

*Mirosław J. Wysocki\*, Maria Miller\*\**

## PARADYGMAT LALONDE'A, ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA I NOWE ZDROWIE PUBLICZNE

\* Studium Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny

Kierownik: Mirosław J. Wysocki

\*\* Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny

Kierownik: Maria Miller

*Autorzy artykułu przedstawili proces powstawania i ewolucji pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego przy założeniu, że fundamentalne znaczenie w tym procesie miała opublikowana w r. 1974 koncepcja obszarów zdrowia Marca Lalonde'a a następnie sformułowanie strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich”, opublikowanie Karty Ottawskiej oraz zdefiniowanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego i dotyczące polityki zdrowotnej koncepcje G. H. Bruntland. Autorzy proponują roboczą definicję Nowego Zdrowia Publicznego, która jest modyfikacją definicji J. Nosko.*

*Słowa kluczowe: nowe zdrowie publiczne, koncepcja obszarów zdrowia Lalonde'a, strategia „Zdrowie dla wszystkich”*

*Key words: new public health, Lalonde's health field concept, „Health for All” strategy*

Nowe Zdrowie Publiczne to hasło coraz częściej używane przez polityków i menadżerów zdrowia, ale rzadko zdarza się by było ono przywoływane z pełnym zrozumieniem treści i historycznych zaszczytów, które kryją się za tym pojęciem. Celem pracy jest opis kształtowania się pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego oraz roli ważniejszych wydarzeń z zakresu polityki zdrowotnej, które znacząco wpłynęły na ten proces.

W roku 1920 C. E. A. Winslow, profesor zdrowia publicznego na Uniwersytecie Yale w New Haven sformułował następującą definicję dziedziny, którą się zajmował: „Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczania zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa ukierunkowanych na wczesne rozpoznawanie chorób i skuteczne zapobieganie ich rozwojowi, oraz utrwalanie mechanizmów społecznych zapewniających każdemu poziom bytowania umożliwiający utrzymanie zdrowia i długotrwałe życie” (1).

Definicja Winslowa, podsumowująca podstawowe działania zdrowia publicznego i podkreślająca wpływ mechanizmów społecznych na kształtowanie się sytuacji zdrowotnej lud-

ności, miała w momencie powstania walor nowoczesności i spełniała dobrze swoją rolę aż do początku lat siedemdziesiątych XX wieku, kiedy rozpoczął się proces powstawania pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego.

Wydaje się, że fundamentalne znaczenie dla powstania i ewolucji pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego miała koncepcja obszarów zdrowia autorstwa Marca Lalonde'a, ówczesnego ministra zdrowia Kanady opublikowana w roku 1974 w raporcie „New Perspectives on the Health of Canadians” (2). Kolejne wydarzenia z zakresu polityki zdrowotnej, które przyczyniły się do kształtowania tego pojęcia to sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia w latach 1977 – 79 strategia „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (3, 4, 5), Karta Ottawska będąca wynikiem Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w r. 1986 (6) oraz zdefiniowanie przez WHO w latach dziewięćdziesiątych XX wieku tzw. podstawowych funkcji zdrowia publicznego (7). Ważne znaczenie dla rozumienia idei Nowego Zdrowia Publicznego miały też koncepcje Gro Harlem Bruntland z końca lat 90-tych, kiedy zajmowała ona stanowisko Dyrektora Generalnego WHO (8).

### KONCEPCJA OBSZARÓW ZDROWIA LALONDE'A

W końcu lat sześćdziesiątych XX wieku we wszystkich stanach Kanady został etapowo wdrożony jednolity i częściowo finansowany przez rząd federalny, system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wiązało się to z gwałtownym wzrostem kosztów opieki zdrowotnej. Aby zbadać przyczyny tego zjawiska i zalecić odpowiednie kroki, powołano składający się z przedstawicieli rządu federalnego i administracji stanowych Komitet ds. Kosztów Służby Zdrowia. Komitet ten w swoim raporcie wskazał na konieczność redukcji liczby łóżek szpitalnych z równoczesnym tworzeniem alternatywnych ale tańszych form opieki medycznej, takich jak opieka domowa i opieka nad przewlekłe chorymi (1).

Raport Marca Lalonde'a został opublikowany w roku 1974. Raport ten zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego proponując szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzenia infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej. Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia Marca Lalonde'a była następująca definicja zdrowia: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”.

Lalonde wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że koncepcja Lalonde'a podsumowująca wcześniejsze poglądy wielu polityków i badaczy powstała jako idea specyficzna dla polityki zdrowotnej. Lalonde traktował ją jako narzędzie służące analizie problemów zdrowotnych i określaniu potrzeb zdrowotnych oraz sposobom ich zaspokajania (9). Podkreślić należy natomiast, że w przeciwieństwie do autorów późniejszych opracowań wykorzystywanych na ogół dla celów politycznych, Lalonde w swoim raporcie nie usiłował kwantyfikować wpływu poszczególnych grup czynników na stan zdrowia ludności. Jedyne wyjątek stanowiła tam analiza umieralności z powodu wypadków drogowych prowadząca do wniosku, że może zależeć ona w 75% od zachowań, w 20% od czynników środowiskowych i w 5% od systemu ochrony zdrowia.

Wydająca się prawdopodobnie z koncepcji Lalonde'a próba oszacowania procentowego wpływu czynników określanych jako biologiczne, środowiskowe, związane ze stylem życia oraz z działaniem systemu ochrony zdrowia została przedstawiona w r. 1995 przez B. Badurę (10). Szacował on, że czynniki te wpływają na umieralność z powodu chorób układu krążenia odpowiednio w wymiarze 25% (biologia), 9% (środowisko), 54% (styl życia) i 12% (ochrona zdrowia). W przypadku nowotworów odsetki te wynosiły odpowiednio 29, 24, 37 i 10, a w umieralności ogólnej 20, 20, 50 i 10. Autorzy Narodowego Programu Zdrowia (1996 – 2005) w Polsce wyrazili opinię, że stan zdrowia człowieka zależy w 50-60% od stylu życia, w ok. 20% od czynników środowiskowych, w ok. 20% od czynników genetycznych i w pozostałej części od służby zdrowia „która może rozwiązać 10–15% problemów zdrowotnych społeczeństwa” (11).

Powyższe przykłady wskazują, jak podkreślał C. W. Włodarczyk (9), że koncepcja Lalonde'a inspirowała zarówno przedsięwzięcia badawcze mające na celu „oszacowanie wielkości wpływu czynników, uplasowanych w różnych polach, na stan zdrowia populacji” jak i zawartość dokumentów wykorzystywanych w debatach o polityce zdrowotnej.

#### STRATEGIA WHO „ZDROWIE DLA WSZYSTKICH”

W maju 1977 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHO wskazującą, że głównym celem ŚOZ i jej państw członkowskich w najbliższych dekadach powinno być uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który umożliwiłby im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia (*will permit them to live a socially and economically productive life*).

Czynnikiem, który zdecydował o podjęciu przez ŚOZ i rządy państw członkowskich prac nad kompleksem zamierzeń i programów, który nazwano strategią „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” była świadomość narastania poważnych problemów zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych oraz nieadekwatności dotychczasowych modeli i systemów ochrony zdrowia.

Zasadnicze znaczenie dla dalszych losów strategii miała międzynarodowa konferencja w Alma-Acie w r. 1978, gdzie przedstawiciele państw członkowskich ŚOZ i wielu organizacji oraz stowarzyszeń medycznych uzgodnili, że kluczową sprawą dla realizacji strategii jest rozwój i doskonalenie podstawowej opieki zdrowotnej (3). W roku 1979 Światowe Zgromadzenie Zdrowia WHO zaakceptowało jako programowy dokument Globalną Strategię Osiągnięcia Zdrowia dla Wszystkich do roku 2000 (4).

Te działania ŚOZ oraz rezolucja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z listopada 1977 r. określająca zdrowie jako jeden z zasadniczych elementów rozwoju ludzkości stworzyły podstawę i dały impuls do wielu globalnych, regionalnych i krajowych przedsięwzięć realizowanych pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (Health for All by the Year 2000 – skrótowo HFA 2000).

Strategia HFA 2000 stanowiła kompleksowy program WHO i państw członkowskich, którego główne kierunki były następujące:

- propagowanie i upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu;
- zmniejszenie częstości występowania chorób i zaburzeń zdrowia, którym można zapobiegać przez obniżanie poziomu czynników ryzyka i ochronę środowiska;
- zapewnienie (podstawowej) opieki zdrowotnej, która byłaby odpowiednia do potrzeb, dostępna i akceptowana przez wszystkich.

Stopień wdrożenia strategii, mierzony za pomocą specjalnie do tego celu zaplanowanych wskaźników poddany był w latach 1983 – 1996 ocenie rządów i ministerstw zdrowia. Ocena ta opierała się na wynikach prowadzonych trzykrotnie w tym okresie tzw. monitoringów (1983, 1988 i 1994) oraz trzykrotnych przedsięwzięć ewaluacyjnych (1985, 1991, 1997) (12).

W ewaluacji i monitorowaniu wdrażania strategii HFA 2000 przez państwa poszczególnych regionów WHO posługiwano się w latach osiemdziesiątych dwunastoma globalnym wskaźnikami i odpowiadającymi im celami HFA, które dotyczyły zdrowia publicznego, ekonomicznych i politycznych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz obejmowały główne charakterystyki sytuacji zdrowotnej i demograficznej (13). Wskaźniki te miały też określać działanie szeroko rozumianej podstawowej opieki zdrowotnej. W państwach regionu europejskiego bardzo poszerzona strategia HFA stała się na wiele lat dokumentem determinującym politykę zdrowotną i określającym działania w zakresie zdrowia publicznego.

Głównym osiągnięciem HFA realizowanej przez rządy i ministerstwa zdrowia było zbudowanie podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się i rozpoczęcie wdrażania programów z zakresu zdrowia publicznego. Periodyczne przedsięwzięcia monitoringowe i ewaluacyjne stwarzały okazje do obserwacji zmian struktury i działania systemów ochrony zdrowia oraz ewolucji sytuacji zdrowotnej w tych krajach, co umożliwiało racjonalne planowanie i hierarchizację działań na rzecz zdrowia (14).

Z drugiej strony, po pierwszym charakteryzującym się entuzjazmem okresie wdrażania strategii, który zakończył się na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, HFA stawała się stopniowo przedsięwzięciem rutynowym. Ostatnia ewaluacja, w roku 1997, przeprowadzona została w dużym stopniu przez ekspertów WHO, bez większego zaangażowania krajów i rządów.

Przejęcie władzy w Genewie przez ekipę Gro Harlem Bruntland w r. 1998 oznaczało faktyczny koniec poparcia centrali WHO dla kontynuacji strategii „Zdrowie dla wszystkich”, pomimo przyjęcia przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w maju 1998 deklaracji akceptującej działania na rzecz „Zdrowia dla wszystkich w 21-szym wieku” i zaawansowanych działań przygotowawczych (15). Spośród regionów WHO dyktatowi temu nie poddało się w największym stopniu Biuro Regionalne WHO w Kopenhadze obejmujące swoim zasięgiem 51 państw regionu europejskiego. W regionie tym dokumentem determinującym działania WHO i rządów państw członkowskich pozostało „Zdrowie 21 – Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” (16). Europejskie „Zdrowie 21” sformułowało 21 zadań, które w znacznym i poszerzonym zakresie odpowiadały opisanym w dalszej części tego artykułu podstawowym funkcjom zdrowia publicznego.

Warto podkreślić, że w dniu 21 lipca 2003 nowym Dyrektorem Generalnym WHO został pochodzący z Korei Południowej dr Lee Yong-wok, który w programowym przemówieniu do pracowników organizacji zapowiedział powrót to idei i celów strategii HFA (17).

#### KARTA OTTAWSKA

W listopadzie 1986 roku odbyła się w Ottawie pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, która zakończyła się opublikowaniem tzw. Karty Ottawskiej (6). Uczestnicy tego spotkania, nawiązując do Strategii HFA podkreślili, że wyniki konferen-

cji są ich udziałem w ruchu na rzecz Nowego Zdrowia Publicznego, którego jednym z podstawowych elementów powinna być promocja zdrowia.

Karta Ottawska precyzowała podstawowe uwarunkowania zdrowia; wskazywała kierunek działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji. Jako warunki podstawowe dla osiągnięcia zdrowia wskazano: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa, dostęp do edukacji, zaopatrzenie w wodę i żywność, zabezpieczenie środków do życia, utrzymanie stabilnego ekosystemu oraz zagwarantowanie sprawiedliwości i równości społecznej.

Kierunkami działań rekomendowanymi jako podstawowe w utrzymaniu pożądaných standardów zdrowia były: tworzenie i ochrona warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia, umożliwianie działań niezbędnych dla rozwijania potencjału zdrowotnego oraz pośredniczenie w godzeniu różnych interesów w imię nadrzędnego interesu jakim jest ochrona zdrowia.

Podkreślano, iż możliwość realizacji wskazanych kierunków wymaga: budowania polityki zdrowia publicznego, tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu, wzmocnienia działań społeczności lokalnych, rozwijania umiejętności indywidualnych oraz reorientacji świadczeń zdrowotnych.

Wymóg wielosektorowości wynikający z zapisów Karty Ottawskiej jest akceptowany i wzmocniany dorobkiem wszystkich kolejnych Kongresów Promocji Zdrowia, które odbywały się w latach 1989, 1997, 1999 i 2000.

#### PODSTAWOWE FUNKCJE ZDROWIA PUBLICZNEGO

W połowie lat dziewięćdziesiątych XX. wieku grupa ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, w związku z sytuacją w podlegających demokratycznym przemianom państwach centralnej i wschodniej Europy, opracowała koncepcję podstawowych działań w zakresie zdrowia publicznego (*essential public health functions*) (7). Uważano, że funkcje te powinny zostać utrzymane w programach rządowych jako działania na rzecz zdrowia ludności, za którego finansowanie i zapewnienie niezbędnych sił i środków odpowiada państwo.

W roku 1997 na zlecenie roboczej grupy WHO opracowującej strategię „Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku”, przeprowadzono metodą delficką badanie, które objęło 145 ekspertów i menadżerów zdrowia publicznego z 67 krajów i którego celem było opracowanie listy podstawowych działań w tym zakresie. Poniżej przedstawiono listę działań, która powstała na podstawie wyników tego badania:

1. Zapobieganie, aktywne monitorowanie i zwalczanie chorób zakaźnych oraz ważnych społecznie chorób niezakaźnych;
2. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej (zbieranie i wykorzystywanie podstawowych informacji o stanie zdrowia ludności);
3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
4. Medycyna pracy;
5. Ochrona środowiska;
6. Legislacja dotycząca obszaru zdrowia publicznego;
7. Zarządzanie zdrowiem publicznym i badania naukowe w zakresie zdrowia publicznego;
8. Funkcjonowanie niezbędnych służb zdrowia publicznego;
9. Opieka zdrowotna dla grup wysokiego ryzyka i osób specjalnej troski.

W lipcu 1998 funkcję dyrektora generalnego Światowej Organizacji Zdrowia objęła była premier Norwegii dr G. H. Bruntdland, która w wystąpieniach w latach 1998 i 1999

przedstawiała swoją wizję WHO, uprzednio stroniącej od wnikania się w politykę międzynarodową, jako organizacji o charakterze politycznym. Stwierdziła ona, że działalność na rzecz zdrowia musi mieć wymiar polityczny a racjonalne inwestowanie w zdrowie ma mocne podstawy ekonomiczne i jest narzędziem walki z ubóstwem. Bruntland uważała, że zdrowie publiczne musi mieć wiodącą rolę w rozwoju ludności świata, a polityka zdrowotna powinna być oparta na możliwie pełnych i wiarygodnych danych. Podkreślała też podstawowe znaczenie równości w zdrowiu czyli powszechnego i równego dostępu ludzi do dobrej jakościowo opieki zdrowotnej. Uważała też, że konieczna jest koncentracja sił i środków na wybranych obszarach zdrowia publicznego takich jak: palenie tytoniu, ważne społecznie choroby niezakaźne, zakażenie HIV/AIDS, malaria, gruźlica oraz eradykacja polio (8).

### CZYM JEST NOWE ZDROWIE PUBLICZNE

Próbie zdefiniowania tego pojęcia podjęli w r. 2000 T. H. Tulchinsky i T. A. Varavikova w książce „The new public health” (1). Nowe zdrowie publiczne (NZP) jest według tych autorów „Całościowym podejściem do ochrony oraz promowania zdrowia jednostki i społeczeństwa, opartym na wyważonym działaniu służb sanitarnych, środowiskowych, promocji zdrowia, oraz ukierunkowanych na społeczeństwo działań zapobiegawczych, skoordynowanych z szeroką gamą świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych oraz związanych z długoterminową opieką medyczną. NZP wymaga zorganizowanych programów rządu centralnego oraz samorządów regionalnych i lokalnych. Celem tych programów powinno być kreowanie sprzyjających zdrowiu warunków społecznych, środowiskowych oraz związanych z żywieniem i żywnością. Warunkami sprawnego wdrażania NZP jest treść, jakość, organizacja i dobre zarządzanie odpowiednimi służbami.

NZP może funkcjonować zarówno w strukturach zarządzanych centralnie jak i zdecentralizowanych. W obu przypadkach funkcjonowanie to wymaga jednak ściśle określonych celów ogólnych i jasno zdefiniowanych zadań szczegółowych. NZP promuje zdrowie w wielu płaszczyznach. Działania te powinny obejmować wszystkie szczeble rządu i ministerstw; dotyczą też grup i środowisk akademickich, zawodowych, chroniących interesy konsumenta; prywatnych i publicznych przedsiębiorstw; organizacji i struktur ubezpieczeniowych, farmaceutycznych, medycznych oraz związanych z rolnictwem, żywnością i żywieniem a także z mediami, rozrywką, sportem oraz tworzeniem i przestrzeganiem prawa.

NZP oparte jest na odpowiedzialności za stan zdrowia określonej populacji, w której system finansowania sprzyja osiągnięciu postawionych zadań poprzez skuteczne i racjonalne zarządzanie oraz ekonomiczne wykorzystanie zasobów ludzkich, finansowych i innych. Wymaga to stałego monitorowania epidemiologicznych, ekonomicznych i społecznych wskaźników sytuacji zdrowotnej jako integralnej części procesu zarządzania, ewaluacji i planowania w celu osiągnięcia poprawy stanu zdrowia ludności.

NZP może dostarczyć wzorca modelowych działań na rzecz zdrowia ludności w krajach rozwiniętych i rozwijających się jak też w krajach w okresie przejściowym, takich jak kraje Europy Wschodniej i Centralnej. Państwa te, które znajdując się w różnych stadiach ekonomicznego, epidemiologicznego, społeczno-politycznego rozwoju, czynią wysiłki w celu zapewnienia swoim narodom odpowiedniego stanu zdrowia, przy ograniczonych środkach”.

Bardzo pojemna definicja NZP autorstwa Tulchinskiego i Varavikowej kładzie nacisk na wielowymiarowość strategii i działań, podkreślając aspekty związane z zarządzaniem

i promocją zdrowia. Jest chyba jednak zbyt obszerna do celów praktycznego posługiwania się nią. Dlatego autorzy niniejszego opracowania proponują poniżej swoją modyfikację pochodzącej z 2001 r. definicji zdrowia publicznego autorstwa J. Nosko (18):

„Nowe zdrowie publiczne (NZZ) jest nauką i kompleksowym postępowaniem zmierzającym do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą tego postępowania jest naukowe rozpoznawanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym, kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej”.

Powyższa definicja jest jedynie roboczą propozycją, a jej przedstawienie ma służyć wywołaniu dyskusji o miejscu Nowego Zdrowia Publicznego w polityce zdrowotnej naszego państwa.

Idee Nowego Zdrowia Publicznego są w znacznym stopniu realizowane przez Unię Europejską, czego wyrazem jest opublikowany ostatnio program, który obejmuje okres od 2003 do 2008 roku oraz dokładny plan działania w tym zakresie na rok 2003 (19). Program ten adresowany jest zarówno do państw należących do wspólnoty jak i do krajów, które w roku 2004 zostaną zapewne jej członkami.

*MJ Wysocki, M Miller*

#### LALONDE'S PARADIGM, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND NEW PUBLIC HEALTH

#### SUMMARY

The authors present the origins and evolution of the New Public Health idea assuming the fundamental significance of Lalonde's health field concept in this process. The other crucial events which contributed to it was the formulation and implementation of WHO strategy HFA 2000, publication of Ottawa Charter, defining by WHO the essential public health functions and concepts of Gro Harlem Brundtland from 1998–1999 when she was the Director General of WHO. Authors present for discussion their working definition of New Public Health, which is based of the public health definition of J. Nosko et al. from 2001.

#### PIŚMIENICTWO

1. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health, Academic Press, New York, 2000.
2. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada, Ottawa, 1974.
3. World Health Organization: Alma-Ata 1978, Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978.
4. World Health Organization: Global strategy for Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva, 1981 (Health for All Series No 3).
5. Wysocki M, Opolski J. „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” – strategia Światowej Organizacji Zdrowia i jej wpływ na politykę zdrowotną w Polsce; Polski Tygodnik Lekarski, 1989,65,27–9.
6. Ottawa Charter for Health Promotion; Health Promotion, 1987,1,382–384.

7. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study; *World Hlth. Stat. Quart.* 1998,51,44–54.
8. Bruntland GH. Przemówienia, 1998, 1999.; strona internetowa WHO (who.int).
9. Włodarczyk CW. Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym; Vesalius, Kraków, 1996.
10. Badura B. „What is and What Determines Health” w książce „Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe”, Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen, 1995.
11. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005, MZiOS, Warszawa, 1996.
12. Wysocki MJ, Krishnamurthi CR, Orzeszyna S. Monitoring the progress of Health for All Strategies: the situation in South – East Asia; *World Hlth. Stat. Quart.* 1990,43,16–24.
13. World Health Organization: Development of indicators for monitoring progress towards Health for All by the Year 2000; Geneva, WHO, 1981 (Health for All Series No 4).
14. World Health Organization: Evaluation of the implementation of the global strategy fo Health for All by 2000; WHO, Geneva, 1998.
15. Visschedijk J, Simeant S. Targets for Health for All in the 21<sup>st</sup> century; *World Hlth. Stat. Quart.* 1998,51,56–67.
16. WHO: Health 21; The Health for All; Policy Framework for the WHO European Region – 21 Tragets for 21<sup>st</sup> Century; WHO, Copenhagen, 1998.
17. Lee Yong-wok. Address to WHO staff (21 July 2003); strona internetowa WHO (who.int).
18. Nosko J. O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym; *Zdr Publ* 2001,111,75–80.
19. Programme of Community action in the field of public health (2003 – 2008). Work Plan 2003. Official Journal of European Union, 2003,C 62,46,21–35.

**Adres autorów:**

Mirosław Wysocki  
Studium Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa,  
e-mail: mjwysocki@pzh.gov.pl