkami zdrowotnymi (zaburzenia zdrowia psychicznego, zaburzenia snu, choroby układu sercowo-naczyniowego, upośledzenie funkcji poznawczych) jednym z głównych zadań władz publicznych [21].

Metodologia HIA znajduje zastosowanie w badaniach naukowych dotyczących oceny wpływu negatywnych skutków hałasu na stan zdrowia dzieci i młodzieży. Badania przeprowadzone przez Mekel i współpracowników na terenie dwóch miast landu Nadrenii Północnej Westfalii dotyczyły narażenia na hałas drogowy dzieci w wieku 0–14 lat. Szczegółowe dane na temat infrastruktury mieszkaniowej i drogowej dotyczyły m.in. wysokości budynków, dobowego natężenia ruchu drogowego, ze szczególnym uwzględnieniem samochodów ciężarowych. Dane dotyczące zagrożonych populacji uwzględniały liczbę osób narażonych na poszczególne poziomy hałasu (różnice co 5 dB) zarówno w ciągu dnia, jak też w godzinach nocnych. Rezultatem przeprowadzonych badań było m.in. wykazanie, iż obniżenie narażenia na hałas o wartość 5 dB w obydwu miastach, zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy, doprowadziłoby do zmniejszenia występowania zakłóceń snu u 25,3–27,7% dzieci. Wynik ten mógłby zostać osiągnięty np. poprzez zastosowanie nawierzchni drogowej o obniżonej emisji hałasu (spadek o około 7dB).

### 3.3. Ocena oddziaływania na zdrowie w procesie restrukturyzacji opieki szpitalnej

Dość paradoksalny wydaje się fakt, iż w obrębie sektora opieki zdrowotnej rutynowo nie stosuje się strategii HIA, nawet w tak oczywistych kwestiach, jak np. budo-

	Opcja pierwsza	Opcja druga
Wzrost natężenia ruchu drogowego	30 400 osób zmienia środek transportu ze zbiorowego na indywidualny, koszt ok. 160 milionów dolarów amerykańskich.	48 600 osób zmienia środek transportu ze zbiorowego na indywidualny, koszt ok. 186 milionów dolarów amerykańskich.
Wzrost zanieczyszczenia powietrza	Zwiększenie liczby zgonów oraz hospitalizacji z powodu astmy, chorób płuc, incydentów sercowo-naczyniowych, koszt ok. 22,7 miliona dolarów amerykańskich.	Zwiększenie liczby zgonów oraz hospitalizacji z powodu astmy, chorób płuc, incydentów sercowo-naczyniowych, koszt ok. 31,8 miliona dolarów amerykańskich.
Spadek aktywności fizycznej	Spadek aktywności fizycznej populacji o około 250 000 minut marszu dziennie, 8,2 miliona kalorii spalonych mniej każdego dnia, 70 nowych przypadków otyłości rocznie, 9 dodatkowych zgonów rocznie, koszty związane ze spadkiem aktywności fizycznej ok. 74,9 miliona dolarów amerykańskich.	Spadek aktywności fizycznej populacji o około 403 000 minut marszu dziennie, 13,1 miliona kalorii spalonych mniej każdego dnia, 120 nowych przypadków otyłości rocznie, 14 dodatkowych zgonów rocznie, koszty związane ze spadkiem aktywności fizycznej ok. 116,5 miliona dolarów amerykańskich.
Wypadki komunikacyjne	Wzrost liczby ofiar śmiertelnych uczestników ruchu drogowego (łącznie z pieszymi) o 0,79/100 000 mieszkańców, koszt ok. 33,6 miliona dolarów amerykańskich.	Wzrost liczby ofiar śmiertelnych uczestników ruchu drogowego (łącznie z pieszymi) o 1,15/100 000 mieszkańców, koszt ok. 48,8 miliona dolarów amerykańskich.
Dostęp do placówek ochrony zdrowia	550 gospodarstw domowych korzystających jedynie z transportu zbiorowego pozbawionych zostanie dostępu do placówek ochrony zdrowia.	2200 gospodarstw domowych korzystających jedynie z transportu zbiorowego pozbawionych zostanie dostępu do placówek ochrony zdrowia.
Emisja dwutlenku węgla, wzrost hałasu emitowanego przez pojazdy	Wzrost emisji CO <sub>2</sub> o 58 000 ton rocznie, 500 osób dziennie będzie narażonych na poziom hałasu powyżej 60 dB, koszt ok. 1,9 miliona dolarów amerykańskich.	Wzrost emisji CO <sub>2</sub> o 52 000 ton rocznie, 2000 osób dziennie będzie narażonych na poziom hałasu powyżej 60 dB, koszt ok. 1,7 miliona dolarów amerykańskich.

**Tabela I.** Przewidywane efekty zdrowotne i ekonomiczne wzrostu cen biletów oraz ograniczenia liczby połączeń w transporcie zbiorowym.

Źródło: James P., Ito K., Buonocore J.J., Levy J.I., Arcaya M.C., *A Health Impact Assessment of proposed public transit service cuts and fare increases in Boston, Massachusetts*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2014; 11(8): 8010–8024.

wa, modernizacja bądź restrukturyzacja szpitali. Istnieje kilka opisanych przypadków w literaturze międzynarodowej, ale jest ich stosunkowo niewiele. W tym kontekście niezwykle interesująca jest analiza procesu restrukturyzacji sektora opieki szpitalnej, przy zastosowaniu HIA, w gminie kanadyjskiej Sault Ste. Marie [23]. Władze miasta w prowincji Ontario stanęły w obliczu dokonania wyboru znaczącej modernizacji i przebudowy dotychczas istniejącego szpitala w centrum miasta lub też jego likwidacji i budowy nowego, w całkowicie innej lokalizacji. Podjęto decyzję o budowie nowego obiektu w północnej części miasta, poza centrum. Prowadzone na szeroką skalę prace budowlane, a później funkcjonowanie nowego obiektu stanowiły źródło wielu niekorzystnych czynników zdrowotnych, takich jak m.in.: hałas (związany z nocną pracą szpitala i lądowiskiem dla helikopterów), znaczące ograniczenie terenów zielonych, zmniejszenie liczby tras rowerowych oraz traktów dla pieszych, wzrost zanieczyszczenia powietrza, zwiększony ruch zarówno środków transportu publicznego, jak i samochodów, a także konsekwencje społeczno-ekonomiczne dla mieszkańców okolicznych dzielnic. Decyzja ta powodowała także wiele negatywnych konsekwencji dla mieszkańców centrum miasta, okolicy dotychczasowej lokalizacji szpitala, przede wszystkim społeczno-ekono-

micznych, czy utrudnień dostępu do usług medycznych osobom o ograniczonej mobilności. Wpływy zdrowotne zostały dokładnie zidentyfikowane przez władze samorządowe miasta tak, aby złagodzić albo wręcz uniknąć większości negatywnych konsekwencji podejmowanych decyzji i wdrażanych rozwiązań dla mieszkańców miasta w związku z restrukturyzacją szpitala miejskiego. Ocenę oddziaływania przeprowadzono ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci, a wdrożone następnie rozwiązania miały na celu przede wszystkim ochronę tej grupy. Wprowadzono np. ograniczenia prędkości, różne nowoczesne technologie, aby zredukować emisję związków zanieczyszczających powietrze, zastosowano rozwiązania obniżające znacznie poziom hałasu (np. w odniesieniu do lądowiska helikopterów oraz pracy nocnej obiektu), wdrożono wiele innowacyjnych rozwiązań budowlanych, zabezpieczono odpowiednią liczbę parkingów opłacanych przy wykorzystaniu technologii elektronicznych dla usprawnienia ruchu i ułatwienia funkcjonowania mieszkańcom okolicznych terenów. Przeprowadzenie oceny wpływu na zdrowie dostarczyło niezwykle istotnych informacji, jak wieloma narzędziami dysponują władze lokalne w możliwości prowadzenia efektywnej polityki prozdrowotnej w planowaniu i wdrażaniu projektów modernizacyjnych miasta.

Choć politycy na szczeblu krajowym często podkreślają szczególne znaczenie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, na poziomie lokalnym nie jest to już tak powszechnie brane pod uwagę przez decydentów. Przedstawiony przypadek dostarcza także dowodów na to, że ustawodawstwo wdrażane zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym w sposób skoordynowany także może się przyczynić do wzmacniania działań władz lokalnych na rzecz ochrony zdrowia populacji.

### **3.4. Program Apehis – oszacowanie korzyści zdrowotnych wdrażania standardów mających na celu redukcję zanieczyszczenia powietrza**

Liczne badania naukowe potwierdzają, iż utrzymujące się wysokie stężenia pyłów zawieszonych w powietrzu atmosferycznym stanowią jeden z głównych czynników środowiskowych wywierający szkodliwy wpływ na zdrowie populacji, przyczyniając się znacząco do wzrostu liczby zachorowań oraz umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz sercowo-naczyniowego. Przeprowadzona ocena wpływu na zdrowie w 23 miastach Europy [24] miała na celu dostarczenie decydentom politycznym w Europie informacji dotyczących aktualnego i potencjalnego wpływu zanieczyszczenia powietrza (pył zawieszony PM 10 oraz PM 2,5) na stan zdrowia populacji ogólnej. Wykazała ona, że możliwe jest obniżenie liczby przedwczesnych zgonów rocznie o 16 926 (w tym 11 612 z powodu chorób układu krążenia i układu oddechowego oraz 1901 zgonów z powodu nowotworów płuc), gdyby w każdym z badanych miast obniżono poziom długofalowego narażenia na PM 2,5 do 15  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Ten spadek narażenia pozwoliłby zarazem na wzrost wskaźnika długości życia osób w wieku 30 lat od miesiąca do ponad 2 lat w miastach objętych programem Apehis 3. Wcześniejsze badania, Apehis 2, wykazały, że redukując długoterminowe narażenie na PM 10 nawet o bardzo nieznaczną ilość, jak np. 5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , można by uniknąć od 3300 do 7700 przedwczesnych zgonów rocznie w 19 miastach objętych programem. Przeprowadzona HIA dostarczyła politykom europejskim jednoznacznych dowodów zależności pomiędzy zanieczyszczeniem powietrza a wskaźnikami zdrowotnymi. Jedną z kluczowych rekomendacji projektu było podkreślenie, że standardy jakości powietrza powinny być szczególnie wdrażane w celu ochrony grup ludności najbardziej narażonych: dzieci, osób starszych, osób leczących się na choroby układu krążenia i układu oddechowego. Poziom pyłu zawieszzonego jest regulowany prawem unijnym od 1999 roku (*Air Quality Directive*), także WHO w swoich raportach rekomenduje dopuszczalne normy jego stężenia.

### **3.5. Ocena Planu dla Atlanty 2040 – innowacyjny przykład zastosowania HIA na poziomie regionalnym**

Plan Regionalny dla Atlanty 2040 [25] jest długoterminowym, kompleksowym planem, który obejmie nie tylko miasto, lecz także cały region Atlanty, jedną

z większych metropolii w USA. Został on opracowany przez Regionalną Komisję Atlanty (Atlanta Regional Commission – ARC) i przyjęty w lipcu 2011 roku. Projekt jest bardzo innowacyjny, a jego realizacja daje niezwykłą szansę na rozwój całej aglomeracji oraz na trwałą poprawę zdrowia mieszkańców. Jest kompleksowy, łącząc działania w obrębie wielu różnych sfer polityki regionalnej, dotychczas całkowicie odrębnie zarządzanych, takich jak: transport, użytkowanie gruntów, budownictwo, gospodarka przestrzenna, gospodarowanie terenami zielonymi, gospodarka wodna, poprawa jakości środowiska, zmieniające się trendy demograficzne oraz uwarunkowania ekonomiczne. Zasadnicze założenia planu to: zaangażowanie w realizację projektu jak największej liczby osób, środowisk, instytucji, zwiększenie spójności regionu, wzrost i skomasowanie zaludnienia, by uczynić miasto bardziej zwartym w celu zachowania terenów poza miastem przed postępującą industrializacją, służących rekreacji, zaprojektowanie nowoczesnego, zróżnicowanego systemu transportowego z wykorzystaniem potencjału gospodarki przestrzennej, dającego możliwości różnych sposobów podróżowania. Projektowane jest włączenie jak najszerszego spektrum wskaźników zdrowotnych do planowania polityki transportowej, standaryzacja metod wyborów projektów służących realizacji ogólnego planu, zacieśnienie współpracy z instytucjami zajmującymi się kwestiami zdrowotnymi, stałe określanie priorytetów zdrowotnych, podjęcie aktywnych działań w celu redukcji nierówności w zdrowiu wśród mieszkańców.

Podjęto decyzję o włączeniu strategii HIA w projekt restrukturyzacyjny i to przeprowadzono. Wdrażając strategię HIA, zidentyfikowano pięć głównych obszarów, w których obrębie działania w ramach planu regionalnego mogą mieć konsekwencje zdrowotne: poprawa bezpieczeństwa, dostępność, równość i rozwój gospodarczy, aktywne życie mieszkańców, ekologia i zdrowe środowisko, polityka społeczna. Przeprowadzenie oceny miało na celu wsparcie Regionalnej Komisji Atlanty w jej pracy poprzez: wypracowanie i połączenie różnych metodologii w celu zbadania oddziaływania poszczególnych elementów projektu na zdrowie mieszkańców miast i gmin metropolii, wzmocnienie znaczenia problematyki zdrowotnej na wszystkich etapach realizacji i w większości obszarów projektu (szczególnie w polityce transportowej i zagospodarowaniu przestrzennym), stworzenie podstaw do wzajemnej współpracy władzy lokalnej z przedstawicielami lokalnych społeczności oraz ośrodkami eksperckimi. Opracowane rekomendacje przeprowadzonej oceny oddziaływania wskazały pozytywne i negatywne konsekwencje oraz wpływ realizacji projektu na stan zdrowia populacji i przyczyniły się do pewnych modyfikacji początkowych jego założeń. Wdrażanie strategii przy tak złożonym projekcie i na tak dużą skalę jest dość innowacyjnym pomysłem i, jak podkreślają autorzy przeprowadzonej oceny, była to pierwsza taka inicjatywa w dotychczasowym wdrażaniu HIA w świecie.



#### 4. HIA skutecznym narzędziem w niwelowaniu nierówności w zdrowiu

Pomimo relatywnie wysokiego poziomu życia na terenie państw członkowskich UE, we wszystkich społeczeństwach istnieją dysproporcje wartości poszczególnych wskaźników zdrowotnych, np. w zakresie wskaźnika oczekiwanej długości życia – do 9 lat w przypadku kobiet i do 13 lat w przypadku mężczyzn, a różnice dotyczące wskaźnika umieralności niemowląt są nawet sześciokrotne [26]. Znacząco niższy dobrostan charakteryzuje grupy narażone na wykluczenie społeczne, wśród których znajdują się m.in. przedstawiciele środowisk emigranckich oraz mniejszości etnicznych. Różnice pomiędzy oczekiwaną długością życia dla osób z najwyższej i najniższej grupy społeczno-ekonomicznej dla wieku 0 wynoszą 6 lat dla kobiet oraz 10 lat dla mężczyzn [27]. Liczba utraconych lat życia powiązanych z problematyką nierówności w zdrowiu w 2004 roku osiągnęła poziom 11,4 miliona, a liczba zgonów szacowana była na 707 tysięcy. Nierówności w zdrowiu w krajach członkowskich UE wpływają także na niższą wartość oczekiwanej długości życia o 1,84 roku oraz oczekiwanej długości życia w zdrowiu o 5,14 roku [26]. Zdaniem ekspertów nierówności w zdrowiu w krajach UE w najbliższym czasie będą się jeszcze powiększać [28, 29]. W tym aspekcie strategia HIA jest skutecznym narzędziem pozwalającym redukować wciąż poszerzającą się dysproporcję pomiędzy poszczególnymi krajami członkowskimi UE i w obrębie tych państw [27]. W ocenie wpływu na zdrowie czynniki społeczno-ekonomiczne traktuje się jako jedne z ważniejszych determinantów zdrowia, natomiast brak jest standaryzowanych metod ich analizy, co znacząco utrudnia ich uwzględnianie w praktyce. Nawet w tych przypadkach, kiedy opracowywany plan lub wdrażana decyzja, polityka wydają się mieć wyraźne konsekwencje społeczne i ekonomiczne, urzędnicy zwykle nie przekładają ich na skutki zdrowotne.

HIA jest strategią, której głównym założeniem jest promowanie sprawiedliwości i równości w zdrowiu, a jednym z pierwszych etapów jej przeprowadzania jest identyfikacja grup ludności szczególnie narażonych na negatywne skutki zdrowotne danej polityki (m.in. dzieci, osoby starsze, osoby żyjące w trudnych warunkach materialnych, przewlekle chorzy).

#### 5. HIA – bariery i korzyści jej implementacji w opinii lokalnych decydentów

Zasadniczą korzyścią stosowania strategii HIA jest dostarczenie przedstawicielom władz informacji na temat wpływu podejmowanych przez nich działań na zdrowie populacji. Podmioty zaangażowane w proces decyzyjny często nie mają świadomości odnośnie do wpływu danej decyzji, polityki lub programu na stan zdrowia i nierówności w zdrowiu. Stosowanie strategii HIA może się przyczynić do podniesienia wiedzy urzędników, w jaki sposób dana polityka m.in.: społeczna, gospodarcza, finansowa, zagospodarowania przestrzennego, transportu,

dotycząca warunków mieszkaniowych i pracy, może mieć istotny skutek zdrowotny i w jaki sposób może się przyczynić do zmniejszania lub pogłębiania tych różnic.

Dokonujące się w ostatnich dekadach w Polsce i pozostałych krajach regionu zmiany polityczne i ekonomiczne niosą z sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, lecz także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Polska, mimo znaczącego postępu ekonomicznego i technologicznego w ostatnim dziesięcioleciu, znajduje się ciągle w grupie krajów o dużym zróżnicowaniu społecznym i zdrowotnym [30]. Na tej podstawie można sformułować tezę, iż stosowanie oceny oddziaływania byłoby wskazane [31]. Aczkolwiek mimo iż HIA jest coraz bardziej popularyzowana i wdrażana przez lokalnych urzędników w krajach wysoko rozwiniętych, a prezentowane przykłady jej stosowania wydają się dość przekonujące, w krajach Europy Środkowej i Wschodniej nie ma ona zbyt wielu zwolenników wśród przedstawicieli władzy publicznej, zwłaszcza na poziomie lokalnym. W trakcie realizacji projektu HIA-NMAC autorzy próbowali zbadać przyczyny takich zachowań [32].

W Polsce oraz pozostałych krajach uczestniczących w projekcie zostały przeprowadzone szczegółowe wywiady (na podstawie kwestionariusza) z przedstawicielami władz lokalnych wybranych miast i instytucji województwa śląskiego na temat zarówno pozytywnych przesłanek, jak i przeszkód w stosowaniu strategii HIA przy wybranych inwestycjach infrastrukturalnych. Zgodnie z wytycznymi projektu w grupie respondentów były osoby piastujące stanowiska zarówno z wyborów bezpośrednich, jak i osoby nominowane, uznano, iż porównanie tak różnych opinii będzie interesujące. Byli to: prezydent miasta oraz dwóch burmistrzów (samorządowcy wybierani w wyborach powszechnych), marszałek województwa (wybierany przez sejmik wojewódzki), a także przedstawiciele instytucji, których rola wydaje się istotna w lokalnej polityce: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz dyrektor Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Wybrani respondenci reprezentowali miasta o dość zróżnicowanych uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych, kulturowych, środowiskowych, pomimo położenia w jednym obszarze aglomeracji Górnego Śląska. W miastach tych zachodzą od wielu lat dość istotne przemiany związane zarówno z procesem restrukturyzacji, jak i modernizacji, należy również nadmienić, że interesujące jest zestawienie opinii marszałka województwa z prezydentem i burmistrzami. Wywiady były poprzedzone szkoleniem, bowiem wszystkim respondentom HIA była nieznana przed wywiadem, jednakże z dużym zainteresowaniem zapoznali się oni z przedstawioną metodologią oceny oddziaływania na zdrowie.

Podsumowując opinie respondentów-samorządowców, ich zdaniem pewne elementy HIA są powszechnie stosowane w związku z koniecznością wdrażania niektórych dyrektyw UE, aczkolwiek odrębnie. Respondenci ci podali liczne przykłady dla poparcia tego stwierdzenia. Lokalni politycy wskazali pozytywne, w ich opinii, aspekty i korzyści odnośnie do stosowania HIA. Wyrazili oni przekonanie, iż implementacja HIA przyczynia się w dużej mierze do legitymizacji działań lokalnej władzy

oraz do poprawy jej wizerunku w oczach mieszkańców. Stwierdzili, że HIA jest także pomocnym narzędziem w prowadzeniu dialogu społecznego i może się przyczynić do polepszenia relacji władzy z lokalną społecznością. Wzmacnia ona poczucie tzw. społeczeństwa obywatelskiego, zwłaszcza w sytuacji gdy przedstawiciele lokalnej społeczności są jedną z grup uczestniczących w przeprowadzaniu HIA. Stosowanie HIA, ich zdaniem, jest rodzajem procesu autokontroli decyzji podejmowanych przez lokalną administrację, niewątpliwie pomocnym w procesie decyzyjnym, przyczyniającym się do większej transparentności działań władzy. Zasadniczą pozytywną przesłanką stosowania HIA, jaką podkreślili respondenci, jest ochrona zdrowia lokalnej populacji w trakcie wykonywanych inwestycji.

Definiując bariery stosowania HIA, trzech respondentów-samorządowców wskazało przede wszystkim dodatkowe koszty i obciążenia dla budżetów miast, dwóch wskazało na bariery społeczne, jeden z urzędników nie obawiał się wzrostu kosztów.

Jako istotne utrudnienie wskazano potrzebę regularnej współpracy z różnymi środowiskami eksperckimi, co szalenie wydłuża proces decyzyjny, opóźnia i komplikuje prowadzenie inwestycji, co jest istotne zwłaszcza w ramach funduszy UE, gdzie decyzje trzeba podejmować szybko, gdyż są bardzo ściśle określone ramy czasowe możliwości wykorzystania środków finansowych.

Lokalni politycy nie byli w stanie jednoznacznie określić, czy profity stosowania HIA przewyższają niedogodności związane z całym procesem, wyrazili raczej swój sceptycyzm co do chęci implementacji HIA przez nich samych oraz przedstawili stanowisko przeciw wdrażaniu ustawodawstwa, które nakazywałoby stosowanie HIA. Jeśli natomiast stosowanie HIA miałyby być uregulowane prawnie na poziomie krajowym, wówczas oczekują oni wsparcia, zwłaszcza w aspekcie szkoleń.

Reasumując, respondenci-politycy wskazali liczne bariery stosowania strategii HIA: finansowe, organizacyjne, społeczne, mentalne i kulturowe, przyznali zarazem, iż kwestie zdrowotne nie są aktualnie uwzględniane przy podejmowanych decyzjach.

Dwóch pozostałych respondentów, reprezentujących instytucje, przedstawiło opinie zdecydowanie bardziej przychylne odnośnie do implementacji strategii HIA. Jednemu z badanych metodologia ta była nieznana, ale wykazał znaczące zainteresowanie w trakcie szkolenia, drugiej z osób badanych była ona znana i zaznaczyła ona swoje pozytywne nastawienie do stosowania HIA. Obaj respondenci wyrazili przekonanie, podobnie jak samorządowcy, że wiele elementów HIA jest już stosowanych w lokalnej polityce, aczkolwiek odrębnie. Jeden z respondentów wyraził aprobatę dla regulacji prawnej nakazującej stosowanie HIA, obaj wyrazili opinie, iż instytucje, którymi kierują, są w pełni przygotowane i mogłyby odegrać istotną rolę w szkoleniach i wdrażaniu HIA w Polsce. Oceniając pozytywne aspekty stosowania HIA, wskazali na większe zaangażowanie lokalnych ośrodków eksperckich, akademickich – proces decyzyjny byłby bardziej rozszerzony, gdyż nie tylko politycy podejmowałiby decyzje. Przeszkody w stosowaniu HIA to

dłuższy proces decyzyjny oraz większe koszty. Obaj wyrazili konieczność rozpowszechniania wiedzy na temat HIA w kontekście wpływu wielu czynników zewnętrznych na zdrowie populacji.

Należy nadmienić, że wyniki wywiadów prowadzonych z grupą wybranych lokalnych decydentów w Polsce były dość podobne do uzyskanych przez pozostałe ośrodki partnerskie projektu w innych krajach regionu (Litwa, Bułgaria, Słowacja, Węgry), natomiast różniły się znacząco od wyników w krajach tzw. EU-15, o znacznie dłuższych tradycjach demokratycznych prowadzonej polityki samorządowej.

W ramach realizacji projektu RAPID przeprowadzono warsztaty szkoleniowe dla przedstawicieli wydziałów zdrowia kilku miast aglomeracji Górnego Śląska: Katowic, Gliwic, Rudy Śląskiej i Bytomia. Warsztaty dotyczyły zależności podejmowanych decyzji, w szerszym znaczeniu – prowadzonej polityki, determinant zdrowia, wybranych czynników ryzyka zdrowotnego, np. stylu życia (palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, dieta, aktywność fizyczna), społeczno-ekonomicznych, środowiskowych oraz ich wpływu na wskaźniki zdrowotne. Obecni przedstawiciele lokalnych samorządów wskazali, że w procesie decyzyjnym reprezentowanych przez nich magistratów konsekwencje zdrowotne nie są w ogóle brane pod uwagę w planowanych przedsięwzięciach inwestycyjnych, brak jest stałej formy współpracy czy też koordynacji pomiędzy poszczególnymi wydziałami, co uniemożliwia wspólne uzgodnienia. Nie praktykuje się żadnych konsultacji eksperckich ze względu na to, że nie jest to przewidziane w ramach procedur formalnych. Lokalni urzędnicy przyznali także, iż w podejmowaniu decyzji inwestycyjnych, w obecnych realiach, bierze się pod uwagę przede wszystkim koszty finansowe i czas wykonania, zaznaczyli oni także istotną kwestię – chociaż reprezentują wydziały zdrowia, nie posiadają elementarnych naukowych podstaw wiedzy na temat wskaźników zdrowotnych, determinant zdrowia oraz czynników ryzyka zdrowotnego ani też istniejących zależności między nimi.

Podobnie wstępne badania pilotażowe prowadzone w ramach projektu HIA-NMAC, w różnych formach (kwestionariusze, wywiady, rozmowy bezpośrednie) wykazały, iż istnieje znaczące zapotrzebowanie na pogłębienie wiedzy dotyczącej wpływu czynników środowiskowych, społeczno-ekonomicznych oraz stylu życia na zdrowie populacji wśród przedstawicieli władz publicznych.

Należy podjąć wiele działań, by podnieść poziom wiedzy i przekonać urzędników w Polsce do brania pod uwagę kwestii zdrowotnych w swoich działaniach. Uwzględniając ich obawy, muszą to być rozwiązania proste, eliminujące wskazywane przez nich utrudnienia. W krajach wysoko rozwiniętych stosuje się w tym celu różne rozwiązania. Przykładem może być Londyn, w którym do 2008 roku HIA była stosowana przy wdrażaniu prawie każdej nowej decyzji. Wynikało to z faktu, iż ówczesne władze miasta uważały promowanie zdrowia za priorytetowe. Wszystkie przygotowywane projekty, plany trafiały do Londyńskiej Komisji Zdrowia (London



Health Commission), która oceniała je pod wpływem potencjalnych konsekwencji zdrowotnych. Wszyscy zaangażowani w dany projekt urzędnicy otrzymywali opinię komisji, a następnie uczestniczyli w jednodniowym szkoleniu, na którym były omawiane potencjalne negatywne skutki zdrowotne podejmowanych decyzji w celu ewentualnych modyfikacji danej strategii. W dalszej kolejności Londyńska Komisja Zdrowia przygotowywała nowy raport na temat procedowanej strategii na podstawie dyskusji na szkoleniu i wcześniejszych prac. Raport ten był następnie analizowany przez Radę Wielkiego Londynu (Greater London Council), która mogła wprowadzić znaczące poprawki do danej strategii, ustawy, projektu, zanim nastąpiło jej ostateczne wdrożenie [9].

## Podsumowanie i wnioski

Liczne opracowania międzynarodowe wskazują na zasadność stosowania strategii HIA w przypadku wdrażania planów, decyzji, programów, regulacji prawnych, które mogą mieć bezpośredni lub pośredni wpływ na zdrowie poprzez oddziaływanie na warunki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe i inne lokalnych społeczności. Także główne instytucje w kreowaniu międzynarodowej polityki zdrowotnej starają się do tego przekonywać w swoich dokumentach. W opinii wielu ekspertów, entuzjastycznie postrzegających korzyści wynikające z implementacji HIA, może być ona skutecznym narzędziem niwelującym nierówności w zdrowiu oraz przyczyniać się do eliminacji wykluczenia społecznego, budowania i wzmacniania społeczeństwa obywatelskiego, a w konsekwencji stabilizacji sytuacji politycznej i wspomagania procesu zrównoważonego rozwoju. Należy oczywiście brać pod uwagę liczne ograniczenia w rzeczywistej ocenie efektywności i skuteczności HIA, stanowi ona bowiem jedynie dość ogólne ramy koncepcyjne, a jednym z bardziej dyskusyjnych aspektów może być bezstronność w jej prowadzeniu. Jednakże badania 15 przypadków HIA, mające na celu analizę kosztów i korzyści, wykazały jednoznacznie przewagę zysków jej stosowania [33].

Jak zostało to już wspomniane w niniejszym rozważaniu, prowadzenie polityki zdrowotnej nie leży obecnie wyłącznie w gestii Ministerstwa Zdrowia, a podejmowanie aktywnych działań w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób staje się w ostatnich latach coraz bardziej istotnym priorytetem w podnoszeniu efektywności systemu opieki zdrowotnej, wzrasta jej znaczenie w odniesieniu także do roli medycyny naprawczej. W tym kontekście ocena oddziaływania na zdrowie może być jednym z istotnych narzędzi, pomocnym w prowadzeniu racjonalnych działań na rzecz zdrowia publicznego, czyli stałej poprawy stanu zdrowia populacji ogólnej.

Analiza dotychczasowych doświadczeń pozwalała na sformułowanie pozytywnych przesłanek wdrażania strategii HIA w procesie decyzyjnym; zasadnicze z nich są następujące:

1. Identyfikacja aspektów zdrowotnych w dziedzinach niezwiązanych bezpośrednio z systemem zdrowotnym.
2. Poprawa stanu zdrowia ludności oraz redukcja ekspozycji na zagrożenia zdrowotne.

3. Niwelowanie nierówności w zdrowiu.
4. Rozwój wielosektorowej współpracy pomiędzy administracją publiczną, środowiskami akademickimi, instytucjonalnymi, eksperckimi, podmiotami prywatnymi i przedstawicielami lokalnej społeczności.
5. Zwiększenie poziomu wiedzy oraz zaangażowania przedstawicieli władz publicznych w problematykę zdrowia.
6. Przewidywanie skutków zdrowotnych aktów prawnych, decyzji politycznych, programów, projektów, określenie rozmiaru skutku zdrowotnego, jego pozytywnego bądź negatywnego wymiaru w celu wzmacniania pozytywnego rezultatu oraz redukcji skutków negatywnych.
7. Instytucjonalizacja problematyki zdrowotnej na szczeblu decydenckim.

Natomiast najczęściej wymieniane przez polityków ograniczenia w stosowaniu HIA mają charakter finansowy, organizacyjny, społeczny, mentalny i kulturowy, wskazywano przede wszystkim na większe koszty oraz potrzebę dodatkowej, regularnej współpracy ze środowiskami eksperckimi, co szalenie wydłuża proces decyzyjny, a w konsekwencji opóźnia i komplikuje prowadzenie inwestycji.

## Piśmiennictwo

1. WHO Regional Office for Europe, *Gothenburg consensus paper: Health Impact assessment. Main concepts and suggested approach*, Brussels 1999.
2. *Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Certain Related Acts*, 1997 O.J. C 340/1.
3. *Consolidated Version of the Treaty on European Union*, 2010 O.J. C 83/01.
4. World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva 2008.
5. Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K., *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2006.
6. Swedish National Institute of Public Health, *Health Impact Assessment of a road traffic project. Case study: Route 73*, EDITA, Sztokholm 2005.
7. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *A healthy productive Canada: A determinant of health approach. Final report of the Subcommittee on Population Health*, Ottawa 2008.
8. Canadian Medical Association, *What makes us sick?*, Ottawa 2013.
9. Kemm J., *How can HIA support Health in All Policies*, XI HIA International Conference „In times of crisis, healthier ways”, Granada, Spain 14–15 April 2011.
10. Gulis G., *Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries NIA-NMAC*, Esbjerg 2008.
11. International Association for Impact Assessment, online, [www.iaia.org](http://www.iaia.org); dostęp: 15.03.2015.
12. Bhatia R., *Protecting Health Using an Environmental Impact Assessment: A Case Study of San Francisco Land Use*

- Decision-making*, „American Journal of Public Health” 2007; 97(3): 406–413.
13. Sheate W., *EIA and SEA: their inter-relationship and role as instruments for sustainable development*, 4<sup>th</sup> Meeting of the Parties to the UNECE Convention on EIA in a Transboundary Context (Espoo, 1991), The Convention ten years after its entry into force: future directions, Bucharest 2008.
  14. Organization for Economic Cooperation and Development, *Applying Strategic Environmental Assessment, Good practice guidance for development co-operation*, OECD Publishing, Paryż 2006.
  15. *Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada 1986.
  16. Kemm J., *Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy*, „Health Promotion International” 2001; 16(1): 79–85.
  17. Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J., *The effectiveness of Health Impact Assessment*, World Health Organization, Copenhagen 2007.
  18. Gomez F., Estibalez J.J., *Health Impact Assessment of the tunnelling of the railroad in Vitoria-Gasteiz*, XI HIA International Conference „In times of crisis, healthier ways”, Granada, Spain 14–15 April 2011.
  19. James P., Ito K., Buonocore J.J., Levy J.I., Arcaya M.C., *A Health Impact Assessment of proposed public transit service cuts and fare increases in Boston, Massachusetts*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2014; 11(8): 8010–8024.
  20. Flourmoy R., *Healthy Foods, Strong Communities*, „Shelterforce” 2006, Issue 147.
  21. Mekel O., Sierig S., Classen T., *Feasibility study of HIA (Health Impact Assessment) on road traffic noise induced health effects on children*, „Pollution Atmospherique” 2012; 216: 343–352.
  22. Eurostat, *Passenger cars in the EU (Data from July 2014)*, online, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Passenger\\_cars\\_in\\_the\\_EU](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Passenger_cars_in_the_EU); dostęp: 15.03.2015.
  23. Rattle R., *Health Impact Assessment, Municipal Development Practices, and Children Health*, „International Journal of Child, Youth and Family Studies” 2015; 6(2): 308–327.
  24. Boldo E., Medina S., Le Tertre A., Hurley F., Mücke H.-G., Ballester F., Aguilera I., Eilstein D., *Aphesis. Health impact assessment of long-term exposure to PM2.5 in 23 European cities*, „European Journal of Epidemiology” 2006; 21: 449–458.
  25. Center for Quality Growth and Regional Development at the Georgia Institute of Technology, *Health Impact Assessment of Atlanta Regional Plan 2040*, Atlanta 2012.
  26. Health & Consumer Protection Directorate-General, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Rotterdam 2007.
  27. European Commission, *Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union*, Brussels 2013.
  28. Galobardes B., Shaw M., Lawlor D.A., Lynch J.W., Smith G.D., *Indicators of socioeconomic position (part 1)*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2006; 60(7): 7–12.
  29. Marmot M., *Fair Society, Healthy Lives, Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*, The Marmot Review, London, 2010.
  30. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Health status of Polish population and its determinants*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
  31. Kobza J., Woźniak J., Geremek M., Pastuszka J., *Metodologia HIA jako narzędzie oceny wpływu czynników socjoekonomicznych na zdrowie*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2006; 60, Supl. 95: 73–76.
  32. Kobza J., Woźniak J., Geremek M., *Perspektywy stosowania strategii Health Impact Assessment w Polsce*, Śląsk, Katowice 2009.
  33. O’Reilly J., Trueman P., Redmond S., et al., *Cost-benefit analysis of health impact Assessment*, Department of Health, London 2006.