

Dorota Cianciara^{1,2}, Mirosław J. Wysocki²

POZYCJA ZDROWIA W STOSUNKACH MIĘDZYNARODOWYCH. CZ. II. ZDROWIE JAKO PROCES

POSITION OF HEALTH AT INTERNATIONAL RELATIONS. PART II. ORGANIZATIONAL DIMENSIONS OF HEALTH

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

² Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest: (1) analiza wybranych pojęć i terminów związanych z procesami „organizacji zdrowia”, używanych w dokumentach międzynarodowych, zwłaszcza powstałych w rodzinie organizacji ONZ; (2) próba oceny ewolucji postrzegania procesów prowadzących do zdrowia.

Omówiono następujące wymiary procesualne zdrowia: (a) zdrowie dla wszystkich; (b) promocję zdrowia, międzysektorowe i wielosektorowe działania na rzecz zdrowia, politykę prozdrowotną, zdrowie we wszystkich politykach; (c) rozwój zdrowia, zdrowie jako składowa rozwoju; (d) inwestowanie dla zdrowia; (e) dyplomację zdrowotną oraz (f) *mainstreaming* zdrowia.

Analizą objęto różne dokumenty, m.in. rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ŚZZ) ŚOZ i Zgromadzenia Ogólnego ONZ, a także raporty i stanowiska o ponadnarodowym charakterze, dostępne w sposób konwencjonalny i nie będące tzw. „szarą literaturą”. Zwraca uwagę, że niektóre pojęcia nie są w Polsce używane, być może nie są nawet znane.

Zaznaczono, że pewne ogólne, ostrożne przemyslenia o „organizacji zdrowia” zawarto już w preambule Konstytucji ŚOZ, ale nie można ich porównać z późniejszymi koncepcjami. Pierwsze nowoczesne pojęcia i terminy dotyczące procesów tworzenia zdrowia powstały w późnych latach 70. Było to powiązane z realną próbą urzeczywistnienia wizji zdrowia dla wszystkich oraz formułowaniem krajowych polityk, strategii i planów służących osiągnięciu tego celu. Datą przełomową jest rok 1981, kiedy ŚZZ zaaprobowało „Światową strategię zdrowia dla wszystkich do roku 2000”.

Od tego czasu obserwuje się postęp w tworzeniu nowych określeń dotyczących procesów tworzenia zdrowia, określeń coraz bardziej precyzyjnych i lepiej oddających istotę działań prozdrowotnych. Ewolucję określeń dotyczących organizacji zdrowia opisano w kontekście pozycjonowania marki.

ABSTRACT

The aim of this article was: (1) the analysis of some concepts and definitions related with “set up of health”, used in UN international arrangements; (2) an attempt to explain the evolution of organizational dimensions of health at worldwide agenda.

The following organizational dimensions of health were discussed: (a) health for all, (b) health promotion, intersectoral and multisectoral actions, health in all policies, (c) health development, health as an element of human development, (d) investment for health, (e) health diplomacy and (f) mainstreaming of health.

The analysis was based on World Health Assembly and UN General Assembly resolutions as well as supranational reports and statements available through conventional channels, not grey literature. It is apparent that some of notions are not in common use in Poland, some seems to be unknown.

It was argued that some general and discreet thoughts and statements concerning organizational aspects of health were expressed in the preamble of WHO Constitution. Nevertheless they are not comparable with later propositions and proceedings. The first modern concepts and notions related as process were developed at late seventies. They originated from efforts to realize a vision of health for all and formulate national policies, strategies and plans of action for attaining this goal. The turning point was in 1981, when WHA adopted Global Strategy for Health for All by the Year 2000.

Since then one can observe considerable progress and new concepts came into existence, more and more precise and better reflecting the sense of health actions. The evolution of organizational dimensions of health was described in the context of brand positioning. It was assumed that first step of positioning was concentrated on structural dimensions of health. That served to awareness raise, attitudes change and motivation to action. That made a foundation to the next

Przyjęto, że pierwsza faza pozycjonowania odnosiła się do kreowania strukturalnego wizerunku zdrowia. Pozwoliło to na zwiększenie powszechnej świadomości, zmianę postaw i motywacji wobec zdrowia. Dało to podłoże do następnego kroku – pozycjonowania w aspekcie procesów, jakie prowadzą do osiągnięcia zdrowia.

Słowa kluczowe: *zdrowie dla wszystkich, zdrowie we wszystkich politykach, inwestowanie dla zdrowia, dyplomacja zdrowotna, mainstreaming zdrowia.*

step – positioning based on process approach to health. Among others the following processes are described: (a) health for all, (b) health promotion, health in all policies, (c) health development, (d) health diplomacy, and (e) mainstreaming of health.

Key words: *health for all, health in all policies, investment for health, health diplomacy, mainstreaming of health*

WSTĘP

Zdrowie publiczne łączy naukę i sztukę, teorię i praktykę. Praktyka, to poszczególne interwencje o konkretnych celach, treściach i metodach, w tym również działalność o charakterze politycznym związana z daną interwencją. Zdrowie publiczne podejmuje działania zgodnie z zasadą sprawiedliwości społecznej, co może rodzić konflikty. Służąc poszczególnym społecznościom o różnych systemach wartości i różnej kulturze powinno się szukać kompromisu, zarówno co do zakładanych celów, jak metod ich osiągnięcia. Z tego powodu zdrowie publiczne jest działalnością polityczną rozumianą jako tzw. cykl polityczny i negocjacje.

Wśród polityk opracowywanych w zdrowiu publicznym na szczególną uwagę zasługuje ta, którą tworzy się w stosunkach międzynarodowych. Kluczowe znaczenie mają tu relacje międzypaństwowe na forum ONZ. W Europie istotną rolę odgrywa Unia Europejska oraz, w pewnym stopniu, utworzona w 1949 r. Rada Europy (*Council of Europe*).

W licznych dokumentach rangi międzynarodowej zdrowie postrzegane jest dwojako – jako pewien stan i zbiór cech (struktura i funkcja) oraz jako proces, który prowadzi do osiągnięcia tego stanu („organizacja zdrowia”). Wśród wykładników zdrowia jako konstrukcji wymienia się m.in. dobrostan; prawo człowieka; zasób życiowy, potencjał; sprawiedliwość (1). Wśród procesów, które odnoszą się do osiągania zdrowia wymienia się m.in: zdrowie dla wszystkich; promocję zdrowia, międzysektorowe i wielosektorowe działania na rzecz zdrowia, politykę prozdrowotną, zdrowie we wszystkich politykach; rozwój zdrowia, zdrowie jako element rozwoju; inwestowanie dla zdrowia; dyplomację zdrowotną oraz *mainstreaming* zdrowia.

Celem artykułu jest: (1) analiza wybranych pojęć i terminów związanych z procesami „organizacji zdrowia”, używanych w dokumentach międzynarodowych, zwłaszcza powstałych na forum ONZ; (2) próba oceny ewolucji percepcji tych procesów w stosunkach międzypaństwowych.

WYMIARY ZDROWIA

Z d r o w i e d l a w s z y s t k i c h (ZDW). Zdrowie dla wszystkich (*health for all – HFA*), to rodzaj planu minimum, w którym: „Wszyscy ludzie we wszystkich krajach powinni mieć przynajmniej taki poziom zdrowia, aby mogli produktywnie pracować i aktywnie uczestniczyć życiu społeczności, do której należą”. Minimalizm i ograniczenie polega tu na rezygnacji z najwyższego możliwego do uzyskania poziomu zdrowia. Powyższa definicja została podana przez ŚOZ w 1999 r. (2).

W maju 1977 r. 30. ŚZZ (*World Health Assembly – WHA*) zaaprobowало rezolucję (*WHA 30.42*), w której zdecydowano, że głównym celem społecznych działań rządów i ŚOZ w nadchodzących dziesięcioleciach powinno być osiągnięcie takiego poziomu zdrowia, który umożliwi wydajne i aktywne życie. Dwa lata później, ŚZZ uprawomocniło Deklarację z Alma Ata, zapowiedziało światową strategię¹ „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” oraz zachęciło kraje członkowskie do tworzenia krajowych polityk, strategii i planów zgodnie z tą ideą (rezolucja *WHA 32.30*). W tym samym roku ZO ONZ (rezolucja 34/58) wsparło decyzje ŚOZ i zażądało od struktur ONZ podjęcia stosownych działań. Ostatecznie, światowa strategia ZDW została zaaprobowana w 1981 r. (rezolucja *WHA 34.36*) (3). Strategia wynika z licznych wcześniejszych uzgodnień międzynarodowych, które uznały, że: zdrowie jest podstawowym prawem; istniejące nierówności w zdrowiu muszą być zniwelowane; ludzie mają prawo i obowiązek uczestniczyć w planowaniu opieki zdrowotnej; rządy ponoszą odpowiedzialność za zdrowie obywateli i mają obowiązek prowadzenia odpowiednich działań w sferze zdrowotnej i społecznej; państwa są suwerenne w swoich decyzjach o ile dążą do ZDW. W latach 1983-1996 rządy i ministerstwa zdrowia trzykrotnie monitorowały oraz oceniały stopień realizacji celów ZDW za pomocą specjalnych wskaźników.

¹ W piśmiennictwie nierzadko pojęcie „strategia” używane jest zamiennie z „polityką”; „polityka” jest pierwszym etapem planowania strategicznego, drugim krokiem jest wybór strategii

Kontynuacją tego planu rozwoju polityki zdrowotnej jest „Zdrowie 21 - ZDW w XXI wieku” (*Health 21*). W aktualnym planie podkreśla się aprobatę dla podstawowych wartości, takich jak: zdrowie jako prawo człowieka, sprawiedliwość i solidarność w zdrowiu, uczestnictwo, odpowiedzialność. Unowocześniona polityka została zaaprobowana przez ŚZZ w 1998 r. w tzw. Światowej Deklaracji Zdrowia (rezolucja *WHA.51.7*) (4).

Promocja zdrowia; międzysektorowe, wielosektorowe działania na rzecz zdrowia; polityka prozdrowotna; zdrowie we wszystkich politykach. Promocja zdrowia, to „Proces, który umożliwia jednostkom i społecznościom uzyskanie większego wpływu na determinanty zdrowia, a dzięki temu – wpływu na zdrowie”. Międzysektorowe działania na rzecz zdrowia (*intersectoral action*) oznaczają takie postępowanie, w którym sektor zdrowotny i inne sektory gospodarki i społeczne współpracują w celu osiągnięcia wspólnego celu, a współpraca taka podlega koordynacji. Równolegle występuje pojęcie działań wielosektorowych (*multisectoral action*), które ma podkreślić specyficzny wkład każdego z poszczególnych sektorów oraz odpowiedzialność każdego z nich za determinanty zdrowia i zdrowie (2).

Polityka prozdrowotna (*healthy public policy*), to „Wyraźna troska o zdrowie i sprawiedliwość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za uzyskiwane efekty. Podstawowym celem takiej polityki jest tworzenie wspierającego środowiska, które pozwala na prowadzenie zdrowego życia”. Definicja ta pochodzi z Rekomendacji z Adelajdy nt. polityki prozdrowotnej, które powstały w trakcie 2. Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1988 r. (5) i jest używana do dzisiaj. Wszystkie wymienione pojęcia zostały opisane także w 1993 r. w kolejnej rewizji celów strategii ZDW (6), a następnie powtórzone w 1999 r. w polityce „Zdrowie 21” (2).

W ostatnich latach, zwłaszcza w krajach Unii Europejskiej, używane było bliźniacze określenie „zdrowie we wszystkich politykach” (*health in all policies - HIAP*), które szczególnie upowszechniło się w trakcie prezydencji Finlandii w Radzie Unii Europejskiej (*Council of the European Union*) w II połowie 2006 r. Aktualnie określenie to jest używane także przez ŚOZ. Wyrazem tego jest Oświadczenie z Adelajdy nt. zdrowia we wszystkich politykach sformułowane przez ŚOZ i rząd Płd. Australii w kwietniu 2010 r. (7). Miejsce złożenia tego oświadczenia jest klamrą nawiązującą do pierwszych ustaleń nt. współdziałania wielu sektorów. Trzeba podkreślić, że od czasu zawarcia umowy między państwową Traktatu z Maastricht, problematyka *HIAP* jest obecna w kolejnych zapisach traktatowych. W obecnym brzmieniu, zgodnym ze skonsolidowaną wersją Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej

z 2008 r., w tytule XIV, artykule 168, w punkcie 1, stwierdza się: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnią się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego” (8).

Należy odnotować, że międzysektorowe działania na rzecz zdrowia, polityka prozdrowotna i *HIAP* – niezależnie do nazwy – są jednym z pięciu obszarów działania promocji zdrowia, a więc także tzw. nowego zdrowia publicznego.

Rozwój zdrowia. Rozwój zdrowia (*health development*), to „Proces stałego, postępującego polepszania stanu zdrowia populacji” (2). Jako proces dotyczący zbiorowości, różni się od pomnażania zdrowia jednostek i polega na odmiennych mechanizmach. Może obejmować tworzenie polityk, wprowadzanie zmian prawnych, organizacyjnych czy instytucjonalnych albo mobilizowanie środków. Zawsze jest to proces, który wymaga uzgodnienia rozwiązań, negocjacji oraz wywierania wpływu na decyzje i ludzi. Pojęcie to, obecne wcześniej w dyskursie, w podanym brzmieniu zdefiniowano w 1999 r. W słowniku promocji zdrowia wydanym przez ŚOZ rok wcześniej terminem tym objęto proces poprawy zdrowia jednostek i grup (9).

Zdrowie jako element rozwoju. W listopadzie 1979 r. ZO ONZ (rezolucja 34/58) wsparło światową strategię ZDW oraz uznało zdrowie za integralną część rozwoju poszczególnych państw, zwłaszcza rozwijających się.

W 1990 r. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (*UNDP*) rozpoczął coroczne wydawanie Raportu o Rozwoju Społecznym. W pierwszym raporcie, rozwój społeczny (*human development*) został zdefiniowany jako: „Proces, który umożliwia ludziom podejmowanie wyborów (decyzji). W zasadzie wybory te nie powinny być ograniczone (...). Niemniej, na wszystkich poziomach rozwoju najważniejsze dla ludzi są trzy kwestie: długo i zdrowo żyć, zdobywać wiedzę oraz mieć dostęp do zasobów, które umożliwiają przyzwoity standard życia. Jeśli nie ma się wyboru w tych trzech obszarach, wszystkie inne sprawy są nieosiągalne. Ale rozwój społeczny nie kończy się na tym. Dodatkowe wybory, bardzo istotne dla wielu osób, dotyczą wielu kwestii, poczynając od swobód politycznych, ekonomicznych i społecznych, a kończąc na byciu kreatywnym, produktywnym, posiadaniu szacunku do siebie samego i korzystaniu z praw człowieka” (10). W ujęciu tym zdrowie stało się jednym z trzech najważniejszych dóbr społecznych i elementów rozwoju.

We wrześniu 2000 r. na szczycie ONZ (Zgromadzenie Ogólne) 189 głów państw uchwaliło tzw. Deklarację milenijną (rezolucja 55/2) (11), której podłożem były ustalenia z poprzedniego dziesięciolecia. Punkty 19 i 20 Deklaracji stały się podstawą sformułowania celów działania do roku 2015, znanych pod nazwą „Milenijne Cele Rozwoju” (*MCR; Millennium Development Go-*

als-MDG) (12). Wiele z nich *expressis verbis* dotyczy problemów zdrowotnych, inne mają związek z tzw. dalszymi determinantami zdrowia (tab. I).

Inwestowanie dla zdrowia. Inwestowanie dla zdrowia (*investment for health*) odnosi się do „Zasobów, które w jednoznaczny sposób są przeznaczone na produkcję zdrowia oraz uzyskanie korzystnych zmian w zdrowiu. Mogą to być inwestycje agencji publicznych lub prywatnych, a także pojedynczych osób lub grup. Strategie inwestowania dla zdrowia są wynikiem uzyskanej wiedzy na temat uwarunkowań zdrowia i poszukują politycznego poparcia oraz zobowiązania do prowadzenia polityki prozdrowotnej”. Definicja w powyższym brzmieniu została podana przez ŚOZ w 1999 r. (2). Istota definicji polega na podkreśleniu, że wszystkie wydatki na zdrowie są inwestycją, często z długoterminową stopą zwrotu (zyskownością), nigdy nie są pieniędzmi wydanymi bezzasadnie.

W 1993 r. Bank Światowy uznał, że wydatki na zdrowie są usprawiedliwione z ekonomicznego punktu widzenia. Lepsze zdrowie przyczynia się do wzrostu gospodarczego poprzez: większą produkcję; lepszy dostęp do zasobów naturalnych; większy udział dzieci w edukacji; wzrost wykorzystania zasobów alternatywnych. Raport Banku (13) proponuje trzy podejścia do polityk rządowych w celu poprawy zdrowia. Na pierwszym miejscu wymienia „wzmocnienie środowiska, które umożliwia gospodarstwu domowemu poprawę zdrowia”, w tym np.: polityki poprawy sytuacji życiowej osób biednych; zwiększanie nakładów na edukację, zwłaszcza kształcenie dziewcząt; promowanie równego statusu kobiet i mężczyzn. Na drugim miejscu umieszczono „zwiększenie rządowych nakładów na zdrowie”, w tym m.in.: ograniczenie wydatków na opiekę medyczną trzeciego poziomu, kształcenie specjalistów i inne interwencje, które przynoszą niewielki zwrot;

Tabela I. Milenijne Cele Rozwoju
Table I. Millennium Development Goals

Cele		Zadania	
1.	Wyliminować skrajne ubóstwo i głód	1A	W latach 1990–2015 zmniejszyć o połowę odsetek osób, których dochód jest niższy od 1\$ dziennie
		1B	Stworzyć pełne i produktywne możliwości zatrudnienia oraz godziwą pracę dla wszystkich, w tym kobiet i młodych ludzi
		1C	W latach 1990–2015 zmniejszyć o połowę odsetek osób, które cierpią z powodu głodu
2.	Zapewnić powszechne nauczanie na poziomie podstawowym	2A	Do 2015 r. zapewnić wszystkim chłopcom i dziewczętom możliwość ukończenia pełnego cyklu nauki na poziomie podstawowym
3.	Promować równość płci i awans społeczny kobiet	3A	Do 2005 r. wyliminować nierówny dostęp chłopców i dziewcząt do pierwszego i drugiego szczebla edukacyjnego, a na wszystkich szczeblach do 2015 r.
4.	Ograniczyć umieralność dzieci	4A	W latach 1990–2015 zmniejszyć o 2/3 wskaźnik umieralności dzieci w wieku do lat 5
5.	Poprawić zdrowie matek	5A	Zmniejszyć o 3/4 wskaźnik umieralności matek
		5B	Stworzyć powszechny dostęp do usług związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym
6.	Zwalczać HIV/AIDS, malarię i inne choroby	6A	Do 2015 r. powstrzymać rozprzestrzenianie się HIV/AIDS i ograniczyć liczbę nowych zakażeń
		6B	Do 2010 r. stworzyć powszechny dostęp do leczenia HIV/AIDS dla wszystkich potrzebujących
		6C	Do 2015 r. powstrzymać rozprzestrzenianie się malarii i innych ważnych chorób oraz zmniejszyć zapaadalność na te choroby
7.	Stworzyć zrównoważone środowisko	7A	Uwzględnić zasady zrównoważonego rozwoju w krajowych strategiach i programach; stosować metody hamujące zubożenie zasobów środowiska naturalnego
		7B	Zmniejszyć straty bioróżnorodności i w 2010 uzyskać znaczącą poprawę
		7C	Do 2015 r. zmniejszyć o połowę odsetek osób, które nie mają dostępu do bezpiecznej wody przeznaczonej do spożycia
		7D	Do 2020 r. osiągnąć znaczącą poprawę warunków życia przynajmniej 100 milionów mieszkańców slumsów
8.	Stworzyć globalne partnerskie porozumienie na rzecz rozwoju	8A	Stworzyć dostępny dla wszystkich, oparty na jasnych zasadach, przewidywalny i nikogo nie dyskryminujący system handlowo-finansowy
		8B	Wyjść naprzeciw szczególnym potrzebom państw najsłabiej rozwiniętych (dot. ceł i taryf na eksportowane towary, głównie rolnicze)
		8C	Wyjść naprzeciw szczególnym potrzebom krajów śródlądowych i krajów rozwijających się położonych na małych wyspach
		8D	Kompleksowo rozwiązać kwestię zadłużenia krajów rozwijających się poprzez podjęcie narodowych i międzynarodowych kroków służących utrzymaniu długookresowej zdolności do spłaty zadłużenia
		8E	We współpracy z firmami farmaceutycznym stworzyć dostęp do osiągalnych podstawowych leków w krajach rozwijających się
		8F	We współpracy z sektorem prywatnym upowszechnić dostęp do nowych technologii, zwłaszcza technologii informacyjnych i komunikacyjnych

finansowanie i wdrożenie pakietu interwencji zdrowia publicznego. Trzeci z sugerowanych kierunków, to „promowanie różnorodności i konkurencji”, w tym np.: tworzenie publicznych i prywatnych systemów ubezpieczeń; tworzenie i rozpowszechnienie informacji o działaniu świadczeniodawców, lekach podstawowych i sprzęcie, o kosztach i efektach interwencji oraz akredytacji instytucji. Ważnym etapem upowszechnienia tej koncepcji był również tzw. raport *Jeffrey'a Sachs'a* opracowany w 2001 r. przez Komisję ŚOZ ds. Makroekonomii i Zdrowia (14). Podkreślał on znaczenie inwestowania dla zdrowia nie tyle dla osiągnięcia korzyści zdrowotnych, ile dla wzrostu i rozwoju gospodarczego.

Dyplomacja zdrowotna. Termin „światowa dyplomacja zdrowotna” (*global health diplomacy*) oznacza proces, w którym wielu partnerów na wielu poziomach prowadzi negocjacje polityczne, aby tworzyć warunki korzystne dla zdrowia. Proces służy temu, aby poszczególne, niezależne państwa podejmowały wspólne działania na rzecz światowego rozwoju i realizacji zobowiązań (w tym MCR) i aby ich udział był systematyczny oraz aktywny. Konieczne przy tym jest rozpoznanie i zrozumienie czynników, które mają podstawowe znaczenie dla zdrowia ludności świata oraz budowanie potencjału wykonawczego dla współpracy. Można to postrzegać jako proces, który ma dwa cele: rozwój zdrowia oraz utrzymanie stosunków międzynarodowych, ich poprawę, a także uzyskanie spójności we wzajemnych relacjach.

Dyplomacja zdrowotna jest stosunkowo nowym obszarem, na którym współdziała wielu specjalistów, w tym zajmujących się stosunkami międzynarodowymi, naukami politycznymi, zdrowiem publicznym, prawem międzynarodowym i krajowym, ekonomią itd. Centralnym ośrodkiem kontaktowym jest ŚOZ.

Tematyka zależności zdrowia od stosunków międzynarodowych była podnoszona m.in. w Deklaracji z Oslo (opublikowana w *The Lancet* w kwietniu 2007 r., złożona 20 marca 2007 r. przez ministrów spraw zagranicznych Brazylii, Francji, Indonezji, Norwegii, Płd. Afryki, Senegal i Tajlandii) (15), rezolucji ZO ONZ z 2008 r. pt. „Światowe zdrowie i polityka zagraniczna” (63/33) (16) oraz w trakcie obrad Komitetu Regionalnego ŚOZ dla Europy w Moskwie we wrześniu 2010 r. (17). Wskazówki do metod prowadzenia takich negocjacji zawarto w publikacji ŚOZ już w 2000 r. (18). Równoważnym terminem jest „partnerstwo dla rozwoju zdrowia” (19). Wydaje się, że termin ten nie został jeszcze wprowadzony do języka zdrowia publicznego w Polsce.

Mainstreaming zdrowia i zdrowia publicznego. Termin „mainstreaming” pochodzi z języka angielskiego, w którym „main stream” oznacza główny, podstawowy nurt (strumień), np. przeważające w danym momencie prądy literackie, idee, postawy, ten-

dencje, ale też prawne czy instytucjonalne rozwiązania społeczno-polityczne. „Main stream”, to również środek sceny politycznej i życia społecznego, rodzaj centrum, gdzie rozważa się różne opcje i podejmuje decyzje, które zawsze mają skutki ekonomiczne, społeczne i polityczne. „Main stream” decyduje, co komu przypadnie i dostarcza argumentów do alokacji zasobów. „Mainstreaming” zaś, to wpływanie na te dominujące idee, postawy, tendencje i działania, aby uzyskać zmianę w polityce oraz w działalności praktycznej. Można to osiągnąć poprzez zmianę postaw i umiejętności członków różnych zespołów (doradczych, decyzyjnych, wykonawczych), zmianę danej organizacji lub sposobu, w jaki wykonuje swoją pracę. *Mainstreaming* ma na celu wykorzystanie zebranej wiedzy w praktyce i różni się od upowszechniania wiedzy, które polega na przekazywaniu informacji. Jest to pewna forma rzecznictwa (advokatury; *advocacy*), które również dąży do uzyskania wpływu na politykę publiczną i podział zasobów, zazwyczaj z powodów etycznych. Wyróżnia się *mainstreaming* pionowy i poziomy. Pierwszy zachodzi, gdy wywiera się bezpośredni wpływ na osobę władną podejmować decyzje. Można to porównać do lobbingu, w którym też dochodzi do bezpośredniego kontaktu z legislatorami, chociaż zazwyczaj wyłącznie na tle partykularnych interesów. Drugi rodzaj polega na dokumentowaniu działań, ich ocenie i przekazywaniu tej wiedzy innym zainteresowanym podmiotom. Mówi się również o *mainstreaming'u* ponadnarodowym.

Problematyka *mainstreaming'u* jest aktualnie propagowana m.in. przez Komisję Europejską, zwłaszcza Inicjatywę Wspólnotową *EQUAL* realizowaną od 2001 r. w 25 krajach Unii Europejskiej, finansowaną przez Europejski Fundusz Społeczny oraz budżety państw biorących udział w Inicjatywie (w Polsce jako uzupełnienie Narodowego Programu Rozwoju). Głównym celem *EQUAL* jest testowanie oraz popieranie nowych sposobów zwalczania wszelkich form dyskryminacji i nierówności na rynku pracy z powodu płci, pochodzenia rasowego, etnicznego, wyznania, przekonań, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej, zarówno wobec osób zatrudnionych, jak i poszukujących pracy. W *EQUAL* opracowano podręcznik do prowadzenia *mainstreaming'u* jako procesu włączenia efektów konkretnych projektów do głównego nurtu życia społecznego (20).

Pojęcie *mainstreamingu* jest coraz częściej używane w dokumentach agend ONZ w odniesieniu do zdrowia, w różnych jego aspektach, np.: niepełnosprawności, kulturowej tożsamości płci we wszystkich politykach czy promocji zdrowia. Na szczególną uwagę zasługuje materiał roboczy Komitetu Ekspertów ds. Administracji Publicznej przy Radzie Gospodarczej i Społecznej ONZ (jeden z organów głównych) pt. „Mainstreaming kwestii zdrowia i budowanie potencjału ludzkiego w admini-

stracji publicznej” (21), przygotowany na obrady Rady w 2009 r. W opracowaniu zawarto 8 rekomendacji dla państw członkowskich oraz 4 dla agencji ONZ. Zalecenia dla administracji krajowych obejmują: zwiększanie świadomości dotyczącej własnej odpowiedzialności za zdrowie na wszystkich poziomach i we wszystkich sektorach; tworzenie zintegrowanych polityk zdrowotnych, koordynujących prace wielu sektorów; przyjęcie jako zasady uczestnictwa zainteresowanych stron w tworzeniu polityk; włączenie współpracy międzysektorowej do pracy administracji publicznej; wspieranie administracji publicznej poprzez systemy informacyjne nt. zdrowia; kreowanie otwartości i współpracy międzypaństwowej; długoterminowe finansowanie, w tym poprzez partnerstwo publiczno-prywatne; włączenie organizacji społeczeństwa obywatelskiego do zwiększania świadomości tzw. interesariuszy, czyli ważnych zainteresowanych stron. Ostatecznie, w końcowej rezolucji Rady (2009/18), wyrażono poparcie dla podjętych inicjatyw oraz oczekiwanie wobec Sekretariatu, aby kontynuować prace (badawcze, doradcze, szkolenia itp.), które pomogą budować potencjał wykonawczy służb publicznych. Podkreślono, że aktualny kryzys ekonomiczny zagraża administracji publicznej (22). Aktualnie *mainstreaming* jest określeniem modnym, ale jeszcze nie używanym w Polsce.

PODSUMOWANIE

Jakkolwiek pewne ogólne i ostrożne przemyślenia o „organizacji zdrowia” zawarto już w Konstytucji ŚÓZ, to jednak nie można ich porównywać z późniejszymi koncepcjami. Powyższa analiza pokazuje, że pierwsze nowoczesne pojęcia i terminy dotyczące procesów tworzenia zdrowia oraz zamiary przeprowadzenia tych czynności powstały w późnych latach 70. Spektakularną datą przełomową jest rok 1981, kiedy przyjęto strategię ZDW. Zmianę tę można łączyć z osobą pochodzącego z Danii dr. *Halfadana T. Mahlera*, który był Dyrektorem Generalnym ŚÓZ w latach 1973-1988. Kolejne przyspieszenie nastąpiło pod koniec lat 90., wraz z objęciem funkcji Dyrektora przez dr *Gro Harlem Brundtland*, była premier Norwegii, która sprawowała urząd Dyrektora ŚÓZ w latach 1998-2003. W swoim pierwszym przemówieniu do pracowników powiedziała m.in.: „Musimy wyjść na zewnątrz do reszty rodziny ONZ i poszukiwać twórczej, z wyobraźnią, drogi jednoczenia naszych sił dla zdrowia, rozwoju i ograniczenia ubóstwa. Musimy wyjść do wielu interesariuszy – w społeczeństwie obywatelskim, sektorze prywatnym oraz szerokiej społeczności związanej ze zdrowiem i badaniami naukowymi”, a także: „ŚÓZ nie jest i nie będzie agencją, która pracuje w terenie. Naszą rolą jest dawanie najlepszej rady – wspieranie

i tworzenie najlepszych polityk – inicjowanie i stymulowanie najlepszych badań” (23). Od tego czasu obserwuje się istotny postęp w tworzeniu nowych określeń dotyczących procesualnych aspektów zdrowia, określeń coraz bardziej precyzyjnych i lepiej oddających istotę działań prozdrowotnych. Proces ten jest wzmacniany przez realnie odbywający się rozwój zdrowia, chociaż – oczywiście – dzieje się to zbyt wolno i nie w tym samym tempie w poszczególnych krajach.

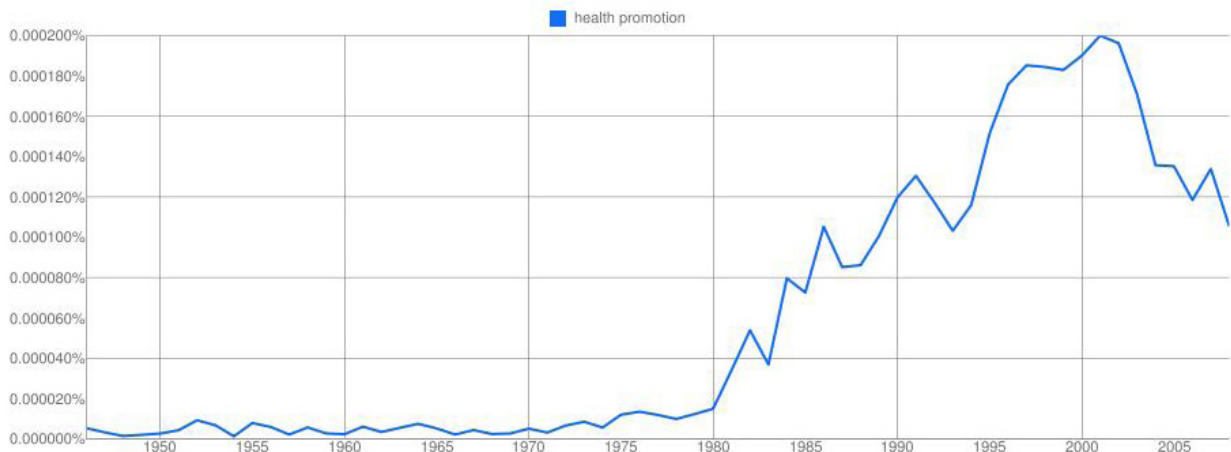
Patrząc na powyższe zmiany przez pryzmat pozycjonowania (sprzedaży zdrowia jako wyjątkowej propozycji na konkurencyjnym rynku dóbr użytkowych) można odnotować, że przełom lat 70. i 80. przyniósł ważną zmianę jakościową – propagowanie cech strukturalnych zdrowia (jakość, korzyść) zostało wzbogacone o dodatkowe cechy dostępności oraz osiągalności. Z czasem to drugie podejście, zdecydowanie podkreślające dynamikę zdrowia, zaczęło dominować, przy jednoczesnej stagnacji stanowiska pierwotnego. Zmiana kursu była możliwa dzięki osiągnięciom fazy pierwszej (strukturalnej), która doprowadziła do zwiększenia powszechnej świadomości zdrowia i jego determinantów oraz ukształtowania postawy akceptacji, a także motywacji do działania. Nadszedł czas na nowe kroki, wdrożenia, inne podejście i nowe wymiary zdrowia. Etapowość tę i ewolucję zdaje się potwierdzać występowanie słów i zwrotów takich jak „zdrowie” (*health*), „ZDW” (*health for all*), „promocja zdrowia” (*health promotion*), „rozwój zdrowia” (*health development*) oraz „dyplomacja zdrowotna” (*health diplomacy*) w książkach napisanych po angielsku w latach 1946-2008 i udostępnionych przez *Google Books* (tzw. *English corpus*, patrz: www.ngram.googlelabs.com). W całym zbiorze *Google Books* umieszczono (po zeskanowaniu) ponad 10% światowego piśmiennictwa wydanego od XV w. do czasów współczesnych, czyli ok. 15 mln. pozycji. Zwraca uwagę, że występowanie terminu „zdrowie” stało się bardziej powszechne po 1970 r. (częstość około 0.01%), aby w 2000 r. osiągnąć maksymalny pułap popularności (0,02%). Obecność pozostałych określeń, które związane są z organizacją zdrowia, zaczęła nasilać się z pewnym opóźnieniem, nie wcześniej niż w latach 1975-1980 (ryc. 1-4). Najpóźniej zaczęto używać zwrotu „dyplomacja zdrowotna” – dopiero pod koniec lat 90-ych. Popularność tych określeń była znacząco mniejsza od „zdrowia”, a najczęściej spotykane określenie, czyli „promocja zdrowia” była używana około 100 razy rzadziej.

Spośród najnowszych podejść do zdrowia, na szczególną uwagę zasługują inwestowanie i *mainstreaming*. Obie koncepcje zawierają w sobie myśl równoważenia popytu i podaży – chęci osiągnięcia zdrowia i możliwości sprostanania takim oczekiwaniom. Aktualnie społeczność międzynarodowa ma już naprawdę dużo do zaoferowania w sferze podaży – znaczną wiedzę o rozwoju



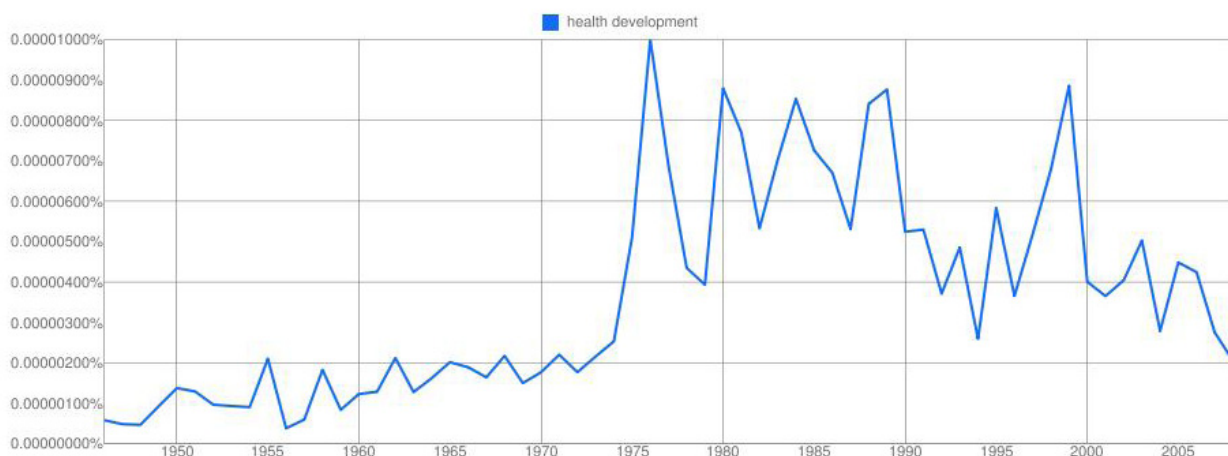
Ryc. 1. Występowanie zwrotu „health for all” w latach 1946 - 2008 w zbiorze książek „English” udostępnionych w wersji Google Books (wg <http://ngrams.googlelabs.com>, dane surowe)

Fig. 1. Phrase „health for all” between 1946 - 2008 in corpus of books „English” in Google Books (<http://ngrams.googlelabs.com>, raw data)



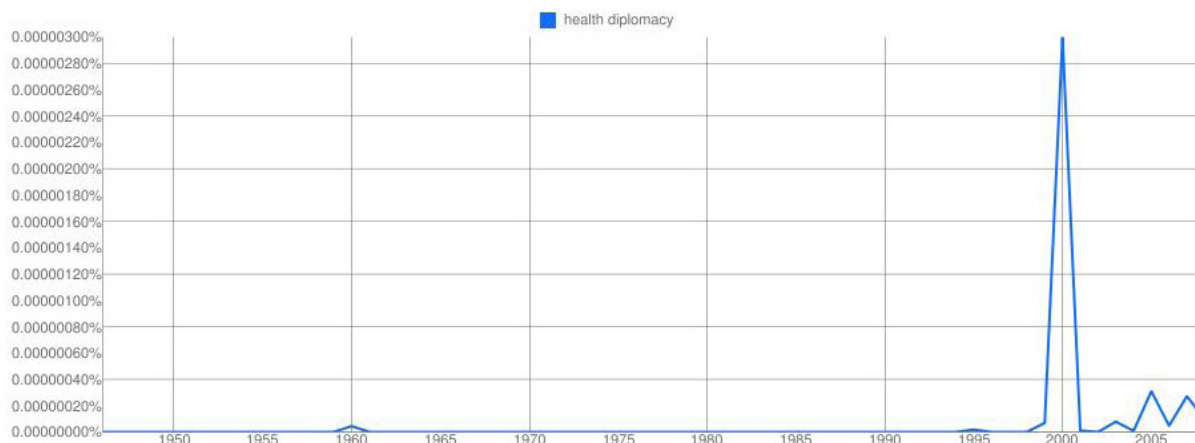
Ryc. 2. Występowanie zwrotu „health promotion” w latach 1946 - 2008 w zbiorze książek „English” udostępnionych w wersji Google Books (wg <http://ngrams.googlelabs.com>, dane surowe)

Fig. 2. Phrase „health promotion” between 1946 - 2008 in corpus of books „English” in Google Books (<http://ngrams.googlelabs.com>, raw data)



Ryc. 3. Występowanie zwrotu „health development” w latach 1946 - 2008 w zbiorze książek „English” udostępnionych w wersji Google Books (wg <http://ngrams.googlelabs.com>, dane surowe)

Fig. 3. Phrase „health development” between 1946 - 2008 in corpus of books „English” in Google Books (<http://ngrams.googlelabs.com>, raw data)



Ryc. 4 Występowanie zwrotu „health diplomacy” w latach 1946 - 2008 w zbiorze książek „English” udostępnionych w wersji Google Books (wg <http://ngrams.googlelabs.com>, dane surowe)

Fig. 4 Phrase „health diplomacy” between 1946 - 2008 in corpus of books „English” in Google Books (<http://ngrams.googlelabs.com>, raw data)

zdrowia i niemałe umiejętności. Nigdy wcześniej w historii nie rozumiano tak dobrze determinantów zdrowia i mechanizmów ich współdziałania.

PIŚMIENNICTWO

- Cianciara D, Wysocki MJ. Pozycjonowanie zdrowia w stosunkach międzynarodowych. Cz. I. Zdrowie jako struktura. *Przeegl Epidemiol* 2011 65: 371-377.
- World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1999: 209-217. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- World Health Organization. Health-for-all policy for the twenty-first century. Fifty-first World Health Assembly. WHA51.7 http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf
- World Health Organization. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>
- World Health Organization. Health for all targets. The health policy for Europe. Updated edition September 1991. Copenhagen: World Health Organization; 1993: 222. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED366595.pdf>
- World Health Organization, Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide 2010. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
- Wersja skonsolidowana Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, 9.5.2008. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 115/47. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:PL:PDF>
- Nutmeam D. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva 1998: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- United Nations Development Programme. Human Development Report 1990. Concept and Measurement of human development. Chapter 1 Defining and Measuring Human Development: 10. New York, Oxford. Oxford University Press; 1990: 10. http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_en_chap1.pdf
- United Nations General Assembly. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly, Fifty-fifth session 18 September 2000. A/RES/55/2. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- United Nations. We can end poverty, 2015. Millennium Development Goals. <http://www.un.org/millennium-goals/bkgd.shtml>
- World Bank. World Development Report 1993 – Investing in health; Health Development Indicators. World Bank. Oxford University Press; Oxford; 1993:6. <http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf>
- WHO Commission on Macroeconomics and Health, chaired by Sachs JD. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health. Presented to Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization on 20 December 2001 <http://www.paho.org/english/hdp/hdd/sachs.pdf>
- Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet* 2007; Jun 30, 369(9580):2158-9. <http://igcc.ucsd.edu/pdf/OsloDeclaration.pdf>
- United Nations General Assembly. Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly, Sixty-third session 27 January 2009, A/RES/63/33 <http://daccessddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N08/472/77/PDF/N0847277.pdf?OpenElement>

17. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global health and health diplomacy. Regional Committee for Europe, Sixtieth session. Moscow, 13–16 September 2010. Technical briefing – Lunch break, Monday, 13 September 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/120994/RC60_etechedoc1.pdf
18. Drager N., McClintock E., Moffitt M. *Negotiating Health Development: A Guide for Practitioners*. Geneva, Switzerland: Conflict Management Group and World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/trade/resource/en/Negotiating.pdf>
19. World Health Organization. Partnership for Health Development. Background paper prepared by AMRO. 4 Global Meeting of Heads of WHO Country Offices with DG and RDs. WHO, Geneva 12-14 November 2007. <http://www.paho.org/English/D/WHO-AMRO-PartnershipsHealthDevelopment.pdf>
20. EQUAL. Making change possible – A practical guide to mainstreaming. European Commission. Employment and social affairs. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2005. http://www.equalcr.cz/files/clanky/7/mainstreamguide_en.pdf
21. United Nations. Economic and Social Council. Mainstreaming of health issues and human capacity-building in public administration. Committee of Experts on Public Administration. Eighth session New York, 30 March-3 April 2009. Public administration perspective on implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. E/C.16/2009/4 <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan033459.pdf>
22. UN. Economic and Social Council. Report of the Committee of Experts on Public Administration on its eighth session. 29 July 2009. Resolution 2009/18. <http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2009/resolution%202009-18.pdf>
23. Brundtland GH. Address to WHO staff. World Health Organization Office of the Director-General. Geneva, 21 July 1998. http://www.who.int/director-general/speeches/1998/english/19980721_hq_staff.html

Otrzymano: 24.01.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 2.03.2011 r.

Adres do korespondencji:

Dr hab.n.med. Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia

Szkoła Zdrowia Publicznego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa

tel.(022) 56 01 150,

e-mail:dorotac@cmkp.edu.pl