

Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki

ROZWÓJ I DYLEMATY OCENY WPLYWU NA ZDROWIE

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –
Państwowego Zakładu Higieny
Kierownik Zakładu: Mirosław J. Wysocki

Ocena wpływu na zdrowie definiowana jest jako połączenie procedur, metod i narzędzi, dzięki którym projekt lub polityka mogą być ocenione pod względem swych potencjalnych oddziaływań na zdrowie populacji oraz dystrybucji tych oddziaływań. W pracy przedstawiono genezę i historię oraz krótki opis tej metodyki, a także podstawowe etapy procesu podejmowania decyzji z wykorzystaniem oceny wpływu na zdrowie. Wyrażono pogląd, że ocena wpływu na zdrowie może stać się uniwersalnym narzędziem stosowanym na wszystkich szczeblach podejmowania decyzji oraz we wszystkich sektorach.

Słowa kluczowe: zdrowie we wszystkich politykach, ocena wpływu na zdrowie, efektywność oceny wpływu na zdrowie, wdrożenie w Polsce

Key words: health in all policies, health impact assessment, effectiveness of health impact assessment, implementation in Poland

WSTĘP

Nieumiejętność przewidywania spowodowała wiele negatywnych zdarzeń w rozwoju społeczeństw i funkcjonowaniu globalnego ekosystemu (*vide* bumerang ekologiczny). Zrodziło to potrzebę oceny różnych przedsięwzięć jeszcze w fazie ich projektowania, przed ostatecznymi rozstrzygnięciami. Dysponowanie taką prognozą mogłoby być znaczącym wsparciem w procesie podejmowania decyzji.

Zamysł prowadzenia oceny planowanych działań pod kątem ich wpływu na zdrowie zrodził się jako wynik dwojakich inspiracji (1). Po pierwsze, był to rozwój oceny oddziaływań na środowisko (*Environmental Impact Assessment – EIA*), która po 1969 roku (przełomowa data opublikowania Raportu U Thanta i rozwoju ochrony środowiska) w różnych krajach zyskała status prawnie usankcjonowanego procesu oceny wybranych planowanych przedsięwzięć. Po drugie – sukcesywne zwiększanie świadomości dalszych determinantów zdrowia. Zrozumienie złożoności zdrowia skłaniało zaś do respektowania

kwestii zdrowotnych na wszystkich szczeblach polityki i we wszystkich dziedzinach życia społecznego. Doprowadziło to do rozwoju koncepcji „zdrowie we wszystkich politykach” oraz stworzenia mechanizmów podnoszących rangę zdrowia w różnych politykach. Jednym z nich jest omawiana ocena wpływu na zdrowie.

Ocena wpływu na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*) zaczęła rozwijać się jako odrębna metoda na początku lat 90., głównie w Nowej Zelandii, Australii i Kolumbii Brytyjskiej w Kanadzie. W Europie siłą napędową były, podejmowane w Niemczech i Holandii, kroki zmierzające do wyłonienia problematyki zdrowia środowiskowego z oceny oddziaływań na środowisko.

Znaczący wkład w rozwój *HIA* miały Finlandia i Szwecja. Przykładem jest retrospektywna ocena pod kątem zdrowia Wspólnej Polityki Rolnej UE (WPR) dokonana w 1996 r. przez zespół prof. *Dahlgrena* ze szwedzkiego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. *Nota bene* – WPR, prowadzona od 1962 r., wypadła w tej ocenie bardzo źle, a ocenę *post factum* rzadko dziś zalicza się do *HIA*.

Po 1998 r. powstał silny ruch rozpowszechnienia oceny wpływu na zdrowie w Wielkiej Brytanii, który zyskał tam szeroką aprobatę i przyczynił się do powstania wielu znaczących opracowań z tej dziedziny. W grudniu 1999 r. na konferencji w Gothenburgu (Szwecja), pod egidą Biura Regionalnego ŚOZ dla Europy, opracowano i uzgodniono dokument, w którym podano podstawowe założenia i podejścia do *HIA*. Porozumienie z Gothenburga podkreślało, że *HIA* nie jest wyłącznie technokratycznym narzędziem usprawniania procesu decyzyjnego. Nadrzędnym celem takiej oceny jest promowanie zdrowia populacji, co powinno wpływać z poszanowania czterech podstawowych wartości: demokracji i szerokiego uczestnictwa, równości społecznej, zrównoważonego rozwoju oraz etycznego wykorzystania dowodów. Od tego czasu podkreśla się znaczenie *HIA* dla zapobiegania nierównościom w zdrowiu (2,3).

Ujednoczenie zakresu i terminologii sprzyjało rozwojowi praktyki, jednak postęp dokonywał się głównie poprzez rozproszone działania podejmowane w ośrodkach lokalnych. Przykładem tego są osiągnięcia grupy z Merseyside, metropolitalnego hrabstwa położonego na zachodnim wybrzeżu środkowej Anglii, którego stolicą jest Liverpool. Doświadczenia z Merseyside, które dotyczyły m.in. oceny projektów związanych z bezpieczeństwem, z powstaniem międzynarodowego centrum astronomii i badania przestrzeni kosmicznej oraz z transportem, stały się inspiracją dla innych, opracowywanych lokalnie schematów ocen. Podobnie pączkował model szwedzki.

Równocześnie jednak gremia międzynarodowe, takie jak Komisja Europejska czy ŚOZ, starały się konsolidować wysiłki i udzielały wsparcia kolejnym staraniom oraz mutacjom. W projekcie pod nazwą „*European Policy Health Impact Assessment*”, zgłoszonym w 2001 r. i dofinansowanym przez Komisję Europejską, wykorzystano praktyczne uwagi zaczerpnięte z doświadczeń Anglii, Irlandii, Holandii i Niemiec. ŚOZ, która udostępnia specjalną stronę internetową nt. *HIA* (<http://www.who.int/hia/en/>), pracuje na zasadzie „*think-tank*” i pełni w jakiejś mierze rolę mediatora. Wydaje się jednak, że zbyt wiele wysiłku włożono w opracowanie nowych szablonów, zamiast koncentrować się na tym, co już istnieje.

Należy podkreślić, że w polskim piśmiennictwie istnieje niewiele pozycji prezentujących tę tematykę (4-6). Ponadto nie ma danych na temat praktycznego użycia oceny wpływu na zdrowie, czy to w odniesieniu do zakresów zastosowania (polityka, projekt, problematyka) czy podmiotów, które zleciły taką ocenę. Jakkolwiek braki informacji mogą mieć różno-

rodne przyczyny, są dowodem niedorozwoju metody w Polsce. Przyczyny takiego stanu mogą stanowić odrębny problem badawczy, można przypuszczać jednak, że zasadniczym czynnikiem jest brak wiedzy o ocenie wpływu na zdrowie oraz brak bodźców i zachęty do jej przeprowadzenia wśród potencjalnych użytkowników. Celem pracy jest zaprezentowanie koncepcji oraz zasad oceny wpływu na zdrowie osobom pracującym w dziedzinie epidemiologii i dyscyplinach pokrewnych, aby mogły być orędownikami metody. Udział pracowników ochrony zdrowia w rozwoju oceny wpływu na zdrowie jest nieodzowny.

CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA OCENY WPLYWU NA ZDROWIE

W zdrowiu publicznym uznaje się, że polityka (*policy*) jest odpowiedzią na pytanie „Co zrobić, aby rozwiązać problem?”. Jest to plan działania, określenie celów i pierwszy krok planowania strategicznego (7). Projekt (*project*) zaś, to przedsięwzięcie - sekwencja unikalnych, złożonych i wzajemnie powiązanych działań, mających jeden cel, który ma być osiągnięty w określonym czasie, zmieścić się w założonym budżecie i przebiegać zgodnie ze szczegółowym planem. W słowniku terminów związanych z *HIA* wprowadza się dalsze uściślenia i przyjmuje, że polityka jest kompromisem lub ugodą zawartą w sprawie rozwiązania danej kwestii lub osiągnięcia danego celu, projekt zaś, to odrębna praca na rzecz danej grupy w populacji lub danego uwarunkowania zdrowia, zazwyczaj odbywająca się w określonym czasie (8).

Ocena wpływu na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*) należy do rodziny działań znanych pod wspólną nazwą „ocena wpływu” (*Impact Assessment*). Za ich pomocą można szacować potencjalne oddziaływanie danego projektu lub polityki na różne aspekty życia społecznego. Między innymi znane są oceny wpływu pod kątem: środowiska, społeczeństwa, ekonomii, społeczeństwa i ekonomii, równości, różnorodności, ale także kwestii równouprawnienia płci oraz związanych z klimatem, demografią czy rozwojem. Jednym z przekrojów, jakie można zastosować w ocenie wpływu jest problematyka zdrowotna. Z tego punktu widzenia stosuje się ocenę oddziaływania na: zdrowie, sprawiedliwość w zdrowiu oraz system zdrowotny. Ocena wpływu jest postępowaniem, które składa się z kolejnych logicznych kroków i służy nadaniu odpowiedniej struktury procesowi tworzenia polityki lub projektu oraz ułatwianiu tego procesu.

Ocena wpływu na zdrowie jest definiowana jako połączenie procedur, metod i narzędzi, dzięki którym polityka, program lub projekt może być oceniony pod względem swych potencjalnych oddziaływań na zdrowie populacji oraz ich dystrybucji (9). Prowadzi się ją, gdy istnieje przypuszczenie, że projekt czy polityka mogą ingerować w uwarunkowania zdrowia, nawet gdyby ta supozycja okazała się fałszywa. Ocena taka jest istotną pomocą w podejmowaniu decyzji politycznych, ale nie jest ich substytutem. Wskazuje bowiem potencjalne skutki propozycji, ale nie narzuca żadnych rozwiązań i nie aspiruje do nieomyślności. A decydenci danego szczebla muszą sami podjąć ostateczną decyzję.

W piśmiennictwie oraz zasobach internetowych można odnaleźć dziesiątki schematów postępowania oraz przewodników do przeprowadzenia *HIA*. Wielość i odmienność wynika przede wszystkim z faktu, że metodę stosowano zarówno w odniesieniu do projektów (zdecydowanie częściej) jak polityk dotyczących bardzo różnorodnej tematyki i to przy znacznej dyspersji ośrodków. Przykładowo szacunki prowadzono dla: renowacji budynków

mieszkalnych w Edynburgu, prywatyzacji systemu dostarczania wody przeznaczonej do spożycia w Niemczech, postępowania z odpadami na lotnisku Schiphol w Amsterdamie, budowy trzeciego pasa startowego na lotnisku w Sydney, embarga nałożonego na Kubę przez USA, budowy kopalni diamentów w Kanadzie czy ochrony bioróżnorodności w Londynie. Zmienność wyznaczał też lokalny kontekst, liczba i wartość posiadanych danych wyjściowych i służących do porównań, dostępność ekspertów, czas przeznaczony na ocenę itd.

Najważniejszą cechą *HIA* jest jej prospektywny charakter. Jakkolwiek pod tym szyldem prowadzono oceny „po”, to badacze i praktycy dbający o czystość formy i języka zwracają uwagę, że ocena wpływu na zdrowie jest działaniem „przed” - poprzedzającym decyzję i rozwój zdarzeń. Z tego punktu widzenia należy odróżnić monitorowanie i ewaluację, podejmowane samodzielnie, niezależne od procesu podejmowania decyzji, od monitorowania i ewaluacji, które stanowią etapy *HIA* (10).

PROWADZENIE OCENY WPŁYWU NA ZDROWIE

Proces podejmowania decyzji z wykorzystaniem oceny wpływu na zdrowie odbywa się zawsze w kilku podstawowych etapach: *screening*, *scoping*, szacowanie ryzyka, podejmowanie decyzji oraz wdrożenie i monitorowanie. Można to przedstawić w następujący sposób (11):

1. *Screening* – wstępna ocena, czy polityka (projekt) może przynieść jakieś skutki dla zdrowia, czy warto prowadzić *HIA* (np. czy można jeszcze wpłynąć na proces podejmowania decyzji); wybór polityk, które powinny być poddane procedurze.
2. Utworzenie zespołu analityków – zebranie osób kompetentnych w różnych obszarach, aby mogły oceniać polityki z różnych perspektyw, przy czym zespół może rozrastać się w trakcie prac.
3. *Scoping* – określenie możliwych oddziaływań zdrowotnych, negatywnych i pozytywnych, a także ustalenie zakresu dla *HIA* (granice np.: geograficzne, populacyjne i czasowe, rodzaj dowodów, które będą wykorzystane, itd.).
4. Szacowanie ryzyka - ilościowa ocena wpływów negatywnych lub pozytywnych (np. liczba osób dotkniętych efektem polityki) oraz jakościowe szacowanie wpływu (np. mechanizmy, które prowadzą do zaistnienia wpływu) oraz stworzenie listy priorytetów.
5. Opracowanie zaleceń – sformułowanie zaleceń w celu dostosowania polityki, aby minimalizować negatywne i maksymalizować pozytywne oddziaływania zdrowotne.
6. Podejmowanie decyzji – wybór spośród kilku opcji, w tym opcji polegającej na rezygnacji z polityki, ostateczne poprawki dotyczące pomniejszania oddziaływań negatywnych i powiększania pozytywnych.
7. Wdrożenie polityki oraz monitorowanie wpływów – od czasu urzeczywistnienia planu monitorowanie i ewaluacja wpływów zdrowotnych oraz stała komunikacja z podmiotami, które mogą odczuć skutki polityki.

W niektórych poradnikach wymienia się dodatkowo osobny etap profilowania społeczności (po *scopingu*), którego celem jest dokonanie dokładnej charakterystyki odpowiedniej populacji i lokalnych uwarunkowań (12). Chociaż wszystkie oceny wpływu na zdrowie przebiegają ustalonym trybem, to jednak postępowania te mogą różnić się ze względu na swą wnikliwość i gruntowność. Wyróżnia się tu postępowanie mini, standardowe i maxi,

które stanowią swoiste *continuum* nakładów pracy, poszukiwania i wykorzystania informacji. W postępowaniu o m a k s i c h a r a k t e r z e przewiduje się zbieranie danych od wielu informatorów, dobór wielu ekspertów, dogłębne analizowanie istniejących statystyk, intensywne poszukiwania w piśmiennictwie z wielu obszarów oraz umożliwia zbieranie nowych danych, a także modelowanie matematyczne. W tym typie *HIA* prowadzi się zogniskowane wywiady grupowe, prowadzi dyskusje i konsultacje publiczne, a cały proces wymaga pracy kilku osób przez kilka miesięcy (13).

TRUDNOŚCI I WYZWANIA

Przeprowadzenie oceny przedsięwzięć pod kątem zdrowia wymaga przede wszystkim zrozumienia istoty zdrowia i jego uwarunkowań. Ocenę prowadzi się bowiem wtedy, gdy istnieje podejrzenie, że dana polityka czy projekt będzie ingerować w dowolny czynnik, który może mieć wpływ na zdrowie. Nie chodzi tu zatem o przewidywanie lub sprawdzanie, czy polityka (projekt) będzie wywoływać konkretne choroby. Podstawą *HIA* jest społeczny model zdrowia *Dahlgren'a* i *Whitehead*, w którym uwarunkowania zdrowia tworzą kolejne - bliższe i dalsze - warstwy oddziaływań. W tabeli I zestawiono 5 głównych kategorii uwarunkowań oraz odpowiadające im przykładowe uwarunkowania swoiste, przy czym u góry tabeli wskazano determinanty dalsze (szersze). W tabeli tej mieszczą się zatem sfery ewentualnych oddziaływań, które można rozpatrywać w fazie *screeningu* oceny wpływu na zdrowie (14).

Przeprowadzenie oceny przedsięwzięć pod kątem zdrowia wymaga również zrozumienia natury samego procesu, czyli bezpośredniego powiązania z podejmowaniem decyzji politycznych, ale z wyłączeniem elementów władczych. Ponadto myślą przewodnią *HIA* jest obiektywna ocena faktów, a nie przekonywanie do jakiejś opcji, dlatego jest to zadanie dla sędziego, a nie adwokata. Równie ważne jest też uświadomienie, kiedy należy prowadzić takie szacowanie. Jednym z podstawowych hamulców jest brak perspektyw na zmianę biegu wydarzeń i planowanych działań. Dlatego najlepiej jest, jeśli impuls do prowadzenia postępowania pochodzi z kręgów decydentów, a nie profesjonalistów ochrony zdrowia. Bardzo korzystne jest także uczestnictwo decydentów w kolejnych fazach oceny. Taki rozwój wypadków jest jednak możliwy, gdy decydenci różnych szczebli mają choćby szczątkowe, ale poprawne, zgodne z aktualnym stanem wiedzy, wyobrażenie o czynnikach warunkujących zdrowie, znaczeniu zdrowia, a także o roli własnego zawodu w umacnianiu zdrowia. Ponadto należy wystrzegać się sytuacji, w której osoby podejmujące decyzje są samowystarczalne i przeprowadzają ocenę same dla siebie.

Pewien problem stanowi też zachowanie równowagi między osiąganiem pierwszoplanowych, specyficznych celów sektorowych, a szeroko rozumianą ochroną zdrowia. Trudno oczekiwać, aby swoiste cele danego projektu czy polityki podporządkować całkowicie optyce zdrowotnej. Niezbędny jest tu zatem kompromis. Intencją oceny wpływu na zdrowie nie jest blokowanie planów, ale zawarcie umowy społecznej. Wypracowuje się ją na zasadzie wzajemnych ustępstw i kolegialnego podejmowania decyzji, a nie poprzez sformalizowane i sztywne ramy konsultacji społecznych. Nie jest to może łatwe, ale na pewno nie jest niemożliwe, zwłaszcza, gdy problematyka zdrowia zostanie uwzględniona we wczesnych etapach planowania działań.

Tabela I. Przykłady specyficznych uwarunkowań zdrowia (wg pozycji piśm. 14)

Table I. Examples of specific health determinants (acc. ref no 14)

Grupa uwarunkowań zdrowia	Specyficzne uwarunkowania zdrowia
Warunki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe	Międzynarodowe, krajowe i lokalne polityki (np.: ekonomia, zdrowie, zatrudnienie, edukacja, obrona, transport, mieszkalnictwo, imigracja, opieka społeczna)
	Międzynarodowe, krajowe i lokalne usługi publiczne kierowane do określonej społeczności (np.: ratownictwo, opieka zdrowotna i społeczna, imigracja, edukacja, transport, opieka nad dziećmi, rekreacja)
	Wyrażane (postrzegane) normy i wartości społeczno-kulturowe (np.: dyskryminacja, lęk przed dyskryminacją, postawy wobec różnych grup w populacji, równość i sprawiedliwość)
	Relacje między państwem a obywatelem
Warunki życia i pracy (środowisko fizyczne)	Warunki mieszkaniowe (np.: jakość, dostępność)
	Warunki pracy (np.: ekspozycja na czynniki szkodliwe i inne ryzyko zawodowe)
	Jakość powietrza, wody, gleby
	Hałas
	Postępowanie z odpadami
	Wykorzystanie energii i zrównoważone wykorzystanie źródeł energii
	Zagospodarowanie terenów
	Bioróżnorodność
Dostępność miejsc i produktów	
Wpływy społeczne (środowisko społeczno-ekonomiczne)	Wsparcie społeczne i integracja
	Wykluczenie społeczne
	Hart ducha społeczności
	Zaangażowanie społeczności w procesy podejmowania decyzji odnośnie polityki publicznej
	Zatrudnienie (np.: dostępność pracy, jakość)
Czynniki związane z indywidualnym stylem życia	Edukacja/ szkolenie (np.: dostępność, jakość, koszty)
	Zachowania jednostek (np.: dieta, aktywność fizyczna, palenie, alkohol, narkotyki i leki)
	Bezpieczeństwo osobiste
	Status zatrudnienia
	Zdobyte wykształcenie
	Dochód, oszczędności
	Samoocena, wiara w siebie
Postawy, przekonania, miejsce kontroli	
Czynniki biologiczne	Wiek
	Płeć
	Uwarunkowania genetyczne

Ponieważ dynamiczny rozwój *HIA* przypada na ostatnią dekadę, trudno byłoby uznać, że jest to dyscyplina dojrzała i wszystko zostało już powiedziane czy definitywnie ustalone. Wśród znaków zapytania i wyzwań należałoby wymienić m.in. kwestię poziomu, dla którego należy oceniać oddziaływania zdrowotne, sprawę pomiarów i grup interesów. Czy należy ogniskować się na jednostkach, grupach, społecznościach, regionie, kraju czy poziomie międzynarodowym? A jakie stosować miary wpływu – biomedyczne czy z obszaru nauk społecznych? Jak udowodnić związku między ekspozycją na jakiś czynnik i skutkiem zdrowotnym, i czy (co wydaje się zupełnie niezasadne) należy polegać na mierze ostatecznej – umieralności? Czy opierać się tylko na ogólnodostępnych danych statystycznych, epidemiologicznych, czy szukać innych? A może dopiero je tworzyć? W jaki sposób zbierać odpowiednie dane? Czyje opinie uwzględnić w trakcie oceny? Czy tylko profesjonalistów ochrony zdrowia, czy również zainteresowanej społeczności i innych grup interesów? Jak doprowadzić do istotnego, wnoszącego znaczny wkład, udziału społeczności (15). Jak zapewnić odpowiednią jakość postępowania w ocenie wpływu na zdrowie i jak zarządzać jakością? Te oraz jeszcze inne pytania pociągają za sobą dążenie do stworzenia klarownych metod ewaluacji *HIA* oraz dostarczenia mocnych dowodów, które usprawiedliwią i przyspieszą dalszy rozwój tej działalności (16).

EFEKTYWNOŚĆ *HIA*

Pomiar efektywności *HIA*, jeśli dokonywać go pod kątem uzyskiwanych efektów zdrowotnych, jest bardzo trudny z metodologicznego punktu widzenia, o ile w ogóle możliwy (17,18). Przyjąwszy nawet, że wystarczające byłoby ocenianie efektów ostatecznych rozwiązań, bez porównania z odrzuconymi opcjami, to i tak pojawiają się liczne problemy, takie jak: latencja efektów zdrowotnych, zmiany w strukturze i składzie populacji poddanej interwencji oraz trudności z kontrolowaniem innych czynników zakłócających przebieg projektów (polityk). Z tego powodu podstawowym sposobem oceny *HIA* jest sprawdzenie, czy spowodowała ona modyfikację lub zasadniczą zmianę planowanych decyzji. Takim właśnie kryterium sukcesu posłużono się w badaniu, w którym analizowano wyselekcjonowane przypadki *HIA* z 19. krajów Europy (19). Jakkolwiek wyniki tego badania trudno uznać za miarodajne w szerszej skali, pozwalają one wyróżnić dwa podstawowe typy efektywności oceny wpływu na zdrowie – bezpośrednią i ogólną.

E f e k t y w n o ś ć b e z p o ś r e d n i a dotyczy przypadków, w których decydenci docenili znaczenie zdrowia oraz wagę argumentów i doszło do rewizji zamierzeń lub odroczenia decyzji, lub całkowitego zarzucenia planów. We wspomnianym badaniu faktycznie odnotowano tylko pierwszy scenariusz, czyli modyfikację planów.

E f e k t y w n o ś ć o g ó l n a obejmuje sytuacje, w których decydenci zrozumieli co prawda znaczenie kwestii zdrowotnych, ale nie doszło do zmiany decyzji. Zakłada się jednak, że stanowi to znaczną korzyść, ponieważ większa świadomość uwarunkowań zdrowia, zarówno wśród decydentów, jak też w określonej społeczności, może przyczyniać się do przyszłego rozwoju tej społeczności w prozdrowotnym kierunku.

Raport z badania wskazuje równocześnie, że hipotetycznie możliwe są inne warianty efektów: brak jakiegokolwiek siły sprawczej oraz efektywność oportunistyczna, czyli formalne przeprowadzenie *HIA*, ale z oczekiwaniem, że będzie to wsparciem dla już preferowanych opcji.

PRZYSZŁOŚĆ *HIA*

Wiele przesłanek i dowodów wskazuje, że ocena wpływu na zdrowie jest uniwersalnym narzędziem, które z powodzeniem można zastosować na wszystkich szczeblach podejmowania decyzji oraz we wszystkich sektorach. Uniwersalizm łączy się z wszechstronną funkcjonalnością, bowiem korzyści wynikające z *HIA* wykraczają poza obszar ochrony zdrowia. Korzyści odnoszą także społeczności, administracja oraz poszczególne przedsiębiorstwa, które wprowadzają w czyn transparentne reguły życia społecznego i włączania obywateli w procesy decyzyjne. Pomimo wielu plusów, obserwuje się znaczne dysproporcje w rozwoju tego postępowania w różnych krajach Europy. Różnice występują też na różnych szczeblach władzy w danym kraju, przy czym ogólną prawidłowością jest upowszechnienie *HIA* na szczeblach najniższych. Znamionym przykładem jest wyłączenie zdrowia z obszarów, dla których prowadzi się obowiązkową, zespoloną ocenę wpływu w Unii Europejskiej (obowiązkowa ocena wpływu dokonywana jest pod kątem ekonomii, społeczeństwa i środowiska). Okoliczności te przyczyniają się do coraz głośniejszych apeli o przyznanie ocenie wpływu na zdrowie należnego miejsca w rodzinie *Impact Assessment*. Wśród wielu czynników, które mogłyby przyczynić się do zmiany sytuacji i rozkwitu takiej działalności wymienia się m.in. (20):

1. Upowszechnienie wiedzy o *HIA* wśród decydentów różnych szczebli i sektorów.
2. Włączanie aspektów zdrowia do ocen innych oddziaływań (np. oceny oddziaływania na środowisko), zanim rozwinie się samodzielna ocena wpływu na zdrowie.
3. Wykorzystanie wyjątkowych i prestiżowych działań jako pierwszego zagadnienia objętego *HIA* (np. w Polsce można by zacząć od prowadzenia *HIA* dla projektowanych obiektów na mistrzostwa Europy w piłce nożnej Euro 2012).
4. Wsparcie polityków, legalizacja i instytucjonalizacja *HIA*.
5. Zintegrowanie *HIA* z systemem ochrony zdrowia i utworzenie komórek organizacyjnych, których rolą jest udzielanie wsparcia w tej działalności.
6. Budowanie zrozumienia i sprzyjającego klimatu społecznego dla współcześnie rozumianego zdrowia i jego uwarunkowań.
7. Presja społeczna oraz udział organizacji społeczeństwa obywatelskiego.

Lista ta nie wyczerpuje wszystkich starań, które mogłyby pomóc w upowszechnieniu oceny wpływu na zdrowie w Polsce. Niezależnie od tego, czy *HIA* będzie rozwijać się bardziej w kierunku narzędzia wspierającego decyzje czy narzędzia zapewniania równości w zdrowiu, zawsze będzie to intratna inwestycja na rzecz zdrowia i dobrobytu.

D Cianciara, MJ Wysocki

DEVELOPMENT AND DILEMMAS OF HEALTH IMPACT ASSESSMENT

SUMMARY

Health impact assessment (HIA) is defined as a combination of procedures, methods and tools which may be used to evaluate policy, program or project in the context of its potential impact on the population health or the distribution of health determinants. This approach is used under the assumption that policy, program or project may have an impact on health determinants. Authors of

this paper presented origin, history and short description of this methodology as well as basic steps of the decision making process in which HIA is being used. The difficulties and challenges faced by experts using this approach as well as problems related to the measurement of it's effectiveness are also described. In conclusion authors express the view that HIA may become the universal tool used at all levels of decision making and in all sectors.

PIŚMIENNICTWO

1. Kemm J. Perspectives on health impact assessment. Bull WHO 2003; 81 (6): 387.
2. Acheson D. Health inequalities impact assessment. Bull WHO 2000; 78 (1): 75.
3. Fosse E. Społeczna nierówność w zdrowiu jako element oceny wpływu na zdrowie. Narzędzia i doświadczenia niektórych krajów europejskich. Warszawa: PTOZ, BZgA, EuroHealthNet; 2007.
4. Karski JB. Wybrane metody opracowywania, oceny i realizacji polityki zdrowotnej. Nowiny Lekarskie 2004; 73(3): 242-7.
5. Kobza J, Woźniak J, Geremek M, Pastuszka J. Metodologia HIA jako narzędzie oceny wpływu czynników socjoekonomicznych na zdrowie. Ann Acad Med Siles 2006; 60. supl. 95: 73-6.
6. Kowalska M, Krajewska-Siuda I, Pastuszka J, Zejda JE. Ocena wpływu na zdrowie. Ann Acad Med Siles 2006; 60. supl. 95: 83-6.
7. Kongl Carolinska Medico Chirurgiska Institutet. Strategies for success. National and local strategies for the prevention of accidents and injuries. Stockholm; 1994: 4.
8. World Health Organization. HIA: Glossary of terms used. <http://www.who.int/hia/about/glos/en/print.html>
9. World Health Organization Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: WHO; 1999: 4. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
10. Morgan RK. Health impact assessment: the wider context. Bull WHO 2003; 81(6):390.
11. Public Health Institute of Scotland. Health Impact Assessment; a guide for local authorities. www.phel.gov.pl.uk/hiadocs/263_scottish_hia_guide_for_local_authorities.pdf
12. Commonwealth of Australia. Health Impact Assessment. Guidelines. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2001: s. 15. http://enhealth.nhp.gov.au/council/pubs/pdf/hia_guidelines.pdf
13. Kemm J. More than a statement of the crushingly obvious: A critical guide to HIA. West Midlands Public Health Observatory, 2007. <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44422>
14. International Health Impact Assessment Consortium. European Policy Health Impact Assessment (EPHIA). A guide. 2004: 5. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf
15. Parry J, Wright J. Community participation in health impact assessments. Bull WHO 2003; 81 (6): 388.
16. Quigley RJ, Taylor LC. Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. Bull WHO 2003; 81(6): 415-19.
17. den Broeder L, Penis M, Varela Put G. Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an example from the Netherland. Bull WHO 2003; 81 (6): 404 – 7.
18. Wismar M. The effectiveness of health impact assessment. Eurohealth 2004; 10(3-4):41-43. http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth10_3-4.pdf
19. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J (ed.). The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2007: 19-24.

20. Banken R. Health impact assessment – how to start the process and make it last. Bull WHO 2003; 81(6): 389.

Otrzymano: 06.05.2008

Adres autorów:

Dr hab. Dorota Cianciara

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

Tel., fax: (0-22) 54-21-375

e-mail: dcianciara@pzh.gov.pl