

Cezary Włodarczyk

# Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (*Health Impact Assessment*) i jej wykorzystywanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego<sup>1</sup>

**Słowa kluczowe:** ocena wpływu na zdrowie, *Health Impact Assessment*, UE, polityka zdrowotna, sektor prywatny ochrony zdrowia

Ocena wpływu na zdrowie – *Health Impact Assessment* (HIA) – jest pojęciem, a także praktyką zdobywającymi sobie popularność wśród badaczy polityki zdrowotnej, a nawet samych polityków zdrowotnych. Bywa interpretowana na jeden z trzech sposobów: jako koncepcja, jako proces, jako instrumentarium. W różnych kontekstach – i w zależności od sposobu wykorzystywania HIA – nacisk można położyć na jeden z tych aspektów. HIA jest postrzegana jako środek służący wspieraniu racjonalnych decyzji, niezależnie od tego, czego dotyczą – z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych. Dzięki stosowaniu HIA możliwe jest dostrzeżenie potencjalnych zdrowotnych następstw – tak korzyści, jak i strat – dowolnej interwencji, w tym także interwencji podejmowanych w sektorze prywatnym [1]. Położenie nacisku na systematyczny sposób postępowania, podporządkowany przyjętym regułom, jest ważną cechą przypisywaną HIA. Dostrzegana przez przedstawicieli wielu środowisk atrakcyjność HIA sprawia, że staje się ona przedmiotem międzynarodowej współpracy<sup>2</sup>.

Rozwojowi i zastosowaniom HIA sprzyjały polityczne okoliczności panujące w jednoczącej się Europie. W zmienianych przepisach traktatowych Unii Europejskiej (UE) wprowadzano pojęcie zdrowia publicznego, a więc od czasu wejścia w życie Traktatu z Maastricht, od 1993 r., w porządku ustrojowym UE istniały podstawy, by interesować się zdrowotnymi skutkami różnych przedsięwzięć i programów, choć niektórzy badacze twierdzą, że to dopiero zmiany wprowadzone Traktatem Amsterdamskim otworzyły drogę do stosowania kompleksowych metod ewaluacyjnych, takich jak HIA [2]. W postanowieniach z Maastricht na końcu ustępu

pierwszego artykułu 129 znalazło się zdanie: „Wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk Wspólnoty”, co mogło być odczytywane jako zachęta do zastanawiania się, do czego „pozostałe polityki” mogą prowadzić, także z punktu widzenia stanu zdrowia [3]. Jednak nie skutkowało to wprost inicjatywami związanymi z praktycznym wykorzystywaniem HIA. W powstających kolejnych dokumentach przypomniano, że „interesy zdrowotne muszą być traktowane na równi (*well balanced*) z innymi rodzajami interesów, takimi jak ekonomiczne i społeczne” [4]. Organy unijne, w których sprawy zdrowia nie były traktowane – przez długi czas – jako priorytetowe, skupiały się na wielu innych problemach związanych przede wszystkim z pogłębianiem integracji gospodarczej. Można także dostrzec, że komplikacja uwarunkowań stanu zdrowia, ujawniająca się przy próbach interpretowania efektów zdrowotnych wywoływanych bodźcami występującymi w różnych sferach życia społecznego, nie ułatwiała zajmowania się tymi zagadnieniami.

Opracowanie składa się z dwóch części. Pierwsza jest poświęcona omówieniu koncepcji HIA i jej wykorzystywaniu. W części drugiej przedstawiam doświadczenia UE w stosowaniu HIA w swojej działalności.

## CZĘŚĆ PIERWSZA

### Definicje

W literaturze przedmiotu formułuje się wiele definicji HIA, o różnym stopniu komplikacji. W najprostszej stwierdza się, że HIA jest systematycznie realizowanym

<sup>1</sup> Tekst przygotowany w ramach grantu „Polityka Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji”, ID: 41067, nr rejestracyjny N N404 080636.

<sup>2</sup> Na przykład międzynarodowe konsorcjum IMPACT, HIA Reports, University of Liverpool, [http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT\\_HIA\\_Reports.htm](http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm); międzynarodowa baza danych, por. Higgins C. i in., *Internet resources for health impact assessment*. WHO European Healthy Cities Health Impact Assessment Subnetwork, Updated September 2008, [www.euro.who.int/Document/Hcp/Net\\_Resources\\_HIA.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Hcp/Net_Resources_HIA.pdf).

procesem, mającym na celu ujawnienie zdrowotnych konsekwencji proponowanych decyzji [5]. Treść decyzji nie ogranicza stosowania HIA; to, czego dotyczy, jest sprawą drugorzędną, ważna jest zdrowotna natura rozważanych skutków. W terminologii polityki zdrowotnej można mówić o publicznych interwencjach, mających służyć rozwiązywaniu jakiegoś problemu. W innym sformułowaniu przyjmuje się, że HIA to celowo formułowana ocena zmian natężenia ryzyka zdrowotnego, a zmiany mogą zachodzić na skutek wprowadzanej w życie interwencji [6].

W najczęściej powoływanej definicji HIA – *Gothenburg consensus paper* – przyjmuje się, że jest to zbiór procedur, metod i narzędzi, za pomocą których treści polityki, programu lub projektu mogą być oceniane z punktu widzenia potencjalnych skutków zdrowotnych i ich rozkładu w populacji będącej adresatem działań [7]. Niekiedy do definicji włącza się cel przedsięwzięcia polegający na wspieraniu procesu decyzyjnego ogólnie, a także w dążeniach do redukcji nierówności w zdrowiu i cel ten jest wskazywany coraz częściej i akcentowany coraz mocniej [8]. HIA jest ciągiem czynności, w których uczestnicy posługują się odpowiednim instrumentarium, aby ustalić możliwość wystąpienia następstw zdrowotnych – pozytywnych lub negatywnych<sup>3</sup>. Użyty w oryginale termin *combination* sugeruje, że w HIA pomiędzy różnymi elementami składowymi występują specyficzne relacje, dzięki którym ewaluowane aktywności mogą doprowadzać do zadowalających konsekwencji zdrowotnych, zgodnie z celami całego przedsięwzięcia. Konsekwencje miały być związane z dążeniem do możliwie największej poprawy stanu zdrowia, czy też – co w HIA było równie istotne – unikania strat zdrowotnych powstających w wyniku źle zaplanowanych interwencji. Koncepcje leżące u podstaw definicji HIA mogą budzić pewne wątpliwości. W kanadyjskiej dyskusji dotyczącej tych problemów podniesiono np. sprawę wzajemnych relacji między HIA a zdrowiem publicznym. Bardzo szeroki zakres problemów, przy których rozwiązywaniu jest stosowana ocena efektów zdrowotnych, może się przyczyniać do zamazywania jej specyfiki. Pytania dotyczące skutków zdrowotnych stają się jednym z wielu aspektów, które są brane pod uwagę w ocenianiu walorów i wad różnych alternatyw. W opinii licznych uczestników dyskusji więzi ze zdrowiem publicznym – i polityką zdrowotną – powinny być bardziej akcentowane. Proponowano, by postrzegać HIA jako narzędzie przydatne przede wszystkim polityce zdrowotnej<sup>4</sup>. Zwrócono także uwagę na odmienności między tym elementem oceny efektów zdrowotnych, który polega na ustalaniu i analizie faktów, co jest związane z procesem badawczym, a elementem polegającym na pełnieniu roli propagatora (*advocacy*), co wiąże się z kontaktami z decydentami i różnymi środowiskami wpływającymi na przebieg oceny i jej rezultaty. Podjęcie drugiej roli jest niezbędne, aby wyjść poza prostą dyseminację wyników badawczych i uzyskać szansę

wpływania na proces decyzyjny. Konieczność pełnienia łącznie dwóch funkcji może prowadzić do konfliktów, bo obie formy aktywności są podporządkowane odmiennym formom postępowania. Dla badaczy kryterium prawdy powinno przeważać, podczas gdy do przekonywania oponentów opłaca się niekiedy – w imię skuteczności – pomijać niektóre aspekty, które mogą odstręczyć potencjalnych sojuszników.

Aktywności związane z próbami oddziaływania na decydentów mogą przybierać trzy postaci [9]. Po pierwsze, mogą polegać na wzbogacaniu ogólnej wiedzy czy świadomości decydentów, że rozważane przez nich interwencje mogą mieć skutki zdrowotne. Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami niemal wszystko może oddziaływać na zdrowie, wobec czego ważne jest, aby powoływać argumenty dostatecznie specyficzne, odnoszące się do rozwiązywanych problemów. Po drugie, dostarczać można szczegółowych informacji służących ustosunkowaniu się do następstw powstających w wyniku osiągnięcia wyznaczonego celu interwencji lub też pojawiających się jako skutki uboczne zastosowania środków, które do celu mają prowadzić. Ta forma aktywności może być trudna w realizacji, bo rzadkie są sytuacje, w których dysponuje się uzasadnionymi analizami, przewidującymi dostatecznie szeroki krąg mogących wystąpić skutków. Zdarza się także, że przedstawiane są niezgodne wnioski przygotowane przez konkurujące między sobą grupy ekspertów. Po trzecie, wpływ może być wywierany przez mobilizację grup mogących ponieść szkody w wyniku realizacji interwencji. W wielu sytuacjach metoda ta może być skuteczna, ale jej stosowanie wymaga ostrożności. Często łatwe jest pobudzenie nieuzasadnionego lęku, który prowadzi nie tyle do modyfikacji, ile sparaliżowania decyzji. Opory związane z energią atomową są tego przykładem.

Jednym ze źródeł konfliktu przy stosowaniu HIA mogą być sytuacje, w których osoby związane z rządem lub administracją są zmuszane do przedstawiania negatywnych aspektów projektów, przygotowanych przez inne agendy rządowe lub administracyjne. Nawet jeśli za negatywnymi dowodami przemawia autorytet placówki naukowej, zachowania urzędników mogą być podyktowane odmiennie pojmowaną lojalnością. Prawdopodobieństwo ujawnienia tego rodzaju konfliktów jest większe na niższych szczeblach władzy niż na szczeblu ogólnokrajowym.

Za charakterystyczną cechą HIA można uznać jej angażowanie w sytuacjach, w których istnieje wielość wyborów i mogą być one porównywane pod różnymi względami, w tym pod względem następstw zdrowotnych. Jeśli nie ma wielości dróg osiągania celów, jedynym skutkiem negatywnych prognoz formułowanych w ramach HIA jest zarzucenie realizacji rozważanego projektu. Jeśli przyjmować, że projekty dotyczą spraw ważnych, perspektywa taka nie jest zachęcająca. Natomiast spełnienie się negatywnych oczekiwań może pociągać za sobą bardzo duże koszty społeczne.

<sup>3</sup> Ze względów stylistycznych w dalszych częściach tekstu będę się posługiwać terminem „procedura”, pamiętając o wskazanym znaczeniu.

<sup>4</sup> Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że konferencja była zorganizowana przez The National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.

## ■ Cele HIA

Przyjmując, że nadrzędną racją stosowania HIA jest analiza prowadząca do uzyskiwania bardziej korzystnych następstw zdrowotnych – i unikania negatywnych – zakłada się współistnienie trzech ich wymiarów: (1) konsekwencji dotyczących zdrowia, (2) następstw dotyczących różnicowań w stanie zdrowia między różnymi grupami społecznymi i (3) skutków ujawniających się w świadomości i aktywnościach społeczności, która była adresatem interwencji. Wymiar zdrowotny jest z pewnością najważniejszy, choć kwestia dotycząca doboru właściwych wskaźników pozostaje otwarta i może się stawać przedmiotem kontrowersji. By posłużyć się prostym przykładem: zastosowanie wskaźnika „przeciętne oczekiwane trwanie życia” nie musi prowadzić do tych samych konkluzji, które są wyprowadzane przy zastosowaniu wskaźnika „przeciętne oczekiwane trwanie życia bez niesprawności”. Jeśli włącza się miary dotyczące chorobowości, a także sprawności, problem dalej się komplikuje. Znaczenie tej wątpliwości nie jest abstrakcyjne; współcześnie powszechnie dąży się do stosowania złożonych miar stanu zdrowia, więc prawdopodobieństwo ujawniania się tego rodzaju barier będzie wzrastać.

Równie poważne są problemy związane z równością i sprawiedliwością, a jest to jedna z najczęściej podnoszonych współcześnie kwestii społecznych. Treścią tych problemów mogą być różnice w stanie zdrowia występujące już w czasie, kiedy planowana jest interwencja. Jeśli podejmowana interwencja nie prowadzi do ich zmniejszenia, można mówić, że cel związany ze sprawiedliwością nie jest realizowany. Inny problem może wynikać z nierównomiernego udziału w korzyściach lub stratach zdrowotnych. Jeśli jedna z grup społecznych odnosi korzyści, a inna ponosi straty, a obydwie są względnie równoliczne, to rozsądzenie ogólnego bilansu może napotykać trudności, nawet przy próbach odwołania się do rachunku utylitarystycznego. Prawdopodobnie nie uda się ich rozstrzygnąć bez angażowania wartości, a więc wszczynania dyskusji politycznej, mogącej wykraczać poza zamierzone wcześniej ramy procesu decyzyjnego.

Trzeci wymiar HIA, odnoszący się do wpływu na społeczność, związany jest z ideą partycypacji. Wszystkie wątki podejmowane przy tej okazji znajdują zastosowanie, począwszy od postulatu jawności procesu decyzyjnego, przy zagwarantowaniu dostępu do informacji, po rozszerzanie zakresu kompetencji społeczności, której interwencje mogą dotyczyć.

Merytorycznie oceniając wymienione trzy wymiary i cele HIA, najważniejszy jest cel zdrowotny. Dwa pozostałe powinny być traktowane jako jego dopełnienie. Wnioski wyprowadzane z realizacji tych celów mogą posłużyć usprawnianiu całego procesu politycznego i sprawdzaniu jego zgodności z listą deklarowanych priorytetów.

Jest jednak grupa celów społecznych, do których osiągnięcia stosowanie HIA może prowadzić [10]. Pierwszym takim celem jest szansa rozwiania wątpliwości i obaw, żywionych przez społeczności znajdujące się pod wpływem wdrażania interwencji. Często lęki

tego rodzaju mają charakter nieuzasadniony, oparte są na plotkach, ale w życiu społecznym nabierają realnego wymiaru. Przykład taki był przedstawiony w polskim opracowaniu przygotowanym w ramach przeglądu europejskich doświadczeń stosowania HIA na temat montażu anteny telefonii komórkowej w budynku szkolnym [11]. Drugim aspektem celów społecznych może być zachęta i mobilizacja poparcia społeczności przez wykazanie pozytywnych rezultatów zdrowotnych, mogących wynikać z wdrożenia interwencji. Przyjmując, że sama interwencja jest pomyślana tak, by przynosić pozytywne zmiany, wykazanie korzyści zdrowotnych podnosi jej wartość. Innym wymiarem pożytków społecznych mogą być szanse doskonalenia organizacji i prowadzenia procesów decyzyjnych. Instytucje współpracujące z HIA osoby uczestniczące indywidualnie w HIA zyskują nowe umiejętności i przyswajają nową wiedzę związaną z docenianiem racji zdrowotnych. Dotyczy to także często ludzi formalnie związanych z innymi resortami. Wzbogacanie kapitału intelektualnego w społeczeństwie staje się nową postacią zasobów, które mogą być w przyszłości wykorzystane w interesie wartości zdrowia. Wszystko to razem tworzy nową jakość, niezależnie od tego, że skutki tego rodzaju nie są wprost uznawane za cele HIA.

## ■ Kontekst wartości

W postępowaniu HIA podstawą ocen jest przewidywanie przyszłości na podstawie danych dostarczanych przez różne dyscypliny naukowe, formułujące generalizacje na temat różnych zależności między podejmowanymi – planowanymi – interwencjami a następstwami zdrowotnymi. Warunek ten należy traktować jako przypomnienie reguł stosowanych w postępowaniu naukowym, w którym predykcja jest naturalnie występującą fazą, wymagającą jednak posiadania dostatecznie uzasadnionych twierdzeń o empirycznych zależnościach. Z dużym prawdopodobieństwem można się spodziewać, że w postępowaniu HIA będzie się wykorzystywać ustalenia uzyskane już to w bloku nauk przyrodniczych, już to nauk społecznych, traktując epidemiologię jako łącznik między nimi.

Ponadto w procedurze oceny efektów zdrowotnych wskazuje się zasadność udziału stron zainteresowanych rozważanymi interwencjami (*stakeholders*). Są nimi zarówno uczestnicy działań, jak i osoby oraz grupy mające stać się beneficjentami lub zagrożone ponoszeniem strat zdrowotnych. W tym sformułowaniu chodzi o przyjęcie politycznego postulatu, który mieści się w propagowanym w wielu krajach – i wspieranym przez WHO – partycypacyjnym podejściu do polityki zdrowotnej, zgodnie z politycznymi sympatiami wyrażanymi w większości współczesnych dokumentów polityki zdrowotnej.

Od czasu *Gothenburg consensus paper* koncepcja HIA wywoływała bardzo duże zainteresowanie i dyskusje. W rozwinięciach wyjściowej definicji wskazywano inne jeszcze warunki, jakie w HIA powinny być spełnione [11]. Po pierwsze, w ujęciu charakterystycznym dla HIA ważna jest intencja podejmowania analizy – jest nią wspieranie decydentów w wyborze międzyostęp-

nymi opcjami postępowania. Przyjmuje się, że opcja prowadząca do bardziej pozytywnych następstw zdrowotnych – lub mniej negatywnych, co daje się ustalić w wyniku stosowania HIA – będzie miała przewagę nad innymi opcjami, przyjmując przesłankę o racjonalnych motywacjach decydentów i ich dobrej woli. Po drugie, w postępowaniu HIA podstawą ocen jest przewidywanie przyszłości na podstawie danych dostarczanych przez różne dyscypliny naukowe, formułujące generalizacje na temat różnych zależności między podejmowanymi – planowanymi – interwencjami a następstwami zdrowotnymi. Niekiedy pojawia się pojęcie HIA zorientowanej na sprawiedliwość (*an equity-focused HIA*) [12].

W wielu rozważaniach dotyczących HIA podkreśla się wagę politycznych wartości sprzyjających poprawie zdrowia: demokracji, sprawiedliwości, zrównoważonego rozwoju, moralnie odpowiedzialnego wykorzystywania dowodów naukowych (*ethical use of evidence*) [13]. Świadome wprowadzenie szerszego kontekstu politycznego, zgodne z wieloma współcześnie formułowanymi postulatami, miało uzasadnienie pragmatyczne i aksjologiczne. To pierwsze pozwalało na uwzględnianie wielu czynników, często na pierwszy rzut oka ukrytych, które mogły wywierać wpływ na stan zdrowia. Można wręcz twierdzić, że poszukiwanie pomijanych rutynowo czynników miało nadawać HIA szczególne znaczenie i przydatność. Racje aksjologiczne były związane z pełną aprobatą demokratycznego ładu społecznego, w którym powinno być miejsce na świadome uczestnictwo w decyzjach, a także na świadome uczestniczenie w podejmowaniu ryzyka. W zakreślonych ramach oceny skutków zdrowotnych było miejsce na moralne wykorzystywanie dowodów naukowych. Z jednej strony chodziło o nierozbudzanie nadmiernych nadziei i oczekiwań, kiedy wyniki badań nie dostarczały dostatecznie silnych dowodów. Z drugiej strony – o unikanie formułowania wniosków alarmistycznych, kiedy wyniki badań o małym zasięgu miałyby być przenoszone na duże populacje. Choć niekiedy strach może być przydatnym bodźcem – co się zdarza czasami w programach promocji zdrowia – odwoływanie się do niego powinno się odbywać z dużą ostrożnością.

### ■ Zakres zainteresowań

Zakres możliwych zastosowań HIA jest bardzo szeroki. Procedurę tę można stosować w zasadzie wszędzie. W przeglądzie doświadczeń zebranych w USA analizowano 27 procedur HIA, realizowanych w okresie 1999–2007 [14]. Zajmowano się np. materiałami budowlanymi (wykładziny podłogowe), lokalną siecią infrastruktury pomocy społecznej (domy opieki dla ludzi starszych), przebiegiem tras komunikacji publicznej, lokalizacją i wielkością stacji przeladunkowej położonej w pobliżu terenów mieszkalnych, organizacją dokształcania młodzieży pochodzącej z biednych rodzin, bezpieczeństwem dzieci chodzących pieszo do szkół, lokalizacją elektrowni spalającej węgiel, alternatywną formą dostaw energii

dla gospodarstw domowych. W Irlandii działania HIA wpisywano świadomie w kontekst polityki społecznej, a praktycznie w programy działań służących zwalczaniu ubóstwa, wyrównywaniu szans społecznych oraz inwestowaniu w zdrowie [15].

Wśród raportów przygotowanych przez międzynarodowe konsorcjum Impact przedstawiono opracowania dotyczące zdrowotnych skutków bezrobocia i narzędzi rynku pracy wykorzystywanych w polityce zatrudnienia kilku krajów (Niemcy, Holandia, Irlandia, Wielka Brytania, a także polityki UE), problemu antyspołecznych zachowań w lokalnych społecznościach, mentalnego dobrostanu związanego z realizacją programów propagowania kultury, próby całościowego analizowania skutków zdrowotnych polityki społecznej [16].

### ■ Historia HIA

Przyjmuje się zwykle, że HIA może się wywodzić z dwóch nurtów poszukiwań: analiz dotyczących środowiska i samodzielnego poszukiwania dogodnego narzędzia badawczego w ramach polityki zdrowotnej. Pierwszy z nich, prowadzący do HIA, jest określany jako *Environmental Impact Assessment* – EIA, przez niektórych traktowana jako wzorzec kształtujący ideę i postępowanie HIA [17]. Atutem EIA było jej praktyczne stosowanie w USA już w latach 70. ubiegłego wieku. Ważnym wydarzeniem było pojawienie się pojęcia „efektu motyla”, ukutego przy okazji ujawnienia trudności w przewidywaniu pogody. Do historii nauki – i języka powszechnego – weszło stwierdzenie, że „ruch skrzydeł motyla w Brazylii może wywołać tornado w Teksasie”<sup>5</sup>. W ten sposób powstała koncepcja, która stała się inspiracją nowego sposobu patrzenia na zależności przyczynowe.

Równolegle, i przynajmniej częściowo niezależnie, rozwijane były koncepcje szerokiego uwzględniania czynników warunkujących stan zdrowia. Punktem odniesienia była z pewnością ciekawość poznawcza, ale także dążenie do budowania katalogu czynników, które mogłyby się stawać przedmiotem celowych interwencji. Przesłanka o wielości czynników wpływających na zdrowie od dawna była obecna także w różnych teoretycznych koncepcjach dotyczących zdrowia. Można ją znaleźć w wielu dokumentach programu „Zdrowie dla wszystkich do 2000”. Ważną rolę w utrwalaniu szerokiego obrazu uwarunkowań stanu zdrowia odegrał problem nierówności w zdrowiu.

Postrzegany początkowo jako zjawisko lokalne, z czasem stał się problemem zauważanym w skali międzynarodowej. Stopniowo zaczął być traktowany jako sprawa do załatwienia przez różne organizacje, tak o charakterze regionalnym, jak i globalnym. W bardziej specyficznej perspektywie można wskazać pracę z 1996 r., w której pojawia się termin HIA [19, 20]. Stwierdzenie zawarte w tytule pracy, że przyszedł czas na opracowanie i stosowanie dogodnej procedury służącej ocenianiu skutków zdrowotnych, zaczęło się spełniać, i opracowań, ale także praktycznych inicjatyw, pojawiało się coraz więcej.

<sup>5</sup> Tytuł artykułu Edwarda Lorenza z 1972 r. *Does the flap of a butterfly wing set off a tornado in Texas* [18].

Również WHO postulowała stosowanie HIA. W opracowaniu „Zdrowie 21” znalazło się zalecenie, aby wszystkie kraje członkowskie wprowadziły mechanizmy HIA, a racje zdrowotne były brane pod uwagę we wszystkich przedsięwzięciach [21]. Postulowano też zintegrowane podejście do realizowania celów dotyczących wzrostu ekonomicznego, rozwoju człowieka (*human development*) oraz zdrowia. Centrum zajmujące się polityką zdrowotną realizowało i koordynowało duży program poświęcony analizie doświadczeń krajów w stosowaniu HIA [22].

Świadomość znaczenia różnych czynników kształtowanych przez działania podejmowane poza sektorem zdrowotnym leżała u podstaw większości programów zdrowia publicznego i polityk zdrowotnych, które były przyjmowane w różnych krajach w ostatnich latach. We wszystkich spośród nich znajdowały się długie listy spraw, które powinny być załatwione, jeśli społeczeństwa i rządy chciały dążyć do poprawy stanu zdrowia i redukcji różnic zdrowotnych. Niektórzy badacze twierdzą, że w toku zwiększania skali zastosowań HIA zainteresowania badaczy ewoluowały od stosunkowo prostych modeli epidemiologicznych do coraz bardziej złożonych modeli społecznych [23]. Zwieńczeniem było zainteresowanie skutkami dotyczącymi nierówności w zdrowiu przy uznaniu przesłanki, że niemal każda interwencja w dowolnej sferze społecznej może oddziaływać także na te kwestie.

### ■ Rodzina metod typu *Impact Assessment*

Fakty związane z wyłanianiem się HIA jako samodzielnej procedury, a także przegląd spraw, którymi zajmowano się, stosując ujęcie typowe dla HIA, poświadczą możliwości jej wykorzystywania w bardzo szerokim spektrum zagadnień. Obszerny zakres problemów, przy których analizie wykorzystywano HIA, ma oczywisty związek z podobnymi procedurami oceniającymi, wykorzystywanymi intencjonalnie w innych dziedzinach. Struktura postępowania HIA jest podobna do sposobu, jaki jest wykorzystywany w wielu innych procedurach oceniających [17]. Jedną z nich jest proces oceny wpływów na środowisko, o czym była mowa wyżej. Rozszerzeniem obszaru zastosowań EIA była koncepcja wspomnianej strategicznej oceny wpływów na środowisko (*Strategic Environmental Assessment – SEA*). Jej cechą charakterystyczną jest postulat inicjowania działań możliwie we wczesnej fazie postępowania, przy braniu pod uwagę grup czynników uważanych za ważne, kiedy kierunki przyszłych interwencji są wytyczane, a ostateczny kształt nie jest przesądzony. W wielu sytuacjach wczesne podniesienie problemu skutków środowiskowych może mieć kluczowe znaczenie dla sprawności procesu zarządzania i administrowania.

Niekiedy stawianie pytań o skutki zdrowotne jest łączone wprost z pytaniami o oddziaływanie na środowisko i ten rodzaj postępowania bywa określany jako *Environmental Health Impact Assessment*. Możliwe jest także ograniczanie stopnia szczegółowości poszukiwań i stosuje się wówczas procedurę „Szybkiej Oceny Wpływu na

Zdrowie i Równość” (*Rapid Health and Equality Impact Assessment*) [24], dzięki której szczególną uwagę można zwrócić na dwa aspekty spraw, wskazane w nazwie. Wprawdzie oba te elementy są obecne w klasycznej HIA, ale w tym przypadku nacisk jest położony na szybkość procesu, co umożliwia rezygnację z rozwijania programów mogących przynosić negatywne konsekwencje. Niekiedy wprowadza się pojęcie „zintegrowanej oceny” (*Integrated Impact Assessment*) [25].

Wielość różnorodnych modeli działań zmierzających do oceny następstw wprowadzania w życie różnych interwencji skłania niekiedy do formułowania tezy o wypracowaniu „rodziny” procedur, które są im poświęcone [26]. Ich związek miałby polegać na tym, że we wszystkich akceptuje się te same zasady postępowania, modyfikując je odpowiednio, w zależności od specyfiki problemu, do którego rozwiązania są stosowane. Wspólne założenia koncepcyjne obejmują cztery następujące elementy:

- efektywność (*efficiency*): kryterium właściwej relacji między wydatkami a skutkami, które mają być osiągnięte dzięki zastosowaniu rozważonej interwencji;
- spójność (*coherence*) różnych inicjowanych interwencji: troska o uzyskiwanie efektu synergii, identyfikowanie potencjalnych konfliktów (i ich usuwanie);
- równowaga (*balance*): cecha polegająca na uzgodnieniu wzajemnych relacji między celami – środkami – związanymi z różnymi interwencjami, także dążenie do rozwiązania potencjalnych konfliktów;
- przejrzystość (*transparency*): jawność postępowania, nieukrywanie milcząco przyjmowanych przesłanek i wartości.

Różne formuły oceny wpływu z różnym stopniem zainteresowania traktują konsekwencje zdrowotne. Jest to zrozumiałe, zwłaszcza biorąc pod uwagę formalne zróżnicowanie pozycji różnych dziedzin życia – i uprzywilejowanie spraw środowiska – ale z punktu widzenia zdrowia jest to sytuacja niekorzystna. W przeglądzie ocen wpływu 137 europejskich przedsięwzięć zdrowie było brane pod uwagę rzadziej niż w połowie z nich [27]. Należy zauważyć także, że polityczna pozycja różnych procedur oceniających może być zróżnicowana, w zależności od pozycji zleceńodawcy, odbiorcy i również autorytetu osób realizujących HIA.

### ■ Zaplecze teoretyczne i informacyjne

HIA jest procesem mającym element naukowy i element społeczny, w którym wykorzystuje się ustalenia naukowe, zbiera dane na temat konkretnych sytuacji, a także informacje o opiniach, preferencjach i interesach grup, których położenie może być kształtowane przez przygotowywaną interwencję.

W HIA mają zastosowanie ustalenia bardzo wielu dyscyplin naukowych, od takich, w których operuje się twardymi danymi, po dyscypliny lokujące się na pograniczu eseistyki [1]. Odpowiednio do ich przedmiotu, a także stosowanych paradygmatów, dyscypliny te oferują twierdzenia o zależnościach między zjawiskami mające bardzo zróżnicowany poziom empirycznego uzasadnie-

nia. W przeciwieństwie do nauk podstawowych dyscypliny wykorzystywane w HIA proponują – w najlepszym przypadku – uzasadnienia probabilistyczne, często o luźno określonym stopniu prawdopodobieństwa. Wprawdzie podejmowane są różne wysiłki mające na celu kontrolę uzyskiwanych w badaniach wyników, ale liczba sprawdzonych przedsięwzięć badawczych jest ograniczona<sup>6</sup>.

W naukach społecznych, które stanowią ważny element zaplecza HIA, mogą się zdarzać sytuacje bez precedensu, jak cała fala zjawisk związanych z upadkiem ustroju w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i ciągłym zdarzeń określanym jako transformacja. Do praktycznego rozwiązania pozostaje także kwestia zasadności przenoszenia ustaleń zdefiniowanych dla jednego systemu zdrowotnego na realia innego systemu. W wielu sytuacjach koniecznym przedmiotem zainteresowań HIA są zależności pośrednie; efekt zdrowotny jest współkształtowany przez czynniki, które są modyfikowane przez inne czynniki, uzależnione od jeszcze dalszych przyczyn. Jest to sytuacja niejednokrotnie występująca w dociekaniach polityki zdrowotnej – jest regułą w analizach nierówności w zdrowiu. Uwzględnianie szerokiego kręgu czynników jest w takich sytuacjach nieuchronne, ale ogarnięcie ich jedną spójną teorią jest niemożliwe, tym bardziej że różne dyscypliny naukowe mogą sobie rościć pretensje do ich dostarczenia. Nie ułatwia to położenia uczestników HIA, odpowiedzialnych za treść finalnych rekomendacji. W rezultacie w bardzo wielu sytuacjach interpretacja przewidywanych zależności przyczynowych jest bardziej wynikiem własnych poglądów ekspertów – a niekiedy ich sponsorów – niż wnioskiem wynikającym z ustaleń naukowych.

Informacje o konkretnych sytuacjach mają inny charakter. Pod warunkiem rzetelnego zbierania i agregowania mają wartość empiryczną, choć może się zdarzać, że w toku opracowywania są poddawane różnym manipulacjom. Preparowanie danych, zwłaszcza zgodne z interesami władzy, zdarzało się w wielu krajach. Problemem, przed którym stają uczestnicy HIA, jest pozyskiwanie danych na tematy, które nie leżą w polu zainteresowań rutynowo działających systemów statystycznych. Uwidacznia się wówczas potrzeba pozyskania danych poprzez celowo zorganizowane przedsięwzięcia [28]. Im szerszy ich zakres, tym większa trudność i koszt ich pozyskania, co często staje się barierą nie do pokonania.

Wiedza na temat preferencji i interesów może być włączana w proces HIA w dwóch formach. Po pierwsze, przez analizę danych wcześniej istniejących lub pozyskiwanych specjalnie dla HIA. Może to być analiza takich materiałów, jak informacje obecne w mediach, ale także gromadzone za pomocą badań społecznych. Po drugie, grupy zainteresowane lub częściej ich przedstawiciele mogą być włączani w proces HIA. Mają wtedy okazję do samodzielnego przedstawiania swoich racji. Postępowanie takie jest zgodne z ideą partycypacji, ale może napotykać bariery komunikacyjne, jeśli rozważane problemy mają charakter wymagający profesjonalnej wiedzy.

## Fazy HIA

HIA jest postępowaniem złożonym, angażującym wielu uczestników i trwającym w czasie. W piśmiennictwie spotyka się różne propozycje wyróżniania faz, których realizacja ma gwarantować osiągnięcie powodzenia [29]. Przedstawiona niżej lista jest syntezą różnych dyskutowanych propozycji.

- Pierwszą fazą jest wstępny przegląd sytuacji (*screening*). Zmierza do ustalenia, które z interwencji rozważanych przez decydentów nadają się do zastosowania wobec nich HIA. Przyjmuje się, że projekty, w których następstwa zdrowotne nie występują albo są niewielkie, nie wymagają analizy.
- Druga faza to ustalanie zakresu analizy (*scoping*). W jej trakcie należy odpowiedzieć na następujące pytania:
  - jakie elementy lub aspekty interwencji mają być poddane analizie;
  - specyficzne cele podejmowanej analizy HIA;
  - horyzont czasowy (harmonogram analizowanej interwencji i harmonogram HIA);
  - przyjmowany sens terminu „zdrowie” i model uwarunkowań zdrowotnych;
  - wstępne ustalenie rodzaju skutków zdrowotnych powstających w wyniku realizacji interwencji;
  - zakres terytorialny, gdzie mogą wystąpić następstwa zdrowotne;
  - grupy społeczne, których zdrowie może ulegać zmianie pod wpływem interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem grup społecznie upośledzonych, zmarginalizowanych, szczególnie narażonych na negatywne następstwa;
  - aspekty sytuacji charakteryzujące grupy narażone;
  - środowiska zainteresowane realizacją, przebiegiem i skutkami interwencji (*stakeholders*) i rodzaj ich zainteresowań;
  - ustalenie forum wykorzystywanego do oddziaływania na decydentów;
  - ustalenie bazy danych służących HIA: dowody empiryczne, doświadczenia związane z wdrażaniem podobnych interwencji, specyficzne dane o warunkach wdrażania interwencji;
  - wybór metod mających zastosowanie w dokonywanych ocenach;
  - organizacja procesu HIA i jego ewaluacji.
- Nie każdy realizowany proces musi zawierać w swojej drugiej fazie wszystkie przedstawione wyżej elementy. Jest to raczej lista kontrolna spraw, które powinny być w ramach HIA postawione.
- Trzecia faza to ocena ryzyka zdrowotnego. Na tym etapie postępowania identyfikuje się rodzaj i zakres zagrożeń, które mogą być następstwem rozważanej interwencji. W analizie powinno się wykorzystywać dostępne i zgromadzone informacje na temat sytuacji wyjściowej – ze zwracaniem uwagi na grupy szczególnie zagrożone – które pozwalają na ustalenie

<sup>6</sup> The Cochrane Collaboration – instytucja utworzona w 1993 r., wraz z The Cochrane Library, <http://www.cochrane.org/>.

zakresu prowadzonej procedury. Podejmuje się także decyzje o charakterze postępowania, które może być prowadzone w różnym tempie i ze zróżnicowaną dociekliwością – co ma wpływ na szybkość dochodzenia do wniosków. W pracach mogą być wykorzystywane różne metody postępowania, oferowane przez różne dyscypliny naukowe. Jest to najważniejszy fragment całego procesu, decydujący o jakości przedstawianych rekomendacji. Z uwagi na swoje znaczenie utożsamiany niekiedy z całością procesu HIA.

- Czwarta faza polega na ocenie różnych opcji związanych z realizacją celów rozważanej interwencji. W niektórych sytuacjach alternatywne warianty postępowania są integralną częścią zgłoszonego wcześniej planu interwencji i wówczas działanie HIA polega na zinterpretowaniu gotowego materiału. Wymaga to wykorzystania analiz dotyczących związków przyczynowych między różnym czynnikiem, które mogą wywierać wpływ na zdrowie. Częściej jednak w projekcie interwencji przedstawiona jest tylko jedna ścieżka dochodzenia do celu – lub jedna propozycja zmiany – i warianty działania muszą być rekonstruowane w ramach HIA. Może zaistnieć sytuacja, kiedy to w procesie HIA wypracowywane są alternatywne warianty strategii, ale najczęściej zasoby będące do wykorzystania przez HIA nie pozwalają na tego rodzaju kreatywną działalność.
- Kolejna faza postępowania polega na udziale w podejmowaniu decyzji lub co najmniej na próbach zmiany kierunku rozwijania interwencji. Wiąże się ze sporządzaniem raportu i przedłożeniem go decydom odpowiedzialnym za przygotowanie i wdrożenie interwencji. W treści raportu mogą się znaleźć oceny propozycji oryginalnie przedstawionych, ale mogą być także przedstawione nowe propozycje, będące rozwinięciem wskazanych wcześniej kierunków postępowania. Znaczącym adresatem jest z reguły opinia publiczna, która ma prawo być informowana o sprawach mogących wywrzeć wpływ na sytuacje wielu osób. Mogą powstawać wątpliwości, czy opinia publiczna powinna mieć dostęp do szczegółów problemu przed podjęciem decyzji, ale postulat partycypacji, ważny w HIA, jednoznacznie przemawia za transparentnością procesu. Bardzo ważne jest przedstawienie opracowań w odpowiednim terminie, który musi być zgodny z rytmem życia politycznego. Raport zademonstrowany zbyt późno może nie mieć żadnego wpływu na przebieg zdarzeń, poza wzbudzeniem emocji i niepotrzebnego niepokoju. Autorzy wniosków HIA nie mogą być pewni, że będą one wzięte pod uwagę, HIA jest zawsze tylko jednym z procesów, które mogą kształtować treści podejmowanych decyzji.
- Ostatnią fazą postępowania powinno być monitorowanie przebiegu wdrożenia i ocena uzyskiwanych rezultatów. Autorzy HIA powinni się troszczyć o podjęcie tego rodzaju działań, także niezależnie

od monitorowania i oceny samej interwencji. Problemem jest możliwość pojawiania się zdrowotnych rezultatów z dużym opóźnieniem, a także trudności interpretowania zależności przyczynowych, zawsze bardzo złożonych, które prowadziły do obserwowanych skutków.

W większości faz HIA uczestniczą przedstawiciele wielu sektorów, branż i instytucji. W pewnym sensie jest to typowa cecha procedury, której zadaniem, niezależnie od poszukiwania odpowiedzi na pytania merytoryczne, jest uświadamianie istnienia skutków zdrowotnych powstających w wyniku wielu różnorodnych aktywności. Problemy w harmonizowaniu współpracy są następstwem odmiennego postrzegania wagi i znaczenia zdrowotnych konsekwencji. Z reguły tylko dla przedstawicieli władz reprezentujących sektor zdrowotny zdrowie jest traktowane jako priorytet, jako wartość, której w wielu okolicznościach należy podporządkowywać inne dobra. Dla wszystkich innych podmiotów sprawy związane z ich własną działalnością są postrzegane jako najważniejsze, a to, co dotyczy zdrowia, mieści się w nieostro zdefiniowanej sferze skutków ubocznych. W oczywisty sposób znaczenie im przypisywane jest mniejsze niż sprawom uznawanym za główne. Może to prowadzić do osłabiania argumentów przemawiających za koniecznością powstrzymania się od działań mogących przynieść negatywne zmiany w stanie zdrowia.

## ■ Efektywność HIA

Widomym znakiem skuteczności HIA jest jej oddziaływanie na proces decyzyjny. Opinia na ten temat może być formułowana dopiero wtedy, gdy decyzje – a przynajmniej proces do nich prowadzący – stały się faktem. Opinie wydawane wcześniej są bezprzedmiotowe. Zakładać bowiem należy, że osoby odpowiedzialne za HIA są zainteresowane skutecznością własnych aktywności i postępują tak, by osiągać cele procedury<sup>7</sup>.

W innej perspektywie czasowej lokują się kwestie przewidywania skutków zdrowotnych analizowanych interwencji. W tym przypadku przewidywanie w oczywisty sposób dotyczy zdrowotnych konsekwencji, które mogą wystąpić w przyszłości, ale wtedy nie można mówić o efektywności HIA. Fałszywe prognozy mogą się okazywać niekiedy bardziej skuteczne niż prawdziwe. Jeśli w prognozach uwzględnionych w HIA popełniono błędy, to ewentualna ocena dotyczy jakości HIA – rzetelności danych, kompetencji ekspertów – a nie efektywności procesu. Ta bowiem sprowadza się do cech relacji między HIA a procesem decyzyjnym, którego dotyczy, uwzględniając koszty związane z realizacją HIA.

Szanse i możliwości oddziaływania HIA zależą od sposobu organizowania samej procedury. Sposób powołania grupy tworzącej trzon zespołu realizującego HIA, jego umocowanie formalne, określenie zakresu swobody prowadzenia dociekań, pozyskiwania danych, wraz z inicjowaniem specjalnego ich pozyskiwania, zapewnienie finan-

<sup>7</sup> Przyjmując takie założenie, spotykane w piśmiennictwie, rozróżnienia na HIA prospektywne i retrospektywne, o którym była mowa we wcześniejszym fragmencie tekstu, nie wydają się uzasadnione w odniesieniu do oceny efektywności HIA.

sowania jego działań, sposoby nawiązywania współpracy i angażowania współpracowników z innych środowisk, troska o prestiż grupy i uznawanie wyników, wreszcie organizowanie wpływu na proces decyzyjny – wszystko to może wywierać wpływ na jakość i rezultaty HIA. Nie jest jednak pewne, czy należyte spełnienie wszystkich tych warunków jest rezultatem działań samej HIA, czy raczej ośrodków politycznych, które są zainteresowane pogłębioną analizą ich interwencji i występują z inicjatywą prowadzenia HIA. Możliwe są także sytuacje – cenne z punktu widzenia deklarowanych w polityce zdrowotnej wartości – w których środowiska zewnętrzne w stosunku do ośrodków władzy proponują i podejmują działania HIA. Jeśli niezależne pomysły znajdują poparcie wpływowych sił politycznych, przedsięwzięcie tego rodzaju może się stać ważnym elementem życia politycznego.

Sprawa efektywności HIA jest złożona i pojęcie ma – w oczywisty sposób – wiele aspektów. W literaturze przedmiotu wskazuje się aspekt efektywności bezpośredniej, ogólnej i alternatywnego zastosowania [30]. W ich koncepcyjnym precyzowaniu proponuje się posługiwanie dwoma pytaniami. Po pierwsze, czy w wyniku podjęcia procedur HIA w przebiegu procesu decyzyjnego, który był w polu zainteresowań HIA, nastąpiły jakiegokolwiek zmiany? Alternatywą byłby jego niezmienny przebieg – w przyjętych granicach, trudno bowiem przyjmować tezę o możliwości niezmiennego rozwijania się procesu. Po drugie, czy względ na konsekwencje zdrowotne, uważa poświęcana im przez decydentów były dostatecznie znaczące (*adequately acknowledged*)? Alternatywą byłoby „niedostateczne” uznanie rangi problemów zdrowotnych, co jest jednak tezą wieloznaczną. Może bowiem dotyczyć sytuacji, w której nie dostrzegano zdrowotnych konsekwencji, z racji ograniczeń wynikających ze stosowanych modeli teoretycznych lub braków informacyjnych, ale może być ona także następstwem oceny dokonanej przez decydentów, że znaczenie społeczne złych następstw zdrowotnych nie powinno być brane pod uwagę ze względu na treść rozważanych przedsięwzięć. Byłaby to sytuacja, w której badacz oceniałby postępowanie decydentów jako „nieadekwatne”, co nie musiałoby być zgodne z kryteriami przyjętymi w rzeczywistym procesie decyzyjnym.

W wielu przypadkach HIA wpływa na proces decyzyjny na tyle znacząco, że można mówić o bezpośrednim oddziaływaniu na jego przebieg, a sam wpływ może być oceniany w kategoriach efektywności bezpośredniej. Bezpośrednie, uchwytnie modyfikacje procesu decyzyjnego – niezależnie od tego, czego dotyczy – mogą polegać na zmianie przyjętych wcześniej ustaleń, na opóźnieniu rozpoczęcia realizacji programu lub opóźnieniu podejmowania różnych jego etapów, na zarzuceniu zamierzonej wcześniej realizacji programu zmian. Nie jest jednak jasne, czy o efektywności bezpośredniej można się wypowiadać tylko wtedy, gdy dochodzi do zmian w stanie zdrowia, czy sama modyfikacja procesu decyzyjnego jest warunkiem wystarczającym. Należy bowiem pamiętać, że nadrzędną racją HIA jest efekt zdrowotny i zgodnie z klasycznymi wzorcami oceny efektywności procesów instytucjonalnych on powinien być traktowany jako nad-

rzędne kryterium ewaluacji. Jednak z powodu bardzo skomplikowanego układu oddziaływań prowadzących do zmian w stanie zdrowia, a także bardzo długiego czasu, jaki upływa zwykle między zastosowaniem procedur HIA a odległymi następstwami zdrowotnymi, stosowane zdrowotne kryteriów w ocenach dotyczących efektywności może napotykać pewne trudności.

Może się zdarzać, że HIA nie wpłynęła na decyzje dotyczące analizowanej interwencji, ale można dostrzec i rejestrować zmiany, które zaszły w innych sektorach, które w jakikolwiek sposób znajdowały się pod wpływem HIA. Jakież zmiany w otoczeniu instytucjonalnym procesu HIA zaszły – najbardziej oczywista to rozszerzenie kręgu spraw obecnych w świadomości osób zaangażowanych w proces decyzyjny o kwestie dotyczące zdrowia i jego uwarunkowań. Założyć można, że zmiany, które nastąpiły, miały znaczenie pozytywne – choć nie jest to założenie konieczne. Można powoływać badania, z których wynika, że wpływ służący poprawie jakości administrowania jest często występującym i stosunkowo łatwo uchwytnym rezultatem stosowania HIA [31]. Tego rodzaju zmiany określa się jako poddające się ocenie z punktu widzenia efektywności ogólnej.

Istnieje także aspekt efektywności, który odnosi się do rodzaju motywacji przypisywanych inicjatorom HIA. Pojęcie efektywności oportunistycznej stosuje się w przypadkach, kiedy realizację HIA proponuje się w celu znalezienia wsparcia dla dokonanych wcześniej ustaleń dotyczących zamierzeń i sposobu wdrażania interwencji poddawanej analizie. Odmienne zatem, niż przy inicjowaniu „bezpstronnych” HIA, w omawianych sytuacjach HIA ma dostarczyć wyniki zgodne z przedstawionym wcześniej zamówieniem. Oportunistycznie mieliby postępować zarówno inicjatorzy, jak i wykonawcy HIA. Odczytywanie skrywanych motywów decydentów politycznych jest z reguły bardzo trudne i jest częściej rezultatem sympatii politycznych niżli analizy dostępnych informacji o faktach. Nie jest przy tym jasne, czy zastosowanie tego pojęcia – decyzja o jego użyciu musi być poprzedzana negatywną oceną racji, dla których HIA została podjęta – powinno następować wtedy, gdy proces HIA wykazał się bezpośrednią skutecznością i wywarł wpływ na kształt rozważanej interwencji, czy też okazał się w tym bezradny.

Nie zawsze HIA wpływa na przebieg procesu decyzyjnego. Niekiedy podmioty uczestniczące w decyzjach mogą zignorować sprawy dotyczące zdrowia. Zwłaszcza w okresach o szczególnym znaczeniu historycznym, w czasach dotkniętych kryzysem doraźne korzyści mogą wydawać się ważniejsze niż troska o zdrowie. Szczególnie szkody zdrowotne mogące wystąpić w oddalonej przyszłości mogą być potraktowane jako strata, która nie musi być brana pod uwagę w bieżących rozstrzygnięciach. Ustalenia dostarczane przez zwolenników HIA mogą być także odrzucone na mocy krytyki merytorycznej wartości dostarczonych dowodów. W takim położeniu znajdowali się przez lata zwolennicy tezy o groźbie globalnego ocieplania się klimatu – do czasu, kiedy większość badaczy potwierdziła podnoszone wcześniej obawy.



W sytuacjach, w których argumenty prozdrowotne nie wpłynęły na przebieg, a zwłaszcza rezultaty procesu decyzyjnego, można mówić o zerowej efektywności. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy wartości materialne, albo przyjemności, są do uzyskania w stosunkowo bliskim czasie, a pozytywne skutki zdrowotne miałyby być dostępne w odległej przyszłości. Zjawisko takie, jak generacyjny egoizm, który każe się przejmować bardziej bliskimi i uchwytymi własnymi profitami, niż korzyściami przyszłych pokoleń, może się przyczyniać do lekceważenia ostrzeżeń wynikających z HIA.

## ■ Problemy sektora prywatnego w HIA

W literaturze przedmiotu niejednokrotnie stwierdza się, że sprawy środowiska są przedmiotem częstego zainteresowania ze strony prywatnego sektora.

W analizach problemów ekosystemu w Toskanii prywatne instytucje były włączane do prac na równi z publicznymi [33]. Podobnie działo się na Litwie, gdzie w realizacji programów prócz jedenastu instytucji publicznych uczestniczyło dziewięć instytucji z sektora prywatnego [34]. Prywatna instytucja oceniała zdrowotne skutki budowania autostrady we Włoszech, na Litwie osiem prywatnych firm otrzymało rządowe zlecenia prowadzenia nadzoru nad stanem środowiska [32].

W czasie konsultacji dotyczących interwencji podejmowanych w polityce rolnej Słowenii przedstawiciele sektora prywatnego, który na wsiach odgrywał znaczącą rolę, byli konsultowani jako pełnoprawni partnerzy [35]. Reprezentanci prywatnego sektora byli analogicznie traktowani w Szwecji, w trakcie konsultacji dotyczących zmian w polityce drogowej [36]. Rozbudowa i zmiany dotyczące prywatnych domów na terenie jednej z dzielnic w Finlandii także były przedmiotem uzgodnień z ich właścicielami. Udział prywatnych właścicieli takich instytucji, jak hotele czy banki, w procesach HIA był formułowany w czasie inicjatyw podejmowanych na Węgrzech. Wpływ prywatnego transportu na sytuację w rejonie Alp był poważnie brany pod uwagę [38]. Podkreślano wtedy także wartość angażowania firm prywatnego sektora w analizę służącą HIA. W Hiszpanii inicjatywy ochrony środowiska pracy przed dymem tytoniowym – a więc i zdrowia pracowników – wyszły ze strony instytucji prywatnej [39].

## CZĘŚĆ DRUGA

### ■ Sytuacja HIA w Unii Europejskiej

Aprobowany w ramach UE sposób traktowania spraw zdrowia w szerszej perspektywie, z wyraźnym współistnieniem z innymi politykami i interwencjami, tworzył dogodny klimat do budowania narzędzi systematycznej oceny konsekwencji zdrowotnych. Sprzyjało to promowaniu różnych form procedur oceniających, choć niekoniecznie HIA [40]. Kolejne dyrektywy wprowadziły obligacje dla krajów członkowskich stosowania procedur dotyczących środowiska, czyniąc z nich „oficjalnie aprobowane metody postępowania”. W jednej z nich znalazło się sformu-

lowanie „polityka wspólnotowa w dziedzinie środowiska ma się przyczyniać, między innymi, do zachowania, ochrony i poprawy jakości środowiska, ochrony zdrowia ludzkiego oraz ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych” [41]. Obowiązek oceny miał dotyczyć licznych programów przygotowanych dla rolnictwa, leśnictwa, rybołówstwa, energetyki, przemysłu, transportu, gospodarki odpadami, gospodarki wodnej, telekomunikacji, turystyki, planów zagospodarowania przestrzennego lub użytkowania gruntu. Bez trudności na liście tej można znaleźć zagadnienia, które powinny być traktowane także jako bezspornie należące do sfery zainteresowań HIA, choć sama dyrektywa była przygotowana z punktu widzenia rozwiązywania problemów środowiskowych. Konceptyjnie HIA bardzo dobrze nadaje się jako ujęcie umożliwiające zintegrowane traktowanie różnorodnych, pozornie odległych od siebie interwencji, które łącznie może prowadzić do osiągnięcia zamierzonego, albo uniknięcia skutków niepożądanych [42].

W praktyce UE zasada dokonywania ocen wpływu (*impact assessment*) podejmowanych inicjatyw i interwencji na różne aspekty życia społecznego i ekonomicznego jest stosowana coraz częściej. Komisja Europejska przygotowała kilka, kolejno udoskonalanych, zasad oceny wpływu różnych interwencji na sytuację społeczną obywateli Unii [43]. Ocena powinna być stosowana powszechnie i w sposób jawny, co miało dotyczyć także sytuacji, w których inicjatywa została oceniona negatywnie. Należy jednak zauważyć, że na liście raportów, w których miano oceniać wpływ interwencji w różnych dziedzinach, nie uwzględniono zdrowia lub kryteriów zdrowotnych [44]. Jeden z autorów pisał w 2007 r., że stosowanie procedur pozwalających oceniać wpływ różnych interwencji na otoczenie społeczne i ekonomiczne oraz środowisko naturalne stało się codziennością, a nawet priorytetową praktyką wśród unijnych organów. Skutki zdrowotne są uwzględniane i traktowane jako integralny element postępowania [45]. Na marginesie można zauważyć, że o ile we wcześniejszych okresach w zdrowiu wykorzystywano ujęcia wypracowane w ewaluacji innych obszarów, o tyle później ogólne postulaty dotyczące oceny formułowano także przy okazji stawiania spraw zdrowia, jak to się działo w dyskusji towarzyszącej opracowywaniu strategii zdrowotnej [46]. Podkreślić jednak należy, że – choć sprawa dotyczyła dokumentu na temat zdrowia – proponowane metody postępowania ewaluacyjnego wykraczały poza zasady HIA.

### ■ Nowe perspektywy

Sytuacja HIA jako swoistej strategii postępowania zaczęła się zmieniać na początku XXI wieku, a więc wtedy, gdy rozwój tej idei w wielu krajach, także w krajach członkowskich UE, był już zaawansowany. W 2001 r. rozpoczęto projekt, którego celem miało być opracowanie wytycznych mających zastosowanie przy wykorzystywaniu HIA. Wkrótce potem opublikowano tekst na temat wykorzystywania HIA w aktywnościach unijnych [47]. Warto zauważyć, że informacja ta znalazła się na końcu specjalnego wydania „Bulletin of the World

Health Organization”, w całości poświęconego tematyce HIA [42]. Fakt, że miejscem publikacji był organ WHO, tylko częściowo może wyjaśniać niską pozycję przyznaną wysiłkom podejmowanym przez UE, można raczej przypuszczać, że pozycja HIA w UE dopiero zaczynała być doceniana.

W opracowaniu przedstawiono listę najważniejszych pytań, które muszą być zadane przed próbami wykorzystywania koncepcji HIA. Pytania postawione w tekście, po modyfikacji, zaprezentowano w **Tabeli I**.

W tekście przypomniano i podkreślono, że HIA jest tylko narzędziem, a jego wartość może być wykazana wyłącznie poprzez sensowne stosowanie. Kwestia, czy HIA posłuży bardziej racjonalnemu, otwartemu na różne aspekty społeczne podejmowaniu decyzji w różnych dziedzinach, pozostawała otwarta.

Jednym z uchwytnych przejawów doceniania HIA były treści zawarte w planie pracy na 2003 r. [48]. W tym dokumencie, pozostającym w związku z nowym wspólnotowym programem zdrowia publicznego na lata 2003–2008, podkreślono znaczenie rozwoju koncepcji HIA – wskazanej *explicitie* – i rozszerzenia zakresu jej zastosowań. Postulowano, by instytucje unijne, a także instytucje w krajach członkowskich wspierały prace służące wzrostowi popularności HIA, takie jak wytyczne i listy kontrolne, sprzyjały uruchamianiu projektów pilotażowych i wspierały wspólne działania w ramach innych polityk Wspólnoty. Rozwój HIA został uznany za jeden z obszarów priorytetowych. Co więcej, koncepcję tę potraktowano jako jedną z idei, która powinna być obecna, czy przenikać, wszystkie inne programy rozwijane w unijnych politykach zdrowotnych, a także społecznych (*cross-cutting themes*).

## Wzmocnienie inicjatyw

Rok później został opublikowany zbiór zasad określających – postulujących – sposób postępowania przy stosowaniu HIA [49]. Był to rezultat projektu, o którym była mowa wyżej. W analizie zastosowano następujące

grupy czynników warunkujących stan zdrowia – dziedziny, w których interwencje mogły wywoływać następstwa zdrowotne. Wymieniono tam:

- czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturalne i warunki środowiska naturalnego;
- warunki życia i fizyczne warunki środowiska pracy;
- czynniki społeczne i cechy społeczności;
- cechy indywidualnego stylu życia;
- czynniki biologiczne.

W opracowaniu przypomniano, że stosowanie HIA jest – powinno być – działaniem, w które są zaangażowane różne podmioty, zarówno uczestniczące w interwencji, jak i te, których sytuacja może być kształtowana wskutek podjętych działań. Szczegółowa lista zainteresowanych podmiotów jest zależna od konkretnej sytuacji – gdzie i jaka interwencja ma być podjęta – ale możliwe jest wskazanie ogólnych ich typów. Listę podmiotów wskazanych w opracowaniu przedstawiono w **Tabeli II**.

W związku z decyzją o rozszerzeniu Unii i przyjęciu w jej poczet 12 nowych państw zaproponowano wykorzystanie idei HIA do oceny sytuacji w tych krajach [50]. Było oczywiste, że w podejmowanych w przeszłości decyzjach sprawa odległych skutków zdrowotnych była całkowicie pomijana. Autorzy zaproponowali więc szkic doraźnej oceny, a także sugerowali bardziej systematyczne wykorzystywanie HIA w przyszłości. Można jednak zauważyć, że opinie autorów były nie do końca uzasadnione, bo w tym samym czasie w krajach przechodzących transformację i aspirujących do członkostwa w UE prowadzono analizy z zastosowaniem HIA [51, 52].

W 2006 r. Rada Europejska sformułowała wnioski mające zastosowanie we wszystkich przedsięwzięciach związanych z ideą „Zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*) [53]. Idea została wywiedziona z wieloczynnikowych modeli uwarunkowań zdrowotnych. Przy poszukiwaniu obszarów, w których zmiany mogły wywoływać skutki zdrowotne, konieczne było posługiwanie się takimi modelami. We wnioskach rady zachęcono rządy krajów członkowskich do wykorzystywania metod HIA we wszystkich sytuacjach, gdy

Pytanie	Odpowiedzi
Kiedy?	Przed interwencją – prospektywne; po interwencji – retrospektywne
Jaka technika?	Lista kontrolna ( <i>checklist</i> ), wzór praktyki ( <i>guidelines</i> ), studium przypadku ( <i>individual study</i> ), naukowa ocena
Kto?	Urzednicy, badacze, grupy niezależne
Sposób ujęcia?	Tylko HIA, HIA plus inne ujęcia (np. EIA)
Kto jest grupą odczuwającą skutki interwencji?	Cała populacja, wybrana grupa
Czy zwraca się uwagę na zróżnicowane sytuacje grup?	Tak, nie, w niektórych sprawach
Kto jest odbiorcą wyników HIA?	Decydenci, opinia publiczna, wybrana grupa
Czy udziałowcy ( <i>stakeholders</i> ) są zaangażowani?	Tak, nie, niektórzy, przy niektórych sprawach
Gdzie są potrzebne informacje?	Rutynowa statystyka, dostępne wyniki przeprowadzonych badań, konieczność przeprowadzenia badań

**Tabela I.** Pytania dotyczące HIA.

Źródło: na podstawie [47].

Typ podmiotu ( <i>stakeholder</i> )	Przykład podmiotu
Regulacyjna instytucja zdrowotna	Ministerstwo zdrowia
Instytucja proponująca interwencję	Ministerstwa inne niż ministerstwo zdrowia
Instytucja wywierająca wpływ na treść lub przebieg interwencji	Ministerstwa inne niż ministerstwo zdrowia, inne instytucje mogące wywierać wpływ
Władze różnych szczebli	Władze lokalne, zależnie od struktury administracyjnej
Partnerzy społeczni	Związki zawodowe, organizacje profesjonalne
Organizacje pozarządowe	Organizacje pacjentów, organizacje zajmujące się prawami ludzi, także pacjentów

**Tabela II.** Podmioty zainteresowane HIA.

Źródło: [49].

możliwe jest wystąpienie zdrowotnych skutków, jako zamierzonych lub niezamierzonych rezultatów podjętych interwencji. Aspektem, na który władze powinny zwracać szczególnie uwagę, były kwestie nierówności w zdrowiu. W każdej interwencji przynoszącej pogorszenie w tej dziedzinie – wzrost nierówności albo brak poprawy, kiedy byłaby możliwa – rezultat zastosowania HIA powinien prowadzić do wydania oceny negatywnej, a w końcu odrzucenia propozycji interwencji.

### Obszary zainteresowań

W 2007 r. opublikowano raport będący zwieńczeniem unijnego projektu Efektywność – „Effectiveness of Health Impact Assessment”, w którym dokonano zestawienia doświadczeń krajów członkowskich związanych ze stosowaniem tej koncepcji. Okazało się, że wymiana informacji o osiągnięciach – ale także o trudnościach – ujawnianych w rezultacie korzystania z HIA, jest bardzo interesująca. Można było odnieść wrażenie, że unijna metoda odwoływania się do wzorów dobrej praktyki w pełni potwierdziła swoją przydatność. Listę przypadków opisanych w raporcie przedstawiono w Tabeli III.

W 2007 r. uruchomiony został program „Dynamo HIA”, w którym uczestniczyło blisko dziesięć instytucji badawczych z krajów unijnych, a także, indywidualnie, kilkanaście osób<sup>8</sup>. Celem przedsięwzięcia było poszukiwanie, raczej potwierdzanie, związków między intencjonalnie wywołanymi zmianami w różnych sferach życia i ich następstwami w sferze zdrowia. Ideałem byłoby ustalanie liczbowej wartości istniejących związków tak, aby było możliwe ich wykorzystywanie w modelowaniu opisywanych i przewidywanych procesów. Celem projektu było wypełnianie luki, jaka się pojawiała w rozumowaniach HIA, ze względu na często zbyt słabe potwierdzenie siły zachodzących związków. Zamierzano się skupić na problemie palenia papierosów, nadwagi, picia alkoholu, chorób układu krążenia, nowotworów. Rezultaty miały być udostępniane w postaci oprogramowania komputerowego.

Planowanie i rozwój przestrzeni miejskiej (grupy marginalizowane) – Anglia
Rewitalizacja środowiska naturalnego (uczestnictwo społeczności) – Włochy
Lokalna sieć transportowa (zmiana przepisów) – Litwa
Współpraca międzysektorowa w planowaniu miejskim – Holandia
Ochrona jakości powietrza w lokalnych społecznościach – Irlandia Północna
Troska o jakość żywności: programy agrokulturowe – Słowenia
Udział sektora prywatnego w programach eliminacji palenia papierosów w miejscu pracy – Hiszpania
Przebudowa (udoskonalenie) połączeń drogowych – Szwecja
Angażowanie obywateli w procesy decyzyjne – Walia
Planowanie wykorzystywania (przeznaczenia) ziemi – Finlandia
Budowa i rozszerzanie terenu lotniska – Niemcy
Lokalizacja masztów telefonicznych i radiowych – Polska
Wpływ transportu na otoczenie – Austria, Francja, Malta, Holandia, Szwecja, Szwajcaria
Zdrowotne i ekonomiczne skutki programów promocji zdrowia – Dania
Eliminacja barier architektonicznych (przestrzennych) – Węgry
Ruch drogowy i transport na szczeblu lokalnym – Irlandia
Ochrona jakości atmosfery – Szwajcaria

**Tabela III.** Doświadczenia krajów UE w stosowaniu HIA.

Źródło: [22].

W drugim wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 podjęto sprawę przewidywania zagrożeń zdrowia oraz kompleksowego reagowania i stwierdzono: „Podstawowymi czynnikami ochrony zdrowia ludzkiego są zasady zapobiegania i ocena ryzyka, powinny więc one być ściślej zintegrowane z innymi dziedzinami polityki i działaniami Wspólnoty” [54], co było oczywistym nawiązaniem do wcześniejszych i późniejszych postanowień traktatowych. Otwie-

<sup>8</sup> Z Polski w projekcie bierze udział prof. Witold Zatoński; DYNAMO-HIA project (DYNAMIC MOdel for Health Impact Assessment), <http://www.dynamo-hia.eu/root/o14.html>.

rało to perspektywy zajęcia przez HIA bardziej znaczącego miejsca w aktywnościach UE.

UE stara się popularyzować stosowanie HIA na własny użytek, ale uczestniczy także w promowaniu tej idei przez innych. W kwietniu 2010 r. wysocy rangą przedstawiciele UE brali udział w międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez International Association for Impact Assessment (IAIA) [55]. Konferencja była poświęcona planowaniu i organizowaniu przestrzeni miejskiej w cyklu dyskusji na temat przechodzenia do gospodarowania przyjaznego środowisku „Transitioning to a Green Economy”. Dyskutowano o sprawach zabudowy mieszkaniowej, transportu i obszarów przemysłowych, ze zwróceniem uwagi na gospodarkę źródłami energii – benzyny (oleju napędowego), gazu, kopalin i ich wydobycia. Występujący w imieniu UE przedstawiciel Hiszpanii, sprawującej prezydencję, poinformował o doświadczeniach swojego kraju w stosowaniu HIA, traktując to jako przykład dla innych, a także o fakcie wprowadzonego obowiązku stosowania tej metody.

### ■ Dynamika stosowania HIA

Przegląd inicjatyw, które były podejmowane na szczeblu UE w sprawie wykorzystywania HIA, wskazuje, że pojawiały się one, ale rzadko i najczęściej nie wyzwały dużej energii, która prowadziłaby do zmiany sytuacji. Kontrastowało to z uwagą poświęcaną HIA przez inne organizacje, takie jak WHO. Opinia, zgodnie z którą intensywność korzystania z koncepcji HIA w ramach UE – nie chodziło o poszczególne kraje, ale raczej o inicjatywy wspólne – była formułowana przez wielu obserwatorów [56]. W jednym z tekstów napisano: „Ujęcia HIA są zbyt rzadko stosowane przez Komisję Europejską, a odwoływanie się do HIA nie jest obowiązkiem nałożonym na kraje członkowskie, tak jak stosowanie ocen środowiskowych”. Autorzy twierdzą, że posługiwanie się kategorią „społecznego wpływu” (*social impact*) może być – jako zbyt ogólne – niewystarczające. Ilustracją niech będzie fakt, że w 73 raportach, spośród 137 przygotowanych przez komisję, które zostały poddane analizie, słowo *health* nie było w ogóle wymienione. Przy takiej praktyce szanse brania pod uwagę skutków zdrowotnych są znikome. Autorzy sugerowali, że to niewystarczające kompetencje wysokich urzędników zajmujących się sprawami zdrowia mogą wyjaśniać lekceważenie HIA. Chodzi o ograniczoną umiejętność dostrzegania zależności między procesami zachodzącymi w różnych sektorach, co jest punktem wyjścia w inicjowaniu strategii HIA.

### Przykład: prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Przykładem interwencji w sektorze prywatnym były unijne ustalenia dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego. W zdecydowanej większości krajów unijnych funkcjonują instytucje publiczne, ale w polityce Unii wspierano także instytucje prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Idea dobrowolnych ubezpieczeń była wyraźnie łączona z koncepcją swobody inicjatywy gospodarczej i swobodnego przepływu kapitału, otwierając każdemu podmiotowi możliwości podjęcia działalności na terytorium krajów unijnych, choć pozostawały różne wątpliwości interpretacyjne [57]. Stopniowo modyfikowane dyrektywy zwiększały możliwości organizowania tego rodzaju działalności i zachęcały prywatne podmioty do wchodzenia w aktywności związane z finansowaniem działań w tej sferze<sup>9</sup>. Niewątpliwie bodźcem do wzrastającego zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi był rozwój transgranicznej opieki zdrowotnej [58]. W 2009 r. przyjęta została dyrektywa kodyfikująca wcześniejsze zasady uprawiania aktywności ubezpieczeniowej [59]. Specjalna sekcja została poświęcona ubezpieczeniom zdrowotnym. Uwaga autorów dyrektywy koncentrowała się na zagwarantowaniu warunków uczciwej konkurencji i zapobieganiu uzyskiwaniu nieuczciwych zysków. Uznano zapewne, że utrudnianie chętnym dostępu do ubezpieczeń prywatnych może prowadzić do negatywnych następstw zdrowotnych, a zatem – zgodnie z celem HIA – nie powinno się ograniczać ich rozwoju, aby nie generować negatywnych skutków zdrowotnych.

### ■ Zakończenie

W prowadzeniu racjonalnej polityki zdrowotnej potrzebne jest wsparcie naukowe. HIA zdobyła sobie w ostatnich latach rosnącą popularność, oferując taką możliwość i dostarczając motywacji oraz instrumentarium. Oczekiwania wobec oceny rezultatów zdrowotnych są duże: HIA ma być gwarancją uzasadnionych decyzji, angażując przy tym zainteresowane podmioty, zgodnie z postulatem partycypacji.

Należy jednak postawić pytanie, w jakim stopniu oczekiwania wobec HIA mogą być spełnione, zwłaszcza w odniesieniu do racjonalności naukowej? Sama obietnica robi wrażenie, że pochodzi z tradycji oświeceniowej, a – używając innej terminologii – z epoki nowoczesnej, kiedy z ustaleniami naukowymi wiązano bardzo duże nadzieje [60]. Przydatność HIA jest w decydującym stopniu uzależniona od rzetelności ustaleń naukowych, wykorzystywanych do budowy scenariuszy. Rozpatrując

<sup>9</sup> European Communities (1973). *First Council Directive 73/239/EEC of 24 July 1973 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance*. „OJEC” L 228 (16 August 1973): 3–19; European Communities (1988). *Second Council Directive 88/357/EEC of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC*. „OJEC” L 172 (4 July 1988): 1; European Communities (1992). *Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (Third non-life insurance directive)*. „OJEC” L 228 (11 August 1992): 1–23.

zakres branych pod uwagę procesów, spełnienie wymogu rzetelności jest trudne.

Polityka zdrowotna próbowała wyciągać wnioski z ograniczeń, uwzględniając element gry i niepewności w procesie politycznym, z którym decyzje zdrowotne są nieuchronnie związane. Demokratyzacja procesów decyzyjnych i podkreślenie znaczenia szerokiej partycypacji jeszcze bardziej osłabiły wpływ profesjonalistów medycznych. W HIA akceptuje się zasadę uczestnictwa, ale próbuje się ją łączyć z poszanowaniem dowodów naukowych. Wydaje się, że podobne ujęcie akceptuje się w działaniach UE i być może ta dwoistość – trudna do pogodzenia w praktyce politycznej – sprawia, że intensywność wykorzystywania HIA w unijnej praktyce była dotychczas ograniczona. Nie można także wykluczyć wpływu grup nacisku, zainteresowanych podejmowaniem inicjatyw, które – deklaratywnie – mają się przyczyniać do rozwiązywania problemów w taki sposób, aby zdrowiu nie szkodzić, a w rzeczywistości mogą prowadzić do skutków niepożądanych [61]. Ujawnienie możliwości zaistnienia negatywnych następstw mogłoby zmobilizować opinię publiczną przeciwko projektowi, a w rezultacie do jego zarzucenia.

W publikacjach dotyczących stosowania HIA w UE stosunkowo wcześniej zaczęto formułować postulaty dotyczące wzmocnienia instytucjonalnego zaplecza promującego i stosującego HIA na poziomie Wspólnoty [62]. Po pierwsze, sugerowano zmiany legislacyjne, które wprowadziłyby obowiązek stosowania HIA jako specyficznej metody, analogicznie do zaleceń dotyczących ochrony środowiska, a obywatele mogliby się domagać wiedzy o wynikach przeprowadzonych ocen. Po drugie, postanowienia artykułu 152 Traktatu Amsterdamskiego (obecnie 168)<sup>10</sup> powinny być przeformułowane tak, aby HIA była wymieniona *explicite*. Wprowadzenie takiej zmiany musiałoby być uzupełnione merytorycznym wzmocnieniem kadr w organach Unii. Po trzecie, punkt odniesienia ocen powinien być rozszerzony, obejmując wiele zagadnień zdrowia publicznego i ta perspektywa powinna być uwzględniona w dokumentach poświęconych strategii zdrowotnej UE. Autorzy twierdzili bowiem, że praktyka HIA skupiała się dotychczas na procesach zależnych od systemu zdrowotnego, co uznali za błędne. Po czwarte, rozszerzenie zadań dotyczących stosowania HIA powinno być wystarczająco finansowane, co powinno się wiązać z uznaniem tej aktywności za funkcję priorytetową. Od czasu, kiedy zalecenia zostały ogłoszone, niewiele się zmieniło, praktycznie żadne nie zostało zrealizowane, co doprowadziło do niesatysfakcjonującego stanu rzeczy.

Próbując wyjaśniać czynniki przyczyniające się do ograniczonego wykorzystywania HIA, należy się odwołać także do ustaleń dotyczących barier stających na przeszkodzie w stosowaniu tej metody. Badacze stwierdzili, że można wskazać trzy źródła słabości: (a) brak zdecydowanego przywództwa osób lub instytucji, które promowałyby ideę HIA, (b) wątpla integracja grup

zaangażowanych w HIA z istniejącymi i działającymi strukturami organizacyjnymi, (c) brak stałej i możliwie partnerskiej współpracy między głównymi interesariuszami, których mogą dotyczyć planowane interwencje [63]. Sądzę, że wszystkie te czynniki wywierały – i nadal wywierają – wpływ na rozwój sytuacji w UE.

Niezależnie jednak od stosunkowo słabej pozycji HIA wśród inicjatyw podejmowanych na szczeblu UE poszczególne kraje robią w tej dziedzinie bardzo dużo. Uwaga poświęcana prywatnemu sektorowi i jego wpływowi na sprawy zdrowia – potencjalnemu i rzeczywistemu – jest bardzo duża. Otwiera to dobre perspektywy tak przed instytucjami sektora prywatnego, jak i przed zdrowiem obywateli krajów UE.

### Abstract:

#### *Concept of Health Impact Assessment and its application in European Union. Private sector dimension*

**Key words:** Health Impact Assessment, UE, health policy, private sector

According to the WHO definition Health Impact Assessment (HIA) refers to "procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of the population and the distribution of those effects within the population". HIA has emerged from weather forecasts and is finding much broader use. It helps to identify the factors, which have a potential impact on health. HIA may be relevant for all sectors to determine the effects, also unintentional, of their policies and actions on health and it has the potential to bring greater transparency to the decision-making process. Usually, it is very important to be able to foresee future health related effects, also by clarifying the nature of trade-offs in policy. Comparing and judging wanted and unwanted results is essential to choose a possibly best alternative and avoid harm.

In European Union where modern tools to rationalize decision making process are broadly accepted HIA has been welcomed, at least in declarations. Although some approaches to assess actions targeted at environment have been formalized and are binding, but others, including HIA, still depend on good will of partners involved. Both member countries and institutions are a bit reserved to use HIA. Insufficient popularity of HIA may result from scarce educational opportunities but also from deficit in well grounded scientific evidence.

### Piśmiennictwo:

1. NHS Executive, *A Short Guide to Health Impact Assessment, Informing Healthy Decisions, Commissioned by NHS Executive*. London, August 2000. [www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf](http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf).
2. Gagnon F., Turgeon J., Dallaire C., *Healthy public policy: A conceptual cognitive framework*. „Health Policy” 2007; 81, 1: 42–55.
3. Traktat z Maastricht. <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>.
4. Rayner M., *European Union policy and health*. „British Medical Journal” 1995; 311(7014): 1180–1181.
5. WHO, *Definitions of HIA*. [who.int/hia/about/defin/en/index.html](http://who.int/hia/about/defin/en/index.html).

<sup>10</sup> Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie 13 grudnia 2007 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:306:0042:0133:PL:PDF>, por. też Traktat o Unii Europejskiej – Traktat z Lizbony (wersja skonsolidowana), [http://www.sto.com.pl/spistresci/TUE\\_poLiz.pdf](http://www.sto.com.pl/spistresci/TUE_poLiz.pdf).

6. Birley M., *The health impact assessment of development projects*. HMSO, London 1995. [who.int/hia/about/defin/en/index.html](http://who.int/hia/about/defin/en/index.html).
7. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999. [http://www.hiaconnect.edu.au/files/Gothenburg\\_Consensus\\_Paper.pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/Gothenburg_Consensus_Paper.pdf).
8. *Health Impact Assessment Guidance*. Published by The Institute of Public Health in Ireland, 2006. [www.publichealth.ie/files/file/Health\\_Impact\\_Assessment\\_Guidance.pdf](http://www.publichealth.ie/files/file/Health_Impact_Assessment_Guidance.pdf).
9. Joffe M., Mindell J., *Health Impact Assessment*. „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2005; 62(12): 907–912.
10. Elliott I., *Health Impact Assessment, an introductory paper*. The Institute of Public Health in Ireland September 2001. [http://www.publichealth.ie/files/file/HIA\\_introduutory\\_paper.pdf](http://www.publichealth.ie/files/file/HIA_introduutory_paper.pdf).
11. Bubak A., Nowak W., „Buzz” around electromagnetic fields: lengthy environmental HIA in Poland, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 225–236.
12. Kelly M.P., Morgan A., Bonnefoy J., Butt J., Bergman V., *Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health From Measurement and Evidence Knowledge Network*. October 2007. s.10. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf).
13. Blau J., et al., *The use of HIA across Europe*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 37–55.
14. Dannenberg A.L., Bhatia R., Cole B.L., Heaton S.K., Feldman J.D., Rutt C.D., *Use of Health Impact Assessment in the U.S. 27 Case Studies, 1999–2007*. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=60060>.
15. Elliott I., *Policy context for HIA in Ireland and Northern Ireland*. Institute of Public Health in Ireland, 16.11.2002. <http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Policy%20context.pdf>.
16. *Impact HIA Reports*. University of Liverpool. [http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT\\_HIA\\_Reports.htm](http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm).
17. *WHO Other impact assessments*, 2008. [www.who.int/hia/tools/other\\_1A](http://www.who.int/hia/tools/other_1A).
18. Lorenz E., *Does the flap of a butterfly wing set off a tornado in Texas*. Obituary: Edward N. Lorenz ScD '48, The Tech, on line edition, Volume 128, Issue 20: Friday, April 18. 2008, <http://tech.mit.edu/V128/N20/lorenzobit>.
19. Will S., Ardern K., Spencely M., Watkins S., *A prospective health impact assessment of the proposed development of a second runway at Manchester International Airport*. Written submission to the public enquiry. Manchester and Stockport Health Commissions 1994.
20. Scott-Samuel A., *Health Impact Assessment: An Idea whose Time has come*. „British Medical Journal” 1996; 313 (7051): 183–184.
21. *Zdrowie 21*. CIOZ, Warszawa 2001.
22. Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007.
23. Mindell J.S., Boltong A., Forde I., *A review of health impact assessment frameworks*. „Public Health” 2008; 122 (11): 1177–1187.
24. *Rapid Health and Equality Impact Assessment (HEqIA) of Mersey Care NHS Trust's Outline Business Case for Mental Health and Learning Disability Services*. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=54739>.
25. *Integrated Impact Assessment in Northern Ireland*, 18.02.2004. [www.ofmdfmi.gov.uk/ia/pdfs/sustainability.pdf](http://www.ofmdfmi.gov.uk/ia/pdfs/sustainability.pdf).
26. *Improving Assessment of the Environment in Impact Assessment. A project under the Framework contract for economic analysis ENV.G.1/FRA/2004/0081*. Institute for European Environmental Policy Final Report, Draft, January 2007. [www.ecologic-events.de/eu-impact-assessment/en/documents/Env\\_in\\_IA\\_Final\\_Report.pdf](http://www.ecologic-events.de/eu-impact-assessment/en/documents/Env_in_IA_Final_Report.pdf).
27. Salay R., Paul Lincoln P., *The European Union and Health Impact Assessments Are they an unrecognised statutory obligation?* National Heart Forum, September 2008. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=54650>.
28. Dannenberg A.L., et al., *Growing the Field of Health Impact Assessment in the United States: An Agenda for Research and Practice*. „American Journal of Public Health” 2006; 96 (2): 262–270.
29. Scott-Samuel A., Birley M., Ardern K., *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Liverpool: Merseyside Health Impact Assessment Steering Group, published by the International Health IMPACT Assessment Consortium (second edition) 2001. <http://www.ihia.org.uk>.
30. Wismar M., Blau J., Ernst K., *Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 15–33.
31. Elliott E., Francis S., *Making effective links to decision-making: Key challenges for health impact assessment*. Science direct. [www.sciencedirect.com/science/](http://www.sciencedirect.com/science/)
32. Wismar M., Blau J., *Implementing and institutionalizing HIA in Europe*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 57–80.
33. Siliquini R., Nante N., Ricciardi W., *Ecosystem revitalization: community empowerment through HIA in Tuscany*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*, The Crommwell Press, Wilts 2007: 94–103.
34. Stricka M., Zurlyte I., Grabauskas V., *A local-level HIA in the transport sector: following legal requirements in Lithuania*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J.

- (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 105–114.
35. Gabrijelcic-Blenkus M., Scagnetti N., *Using intersectoral network towards the adoption of the Common Agriculture Policy: an HIA on the Food and Nutrition Action Plan in Slovenia*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 137–146.
  36. Knutsson I., Linell A., *HIA speeding up the decision making process: the reconstruction of the route 73 in Sweden*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 161–176.
  37. Nelimarkka K., Kauppinen T., Perttila K., *A participative social impact assessment at the local level: supporting the land-use planning process in Finland*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 191–206.
  38. Von Bremen K., *Moving towards the development of an HIA methodology: the effect of air pollution in Ticino, Switzerland*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 283–290.
  39. Barroso F., *A private HIA initiative: free-smoke work place policy in Spain*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 147–160.
  40. Council Directive 97/11/EC of 3 March 1997 amending Directive 85/337/EEC on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment. „Official Journal” NO. L 073, 14.03.1997 P. 0005. <http://ec.europa.eu/environment/eia/full-legal-text/9711>.
  41. Dyrektywa 2001/42/we Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko, L 197/30 Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich 21.7.2001.
  42. „Bulletin of the World Health Organization” 2003; 81 (6). <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/pdf>.
  43. Commission Impact Assessment Guidelines. [http://ec.europa.eu/governance/impact/commission\\_guidelines/commission\\_guidelines\\_en.htm](http://ec.europa.eu/governance/impact/commission_guidelines/commission_guidelines_en.htm).
  44. 2010 impact assessment (IA) reports. [http://ec.europa.eu/governance/impact/ia\\_carried\\_out/cia\\_2010\\_en.htm](http://ec.europa.eu/governance/impact/ia_carried_out/cia_2010_en.htm).
  45. Forward R.M., w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: s.xiii. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98283/E90794.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf).
  46. Commission Staff Working Document, *Accompanying document to the White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013 Impact Assessment (COM(2007) 630 final)*. Brussels, 23.10.2007. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/company/docs/modern/sec2010\\_669\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/company/docs/modern/sec2010_669_en.pdf).
  47. Hubel M., Hedin A., *Developing health impact assessment in the European Union*. „Bulletin of the World Health Organization” 2003; 81 (6): 463–464. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/hubel.pdf>.
  48. Community action in the field of public health (2003–2008) Work Plan 2003. [http://health.osf.lt/downloads/news/08WP\\_2003\\_en.pdf](http://health.osf.lt/downloads/news/08WP_2003_en.pdf).
  49. *European Policy Health Impact Assessment – A Guide*, May 2004. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a6\\_frep\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf).
  50. Lock K., McKee M., *Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2005; 59: 356–360. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733092/pdf/v059p00356.pdf>.
  51. Gulis G., *Health impact assessment in CEE region: case of the former Czechoslovakia*. „Environmental Impact Assessment Review” 2004; 24 (2): 169–175.
  52. Lock K., Gabrijelcic-Blenkus M., Martuzzi M., Otorepec P., Kuhar A., Robertson A. et. al., *Conducting an HIA of the effect of accession to the European Union on national „agriculture and food policy in Slovenia”*. „Environmental Impact Assessment Review” 2004; 24 (2): 177–188.
  53. Council of the European Union. Council Conclusions on Health in All Policies. Brussels: Council of the European Union, 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006. [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/91929.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/91929.pdf).
  54. Decyzja Nr 1350/2007/we Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 301/3, 20.11.2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:PL:PDF>.
  55. Health Impact Assessment (HIA) Conference: *Urban development and extractive industries: What can HIA offer?* <http://www.who.int/hia/conference/en/index.html>.
  56. Salay R., Lincoln P., *Increasing the use of health impact assessments: Is the environment a model?* <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/Salay%20v15n2.pdf>.
  57. Thomson S., Mossialos E., *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*. „Working Paper” No. 4/2006, November 2006. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/regulating.pdf>.
  58. *Cross-border health services in the EU. Analytical report*, June 2007. [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf).

59. Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:335:0001:0155:en:PDF>.
60. Bauman Z., *Płynna nowoczesność*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007.
61. Metcalfe O., Higgins C., *Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone?* „Public Health” 2009; 123 (4): 296–301. <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls1.icm.edu.pl+10100112134803047.pdf>.
62. Salay R., Lincoln P., *Health impact assessments in the European Union*. „The Lancet” 2008; 372 (9641): 860–861.
63. Ahmad B., Chappel D., Pless-Mulloli T., White M., *Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes*. „Public Health” 2008; 122 (5): 452–457. <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls2.icm.edu.pl+10101111272120282.pdf>.

### ■ O autorze:

**prof. dr hab. Cezary Włodarczyk** – kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

