

Dorota Cianciara

ZWIĄZKI ZDROWIA Z DOBROBYTEM I POLITYKĄ PROZDROWOTNĄ

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

Zdrowie jednostek i populacji zależy od bardzo licznych i sprzężonych uwarunkowań. W największym stopniu zależy od tzw. dalszych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, które są przyczyną nierówności w zdrowiu. W pracy przedstawiono związki zdrowia z dobrobytem i rozwojem gospodarczym krajów uprzemysłowionych. Omówiono koncepcję inwestowania dla zdrowia. Przedstawiono założenia polityki prozdrowotnej oraz koncepcji zdrowia we wszystkich politykach. Zaprezentowano metody oceny oddziaływania polityk, w tym ocenę wpływu na zdrowie.

Słowa kluczowe: inwestowanie dla zdrowia, polityka prozdrowotna, zdrowie we wszystkich politykach, ocena wpływu na zdrowie

Key words: investment for health, healthy public policy, health in all policies, health impact assessment

WSTĘP

W latach 70. XX wieku zmieniło się postrzeganie zdrowia i jego uwarunkowań, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Pomimo nowatorskiej wykładni zdrowia dokonanej w 1946 roku przez ŚOZ (1), w zbiorowej świadomości dominował pogląd, że zdrowie jest brakiem choroby. Towarzyszyło temu przekonanie, że budowanie zdrowia polega na eliminowaniu chorób i jest domeną lekarzy. Spektakularne przesilenie nastąpiło w 1974 roku wraz z opublikowaniem przez *Marca Lalonde'a* raportu o stanie zdrowia Kanadyjczyków (2). Głównym choć anonimowym autorem raportu był *Hubert Laframboise*, który powtórzył w nim swoje wcześniejsze zapatrywania. Jednak to *Lalonde*, jako Minister Zdrowia bogatego kraju - Kanady, pozyskał uwagę wielu specjalistów. Utorował drogę nowym prądom, które wskazywały na bardziej rozłożyste korzenie zdrowia i dowodziły, że działania *stricte* medyczne są zaledwie jednym z czterech tzw. pól zdrowia (obok czynników dziedzicznych, warunków środowiskowych i stylu życia). Jego kontynuatorzy argumentowali, że poczynania medyczne mogą odpowiadać za około 10% całkowitego stanu zdrowia zbiorowości, podczas gdy styl

życia warunkuje mniej więcej połowę owej kondycji i jest najważniejszym wykładnikiem zdrowia. Dało to impuls do indywidualistycznego pojmowania zdrowia.

Jakkolwiek pola zdrowia były nowością dla polityków i większości lekarzy, to spotkały się z ostrą krytyką reprezentantów zdrowia publicznego i medycyny społecznej (3). Przede wszystkim dlatego, że styl życia, jeden z kluczowych dla *Lalonde'a* obszarów warunkujących zdrowie, ujmowano jako „ryzyko narzucone sobie samemu” (*self-imposed risk*). W takim rozumieniu, styl życia był czynnikiem, który pozostaje pod całkowitą kontrolą jednostki. Oponenti dowodzili, że pogląd ten jest niesłuszny w odniesieniu do większości elementów stylu życia, ponieważ zachowania pro i antyzdrowotne są wypadkową różnych uwarunkowań. Ponadto - nakłada nadmierny ciężar odpowiedzialności na barki jednostki i może prowadzić do obwiniania ofiary. Krytycyzm przyczynił się do dobitnego artykułowania wspólnotowego wymiaru zdrowia i rozwoju promocji zdrowia. Ta zaś w Karcie Ottawskiej z 1986 roku uzasadnia celowość działań, których podmiotem jest cała społeczność. W promocji zdrowia silny akcent położono na tzw. wzmacnianie działań społeczeństwa, czyli mobilizowanie różnych społeczności do podejmowania wspólnych przedsięwzięć korzystnych dla zdrowia. Równoległe podkreślano nieodzowność innych zbiorowych poczynań, takich jak tworzenie polityki prozdrowotnej oraz ulepszanie środowiska przyrodniczego i społecznego (4).

Aspekt jednostkowy, związany z kształtowaniem indywidualnych umiejętności korzystnych dla zdrowia, uzyskał niższy status. Jednym z efektów było osłabienie nurtu edukacji zdrowotnej, która dotąd (zwłaszcza od Deklaracji z Alma-Aty z 1978 r. na temat POZ) przeżywała wyraźny rozkwit. Tendencję tę obserwowano w wielu krajach. Sukcesem promocji zdrowia jest jednak to, że wyznaczyła kierunek nowego ruchu społecznego na rzecz sprawiedliwości w zdrowiu.

Współczesne modele zdrowia łączą poprzednie doświadczenia i obie perspektywy – indywidualną i zbiorową. Można tu wskazać szeroko znany model *Dahlgren'a* i *Whitehead* z 1991 r., graficznie przedstawiony w formie tęczy. W modelu tym wewnętrzny łuk odwzorowuje tzw. bliskie uwarunkowania zdrowia. Zaliczono tu wiek, płeć i inne czynniki biologiczne (tzw. konstytucyjne), które mają bezpośredni wpływ na zdrowie. Następny łuk to grupa uwarunkowań wynikających ze stylu życia - zgodnie z myślą, że styl życia odpala ładunek wybuchowy zawarty w genach. Kolejny łuk to oddziaływania z sieci społecznej, które kształtują styl życia. Jeszcze wyżej umieszczono warunki bytowe i związane z pracą zawodową (np. wykształcenie, bezrobocie, warunki sanitarne i mieszkaniowe, stan środowiska naturalnego, rolnictwo i produkcja żywności, świadczenia zdrowotne). Skrajnym, zewnętrznym łukiem są warunki społeczno-ekonomiczne, kulturowe oraz środowiskowe, nazwane dalszymi determinantami zdrowia. Wywierają największy wpływ, ponieważ decydują o naturze i sile pozostałych czynników (5). Dla przykładu – jeśli warunki te stwarzają nierówny dostęp ludności do dóbr czy przywilejów, to niektóre grupy społeczne są w trudniejszej sytuacji bytowej. Przyczynia się to do braku korzystnych więzi społecznych oraz ukształtowania niezdrowego stylu życia. W efekcie dochodzi do powstania nierówności w zdrowiu, czyli takiego zróżnicowania stanu zdrowia poszczególnych grup społecznych, którego można by uniknąć. Nierówności w zdrowiu występują powszechnie i są obecne także w Polsce. Przykładem jest 17 lat różnicy w długości życia mężczyzn na warszawskiej Pradze Północ i Ursynowie (odpowiednio: 63,3 i 80,5 lat) (6). W krajach, gdzie zdrowie postrzegane jest jako wartość cenna i wymierna, tworzy się je według 4 podstawowych kanonów: równości, sprawiedliwości, uczestnictwa i trwałości (7). Przyjęcie tych zasad

oznacza, że różnice w stanie zdrowia i natężeniu czynników determinujących zdrowie, jeśli są nie *fair* i można ich uniknąć, powinny zostać zniwelowane.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

W terminologii używanej przez ŚOZ występują trzy pokrewne określenia: sektor zdrowia (*health sector*), system zdrowotny (*health system*) oraz świadczenia zdrowotne (*health services*) (8,9). Zakres tych pojęć nie jest ujednoczony, a wynika to z różnego rozumienia granic i powinności wymienionych sfer. Również w Polsce posługujemy się zróżnicowanym mianownictwem i w odniesieniu do „systemu zdrowotnego” używa się pojęcia „system opieki zdrowotnej” i „system ochrony zdrowia”. System ochrony zdrowia to istotny i integralny składnik aktywności społeczno-ekonomicznej państwa (10). W bardziej uproszczonym podejściu - składają się nań trzy elementy: zdrowie publiczne (promocja zdrowia i profilaktyka), leczenie oraz opieka. Przyjmując drugie stanowisko, warto zanalizować działanie systemu przez pryzmat teorii ograniczeń. Trzeba wyróżnić najsłabszy element, czyli ograniczenie (tzw. wąskie gardło lub najsłabsze ogniwo). Następnie należy odpowiednio zarządzać takim ograniczeniem, a przyczyni się to do wzrostu efektywności całego systemu. Trudno oprzeć się wrażeniu, że najsłabszymi ogniwami polskiego systemu ochrony zdrowia są zdrowie publiczne i opieka medyczno-społeczna. Skutkiem tego niedorozwoju, zwiększone obowiązki oraz ciężary spadają na najbardziej rozbudowane ogniwo – podsystem leczenia. Ogranicza to zdolność całego systemu do osiągnięcia celów zdrowotnych, nawet gdyby medycyna naprawcza była na najwyższym poziomie. Ciekawe zatem, że w wieloletnich sporach o kształt reformy systemu najwięcej uwagi poświęca się... lecznictwu.

ZDROWIE I DOBROBYT

Projekty reform sanitarnych *Edwina Chadwick'a* w Wielkiej Brytanii i *Lemuela Shattuck'a* w Massachusetts w USA są dowodem, że już w połowie XIX wieku sądzono, że warunki bytowania, w znacznym stopniu powiązane z poziomem zamożności i rodzajem wykonywanej pracy, mają znaczący wpływ na stan zdrowia populacji. Poglądy te, w dużej mierze intuicyjne, współcześnie zostały potwierdzone naukowo. Dzisiejsza ekonomika zdrowia dostarcza dowodów, że rozwój gospodarczy miał większy wpływ na wzrost rozmiarów populacji i podnoszenie oczekiwanej długości życia niż postęp w dziedzinie opieki zdrowotnej (11). Tak więc jednostronny, dobroczynny wpływ warunków życia oraz dobrobytu na poprawę stanu zdrowia doceniano już dawno. Ponieważ zdrowie postrzegano jako produkt uboczny wzrostu gospodarczego, to zależność odwrotna – wpływ zdrowia na dobrobyt – była niezauważana. Dopiero w ostatnich latach poddano analizie i tę relację, a obszar ochrony zdrowia zaczęto uważać za taki sektor gospodarki, który przynosi wymierny dochód. W Europie pogląd ten wyrósł na podłożu analiz zmierzających do oceny wpływu zdrowia na rozwój ekonomiczny krajów o niskich i wysokich dochodach, które prowadzono pod egidą Komisji Europejskiej. Momentem zwrotnym było też przemówienie ówczesnego Komisarza do Spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta *Davida Byrne'a* na Europejskim Forum Zdrowia w Bad Gastein w 2003 roku, w którym postawił i udowadniał tezę „Zdrowie jest napędem koniunktury ekonomicznej. Zdrowie równa się dobrobyt” (12).

Badania i analizy dotyczące wpływu zdrowia na kondycję ekonomiczną jednostek i społeczeństw są jeszcze niekompletne i powinny być rozszerzane. Można jednak powiedzieć, że w krajach bogatszych, obciążonych przede wszystkim chorobami przewlekłymi, a nie zakaźnymi, wpływ ten odbywa się za pośrednictwem kilku podstawowych interakcji: zdrowie zwiększa wydajność pracy; zwiększa gotowość do podjęcia pracy; zwiększa umiejętności potrzebne w pracy, poprzez ułatwianie edukacji i szkolenia; a także zwiększa zarobki i oszczędności (13). Ponadto zwraca się uwagę na dodatkowy wkład systemu ochrony zdrowia do ekonomii. Wynika on z podatków wnoszonych przez pracowników ochrony zdrowia do budżetów centralnych. Trzeba pamiętać, że sektor opieki i ochrony zdrowia jest zwyczajowo jednym z większych krajowych pracodawców, a pracownicy tej sfery są zwykle lepiej wykształceni od przeciętnej. Zazwyczaj ma to związek z lepszym uposażeniem i proporcjonalnie wyższymi podatkami.

INWESTOWANIE DLA ZDROWIA

Twórcy polityk i decydenci, którzy są zainteresowani planowaniem na dłuższy czas, mają wystarczające dowody, aby uwzględniać inwestowanie dla zdrowia, jako jedną z możliwych dróg osiągnięcia celów ekonomicznych. Szczególnie w nowych krajach członkowskich UE z Europy Środkowej, w których zarówno stan zdrowia jak gospodarki odbiega od sytuacji w EU-15. Inwestowanie dla zdrowia (*health investment, investment for health*) polega na wydatkach na dowolną działalność, której podstawowym zadaniem jest odbudowa, utrzymanie, poprawa i ochrona zdrowia w kraju w określonym czasie. Proces ten, jeśli ogranicza się do nakładów na świadczenia zdrowotne, bywa nazywany inwestowaniem w zdrowie (*investment in health*) (14). W szerszym znaczeniu – inwestowania dla zdrowia – obejmuje działania, które odnoszą się do problemów leżących poza zakresem kompetencji tradycyjnie rozumianego systemu opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę tzw. dalsze determinanty zdrowia, wymaga to przynajmniej przedsięwzięć na styku świata ekonomii, pracy i opieki społecznej, edukacji, gospodarki mieszkaniowej, ochrony środowiska oraz zdrowia, a więc w obrębie całego rządu. Myślą przewodnią koncepcji jest dążenie do stworzenia wspólnego terminarza działań różnych sektorów, aby odnosić wspólne, planowe korzyści w kilku obszarach jednocześnie. Ma to sprzyjać racjonalnemu wykorzystaniu zasobów poszczególnych sektorów, unikaniu strat i powielania wysiłków.

Koncepcja inwestowania dla zdrowia staje się coraz bardziej popularna i usamodzielnia się ideologicznie. Minimalizuje nawet starszą, dotychczas popularną promocję zdrowia i przyjmuje wobec niej rolę mecenasa. Pomimo tego rozdzwieńku, oba podejścia mają wiele wspólnego, a nawet uzupełniają się. Promocja zdrowia wyrosła na gruncie poglądu, że sprawiedliwość społeczna, demokracja i godziwe warunki życia budują zdrowie, które umożliwia twórcze życie. Nowa koncepcja również wspiera równość społeczną i docenia znaczenie dalszych uwarunkowań zdrowia, ale podkreśla, że życie w zdrowiu tworzy dobrobyt jednostek i państwa. Wyrazem przenikania się obu wątków jest tzw. Karta z Bangkoku na temat promocji zdrowia w zglobalizowanym świecie z 2005 r., która jednoznacznie odwołuje się do potrzeby inwestowania dla zdrowia i światowego gospodarowania zdrowiem (15). Trzeba jednak zaznaczyć, że taki ekonomiczny zwrot promocji zdrowia nie cieszy się powszechnym uznaniem jej gorących wyznawców (16).

ZDROWIE I POLITYKA

Podsumowując powyższe, można powiedzieć, że: zdrowie jednostek i populacji zależy od bardzo licznych i sprzężonych uwarunkowań; poprawa stanu zdrowia ma korzystny wpływ na rozwój gospodarczy kraju; inwestowanie w poprawę stanu zdrowia wymaga działań wielodyscyplinarnych oraz międzysektorowych. Wnioski te nieuchronnie kierunkują uwagę w stronę rozwiązań praktycznych, a więc polityki.

W języku potocznym określenie „polityka” jest niejednoznaczne i może oznaczać zarówno „politykowanie” (*politics*), czyli działania dążące do zdobycia, utrzymania lub powiększenia władzy, jak też „rządzenie”, czyli rozwiązywanie problemów publicznych. W drugim znaczeniu, polityka (*policy*) jest odpowiedzią na pytanie: co zrobić, aby rozwiązać problem? Jest planem działania, określeniem celów i pierwszym krokiem planowania strategicznego (tab. I) (17). Zgodnie z terminologią ŚOZ można wyróżnić dwie podstawowe

Tabela I. Etapy planowania strategicznego

Table I. Stages in strategic planning

Kolejność etapu	Charakterystyka etapu	Pytanie, na jakie odpowiada etap	Nazwa poziomu planowania
Krok 1	Wizja	Co zrobić?	Poziom polityki
Krok 2	Strategia ogólna	W jaki sposób?	Poziom strategii
Krok 3	Strategia działania	Za pomocą jakich metod?	Poziom taktyki
Krok 3	Wdrożenie	Jak metody te wprowadzić w życie?	Poziom operacyjny

odmiany polityki związanej ze zdrowiem: politykę zdrowotną (*health policy*) oraz politykę prozdrowotną (*healthy public policy*). Pierwsza z nich to zespół decyzji lub zobowiązań do przeprowadzenia kierunków działania, których celem jest osiągnięcie zdefiniowanych celów i zadań zmierzających do poprawy zdrowia. Druga zaś, to wyraźna troska o zdrowie i równość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za ich skutki zdrowotne (18). Podstawowa różnica dotyczy zatem obszaru, dla którego tworzy się politykę. Polityka zdrowotna dotyczy stosunkowo wąsko rozumianego sektora zdrowia, podczas gdy prozdrowotna obejmuje inne obszary działalności publicznej, które mają wpływ na szeroko rozumiane warunki dla zdrowia, ale ich wyjściowym zamierzeniem nie jest osiąganie celów zdrowotnych. Polityka prozdrowotna jest zatem taką odmianą polityki, która zwiększa znaczenie zdrowia na wszystkich szczeblach polityki i we wszystkich dziedzinach życia społecznego, czyli w tzw. politykach sektorowych, jak na przykład: transport, mieszkalnictwo, ochrona środowiska, ekonomia, edukacja. Równoległe do pojęcia „polityka prozdrowotna” używane są dzisiaj inne określenia, takie jak: działania międzysektorowe na rzecz zdrowia oraz zdrowie we wszystkich politykach (*Health In All Policies - HIAP*). Zamysł tworzenia polityk sektorowych w taki sposób, aby respektowały znaczenie zdrowia legł u podstaw koncepcji promocji zdrowia wyrażonej w Karcie Ottawskiej. Należy również do podstawowych zasad działania UE. Traktat z Amsterdamu z 1997r. w tytule XIII „Zdrowie publiczne”, artykule 152 (uprzednio tytuł X, artykuł 129 Traktatu z Maastricht), w punkcie 1 stwierdza: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego (...)”.

Każda polityka ma podstawy w wiedzy naukowej i rzetelnej znajomości problemów. Ale polityka, to także sztuka i rzemiosło. Sztuka, ponieważ w identyfikowaniu, opisywaniu i rozwiązywaniu problemów społecznych potrzebne są wyobrażenia i zmysł twórczy. Polityka publiczna, to również rzemiosło, czyli opanowanie pewnych technik postępowania – warsztat. Techniczne umiejętności obejmują organizację procesu powstawania polityki, który przebiega określonym trybem. Istotne jest, aby proces ten odbywał się w sposób demokratyczny i uwzględniający opinie kręgów, które mogą odczuć skutki polityki (19).

OCENA ODDZIAŁYWANIA (WPLYWU) POLITYK

W ostatnich latach do warsztatu tworzenia polityk wprowadzono nowy tryb pracy – *Impact Assessment (IA)*, czyli ocenę potencjalnego oddziaływania polityk na różne obszary życia społecznego. Metoda *IA* pozwala szacować wpływ polityki na m. in: środowisko, społeczeństwo, ekonomię, społeczeństwo i ekonomię, równość, równość i różnorodność, ale także na kwestie równouprawnienia płci oraz związane z klimatem, demografią czy rozwojem. Kolejne instrumenty służą ocenie wpływu polityki na zdrowie (*Health Impact Assessment - HIA*), sprawiedliwość w zdrowiu, a także system zdrowotny. Metodę *IA* stosuje się w trakcie przygotowywania propozycji i założeń polityki, zanim zapadną ostateczne postanowienia. Jej celem jest zmniejszanie ryzyka podjęcia decyzji błędnych, przynoszących niepożądane skutki uboczne, bez narzucania jakichkolwiek rozwiązań.

Procedura oceny wpływu polega na analizowaniu prawdopodobnych konsekwencji powstającej polityki na wybraną sferę życia (np. na środowisko, zdrowie, gospodarkę lub społeczeństwo). W postępowaniu uczestniczy grupa analityków (ekspertów zewnętrznych reprezentujących różne dziedziny), którzy rozpatrują korzystne i niekorzystne następstwa planowanej polityki oraz przewidują skutki uboczne. Stosują przy tym odpowiednie formularze, a ustalenia oraz ostateczne zalecenia zamieszczają w raporcie. Następnie raport może być poddany konsultacjom społecznym i przeróbkom albo trafia bezpośrednio do rąk osób podejmujących decyzje polityczne. Zawsze jednak decydenci danego szczebla sami muszą powziąć ostateczną decyzję.

W Komisji Europejskiej obowiązuje zasada oceny nowych, wiodących polityk i propozycji legislacyjnych (przed ich formalnym zgłoszeniem) pod kątem ich potencjalnych konsekwencji ekonomicznych oraz społecznych i środowiskowych. Podejście takie, zwane zintegrowanym, obowiązuje od 2002 roku i zastąpiło stosowane wcześniej szacowanie „jednosektorowe”. W Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, prowadzi się tylko ocenę oddziaływania na środowisko (20).

OCENA WPLYWU POLITYKI NA ZDROWIE (*HIA*)

Zgodnie z duchem *HIA*, procedurze tej powinny być poddane różne polityki sektorowe, których podstawowym celem nie jest poprawa zdrowia, a więc na przykład dotyczących środowiska naturalnego, transportu, rolnictwa, rybołówstwa, zatrudnienia, edukacji, sprawiedliwości, nauki, handlu czy podatków. Jakkolwiek istnieje zgoda co do zasadniczych etapów postępowania w *HIA*, to jednak procedura jest w stadium rozwoju. Wyrazem tego jest istnienie wielu dróg postępowania i nieco odmiennych poradników do jej przepro-

wadzenia. Przedstawienie schematu postępowania w ocenie wpływu na zdrowie wymaga zatem osobnego opracowania. Procedura oceny wpływu na zdrowie jest szeroko stosowana w krajach Unii Europejskiej, aczkolwiek niesystematycznie i rzadko na poziomie krajowym czy regionalnym. Z tego powodu podnoszona jest konieczność instytucjonalizacji tego postępowania oraz przyznania mu należnego miejsca w rodzinie *Impact Assessment*. Kluczem do upowszechnienia *HIA* jest postrzeganie zdrowia jako wartości cennej i wymiernej. Równie ważny jest wzrost świadomości decydentów wszystkich szczebli i we wszystkich dziedzinach życia publicznego, że rozwój zdrowia wykracza poza zakres obowiązków pracowników służby zdrowia. Zgodnie z aktualną wiedzą, leży bowiem w gestii wielu innych osób oraz grup społecznych.

D Cianciara

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND ECONOMY AND HEALTHY PUBLIC POLICY

SUMMARY

The health of the individuals and whole population is determined by many interrelated factors. Primary by socio-economic distal determinants which are essential for health inequalities. In the article health linkages with wealth and economic prosperity in developed countries are presented. The concept of investment for health is described. Principles of healthy public policy and prospects of health in all policies, Impact Assessment methodology and Health Impact Assessment are marked out.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Bull WHO 2002; 80(12): 983-4.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians - a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974: 31-4. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
3. Hancock T. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". Health Promotion 1982; 1(1): 93-100.
4. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1987; 1(4): III-V.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.
6. Wojtyński B. Umieralność mieszkańców m. st. Warszawy. W: Ostrowska A, Olsińska E (red.). Raport o stanie zdrowia mieszkańców Warszawy – wybranych aspektach sytuacji zdrowotnej ludności Warszawy na podstawie danych z lat 1999-2003. Warszawa: Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Biuro Polityki Zdrowotnej; 2006: 15-55.
7. Ritsatakis A, Järvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. W: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (ed.). Health in All Policies. Prospects and Potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies; 2006: 145-167.
8. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998: 12. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
9. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000: 5-8.

10. Poździoch S. Strategia działania w dziedzinie zdrowia publicznego. W: Czupryna A, Poździoch S, Ryś A, Włodarczyk WC. (red.). *Zdrowie publiczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2000: T.I: 28.
11. Goetzen TE. *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: PWN; 2000: 380.
12. Byrne D. Health equals Wealth. European Health Forum, Bad Gastein, 3 October 2003. Speech/03/443. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/03/443&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
13. Suhrcke M, Mekee M, Sauto Arce R, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities, Health and Consumer Protection DG; 2005: 9-12.
14. A public health strategy for the East Midlands. Technical version. East Midlands Regional Assembly; 2003: 6.
http://www.emra.gov.uk/publications/documents/investment_for_health_full.pdf
15. Karta z Bangkoku nt. promocji zdrowia w zglobalizowanym świecie. W: *Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej i społecznej państwa*. Warszawa: PZH; 2005: 4-9.
16. Porter C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion. *Health Promotion International* 2006; 22(1): 72-79.
17. Kongl Carolinska Medico Chirurgiska Institutet. Strategies for success. National and local strategies for the prevention of accidents and injuries. Stockholm: Kongl Carolinska Medico Chirurgiska Institutet; 1994: 4.
18. World Health Organization. Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization; 1999:212-13.
19. Department of the Premier and Cabinet. Policy handbook. The State of Queensland Queensland, 2006.
http://www.premiers.qld.gov.au/About_the_department/publications/policies/Governing_Queensland/Policy_Handbook/cycle/defining/
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 września 2002 r. w sprawie określenia rodzajów przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko oraz szczegółowych kryteriów związanych z kwalifikowaniem przedsięwzięć do sporządzenia raportu o oddziaływaniu na środowisko. Dz. U. z 2002 r. Nr 179, poz. 1490.

Otrzymano: 6.05.2008 r.

Adres autorki:

doc. dr hab. Dprota Cianciara
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: dcianciara@pzh.gov.pl