

MODEL OCENY WPŁYWU
REGULACJI PRAWNYCH
I INSTYTUCJONALNYCH
NA ZDROWIE.
HEALTH IMPACT ASSESSMENT

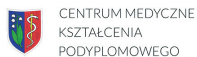




INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**MODEL OCENY WPŁYWU
REGULACJI PRAWNYCH
I INSTYTUCJONALNYCH
NA ZDROWIE.
HEALTH IMPACT ASSESSMENT**

Pod redakcją
Włodzimierza Cezarego Włodarczyka



Kraków, luty 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

Projekt predefiniowany w ramach Programu Operacyjnego
„Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”
PL 13, współfinansowany przez Norweski Mechanizm Finansowy
(umowa nr A-AE-KN-12/5/2013).

Pełna nazwa: 1.3 **Model oceny wpływu regulacji prawnych,
działań społecznych i gospodarczych na zdrowie.**

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2017

Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy
wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia
oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
- Państwowego Zakładu Higieny.
Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych
dozwolone za podaniem źródła.

Recenzja naukowa:
Dr hab. Piotr Tyszko

ISBN 978-83-89379-84-9

Opracowanie piśmiennictwa:
Katarzyna Badora Musiał

Adresy internetowe, z których były pozyskiwane informacje wykorzystywane w tekstach
zostały potwierdzone w okresie od 15 grudnia 2016 do 31 stycznia 2017.

Opracowanie graficzne i skład:
Anna Maciejewska i Maciej Ostoja-Lniski

Wydawca:
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 22 54 21 229
e-mail: bogdan@pzh.gov.pl
www.pzh.gov.pl

Druk i oprawa:
TOTEM.COM.PL
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	9
--------------------	---

Część pierwsza

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Rozdział pierwszy Koncepcja „Oceny Skutków Regulacji” (OSR) jako instytucjonalna rama procedury „Health Impact Assessment” (HIA). Rozważania wstępne	19
WŁODZIMIERZ CEZARY WŁODARCZYK	
Rozdział drugi Uwagi o modelach uwarunkowań i zróżnicowań stanu zdrowia	59
WŁODZIMIERZ CEZARY WŁODARCZYK	
Rozdział trzeci HIA - Ocena skutków zdrowotnych wokół definicji i koncepcji	103
WŁODZIMIERZ CEZARY WŁODARCZYK	
Rozdział czwarty HIA jako proces wprowadzania zmiany - rola i znaczenie grup interesu	151
STOJGNI EW J. SITKO	

Część druga

RAPORTY SEKTOROWE

Rozdział pierwszy Lokalne działania mające na celu ochronę powietrza a system oceny wpływu na zdrowie	181
BARTOSZ BALCERZAK	

Rozdział drugi	
Współpraca sektora zdrowia i edukacji z wykorzystaniem koncepcji Health Impact Assessment (HIA)	211
ALICJA DOMAGAŁA	
Rozdział trzeci	
Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu rodziny. Inklusyjna funkcja szkolnictwa zawodowego w Polsce. Ocena potrzeby stosowania HIA w kontekście podnoszenia jakości kształcenia i szkolenia zawodowego i lepszej absorpcji absolwentów szkół zawodowych na rynku pracy. Analiza instytucjonalno-prawna	261
IWONA KOWALSKA-BOBKO, ANNA MOKRZYCKA	
Rozdział czwarty	
Prawo dostępu do Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni jako zagadnienie kluczowe dla integracji i aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Potencjalny model HIA, zastosowanie w adekwatnych działaniach polityki społecznej	305
ANNA MOKRZYCKA, IWONA KOWALSKA-BOBKO	
Rozdział piąty	
Analiza obszaru działań z uwzględnieniem koncepcji HIA dotyczących nieograniczonego dostępu dzieci i młodzieży do wysokiej jakości wody pitnej w szkołach	355
BEATA PIÓRECKA	
Rozdział szósty	
Potencjalny model HIA w kontekście adekwatnych działań polityki społecznej w odniesieniu do wpływu reklamy ze szczególnym uwzględnieniem reklamy telewizyjnej	401
MACIEJ ROGALA, PAWEŁ KAWALEC	
Rozdział siódmy	
Ocena skutków zdrowotnych (HIA) w Polsce na przykładzie aktywności fizycznej	433
ANNA MARIA SZETELA	
Rozdział ósmy	
Ocena skutków zdrowotnych (HIA) dla planowania przestrzennego w Polsce	455
MICHAŁ ZABDYR-JAMRÓZ, KATARZYNA BADORA-MUSIAŁ	

Część trzecia
REKOMENDACJE

Rekomendacje ogólne	493
WŁODZIMIERZ CEZARY WŁODARCZYK	
Zakończenie	507
Piśmiennictwo	509



WPROWADZENIE

Nie ma wątpliwości, że zdrowie należy do jednego z najważniejszych dóbr będących udziałem ludzi. Niektórzy są skłonni twierdzić, że jest dobrem najcenniejszym, znajdującym się na szczytach hierarchii wartości. Kiedy bierze się pod uwagę wartości deklarowane, takie które są wskazywane w badaniach opinii publicznej, kiedy z określonym wyborem nie są związane żadne konsekwencje dla osoby składającej deklarację, zdrowie rzeczywiście może lokować się bardzo wysoko. Ale rzeczywiste miejsce zdrowia wśród innych dóbr jest weryfikowane gotowością do rezygnacji z tych innych dóbr po to, by utrzymać, czy poprawić zdrowie. W warunkach ustabilizowanego dobrobytu ludzie często wybierają zdrowie i to zarówno w sensie rozwiązywania poważnych problemów zdrowotnych, jak i w sensie sprawności i urody. Ratowanie życia rzeczywiście bywa w takich przypadkach traktowane jako bezwzględny priorytet. Ale kiedy warunek ustabilizowanego dobrobytu nie jest zachowany, kiedy kraj jest na dorobku, a ludzie biedni, podjęcie wysiłku, którego wielkość jest dla zdrowia zabójcza nie jest niczym wykluczonym. Podejmowanie pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia, a nawet warunkach zagrażających życiu może zdarzać się bardzo często. Tolerowanie gałęzi gospodarczych stwarzających bezpośrednie zagrożenia tak dla ludzi zatrudnionych, jak i dla otoczenia, nie jest niczym nadzwyczajnym. Cała rewolucja przemysłowa przebiegała w warunkach niebywałego wyzysku, którego elementem było potęgowanie obecności i oddziaływania czynników szkodliwych dla zdrowia. Na marginesie można poczynić uwagę, że sytuacja, w której aktywność gospodarcza odbywa się kosztem zdrowia ludzi jest tolerowana - przynajmniej przez jakiś czas - przez wszystkie grupy społeczne. Posiadacze i dysponenci kapitału czerpią z tego procederu niemałe zyski, a tracący zdrowie pracownicy zyskują szanse zarabiania, które bez tego nie byłyby dostępne. Nie jest to, co podkreślmy, tylko historyczna przeszłość. Współczesna globalizacja i lokowanie produkcji w krajach, gdzie siłą robocza jest konkurencyjnie tania w znacznej mierze powtarza ten sam model uzależnienia.

Ważnym wyznacznikiem wpływającym na sposób traktowania zdrowia i życia są pokojowe warunki egzystencji. Kiedy pojawia się agresja, terroryzm, czy wojna,

pokojowe miary ocen ulegają zawieszeniu. Patriotyzm dostarcza wzniosłej argumentacji nie tylko pozwalającej na utratę zdrowia i życia, ale wręcz nakazuje traktować je jako akt bohaterski. W niektórych krajach i w niektórych okolicznościach tworzy się narodowe mity bohaterskiej śmierci poświęcenia dla Ojczyzny. Na szczęście, w tych rozważaniach jest to możliwość wyłącznie teoretyczna, która jednak dostarcza ważnego punktu odniesienia w ocenie miejsca zdrowia wśród wartości przez ludzi cenionych.

Perspektywa historyczna pozwala przypomnieć, że zdrowie przez wieki było traktowane jako niezależne od woli ludzi. Często postrzegano je jako pozostające w mocy sił nadprzyrodzonych: dobre zdrowie było nagrodą za życie cnotliwe, a choroba i cierpienie było karą za grzechy. Pozostałości takiego myślenia trwają do dzisiaj, a definiowanie HIV/AIDS jako dolegliwości ukaranych grzeszników było doświadczeniem zupełnie niedawnym i - jak sądzę - nie do końca przewyżczonym. Do dzisiaj zresztą zdarzają się sytuacje, w których działania zewnętrzne i niepoddające się kontroli wpływają na zdrowie. Występowanie sił natury jak trzęsienia ziemi czy powodzie, a także przemoc, to oczywiste przykłady. Regułą jest jednak kształtowanie - świadome, czy nieświadome - tych czynników, determinantów stanu zdrowia, które na zdrowie wpływają. By skutecznie oddziaływać na zdrowie - współcześnie racją nadrzędną polityk zdrowotnych we wszystkich krajach jest troska o zdrowie - konieczna jest wiedza o tym, na co ma być skierowana uwaga podmiotów działających - samych zainteresowanych albo decydentów kształtujących polityki publiczne. W związku z tym, informacje o czynnikach wpływających na zdrowie są podstawą i warunkiem niezbędnym wszelkich działań służących zdrowiu, którą mają mieć racjonalne uzasadnienie. Już od lat siedemdziesiątych, od opublikowania koncepcji Marca Lalonda, wiadomo, że zdrowie zależy co najmniej od takich grup czynników jak własne zachowania ludzi, stan środowiska, ich genetyczne dziedzictwo, a w końcu służba zdrowia. Toczą się spory o wielkość udziału w sprawstwie dobrego i złego zdrowia, ale to, że wszystkie te czynniki mają swój udział w kształtowaniu stanu zdrowia nie jest kwestionowane przez nikogo rozsądnego. Charakterystyczną cechą wykorzystywanych współcześnie koncepcji jest przyjęcie przesłanek o wielości czynników wpływających na zdrowie oraz ich uporządkowanie w grupy różniące się między sobą podatnością na wpływy wywierane przez indywidualne wybory podejmowane przez osoby zainteresowane. Model najczęściej powoływany bywa nazywany tęczą lub wachlarzem Dahlgrena i Whitehead zawiera rozbudowany zestaw czynników społecznych, takich jak warunki ekonomiczne i polityczne, sytuacja w zatrudnieniu i miejscu zamieszkania. Praktycznie, prawie każdy element z otoczenia ludzi może być traktowany jako ten, który wpływa na zdrowie. W efekcie uwaga tych decydentów, którzy chcą - powinni - pamiętać o zdrowiu powinna obejmować praktycznie wszystkie decyzje, niez-

leżnie od tego w jakim obszarze życia są podejmowane. Stąd pytanie o możliwe konsekwencje zdrowotne różnych przedsięwzięć służących rozwiązywaniu problemów w dziedzinach pozornie odległych od zdrowia powinno być zadawane powszechnie. Oczywiście pod warunkiem, że decydenci poważnie traktują swoje zobowiązania wobec zdrowia społeczeństwa. Formuła, dzięki której omawianą zasadę można transponować do procesu decyzyjnego znana jest pod nazwą „Zdrowia we wszystkich politykach” (Health in All Policies - HiAP). Coraz większej liczbie krajów formuła HiAP jest otwarcie przyjmowana jako prawnie obowiązująca, a tendencja ta jest wspierana przez organizacje międzynarodowe.

Twierdzenia o bardzo wysokiej pozycji zdrowia używane są niekiedy w retoryce politycznych debat, zwłaszcza wtedy, gdy tematem jest alokacja pieniędzy. To wtedy pada fraza o tym, że „pieniądze muszą się znaleźć”. Doświadczenie wielu krajów pozwala jednak twierdzić, że pieniądze rzadko znajdują się w wystarczającej ilości. Kłopoty z uzyskaniem przez systemy zdrowotne wystarczającego zasilania finansowego są znane w wielu krajach, aczkolwiek są nieliczne przypadki, kiedy pojawiają się krytyczne uwagi o tym, że sektor zdrowotny konsumuje zbyt wiele środków.

Szansą oswojenia dylematu niewystarczającej ilości pieniędzy potrzebnych na funkcjonowanie sektora zdrowotnego, czyli wystarczającego finansowania działań służących zdrowiu ludzi jest wyciągnięcie praktycznych konsekwencji z głoszonej przez ekonomistów tezy mówiącej o tym, że społeczeństwa zawsze operują ograniczoną ilością zasobów, i tylko w granicach tych zasobów muszą podejmować decyzje. Nie podejmując w tym miejscu problemu zalet i wad rynku należy stwierdzić, że znaczna część publicznie dostępnych zasobów jest dzielona świadomie i dobrze, jeśli stosowane są przy tym racjonalne metody postępowania. Jeśli konsekwencją nieuchronnej niewystarczalności środków jest niemożność zaspokojenia wszystkich potrzeb - potrzeb zdrowotnych tak samo, jak wszelkich innych potrzeb, zwłaszcza, że prócz potrzeb naturalnie wynikających z kondycji ludzi coraz częściej występują sztucznie kreowane - to powinno wybierać się te potrzeby, które uznajemy za ważniejsze. Stosując to zdroworozsądkowe kryterium ludzie od dawna starają się oceniać znaczenie różnych potrzeb i stąd wątek miejsca zdrowia i potrzeb zdrowotnych wśród innych dóbr i innych potrzeb. Selekcjonowanie potrzeb wedle ich znaczenia przebiega w dwóch obszarach. Po pierwsze, oddziela się potrzeby zdrowotne - zdrowie - spośród innych potrzeb. W obszarze drugim potrzeby zdrowotne, czy problemy zdrowotne, ranguje się wedle ich znaczenia. Pamiętać przy tym bezwzględnie należy, że przyznanie jednej z potrzeb statusu priorytetu, oznacza jednoczesną odmowę przyznania takiego statusu innej potrzebie. Konsekwencje ograniczonej ilości zasobów są w tej operacji nieubłagane, co przenosi się na dyssatysfakcję tak pacjentów, jak i świadczeniodawców.

W dążeniu do racjonalizowania procesu decyzyjnego, którego wynikiem jest alokowanie środków przeznaczanych na zdrowie jest przyjęcie prakseologicznej reguły maksymalizowania efektu zdrowotnego za koszt możliwie najmniejszych nakładów. O ile obliczanie możliwie małych wydatków jest względnie - podkreślam „względność” bo liczba przeszkód jest imponująca - proste, o tyle zliczanie wielkości korzyści zdrowotnych (health gains) jest trudne w sposób dramatyczny. Proste jest tylko stwierdzenie zgonu, ale już odmienność jego oceny w zależności od wieku umierającej osoby ilustruje wagę uznania tego faktu za bardziej, czy mniej naturalny. O ile śmierć osoby w zaawansowanych latach jest uznawana za naturalne i nieuniknione zdarzenie - przy czym wydłużające się oczekiwane trwanie życia w krajach rozwiniętych również zwiastuje względność tej charakterystyki - o tyle śmierć dziecka, czy osoby w pełni sił wywołuje znacznie ostrzejszą reakcję emocjonalną, co nieuchronnie wpływa na sposób postrzegania działań prowadzących do zapobieżenia takiej śmierci. Istnienie i stosowanie w analizach polityki zdrowotnej pojęcia „dającego się uniknąć zgonu” (avoidable death) jest ilustracją trudności, o których mowa. Dalsze komplikacje narastają. Stosowany coraz częściej wskaźnik „lat zdrowego życia” jako celu zdrowotnego potwierdza kłopoty w jednoznacznym interpretowaniu poszczególnych kategorii. Problemy, na jakie napotyka definiowanie miar wykorzystywanych w analizach ekonomicznych, takich jak quality adjusted life years - pomiar i wycena niesprawności - albo wycenianie lat życia w kategoriach pieniężnych, to tylko niektóre z barier, na jakie napotykają wysiłki zmierzające do opierania procesu decyzyjnego na bardziej stabilnych podstawach, kiedy wykorzystuje się mierzalne oceny.

Wszystkie wskazane przeszkody, których istnienia nikt w środowiskach fachowych nie kwestionuje, nie poddają w wątpliwość konieczności racjonalizowania wyborów związanych z ustalaniem priorytetów zdrowotnych. Jedną z procedur możliwych do wykorzystania jest „Ocena skutków zdrowotnych” (Health Impact Assessment - HTA). Jej podstawowy postulat, to zasada stawiania pytań o zdrowotne konsekwencje różnorodnych inicjatyw podejmowanych przez przedstawicieli różnych resortów i sektorów, zaangażowanych w realizację przypisanych im polityk publicznych. Jej włączenie do procesów decyzyjnych/legislacyjnych jest możliwe dzięki stosowaniu we wszystkich krajach rozwiniętych, także w Polsce, sformalizowanej procedury ewaluacyjnej zwanej „Oceną skutków regulacji”. Wśród merytorycznych pytań, które są zadawane w ich ramach znajduje się także problem zdrowia, a raczej konsekwencji, do jakich może doprowadzić rozważane przedsięwzięcie. Pozornie, sprawa podejmowana przez władze może być bardzo odległa od spraw zdrowia, ale bardziej wnikliwe rozpatrzenie wielostronnych zależności przyczynowych może ujawnić, że jest inaczej. Dostępne modele uwarunkowań zdrowotnych pozwalają na takie operacje.

Konsekwencje zdrowotne mogą być pozytywne lub negatywne. Jeśli pojawia się szansa poprawy - tym lepiej. Rozważany projekt zyskuje dodatkowy atut. Ale kiedy ujawniona zostaje możliwość wystąpienia skutku niekorzystnego sytuacja jest inna. Projekt może być zarzucony, jeśli szkodliwe skutki są zbyt duże, albo może być zmodyfikowany, jeśli jest to możliwe. Jeśli decyzja regulacyjna już została podjęta, analiza jego uwarunkowań pozwala na interwencję i nowelizację obowiązujących norm.

Niekorzystny skutek zdrowotny może pojawiać się w jednej z dwóch postaci. Po pierwsze, wielkość wskaźników stanu zdrowia ulega pogorszeniu: długość trwania życia ulega skróceniu, w tym długości życia bez dolegliwości, częstotliwość zachorowań jest większa, poziom sprawności ulega degradacji. Postać druga to utrzymywanie się na niezmińszonym poziomie, albo - co gorsza - zwiększanie się nienaturalnych różnic w stanie zdrowia różnych grup społecznych. O ile młodszy są w naturalny sposób zdrowsi niż starsi, a tyle nie ma usprawiedliwienia, by mieszkańcy jednego z województw żyli krócej, niż ich sąsiedzi z innego województwa. Społecznie kształtowane różnice w stanie zdrowia występują powszechnie i nie ma kraju, który byłby od nich wolny. Powstawały przez wieki na skutek drastycznego niekiedy zróżnicowania warunków bytowania i ci, którym wiodło się gorzej częściej chorowali i żyli krócej. Paradoksalnie jednak, kiedy w ostatnich dekadach przeciętny stan zdrowia zaczął się poprawiać, korzyści z tego nie rozkładały się równomiernie. Zdarzało się, że stan zdrowia już wcześniej uprzywilejowanych poprawiał się szybciej i bardziej, niż tych, którzy byli zdrowotnie upośledzeni. Racjonalne podejmowanie decyzji, a więc takie, w których konsekwencje zdrowotne są poważnie brane pod uwagę otwiera możliwości przerwania błędnego koła błędnie akceptowanych rozstrzygnięć. HIA takie możliwości stwarza i czyni je realnymi.

* * *

Wskazane wyżej problemy są przedstawiane i rozwijane w kolejnych częściach Raportu. W pierwszej części omówione są kolejne zagadnienia teoretyczne. Rozpoczynamy od przedstawienia sformalizowanych procedur ewaluacyjnych dotyczących jakości regulacji (Ocena skutków regulacji - OSR) w postaci, w jakiej są stosowane w naszym kraju, nawiązując pokrótce do kilku doświadczeń międzynarodowych. OSR jest traktowana jako prawna i instytucjonalna rama, wewnątrz której mogą być stawiane pytania o zdrowotne skutki rozmaitych przedsięwzięć. W dalszych fragmentach pierwszej części jest mowa o wieloczynnikowych modelach uwarunkowań stanu zdrowia jako koncepcyjnej podstawy idei Zdrowia we wszystkich politykach. Stosowanie tej idei pozwala na poszukiwanie czynników wpływających na zdrowie w bardzo wielu przedsięwzięciach

regulacyjnych, których inicjatorzy spoza sektora zdrowotnego mogą być zupełnie nieświadomi swojego udziału w kształtowaniu stanu zdrowia. We fragmencie części pierwszej jest mowa o teoretycznym wymiarze jednej z usystematyzowanych procedur ewaluacyjnych, jaką jest procedura „Ocena skutków zdrowotnych” - HIA). Zajmujemy się także problemem zmiany i udziałem grup interesu w jej wprowadzaniu. W części drugiej są przedstawione przykłady zastosowania procedury HIA, lub podobnej do HIA, do analizy regulacji i rozwiązań instytucjonalnych w rozwiązywaniu problemów, jakie pojawiły się w politykach i inicjatywach podejmowanych przez przedstawicieli różnych resortów w Polsce, w ostatnich latach.

Wybierając poszczególne przypadki poddawane analizie kierowaliśmy się trzema kryteriami. Po pierwsze, społecznym znaczeniem podejmowanego zagadnienia. Jeśli dochodziliśmy do wniosku sprawa jest ważna dla zdrowia ludzi i może wzbudzić zainteresowanie, była to wskazówka, by poddać sprawę badaniu. Po drugie, możliwość zastosowania procedury HIA, co wynikało z możliwości znalezienia przykładów tego rodzaju w dostępnym piśmiennictwie. Po trzecie, braliśmy pod uwagę dostęp do informacji na temat analizowanej sytuacji. Zakładaliśmy, że nawet pasjonujące zagadnienie nie może być włączone do analiz, jeśli zdobycie informacji na jej temat nie jest możliwe, bez ponoszenia nadzwyczajnych wydatków na ich pozyskanie. Kierowaliśmy się także - co powinno być zaakcentowane - perspektywą wykorzystania wyników w popularyzowaniu idei HIA i możliwościami jej wykorzystania w procesach szkoleniowych.

Poniżej przedstawione jest zestawienie problemów, które zostały uwzględnione w pracach Projektu jako zagadnienia, w analizie których stosowano procedurę HIA:

1. Analiza przepisów i procedur mających na celu ochronę powietrza przed zanieczyszczeniami - szanse wdrożenia systemu oceniania wpływu na zdrowie.
2. Proces edukacji jako formuła kształtowanie wiedzy o zdrowiu będącej warunkiem zachowań służących zdrowiu.
3. Rozwój szkolnictwa zawodowego i jego wpływ na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu - inkluzyjna funkcja szkolnictwa zawodowego w Polsce.
4. Dostępność Internetu i cyberprzestrzeni dla osób niepełnosprawnych jako istotne kryterium holistycznej integracji społecznej.
5. Szanse promowania prozdrowotnych zachowań w środowisku szkolnym - dostęp do wody pitnej
6. Reklama telewizyjna jako narzędzie kształtowania świadomości zdrowotnej społeczeństwa
7. Promowanie bezpiecznej aktywności fizycznej jako element prozdrowotnej polityki publicznej - rozwiązania prawne i organizacyjne w sferze aktywności fizycznej w Polsce.

8. Planowanie przestrzenne, stanowiące pierwszy etap polityki przestrzennej i obejmujące racjonalne planowanie obszarów miejskich (*urbanistyki*) oraz wiejskich (*agrarnistyki*).

Każdy z Rozdziałów kończy się Rekomendacjami, które odnoszą się do analizowanych zagadnień. Rekomendacje szczegółowe, wywodzone z Raportów sektorowych są adresowane do władz poszczególnych resortów, a także do władz lokalnych w sytuacjach, w których mają one prawo podejmowania decyzji regulacyjnych.

Trzecia część raportu zawiera Rekomendacje ogólne, które kierowane do władz szczebla centralnego ze szczególnym uwzględnieniem Ministra Zdrowia i odnoszą się do instytucjonalizowania procedury HIA w ramach OSR. Są wyprowadzane z ustaleń teoretycznych oraz z syntezy Rekomendacji szczegółowych.

Autorzy wyrażają nadzieję, że przedstawione w poszczególnych opracowaniach informacje na temat realiów, w jakich stawiano pytanie o zdrowotne następstwa różnych regulacji zastosowanych w różnych sektorach dostarczą nowej wiedzy o polityce zdrowotnej realizowanej w Polsce. Jednocześnie podkreślić należy, że nadzieja ta obejmuje także perspektywę wykorzystywania procedury oceniania skutków zdrowotnych HIA przez decydentów operujących na wszystkich szczeblach władzy, a przede wszystkim przez Ministerstwo Zdrowia.

Na zakończenie pragnę wyrazić podziękowanie Kolegom koordynującym grant: Profesorowi Bogdanowi Wojtyniakowi, Doktorowi Pawłowi Goryńskiemu i Doktorowi Michałowi Markowi.





CZĘŚĆ PIERWSZA

**Wprowadzenie
teoretyczne**



Rozdział pierwszy

**KONCEPCJA „OCENY SKUTKÓW REGULACJI”
(OSR) JAKO INSTYTUCJONALNA RAMA PROCEDURY
„HEALTH IMPACT ASSESSMENT” (HIA).
ROZWAŻANIA WSTĘPNE**

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Wprowadzenie

Od wielu już lat środowiska zainteresowane racjonalizowaniem decyzji polityki zdrowotnej, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia, propagują stosowanie procedury HIA w rozstrzygnięciach przyjmowanych w różnych politykach publicznych. Upraszczając sprawę miałyby to polegać na zadawaniu pytania o możliwość wystąpienia skutków zdrowotnych, jako chcianych - ale częściej niechcianych - następstw interwencji podejmowanych w różnych dziedzinach życia¹. Ponieważ intensywność publicznych interwencji jest duża, a zakres spraw, które mają być w ten sposób podejmowane jest coraz więcej, okazji do stawiania pytań o zdrowotne konsekwencje jest bardzo dużo. Jest jednak tak, że w gremiach decyzyjnych - chodzi przede wszystkim o rząd - podmiotów zainteresowanych stawianiem tego rodzaju pytań nie ma wiele. Biorąc pod uwagę strukturę kompetencji współczesnych rządów poza ministrem zdrowia trudno znaleźć kogokolwiek, kto byłby formalnie zobowiązany do poważnego przejmowania się zdrowotnymi następstwami swoich decyzji. Tezę taką można stawiać zarówno wtedy, gdy chodzi o stan świadomości i wiedzy przedstawicieli poszczególnych resortów, jak i mechanizmy przypisywania tym resortom odpowiedzialności za spowodowane skutki.

O ile jednak HIA jest postrzegana jako techniczna w istocie procedura, to warto stawiać problem szerszych ram odniesienia, wewnątrz których HIA miałyby

¹ Bardziej szczegółowe analizy koncepcji HIA są prowadzone w innym miejscu.

być stosowana. Ramy te mogą być zdefiniowane na dwa sposoby. Po pierwsze, teoretycznie, jest to idea „Zdrowia we wszystkich politykach” (Health in All Policies), która jest postulatem kierowanym pod adresem całego rządu. Po drugie, w praktyce organizowania procesu decyzyjnego, można mieć na myśli procedurę Oceny Skutków Regulacji, jako instytucjonalną formę uporania się z ewaluacją skutków wprowadzania w życie różnych rozwiązań, które mogą wywierać wpływ na wiele zróżnicowanych aspektów kształtowanych przez tworzenie norm prawnych. Zgodnie z regułami obowiązującymi w Polsce i wpływającymi na proces ewaluacyjny, cechą - i zaletą - zaletą OSR jest jej obligatoryjność: zasadniczo żaden organ przedstawiający projekt regulacji nie może zrezygnować z przedstawienia uzasadnienia, którego częścią jest wynik OSR.

Jeśli fakt obowiązkowego stosowania OSR uznać za przesądzony - przynajmniej na poziomie obowiązującego porządku normatywnego - to jedynym problemem byłoby wbudowanie weń dostatecznie rozbudowanego i precyzyjnego narzędzia odnoszącego się do przekazywania informacji o zdrowotnych konsekwencjach proponowanej regulacji. Tym zagadnieniem zamierzam zająć się w tym opracowaniu, przypomniawszy wcześniej doświadczenia związane ze stosowaniem analogicznych metod postępowania w koncepcjach przedstawianych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Co-operation and Development - OECD) oraz Unię Europejską.

Koncepcje ogólne

Pojęciem analizowanym w tym opracowaniu jest „ocena skutków regulacji - OSR” (Regulatory Impact Assessment - RIA) i jego związki z procedurą oceny skutków zdrowotnych (Health Impact Assessment - HIA). Problem OSR/RIA był - i nadal jest - stawiany przede wszystkim w związku z tworzeniem norm prawnych². Jeśli przyjąć, że norma prawna jest zwykle tworzona po to, by rozwiązać jakiś problem, realny i dostrzegany przez obserwatorów, albo wyimaginowany przez normodawców, to niemożliwe jest uniknięcie pytania o jego skutki³. Autorzy normy muszą być przekonani, że przedstawiana przez nich propozycja doprowadzi przynajmniej do rozwiązania sytuacji definiowanej jako problem. Podkreślić należy, że w grę wchodzi wiara i przekonanie, a nie istnienie rzeczywistych powiązań przyczynowych. Troska o skuteczność i efektywność doprowadziła do sformułowania postulatu wykorzystywania dowodów naukowych w tworzeniu

² Andrzej Korybski, Leszek Leszczyński Stanowienie i stosowanie prawa. Elementy teorii, Wpłters Kluwe 2015

³ Hubert Izdebski Elementy teorii i filozofii prawa, Wpłters Kluwe 2011

założeń i mechanizmów stosowanych w przepisach⁴. Im bardziej przestrzegane są te zalecenia w tworzeniu regulacji, tym bardziej prawdopodobne jest rozwiązanie problemu, ale praktyka wielu krajów wskazuje, że to podejście do legislacji nie zawsze jest stosowane⁵. Celowość w tworzeniu norm prawnych jest podkreślana szczególnie mocno, kiedy odchodzi się od dogmatyczno-prawnej interpretacji przepisów, a analizuje się proces tworzenia i stosowania prawa jako zjawisko dynamiczne, wpisane integralnie w działania społeczne⁶. Przyjmując zatem koncepcję „racjonalnego prawodawcy”, bez której wykładnia prawa nie jest możliwa⁷. Każdy podmiot, który jest adresatem normy prawnej, a także każdy, kto chce rozumieć treść przepisu musi zakładać, że autor normy wiedział, do czego zmierza i że dobierał te środki działania, które traktował jako najlepsze - najbardziej skutecznie i najbardziej efektywnie prowadzące do celu. Troska o nadanie normie takich właśnie cech, a więc troska o jakość normy tworzonej w toku dobrze prowadzonego procesu tworzenia prawa, może być traktowana jako immanentny przymiot racjonalnego normodawcy⁸. Teoretycznie jest to oczywiste - racjonalny pracodawca z definicji nie może postępować inaczej - ale praktyka może być - i często bywa - odmienna. Eksplicite sformułowana zasada troski o jakość procesu legislacyjnego jest zjawiskiem stosunkowo nowym, o czym będzie mowa w dalszych częściach tekstu.

Traktując pogląd, zgodnie z którym OSR/RIA jest elementem procesu tworzenia prawa i jego analizy, należy zauważyć, że nie jest to opinia wyłączna. W piśmiennictwie można znaleźć głosy postrzegające tę procedurę jako postępowanie, czy metodę, którą postugiwać się można w analizie politycznej⁹. W tej

⁴ Jeffrey J. Rachlinski Evidence-Based Law, Cornell Law Review, Volume 96, Issue 4, May 2011, <http://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3208&context=clr>

⁵ Catherine Latimer The decline of evidence-based law making, The Broadbent Blog, Aug 22, 2014, <http://www.broadbentinstitute.ca/en/blog/decline-evidence-based-law-making>

⁶ Stewart Macaulay, Lawrence Friedman, Elizabeth Mertz Law in Action: A Socio-Legal Reader, Prime 2007

⁷ Dariusz Szenkowski Pluralizm wartości a wola i racjonalność ustawodawcy - konflikt aksjologiczny w systemie i stosowaniu prawa, Dialogi Polityczne 13/2010

⁸ Warto zauważyć, że koncepcja ta jest wykorzystywana w praktyce orzeczniczej, Na przykład zdanie z uzasadnienia wyroku „Założenie *racjonalnego* prawodawcy zakłada istnienie takiego prawodawcy, który tworzy przepisy w sposób sensowny, racjonalny i celowy...” III SA/Wa 2114/10 - Wyrok WSA w Warszawie, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/3C247E32EA>

⁹ Colin Kirkpatrick, David Parker Regulatory Impact Assessment. An Overview, w: C. H. Kirkpatrick, David Parker Regulatory Impact Assessment: Towards Better Regulation? Edward Elgar Publishing, 2007, <https://books.google.pl/books?id=q4dGalldFVcC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=regulatory+impact+assessment&source=bl&ots=aepwOMLYF2&sig=MObu5-f6ZrbTtxZLQJnDZ0A 1lZw>

perspektywie procedura ta jest podejmowana z intencją wspierania decydentów w ich dążeniach do poprawy jakości systemów regulacyjnych. Przedmiotem sanacji ma być dynamicznie postrzegany mechanizm tworzenia norm, szczególnie norm prawnych, co jest udziałem wszystkich rządów, ale jakość tworzenia prawa jest szczególnie ważna w systemach demokratycznych. Elementami RIA, jej częściami składowymi jest mechanizm projektowania systemu, a przynajmniej norm będących jego osnową, ich wdrażania oraz monitorowania skutków stosowania. Najbardziej istotnym składnikiem ulepszanego systemu jest mechanizm pozwalający przewidywać konsekwencje proponowanej i wprowadzanej w życie regulacji mogące wystąpić w przyszłości, a także opisać i oszacować konsekwencje regulacji już obowiązujących i stosowanych. Popularyzacja stosowania RIA, jaka jest obserwowana w ostatnich latach, jest podporządkowana idei „lepszego regulacji”, choć w przeszłości kształtowanej przez poglądy neoliberalne, dla których typowe było dążenie do deregulacji i wprowadzania w życie idei „mniej państwa”, co przekładało się na zasadę „mniej przepisów”. Doświadczenia kryzysu z roku 2008 przekonały większość badaczy i praktyków, że niekontrolowane siły rynkowe mogą doprowadzić do większych strat, niż wiele mało kompetentnych biurokracji. Wyciągając wnioski z tamtych doświadczeń współcześnie głosi się jednoznacznie postulat unikania regulowania procesów, które takich interwencji, czyli formalizacji nie wymagają, bo dotychczas spontanicznie stosowane są wystarczające. Konsekwentnie, norma jest potrzebna, jeśli globalny koszt jej przygotowania i nadania mocy obowiązującej, wprowadzenia w życie, a następnie egzekwowania, czyli kontroli egzekwowania, ścigania ewentualnych odstępstw i karanie będzie niższy, niż ogólna wielkość korzyści uzyskana z regulacji. Dobra regulacja jest efektywna i sprawna (effective and efficient), co stanowi pewien ideał, bo empiryczny pomiar dwóch niezwykle zagregowanych i oszacowanych przy pomocy niejednorodnych miar jest niezwykle skomplikowany. Spośród bardzo licznych problemów związanych z próbami mierzenia kosztów i korzyści wskazać można nieuchronną we współczesnych społeczeństwach wielość poglądów na temat waloru kryteriów i miar, jaki można w ewaluacji wykorzystywać, ale także upływ czasu, wpływający na zmianę przyjmowanych wcześniej szacunków.

Niektórzy badacze twierdzą, że problemy takie jako ocena skutków regulacji są przedmiotem zainteresowania dyscypliny naukowej noszącej miano „Prawo i ekonomia” (Law and Economics), a celem prowadzonych analiz przewidywanie skutków, jakie proponowana regulacja może wyrzucić na gospodarkę kraju (the state economy)¹⁰. Wprawdzie nie jestem przekonany, na ile tak wyodrębniony

[&hl=pl&sa=X&ved=0ahUKewiL3eDlup7QAhVDCBoKHeK7D2sQ6AEIRzAE#v=onepage&q=regulatory%20impact%20assessment&f=false](#)

¹⁰ Wacław Brzęk Regulation Impact Assessment (RIA) at Poland and at some EU countries,

obszar badawczy może być traktowany jako samodzielna dyscyplina naukowa, zakorzeniona w akademickiej tradycji, ale jako ustalenie kierunku analiz może być przydatna¹¹. Podkreślić jednak należy, że chociaż obszarem, w którym występują koszty jest gospodarka, to należy brać pod uwagę wymiar społeczny, moralny i polityczny kosztów. Nie wchodząc w skomplikowane problemy pomiaru przyjmuje się, że wchodzące w grę oceny mogą być podejmowane zarówno w czasie przygotowywania regulacji i przed jej wejściem w życie, jak i w czasie jej obowiązywania. W tym drugim przypadku jest mowa o ocenie konsekwencji regulacji, który to aspekt był stawiany z naciskiem przed kilkunastoma laty, kiedy podkreślano pozytywne oddziaływania rynku, któremu przeszkadza nadmiar regulacji. W jednym z opracowań wskazywano, że hamująca rola przepisów może polegać na deformowaniu sygnałów płynących z rynku, co prowadzi do błędnych decyzji inwestorów, zakłóca mechanizm konkurencji interweniując w ustalone przez rynek ceny, ale także poprzez bezpośrednie wpływanie na konkurencję, rozbudowana regulacja zwiększa koszty transakcyjne obniżając szanse dobrobytu, zniechęca prywatny biznes do inwestowania w infrastrukturę, co w konsekwencji obniża szanse rozwojowe, ogranicza szanse powstawania i prosperowania małych przedsiębiorstw, które często mają szanse być najbardziej innowacyjne¹².

Niezależnie jednak od ideologicznych uwikłań typowych dla tamtych czasów badacze starali się wskazywać cechy, które powinien mieć proces tworzenia prawa po to, by być uznany za prowadzony zgodnie ze standardami. Powołać można następujące charakterystyki:

Cechy dobrej legislacji
bezpieczeństwo (security) dający pewność, że żaden z uczestników obrotu prawnego nie będzie dyskryminowany, ani zaskoczony niespodziewaną i arbitralnie wprowadzoną zmianą,
przejrzystość (transparency), co dotyczyło samego procesu tworzenia norm, ale także gwarancji chroniących przed korupcją w tworzeniu i stosowania przepisów,
prawomocność (legitimacy), a więc zakorzenienie w przepisach i zgodność z normą wyższego rzędu, ale także szacunek dla takich zasad, jak zdrowie, stan środowiska, interes publiczny,
sprawność (efficiency), odnosząca się do niskiego kosztu regulacji, przygotowywania i wprowadzania w życie w odpowiednim czasie, i dostosowanie do potrzeb,

Procedia - Social and Behavioral Sciences 109 (2014) 45-50, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813050519>

¹¹ David Friedman (1987). „law and economics”, *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, edited by John Eatwell, Murray Milgate, and Peter Newman

¹² Jacobs, S. (2004). Regulatory Impact Assessment and the economic transition to markets. *Public Money and Management*, 24(5), 283-290

oparcie na wiedzy (expertise), co polega na powierzaniu przygotowania norm fachowcom do tego przygotowanym, tak w zakresie technik legislacyjnych, jak i regulowanego meritum.

Źródło: Jacobs 2004

W deklaracjach dotyczących racji, dla których stosuje się ocenę skutków regulacji zwraca się szczególną uwagę na możliwość poprawy jakości samego procesu tworzenia prawa, jak i wartości merytorycznej, z punktu widzenia dobrego rozwiązywania problemów. Warto jednak zwrócić uwagę, jakie motywy przyświecają osobom angażującym się w podejmowanie inicjatyw związanych z RIA. W niedawno przeprowadzonym badaniu stwierdzono następujące, przedstawiane motywy¹³:

Motywy stosowania RIA
dążenie do oparcia procesu normotwórczego na ustaleniach naukowych - 20%
poprawa przejrzystości tworzenia prawa - 18.9%
obniżenie kosztów regulacji - 17.8%
potwierdzenie osiągnięcia celów - 13.2%
wykorzystanie dobrych praktyk - 11%
współpraca między departamentami - 7.3%
dążenie do trwałego rozwoju - 6.8%
polityczna kontrola - 2.8%
integrowanie programów i polityk 2.5%

Źródło: Adelle 2011

W badaniach, których wyniki zostały opublikowane w 2016 roku stwierdzono, że wszystkie kraje należące do Unii Europejskiej i praktycznie wszystkie kraje będące uczestnikami OECD stosują procedury RIA¹⁴. Mniej zaawansowana jest sytuacja w pozostałych krajach. Sytuacja panująca w tamtych krajach może być jednak przydatnym punktem odniesienia w przedstawianiu, analizowaniu i ocenianiu stanu rzeczy osiągniętego w Polsce. Przedstawiona tabelka i komentarz dostarczają informacji na ten temat.

¹³ Adelle, C. et al. (2011), Impact Assessment Practices in Europe . LIAISE Innovation Report No. 2. http://edocs.fuberlin.de/docs/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDOCSDerivate_000000003594/LIAISE_Policy_brief_01-1.pdf?hosts=

¹⁴ Camilla Adelle, Sabine Weiland, Jan Dick, Diana González Olivo, Jens Marquardt, George Rots, Jost Wübbecke & Ingo Zasada Regulatory impact assessment: a survey of selected developing and emerging economies, Public Money & Management Vol. 36,

Stosowanie RIA	
Kraj	RIA
AFRYKA	
RPA	2007
Tanzania	2004
Uganda	2004
AZJA	
Kambodża	2008
Chiny	Nie
India	Nie
Laos	2011
Wietnam	2009
AMERYKA ŁACIŃSKA	
Chile	Nie
Colombia	Nie
Ecuador	Nie
BLISKI WSCHÓD	
Zjednoczone Emiraty Arabskie	Nie

Źródło: Addelle et al 2016

W Malezji doraźne stosowanie RIA było stosowane od dziesięciu lat, a bardziej sformalizowany mechanizm wprowadzono w 2013. Na Filipinach potrzebę kontrolowania jakości legislacji dostrzeżono już w 2006 roku, ale za samą konstatacją faktu nie poszły żadne konkretne decyzje. W Brazylii pierwsze inicjatywy zostały podjęte w 2007 roku, ale prace wdrożeniowe nie wyszły poza fazę przygotowawczą, chociaż organizacja „Inmetro” rozpoczęła działania w 2009 roku, przygotowując oceny RIA. W Meksyku pierwsze analizy były wykonywane już w latach dziewięćdziesiątych, a bardziej dojrzałe koncepcje, zgodne z międzynarodowymi standardami wprowadzono w życie około 2000 roku.

Doświadczenia OECD

Już od końca lat dziewięćdziesiątych OECD interesowała się jakością regulacyjnych działań podejmowanych przez władze publiczne, tak rządowe, jak

i samorządowe. Była to prawdopodobnie także reakcja na okazywaną wcześniej nonszalancję władz lekceważących zarówno celowość produkowania regulacji, których liczba dramatycznie wzrastała, jak i brakiem troski o dobór narzędzi efektywnie przyczyniających się do osiągnięcia deklarowanych celów. Stosując nazwę „Regulacyjny proces decyzyjny” (Regulatory decision-making) w 1995 opublikowane zostały Rekomendacje, w których zalecano jego stosowanie, jako optymalnej metody przyczyniającej się do poprawy prawnej jakości przygotowywanych interwencji, i to niezależnie od tego, jaki był przedmiot regulacji¹⁵. Spodziewano się, że stosowanie Rekomendacji przyczyni się do poprawy jakości procesu decyzyjnego oraz jakości samej regulacji, zarządzanie systemem regulacji stanie się bardziej efektywne wraz z obniżeniem jego kosztów, rozwijać się będzie poszukiwanie alternatywnych sposobów realizacji celów, umocni się prawomocność regulacji wprowadzanej przez międzynarodową instytucję, jaką jest OECD.

W liście dziesięciu pytań kontrolnych, będącej aneksem do dokumentu postawiono następujące kwestie:

- czy problem został poprawnie zdefiniowany?
- czy podjęcie inicjatywy przez rząd jest uzasadnione?
- czy aktywność regulacyjna jest najlepszą odpowiedzią na problem?
- czy istnieje podstawa prawna podjęcia regulacji?
- na jakim szczeblu władzy należy podjąć działania?
- czy korzyści uzyskane dzięki regulacji przewyższają koszt jej wprowadzenia?
- czy rozdział korzyści osiągniętych dzięki regulacji jest przejrzysty?
- czy treść regulacji jest jasna, spójna, zrozumiała i dostępna dla użytkowników?
- czy wszyscy interesariusze mieli szansę przedstawienia opinii?
- czy zapewniono współdziałanie (compliance) zaangażowanych pomiotów?

Zalecenia i lista kontrolnych pytań zostały potraktowane przez krajowych normodawców z całą powagą: o ile w roku 1980, spośród krajów uczestniczących w OECD RIA stosowały dwa kraje, to w roku 1996 już połowa członków OECD stosowała tę metodę¹⁶. Wprowadzono wtedy pojęcie „Analiza skutków regulacji” (Regulatory Impact Analysis - RIA) i ta nazwa była przez pewien czas stosowana

¹⁵ RECOMMENDATION OF THE COUNCIL OF THE OECD ON IMPROVING THE QUALITY OF GOVERNMENT REGULATION, ADOPTED ON 9 MARCH 1995, OCDE/GD(95)95, [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(95\)95&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(95)95&doclanguage=en)

¹⁶ OECD (2002) Regulatory Policies in OECD Countries: From Interventionism to Regulatory Governance, <http://regulatoryreform.com/wp-content/uploads/2015/02/OECD-Regulatory-Policies-in-OECD-Countries-2002.pdf>

w opracowaniach OECD. RIA została zdefiniowana jako (proces w którym stosuje się) systematyczne rozważanie regulacyjnych alternatyw, publiczne konsultowanie i wzmocnione mechanizmy odpowiedzialności.

W metodzie RIA punktem wyjścia jest pozytywna odpowiedź na dwa pytania, nawiązujące zresztą do tych, które uwzględnione zostały w liście kontrolnej:

1. Czy problem mający być przedmiotem regulacji został dostatecznie jasno zdefiniowany?
2. Czy w rozwiązywaniu postawionego problemu konieczna jest interwencja poprzez wprowadzenia regulacji, inaczej mówiąc, czy inny sposób postępowania nie jest bardziej skuteczny?

W powołanym dokumencie stwierdzono, że w dążeniu do tworzenia wysokiej jakości regulacji stosowano, indywidualnie lub łącznie, następujące metody:

- Odwołanie się do opinii eksperta posiadającego wiedzę w dziedzinie będącej przedmiotem regulacji,
- Osiągnięcie konsensusu między udziałowcami zainteresowanym skutkami regulacji, zarówno jako jej beneficjenci, jak i ponoszących koszty,
- Doskonalenie procesu politycznego, dzięki któremu decydenci mają bardziej pełny dostęp do pogłębionej informacji o regulowanej materii,
- Benchmarking, polegający się na wykorzystaniu cudzych doświadczeń i zdobytej przez innych wiedzy o możliwych do zastosowania metodach rozwiązywania analogicznego problemu,
- Wykorzystywanie empirycznej wiedzy, dostępnej w istniejących wcześniej analizach i raportach, łącznie z „szarymi publikacjami”, jak i - niekiedy - na podstawie celowo zaprojektowanych przedsięwzięć.

W zależności od specyfiki prowadzonego procesu ewaluacyjnego istniała możliwość wykorzystywania metody najlepiej nadającej się do analizowanego przedmiotu.

W 2008 roku przygotowany został pierwszy podręcznik RIA¹⁷. Przypomniano definicję RIA jako procesu systematycznego identyfikowania i oceniania oczekiwanych efektów przygotowywanych propozycji regulacji. W postępowaniu tym wykorzystywana jest spójna metoda analityczna, taka jak analiza koszt-efekt. Jest to proces, w którym dokonuje się porównań, w którym porównuje się przyjęte cele przedsięwzięcia /regulacji/interwencji/ z metodami, które mogą doprowadzić do ich osiągnięcia. Wszystkie teoretycznie dostępne metody działania /alternatywne opcje/ powinny być oceniona, przy wykorzystaniu tej samej

¹⁷ OECD Introductory Handbook for Undertaking Regulatory Impact Analysis (RIA), Version 1.0, October 2008, <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/44789472.pdf>

metody. Rezultaty procesu oceniającego powinny być przekazywane decydentom, aby umożliwić podjęcie najlepszej z możliwych decyzji.

Bardzo ważne miejsce wśród treści przedstawionych w podręczniku zajmował problem pozyskania współpracy i posłuchu ze strony podmiotów zaangażowanych we wdrażanie postanowień regulacji, zwłaszcza instytucji administracyjnych mających być wykonawcami zadań, przewidzianych dla nich w nowym przepisie. Omówione zostały trzy zagadnienia. Po pierwsze, czynniki skłaniające i sprzyjające współpracy dobrowolnej. Teoretycznie, jest to sytuacja najbardziej korzystna i chociaż w realnej praktyce nie zdarza się często, w wielu modelach zarządzania przyjmuje się przesłankę o bardzo wysokim poziomie lojalności pracowników. Wiedzę dotyczącą konkretnej sytuacji można uzyskać - zgodnie z podręcznikiem - odpowiadając na następujące pytania:

- jaki jest poziom poinformowania członków grupy (pracowników instytucji), która ma współpracować, na temat oczekujących ich zadań i na ile oczekiwania te są dla nich zrozumiałe?
- jaki jest względny wymiar korzyści i wysiłku, jakiego mogą spodziewać się członkowie grupy przy podjęciu współpracy, a jak wygląda ten bilans w przypadku odmowy?
- jaki jest poziom akceptacji proponowanych regulacji, jako zasadnych i prawomocnych?
- jaka intensywna jest ogólna skłonność do współpracy ze strony członków grupy, także niezależnie od konkretnego przypadku?
- jak dalece jest prawdopodobne, że zewnętrzne podmioty zauważą sprzeciw ze strony członków grupy, a jeśli tak, to na ile może to spowodować niekorzystną sytuację dla członków grupy (forma sankcji)?

Realistyczne postrzeganie poziomu motywacji i lojalności, jakiego można się spodziewać każe przypuszczać, z dużym prawdopodobieństwem, że do pozyskania współdziałania konieczne będzie zastosowanie jakiejś formy przymusu. Dla skonstruowania obrazu sytuacji przy okazji analizy regulacji autorzy podręcznika sugerują postawienie następujących pytań:

- jak bardzo jest prawdopodobne, że odmowa współpracy (np. bojkot postanowień regulacji) zostanie ujawniona w inny sposób, niż oficjalna, rutynowa kontrola (np. przez whistle-blowing)?
- na ile jest prawdopodobne, że nakłaniana do współpracy grupa lub instytucja będzie poddana rutynowej kontroli lub inspekcji?
- jakie jest odkrycie niesubordynacji lub odmowy współpracy przez rutynową kontrolę?
- w jakim stopniu dobrze celowane kontrole mogą zwiększyć prawdopodobieństwo ujawnienia błędów?

Małe prawdopodobieństwo w pełni lojalnej współpracy i wynikająca stąd konieczność stosowaniu siły wiąże się ze stosowaniem środków przymusu, a więc sankcji. Sankcja nie ma być jednak narzędziem kary, ale przede wszystkim elementem obecnym w kalkulacjach prowadzonych przez pracownika, na ile opłacalne według jego subiektywnego postrzegania opłacalne jest demonstrowanie nieposłuszeństwa i nonkonformizmu. W związku z tym autorzy podręcznika proponują zadanie dwóch pytań:

- jakie jest prawdopodobieństwo ukarania /nałożenia sankcji/ jeśli fakt nieposłuszeństwa zostanie ujawniony?
- jak surowa może być - w odczuciu ukaranego - zastosowana sankcja?

Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że gdyby rządy krajów zrzeszonych w OECD przestrzegały zalecenia przedstawione w podręczniku, jakość ich legislacji byłaby znacznie lepsza.

W 2012 przygotowany został zbiór wytycznych na temat Oceny Skutków Regulacji (Regulatory Impact Assessment - RIA¹⁸), który miał służyć rządów państw członkowskich w przygotowywaniu i postugiwaniu się regulacją lepszą pod względem techniki legislacyjnej, ale pozwalającą także bardziej efektywnie realizować cele społeczne, ekonomiczne i związane z jakością środowiska¹⁹. w dokumencie stwierdzono, że „ocena skutków regulacji” jest zarówno narzędziem, jak i procesem decyzyjnym, który ma służyć decydentom politycznym informacją pozwalającą odpowiedzieć na dwa pytania: /a/ czy regulacja jest w ogóle potrzebna oraz /b/ jaka powinna być regulacja, by prowadziła do osiągnięcia celów polityki publicznej. Rozwój i doskonalenie naukowo uzasadnionej wiedzy umożliwiającej dokonywanie prospektywnej (ex ante) oceny nowych regulacji jest jednym z najważniejszych działań dostępnych władzom publicznym. Celem tego przedsięwzięcia jest wspomaganie decydentów w dochodzeniu do najbardziej efektywnych (efficient and effective) sposobów postępowania regulacyjnego. Jedną z ich postaci mogą się okazać inne, niż regulacyjne, sposoby postępowania, co może prowadzić do rezygnacji z kontynuowania prac nad regulacją.

Ważną zasadą organizacyjną, której znaczenie wykraczało znacznie poza techniczne aspekty prowadzenia procesu, była idea „holistycznego” podejścia do prac rządu a „whole-of-government” approach. Biorąc pod uwagę, że - niezależnie od atrybucji resortowej i prób wyodrębniania obszarów suwerennych kompetencji - zdecydowana większość problemów rozwiązywanych przez współczesne

¹⁸ Już „ocena” (assessment), a nie analiza

¹⁹ *Recommendation of the Council on Regulatory Policy and Governance* (OECD,2012), <https://alianzapacifico.net/wp-content/uploads/2015/06/recomendaciones-OCDE.pdf>

polityki publiczne nieuchronnie te granice przekracza. Odnosi się to z pewnością do sprawstwa zamierzonych efektów, ale jeszcze bardziej do skutków, szczególnie tych niechcianych, a często nie dostrzeganych przez autorów przygotowujących regulacje. Nie ulega wątpliwości, że holistyczne postrzeganie prac rządu nie jest zwykłym prakseologicznym zaleceniem, ale wymaga stałej uwagi i nieustannej troski. Nie jest bowiem statyczną sytuacją, która może być zadekretowana i osiągnięta raz na zawsze. Ambicje i praktycznie stale występujące próby rozszerzania zakresu terytorium uznawanego za własne zaburzają raz osiągniętą równowagę.

Z czasem w dokumentach OECD zaczęto posługiwać się pojęciem „dobrego rozwoju” (inclusive growth), wyciągając wnioski z krytyki zbyt jednostronnego akcentowania rozwoju ekonomicznego, przy lekceważeniu wymiaru społecznego. „Dobry rozwój” został zdefiniowany jako wzrost, który otwiera możliwości i szanse przed wszystkimi grupami społecznymi i sprawiedliwie rozdziela korzyści płynące ze wzrostu dobrobytu²⁰. Wprowadzając tę koncepcję zwracano uwagę, że ostatnio - w tamtym czasie - obserwowane okresy prosperity nie przynosiły zmniejszania się nierówności dochodowych między bogatymi i biednymi, a kryzys roku 2008 różnice te pogłębił. Jedną z możliwych przyczyn tego stanu rzeczy było lekceważenie pytania o skutki przeprowadzanych zmian, w bardziej technicznej perspektywie - oceny skutków regulacji i rzadkie przewidywanie ich skutków ubocznych. Rekomendowano jednoznacznie, że każda regulacja powinna służyć publicznemu dobru. W pracach przygotowawczych głos i opinia wszystkich środowisk, które mogą być dotknięte skutkami regulacji powinny być brane pod uwagę. Ocena antycypowanych skutków regulacji powinna być dokonywana przed podjęciem decyzji o wprowadzeniu przygotowanych mechanizmów, co nie zwalnia decydentów do rozpoznania skutków regulacji po tym, kiedy została wprowadzona w życie²¹.

Koncepcja dobrego rozwoju i jego związku z dążeniami do poprawy jakości regulacji była rozwijana w dalszych pracach OECD²². W opracowaniu z 2016 roku

²⁰ OECD defines inclusive growth as „economic growth that creates opportunity for all segments of the population and distributes the dividends of increased prosperity, both in monetary and non-monetary terms, fairly across society”. OECD WORKSHOP ON INCLUSIVE GROWTH, APRIL 2013, OECD CONFERENCE CENTRE SESSION NOTES, <https://www.oecd.org/inclusive-growth/events/Session%20Notes%20-%20Workshop%20Inclusive%20Growth,%2003.04.2013.pdf>

²¹ ...open government, including transparency and participation in the regulatory process, is an important pre-requisite to ensure that regulation serves the public interest and is informed by the legitimate needs of those interested in, and affected by, regulation. This goes hand in hand with impact assessments that combine *ex ante* and *ex post* evaluations of possible social and environmental effects of changes in regulation.

²² Deighton-Smith, R., A. Erbacher and C. Kauffmann (2016), „Promoting inclusive growth

już w tytule wskazano, że jednym ze sprawdzonych narzędzi mogących prowadzić do poprawy jakości regulacji jest procedura oceniania jej skutków. Przypomniano, że rozwój gospodarczy jest warunkiem koniecznym, ale dalece niewystarczającym dobrostanu społecznego (social well-being). Immanentną cechą dobrostanu społecznego powinien być trend zmniejszających się różnic w dostępie do niego - czy udziału w nim - przez różne grupy społeczne. Autorzy stwierdzili, że mimo wzrastającej świadomości złej roli, jaką odgrywają nadmierne różnice w dostępie do różnych dóbr, proces ich narastania nie został zahamowany. Jeśli tak, to bardziej zrównoważony dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, edukacji i zatrudnienia są zasadniczymi warunkami tworzenia równych szans i zintegrowanego (equal opportunity and inclusion) społeczeństwa. Innymi słowy, jeśli wskazywać monetarne i poza monetarne determinanty dobrego rozwoju, to najważniejsze są, prócz odpowiednich dochodów: praca, umiejętności, wykształcenie i kompetencje, stan zdrowia, niezniszczone środowisko, osobiste bezpieczeństwo, odpowiednia infrastruktura i mieszkanie.

Zaprzeczeniem dobrego rozwoju jest tolerowanie sytuacji, w której różnice w dochodach prowadzą do powstawania, utrzymywania się, a niekiedy powiększania się różnic w stanie zdrowia. Zadaniem polityk publicznych - zadaniem rządu - jest przeciwdziałanie tego rodzaju zjawiskom. W monitorowaniu skutków podejmowanych interwencji wykorzystywać można takie miary, jak Better Life Index²³, w którym - prócz stanu zdrowia - uwzględnia się jakość mieszkania, wielkość dochodu, treść i warunki pracy, środowisko społeczne (community), wykształcenie, środowisko naturalne, zaangażowanie obywatelskie, satysfakcję życiową, poczucie bezpieczeństwa i poziom równowagi między życiem zawodowym i innymi formami egzystencji. Autorzy powołują wyniki badań prowadzonych w USA, w których analizowano wpływ rozmaitych interwencji na zmiany natężenia różnic w stanie zdrowia między grupami, z wyraźnie gorszym stanem zdrowia grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej.

W opracowaniu znajduje się także uwaga komentująca brak wyraźnego uwzględnienia wpływu na zdrowie w wykresach przedstawiających przedmiot poddawany regulacji w analizowanych przedsięwzięciach prawnych. Akcentując obecność tego problemu autorzy wskazują, że jest on ukryty w bardziej ogólnej kategorii „wpływu na cele społeczne” (impact on social goals).

through better regulation: The role of regulatory impact assessment”, OECD Regulatory Policy Working Papers, No. 3, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5jm3tqwqp1vj-en>

²³ OECD Better Life Index <http://www.oecdbetterlifeindex.org/#/11111111111>

Doświadczenia Unii Europejskiej

W 2002 wprowadzona została procedura „oceny wpływu” (impact assessment), co pod względem merytorycznym wiązało się z przyjęciem strategii zrównoważonego rozwoju (European strategy for Sustainable Development)²⁴. Podkreślić należy, że zaproponowana procedura obejmowała znacznie szerszy zakres problemu niż te, które uwzględnia się w ocenie skutków regulacji. Z punktu widzenia „oceny wpływu” narzędzia posługujące się tworzeniem norm - prawnych, organizacyjnych czy innych - są tylko jedną z wielu form wywoływania skutków w otoczeniu. Niemniej w logicznym porządku „ocena wpływu” stanowi naturalną ramę oceniania skutków regulacji.

W zaproponowanej procedurze „oceny skutku” przyjmowano, że procedura ta pozwoli na przewidywanie uzyskania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji przygotowywanych regulacji, co umożliwi w sposób bardziej racjonalny i wyważony bilans możliwych korzyści i strat. Przyjmowano także, że możliwe będzie bardziej precyzyjne rozdzielanie kompetencji krajów i Unii, zgodnie z zasadą subsydiarności. Planowano ambitnie, że proponowana metoda oceniania - w tamtym czasie była w fazie tworzenia - pozwoli na prowadzenie ewaluacji w sposób zintegrowany, eliminując cząstkowe i stąd mogące prowadzić do rozbieżnych wniosków, oceny sektorowe. Podkreślano jednak, że dostępna w przyszłości metoda nie będzie działać automatycznie, wykluczając sądy i wybory zakorzenione w wartościach i politycznych przekonaniach - niezależnie, jak doskonale mogą okazywać się narzędzia ewaluacyjne nigdy nie zastąpią politycznych wyborów i odpowiedzialności polityków. Powiązanie z procesem politycznym miało stanowić cechę odróżniającą ocenę wpływu ex ante od stosowanych wcześniej ocen przewidywanych skutków finansowych, które - jak nazwa wskazuje - koncentrowały się na pieniądzach.

Chociaż w tekście dokumentu nie było o tym mowy, zagadnieniami, które skłaniały do podjęcia problemu „oceny wpływu” były kwestie związane ze stanem i z ochroną środowiska naturalnego. Ten nurt myślenia doprowadził zapewne do powierzenia zespołowi zajmującemu się tym sprawami przygotowania raportu na temat stosowania procedury, a zwłaszcza wykorzystywania Rekomendacji (przewodnika) jej stosowania²⁵. Traktując sprawy środowiska jako nadrzędny punkt odniesienia badacze, analizując inicjatywy podejmowane po przyjęcie

²⁴ COMMUNICATION FROM THE COMMISSION ON IMPACT ASSESSMENT 5.6.2002, http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2005/february/tradoc_121479.pdf

²⁵ Impact Assessment of European Commission Policies: Achievements And Prospects, Statement of the European Environment and Sustainable Development Advisory Councils (EEAC), EEAC Working Group Governance, April 2006, <http://www.oecd.org/greengrowth/40033017.pdf>

wspomnianej wyżej decyzji, stwierdzili występowanie wielu niezadowolających sytuacji. Wskazali wyraźną asymetrię w sposobie traktowania tych zagadnień: uwaga była skupiona zwykle na sprawach będących domeną tej komórki organizacyjnej, która prowadziła procedurę oceniania. Te specyficzne kompetencje narzucały także dominujące w analizie koncepcje teoretyczne. Praktyka wskazała, że zespoły oceniające działały zwykle pod presją czasu, namysł nie mógł być inny, niż powierzchowny, a ta sama przyczyna skłaniała do korzystania z uproszczonych danych liczbowych. Dominacja merytoryczna prowadziła także do zwiększania siły decyzyjnej, co odbijało się negatywnie na jakości wniosków. Wreszcie, zwykle zasoby przeznaczane na realizację procedury - ludzie, pieniądze, czas - były niewystarczające.

W 2009 roku opublikowane zostały wytyczne postępowania przy podejmowaniu procedury oceny wpływu²⁶. Była to ich kolejna wersja, po pierwszej z roku 2005 i wersji poprawionej o rok późniejszej.

Procedura oceny wpływu została określona jako kluczowe narzędzie dające gwarancję, że ustawodawstwo unijne jest przygotowywane na podstawie dowodów przejrzystych, spójnych i wyważonych. Procedura ta jest wsparciem politycznego procesu podejmowania decyzji, ale nigdy nie może go zastąpić. Kiedy w procedurze bierze udział kilkoro uczestników, podmiot uznany za wiodący pozostaje w pełni odpowiedzialny za jakość uzyskanego efektu. Specjalnie powołane Biuro - The Impact Assessment Board - miało służyć wsparciem i radą, a także kontrolować jakość podejmowanych działań oceniających.

Procedura miała składać się z sześciu etapów: identyfikacja problemu, zdefiniowanie celów, sformułowanie najważniejszych opcji rozwiązania problemu, analiza skutków uzyskiwanych przy realizacji każdej z opcji, porównanie opcji i ich skutków, przygotowanie mechanizmu monitorowania i ewaluacji. Najważniejsza w tych rozważaniach faza - analiza skutków - miała obejmować następujące przedsięwzięcia:

- a/ identyfikacja bezpośrednich i pośrednich skutków wywołanych interwencją w sferze ekonomicznej, społecznej i środowiskowej, wraz ze wskazaniem rozpoznanych zależności przyczynowych,
- b/ identyfikacja podmiotów mogących odczuwać skutki interwencji i ustalenie na czym te skutki polegają (skutki mogą być odczuwane poza terytorium Unii),
- c/ ocenianie wpływu w kategoriach ilościowych, jakościowych i monetarnych (jeśli kwantyfikacja jest niemożliwa, należy wyjaśnić dlaczego),
- d/ identyfikacja i ocenienie zmian wynikających ze zwiększenia obciążeń administracyjnych, albo korzyści wynikającej z uproszczenia postępowania (jeśli ocena taka nie jest możliwa, należy wyjaśnić dlaczego),

²⁶ European Commission IMPACT ASSESSMENT GUIDELINES, 15 January 2009, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/commission_guidelines/docs/iag_2009_en.pdf

e/ rozważenie wielkości ryzyka i stopnia niepewności wyboru poszczególnych opcji, łącznie z przeszkodami w procesie przekształcania relacji i podporządkowywania się.

W Rekomendacjach jednoznacznie stwierdzono, że procedura powinna być stosowana we wstępnych fazach przygotowywania interwencji - i związanej z nią regulacji. Wynika to z zasady oszczędności: nie ma sensu przygotowywania nowych rozwiązań, co zwykle jest działaniem kosztownym, jeśli wcześniej nie rozpozna się antycypowanych korzyści i możliwych strat. Dobrym narzędziem łączenia procedury oceny efektu z tokiem prac merytorycznych jest mapa drogowa, jasno przedstawiająca zaplanowany harmonogram przedsięwzięcia. Pozwala z odpowiednim wyprzedzeniem stawiać pytania wszystkim interesariuszom, którzy mają wówczas czas na przygotowywanie podbudowanych merytorycznie stanowisk.

Podkreślić należy, że zalecana w Rekomendacjach procedura mogła być stosowana nie tylko do regulacji prawnych, ale także do wszystkiego rodzaju dokumentów, które mogły stawać się podstawą lub uzasadnieniem podejmowania interwencji w jakiegokolwiek dziedzinie. Stosowane w wielu systemach krajowych, także w praktyce unijnej dokumenty takie jak green papers, czy white papers są przykładem opracowań, wobec których procedura mogła być wykorzystywana.

W 2012 roku powołany został do życia „Program sprawności i wydajności regulacyjnej” (Regulatory Fitness and Performance Program - REFIT) realizowany przez Komisję Europejską²⁷. Jego celem było zlikwidowanie zbędnych kosztów regulacyjnych (tj. obciążeń) i zadbanie o to, aby ogół unijnego prawodawstwa był adekwatny do zakładanych celów. Dążono także do uproszczenia unijnych przepisów i zmniejszenia wynikających z nich kosztów, chodziło zatem o stworzenie jasnych, stabilnych i przewidywalnych ram prawnych sprzyjających wzrostowi gospodarczemu i tworzeniu nowych miejsc pracy. Zakładano, że REFIT pozwoli wykryć obciążenia wynikające ze złej regulacji, ujawnić niespójności i luki w treści przepisów, a także nieskuteczne środki, nie prowadzące do zamierzonych celów. W analizach miały być uwzględnione również możliwe obciążenia regulacyjne związane ze sposobami wdrażania prawodawstwa UE na poziomach krajowym, regionalnym i lokalnym. Za pośrednictwem programu REFIT Komisja miała określać, oceniać i przyjmować inicjatywy oraz monitorować ich wdrażanie, co spowoduje znaczne obniżenie kosztów regulacyjnych i uprosz-

²⁷ KOMUNIKAT KOMISJI DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY, EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU REGIONÓW Sprawność regulacyjna UE, 12.12.2012, <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/PL/1-2012-746-PL-F1-1.Pdf>

czenie. REFIT stał się mechanizmem, który otwierał możliwość wymiany na temat dobrych praktyk, co pozwalało rządów krajów członkowskich wykorzystywać sprawdzone doświadczenia²⁸.

W dokumencie z 2015 roku przyznano, że jakość legislacji nie była w przeszłości najmocniejszą stroną działania UE²⁹. Prawdopodobnie nagromadzenie reguł złej jakości może być traktowane jako cecha odróżniająca system rządzenia UE od wszystkich międzynarodowych struktur. W efekcie, dążenie do naprawy jakości regulacji, przez wydawanie norm adekwatnie dopasowanych do zamierzonych celów, efektywnych, proporcjonalnych wobec zadań, dobrze nadających się do stosowania i tak prostych, jak to tylko możliwe. Niejasne przepisy, budzące wątpliwości co do intencji, mało czytelne co do sposobów postępowania i wymagające stosowania skomplikowanych procedur mogą stawać się czynnikiem odstręczającym ludzi od współdziałania w ramach wspólnoty. Zasadniczy problem nie polega jednak na odejściu od dążenia do dużej liczby regulacji na rzecz małej ich liczby - istota sprawy polega na ich jakości. Podejście do regulacji musi opierać się na odejściu od biurokratycznej rutyny. Uczestnicy obrotu prawnego - obywatele, przedstawiciele biznesu, i wszyscy zainteresowani interesariusze - zawsze oceniają faktycznie osiągnięte rezultaty, a nie najbardziej nawet szlachetne dążenia i intencje. Co ważne - dotyczy to nie tylko nowych i przygotowywanych regulacji, ale także tych wszystkich, które już obowiązują. Musi to prowadzić do krytycznej rewizji zasad już stosowanych.

W procedurach, zarówno tych, które dotyczą nowych regulacji, jak i obowiązujących, konieczne jest stosowanie przyjętych zasad. Nadrzędną zasadą jest otwartość i przejrzystość, a w jej ramach szerokie wykorzystywanie konsultacji i wstuchiwanie się w głos zainteresowanych podmiotów, jasne wyjaśnianie celów i zamierzeń i powodów, dla których są one warte podjęcia i uregulowania, wskazanie efektów, także tych będących niechcianymi konsekwencjami i nieukrywanie możliwych strat i szkód, Otwartość i przejrzystość odnosi się nie tylko do procedur, ale także do pracy samej Komisji Europejskiej, a reguły postępowania i aktywności kontrolnych powinny być skodyfikowane i upublicznione. Poszczególne instytucje unijne przedstawiając swoje inicjatywy powinny w większym stopniu, niż dotychczas, podkreślać ich charakter jako propozycji. Rządy państw członkowskich, ale także polityczne środowiska eurosceptyków, nie

²⁸ REFIT http://ec.europa.eu/smart-regulation/refit/index_pl.htm

²⁹ COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS

Better regulation for better results - An EU agenda, 19.5.2015, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-better-regulation-for-better-results-an-eu-agenda_may2015_en.pdf

powinny zyskiwać pretekstu, że cokolwiek jest im narzucane przez arogancką Unię.

W tym samym 2015 roku zaproponowane zostało porozumienie o współpracy między Parlamentem Europejskim, Radą Unii Europejskiej i Komisją Europejską³⁰, które zostało ostatecznie przyjęte rok później³¹. Deklarowanym celem podjętej inicjatywy miała być troska o przygotowywanie i uchwalanie lepszej legislacji - lepsze stanowienie prawa. Interesujące, że w projekcie dokumentu użyte zostało pojęcie „Wspólnotowej metody” (Community method), która to metoda powinna być stosowana w pracach nad regulacją, ale pojęcie to zniknęło z ostatecznej wersji dokumentu. W pierwotnym tekście niezbędne zasady charakteryzujące tę metodę zawierały: przejrzystość procesu legislacyjnego (transparency of the legislative process), demokratyczne umocowanie (democratic legitimacy), subsydiarność (subsidiarity), proporcjonalność (proportionality), przestrzeganie pewności prawa (legal certainty), prostota, jasność i spójność przygotowywanych norm prawnych (simplicity, clarity and consistency in the drafting of legislation). Nie ma informacji, na podstawie których mógłbym interpretować fakt pominięcia nazwy koncepcji „wspólnotowej metody”, biorąc pod uwagę, że wskazane cechy z pewnością zachowały swój walor w późniejszym dokumencie. Znajduje to wyraz w następującym sformułowaniu: „trzy Instytucje zgadzają się, że ustawodawstwo Unii powinno być zrozumiałe i jasne, umożliwiać obywatelom, administracjom i przedsiębiorstwom łatwe zrozumienie ich praw i obowiązków, zawierać odpowiednie wymogi dotyczące sprawozdawczości, monitorowania i ewaluacji, unikać nadmiernej regulacji i obciążeń administracyjnych oraz być łatwe do wdrożenia”. Można formułować wstępną hipotezę, że w ostatecznej wersji położono większy nacisk na aspekty gospodarcze, bo wspomina się troskę o małe i średnie przedsiębiorstwa, aby to one nie znajdowały się w trudnej sytuacji w wyniku błędnej regulacji.

Trzy podmioty zawierające porozumienie deklarowały wspólną odpowiedzialność za jakość regulacji stosowanej w UE. Poczuwające się do tej odpowiedzialności unijne podmioty przypominały jednak i potwierdzały ograniczenia swoich kompetencji, zgodnie z traktatowymi postanowieniami. Przyjęta tam zasad subsydiarności jednoznacznie wskazywała kompetencje rządów i parlamentów kra-

³⁰ COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL Proposal for an Interinstitutional Agreement on Better Regulation, 19.5.2015, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-proposal-for-an-inter-institutional-agreement-on-better-law-making_may2015_en.pdf

³¹ POROZUMIENIE MIĘDZYINSTYTUCJONALNE POMIĘDZY PARLAMENTEM EUROPEJSKIM, RADĄ UNII EUROPEJSKIEJ A KOMISJĄ EUROPEJSKĄ W SPRAWIE LEPSZEGO STANOWIENIA PRAWA POROZUMIENIE MIĘDZYINSTYTUCJONALNE z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie lepszego stanowienia prawa, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016Q0512\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016Q0512(01)&from=EN)

jowych w stawianiu i rozwiązywaniu wszystkich problemów, z wyłączeniem spraw jednoznacznie przekazanych organom unijnym. We „wspólnotowej metodzie” obecny był postulat konsultacji ze wszystkim zainteresowanymi interesariuszami, a także dwa podejścia w ocenie skutków regulacji: ocena ex post, odnosząca się do ewaluacji następstw regulacji już przyjętych i obowiązujących, oraz ocena ex ante, stosowana w trakcie przygotowywania nowych regulacji. W dokumencie przypomniano także przyjmowane w przeszłości rozstrzygnięcia, które miały przyczynić się do poprawy jakości regulacji³².

Trudności gospodarcze będące udziałem wielu krajów Unii, zwłaszcza na południu kontynentu, nieprzezwyciężone konsekwencje kryzysu z 2008 roku wywoływały wzrost nastrojów anty-unijnych. Jednym ze zjawisk szczególnie krytykowanych były te formy działania Unii, które były postrzegane jako przerosty biurokratyczne i deficyt demokracji. Jednym z przejawów tego stanu rzeczy była nadmierna formalizacja różnych aspektów wzajemnych relacji, również z powodu zlej i nadmiernej regulacji. Stąd w kolejnym dokumencie z 2016 roku przypomniano, że dobra regulacja ma znaczenie dla sytuacji, w jakiej znajdują się obywatele: im lepsze przepisy tym łatwiej rozwiązywać problemy, przed którymi stają ludzie i instytucje³³. Dzięki dobrym przepisom obywatele mogą dostrzegać odczuwalne korzyści płynące z unijnych przedsięwzięć i postrzegać je jako wyraz żywego zainteresowania ze strony władz. Dobre przepisy sprzyjają jasnemu formułowaniu i rzetelnej realizacji celów w sferze społecznej, ekonomicznej i związanej ze stanem środowiska. Nowocześnie redagowane i przystosowywane proporcjonalnie do sytuacji reguły mają znaczenie nie tylko instrumentalne; stanowią fundament funkcjonowania państwa prawa, co jest istotą demokracji. Unia była wielokrotnie krytykowana jako mająca skłonność do nadmiernej regulacji i formalizowania spraw oczywistych. Jeśli w tym dokumencie stawia się problem regulacji dobrej jakości, to również po to, by wyciągać wnioski ze złych doświadczeń celem ich uniknięcia.

³² - Interinstitutional Agreement of 20 December 1994 Accelerated working method for official codification of legislative texts;
- Interinstitutional Agreement of 22 December 1998 on common guidelines for the quality of drafting Community legislation;
- Interinstitutional Agreement of 28 November 2001 on a more structured use of the recasting technique for legal acts;
- Joint Declaration of 13 June 2007 on practical arrangements for the co-decision procedure;
- Joint Political Declaration of 27 October 2011 of the European Parliament, the Council and the Commission on explanatory documents

³³ COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN COUNCIL AND THE COUNCIL Better Regulation: Delivering better results for a stronger Union, 14.9.2016, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/better-regulation-delivering-better-results-stronger-union_sept_2016_en.pdf

Doświadczenia polskie

W Polsce ocena wpływu, inaczej mówiąc - ocena skutków regulacji, wprowadzana była stopniowo od 2001 roku, kiedy zmieniono Regulamin pracy Rady Ministrów otwierając możliwość prowadzenia sformalizowanych procedur ewaluacyjnych³⁴. Postanowiono wówczas, że w uzasadnieniu projektu aktu prawnego niezbędne jest wskazanie informacji o przyczynach i potrzebie podjęcia inicjatywy oraz wskazanie jej istoty, a także - co istotne - skutków społecznych i ekonomicznych. W odniesieniu do aktów normatywnych konieczne było także powołanie podstawy prawnej. Procedurę oceniania przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych nazwano „oceną skutków regulacji (OSR)”.

Postanowiono, że oceny skutków regulacji powinny dokonywać się zgodnie z określonymi odrębnie przez Radę Ministrów zasadami oraz zgodnie z zakresem dokonywania OSR projektów rządowych aktów normatywnych. Koordynację sporządzania tych ocen oraz zakresu konsultacji społecznych projektów rządowych aktów normatywnych miało zapewniać Rządowe Centrum Legislacji.

Wydaje się, i taki pogląd jest spotykany w piśmiennictwie, że początki sformalizowanych procedur ewaluacyjnych rozwinęły się w Polsce na potrzeby oceny jakości i efektów programów współfinansowanych ze środków unijnych³⁵. Strona unijna była żywo zainteresowana informacjami na temat jakości procesu przygotowywania i podejmowania decyzji o alokacji środków. Świadczy o tym ten fragment zmian wprowadzonych w z 2001, w którym jest mowa o powiązaniu OSR ze wstępną oceną, przeprowadzaną z punktu widzenia harmonizacji prawa polskiego z prawem Unii Europejskiej, co było obowiązkiem organu wnioskującego. Stworzony w ten sposób mechanizm ewaluacyjny dostarczył inspiracji skłaniających polskie władze do rozszerzenia procedur oceniających do coraz szerszego zakresu prac legislacyjnych realizowanych przez krajowe podmioty. Sądzę, że można mówić o stopniowym przyswajaniu sobie przez polskich decydentów i polskie instytucje nowej kultury pracy, zharmonizowanej ze unijnymi standardami. Akceptując tezę o inspiracji, czy wręcz wymogu, stosowania OSR kierowanym ze strony Unii Europejskiej warto zauważyć, że procedura ta została wprowadzona

³⁴ Uchwała Nr 125 Rady Ministrów z dnia 4 września 2001 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów. M.P. 2001 nr 33 poz. 547

³⁵ Ocena wpływu regulacji. Poradnik dla administracji publicznej, Poradnik przygotowany w ramach projektu „Ocena skutków regulacji oparta na dowodach. Model wykorzystania istniejących dowodów analityczno-ewaluacyjnych w procesie oceny społeczno-ekonomicznych efektów planowanych regulacji”, 1. Akademia Leona Koźmińskiego 2. Uniwersytet Jagielloński 3. DCF Consulting Sp. z o.o. 4. Fundacja IDEA Rozwoju 5. HMR Doradztwo Strategiczne, 2015, http://www.kozminski.edu.pl/fileadmin/user_upload/OW_Poradnik.pdf

dzona do polskiego systemu prawnego, a także do praktyki rządowej, przynajmniej kilka lat przed przystąpieniem kraju do Wspólnoty. Świadczyć to może o gotowości polskich przedstawicieli władzy do wykorzystywania dobrych przykładów, w widoczny sposób przyczyniających się do podniesienia jakości procesów rządzenia.

Obecnie obowiązującą podstawą prawną jest ujednolicony tekst uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r.³⁶, uwzględniający zmiany wprowadzone w 2015 i 2016 roku³⁷. Różnice między najnowszym - i obowiązującym w czasie pisania tego tekstu - są przedstawione w tabeli. Podkreślić należy, że w tym miejscu są omawiane przepisy dotyczące OSR ex ante, a więc projektów regulacji. Problemy OSR ex post będą omówione w innym miejscu.

Uchwała nr 204 Rady Ministrów z dnia 27 października 2015 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 1063);	Uchwała nr 62 Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2016 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 494).
§ 28. 1.	6) w § 28: a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
1. Odrębną część uzasadnienia projektu aktu normatywnego stanowi ocena skutków regulacji, która przedstawia wyniki oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych, o której mowa w § 24 ust. 3, zwana dalej „OSR”.	„1. Odrębną część uzasadnienia projektu aktu normatywnego oraz odrębną część projektu założeń projektu ustawy stanowi ocena skutków regulacji, która przedstawia wyniki oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych, o której mowa w § 24 ust. 3, zwana dalej „OSR”.”
3) przedstawienie wyników analizy wpływu projektowanego aktu normatywnego na podmioty, o których mowa w pkt 1, oraz na istotne obszary oddziaływania, w szczególności na: a) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego,	b) w ust. 2 w pkt 3 we wprowadzeniu do wyciszenia po wyrazach „o których mowa w pkt 1, oraz” dodaje się wyrazy „wpływu projektu”,

³⁶ Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Rady Ministrów - Regulamin pracy Rady Ministrów, M.P. 2016 poz. 1006,

³⁷ - Uchwała nr 204 Rady Ministrów z dnia 27 października 2015 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 1063);
- Uchwała nr 62 Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2016 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 494).

<p>b) rynek pracy, c) konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców;</p>	
	c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
<p>3. OSR projektu założeń projektu ustawy zawiera także: 1) zidentyfikowanie rozwiązywanego problemu; 2) określenie celu i istoty interwencji; 3) porównanie z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach.</p>	<p>„3. OSR projektu założeń projektu ustawy oraz projektu ustawy zawiera także: 1) zidentyfikowanie rozwiązywanego problemu; 2) określenie celu i istoty interwencji; 3) porównanie z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach.”,</p>
	ust. 4
<p>4. OSR projektu ustawy albo projektu rozporządzenia, który nie jest przedstawiany do konsultacji publicznych, zawiera wskazanie przyczyn rezygnacji z prowadzenia konsultacji publicznych.</p>	<p>d) w ust. 4 wyrazy „OSR projektu ustawy” zastępuje się wyrazami „OSR projektu założeń projektu ustawy, projektu ustawy”;</p>
	7) § 29 otrzymuje brzmienie:
<p>§ 29.11) 1. Koordynację sporządzania OSR zapewnia: 1) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów członek Rady Ministrów albo 2) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów sekretarz albo podsekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów albo 3) Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - zwany dalej „koordynatorem OSR”. 2. Na wniosek koordynatora OSR organ wnioskujący sporządza OSR do projektu dokumentu rządowego innego niż akt normatywny. Przepisy dotyczące dokonywania oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych oraz sporządzania i dokonywania oceny OSR projektu aktu normatywnego stosuje się odpowiednio.</p>	<p>„§ 29. 1. Koordynację sporządzania OSR zapewnia: 1) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów członek Rady Ministrów albo 2) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów sekretarz albo podsekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów albo 3) Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - zwany dalej „koordynatorem OSR”. 2. Na wniosek koordynatora OSR organ wnioskujący sporządza OSR do projektu dokumentu rządowego innego niż akt normatywny lub projekt założeń projektu ustawy. Przepisy dotyczące dokonywania oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych oraz sporządzania i dokonywania oceny OSR projektu aktu normatywnego stosuje się odpowiednio.</p>

3. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów może sporządzić OSR do projektu dokumentu rządowego opracowanego przez inny organ wnioskujący, jeżeli ze względu na wagę dokumentu uzna to za uzasadnione lub sporządzenie takiej OSR poleci mu Prezes Rady Ministrów.	3. Koordynator OSR może sporządzić OSR do projektu dokumentu rządowego opracowanego przez inny organ wnioskujący, jeżeli ze względu na wagę dokumentu uzna to za uzasadnione lub sporządzenie takiej OSR poleci mu Prezes Rady Ministrów.”;
	8) użyte w § 32 w ust. 1 i 3, w § 33 w ust. 1 i 2 oraz w § 150 w ust. 2 w różnym przypadku wyrazy „Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „koordynator OSR”;

Lektura obydwu tekstów pozwala uznać, że ich nowa wersja nie zmieniła istoty procesu, który miał - i ma - prowadzić do wieloaspektowego oszacowania skutków, do jakich może doprowadzać oceniany projekt regulacji.

Tak, jak to przedstawiono w tabeli w najnowszej wersji przepisu stwierdza się, że odrębną część uzasadnienia projektu aktu normatywnego oraz odrębną część projektu założeń projektu ustawy powinna stanowić ocena skutków regulacji, która przedstawia wyniki oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych, nazywana akronimem „OSR”. W procedurze OSR poddawanego ewaluacji projektu powinny być zawarte informacje dotyczące następujących spraw:

- 1) wskazanie podmiotów, na które oddziałuje projektowany akt normatywny;
- 2) informacje o konsultacjach przeprowadzonych przed opracowaniem projektu, a także o zakresie konsultacji publicznych i opiniowania projektu, w tym o obowiązku zasięgnięcia opinii określonych podmiotów wynikającym z przepisów odrębnych;
- 3) przedstawienie wyników analizy wpływu projektowanego aktu normatywnego na podmioty, o których mowa w pkt 1) oraz wpływu projektu na istotne obszary oddziaływania, w szczególności na:
 - a) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego,
 - b) rynek pracy,
 - c) konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców;
- 4) wskazanie źródeł finansowania, zwłaszcza jeżeli projekt pociąga za sobą obciążenie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego;
- 5) wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń.

Zgodnie z postanowieniami przepisu OSR projektu założeń projektu ustawy oraz projektu ustawy powinna zawierać także:

- 1) zidentyfikowanie rozwiązywanego problemu;
- 2) określenie celu i istoty interwencji;
- 3) porównanie z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach.

W sytuacjach, w których OSR dotyczy projektu założeń projektu ustawy, projektu ustawy albo projektu rozporządzenia, które nie są przedstawiane do konsultacji publicznych, proponowany projekt powinien zawierać wskazanie przyczyn rezygnacji z prowadzenia tych konsultacji.

Przygotowanie OSR powinno być koordynowane. Funkcję koordynatora OSR pełni jedna z następujących osób:

- 1) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów członek Rady Ministrów albo
- 2) wyznaczony przez Prezesa Rady Ministrów sekretarz albo podsekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów albo
- 3) Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Jedno z zadań koordynatora OSR jest wnioskowanie do organu przygotowującego projekt dokumentu rządowego innego niż akt normatywny lub projekt założeń projektu ustawy wdrożenie procedury OSR, zgodnie z wymogami przewidzianymi w sytuacjach przygotowywania rutynowej dokumentacji OSR. Koordynator OSR może także sporządzić OSR do projektu dokumentu rządowego opracowanego przez inny organ wnioskujący, jeżeli ze względu na wagę dokumentu uzna to za uzasadnione lub sporządzenie takiej OSR poleci mu Prezes Rady Ministrów.

Zgodnie z przepisami obowiązkiem organu wnioskującego - autora normy - jest skierowanie aktu normatywnego do oceny OSR. Koordynator OSR powinien dokonać oceny OSR, w szczególności pod względem jej zakresu i zakresu konsultacji publicznych i opiniowania projektu. Jego stanowisko w sprawie powinno być przedstawione w terminie 14 dni od udostępnienia mu projektu. Nieprzedstawienie stanowiska dotyczącego OSR w tym terminie jest traktowane jako równoznaczne z przedstawieniem oceny pozytywnej. Natomiast w przypadku zgłoszenia przez koordynatora OSR uwag do OSR organ wnioskujący jest zobowiązany do uwzględnienia uwag albo zajęcia wobec nich stanowiska.

W sytuacjach, kiedy projekt aktu normatywnego, zgodnie z procedurą, jest kierowany do uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania, organ wnioskujący powinien dołączyć do projektu stanowisko koordynatora OSR dotyczące OSR albo przedstawić informację o nieprzedstawieniu takiego stanowiska w terminie.

OSR projektu założeń projektu ustawy oraz projektu ustawy powinien zawierać także:

- 1) zidentyfikowanie rozwiązywanego problemu;
- 2) określenie celu i istoty interwencji;
- 3) porównanie z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach.

Zgodnie z regułami ministerstwo musi opisać wyniki swoich zewnętrznych konsultacji jako część oceny skutków regulacji (OSR), ale może decydować o tym, jakie informacje poda. Jak twierdzą badacze oceniając wymogi stawiane autorom projektów legislacyjnych normy prawne dają resortom dużo swobody w kontrolowaniu dostępu zewnętrznych organizacji do procesu legislacyjnego³⁸. O ile podstawowy zasób informacji przedstawianych w dokumentach OSR pochodzi zwykle od ministerstw, obowiązanych także do przedstawienia wyników konsultacji, to pewne działania uzupełniające mogą być podejmowane przez Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Przedstawione wyżej regulacje były kolejnym etapem tworzenia reguł postępowania, zapoczątkowanych w pierwszych latach XXI wieku.

Omówiony wyżej przepis stanowił podstawę uchwalenia i przyjęcia Wytycznych do przeprowadzania oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego, co nastąpiło w dniu 5 maja 2015 r. decyzją Rady Ministrów³⁹. Jak stwierdzono, celem dokumentu było zapewnienie, aby przedstawiane skutki regulacji prawnych były właściwie oszacowane (zarówno na etapie przygotowywania rozwiązań prawnych, jak i oceny ich funkcjonowania). Naturalnie, sama norma nie mogła zapewnić właściwej oceny, której rzetelność pozostawała uzależniona od prawdziwości wykorzystywanych informacji i rzetelności osób zaangażowanych w proces. Niemniej, opracowanie mogło być wykorzystywane jako „przewodnik dla urzędników”, pomagający w dobrym, a w każdym razie: w lepszym, niż bez takiego wsparcia, przygotowywaniu aktów normatywnych. Pomoc ta polegała na wskazaniu, jak prawidłowo przeprowadzać ocenę wpływu i konsultacje projektów aktów prawnych.

W Wytycznych... przedstawiony został graficzny obraz aktywności składający się na proces ewaluacyjny, aktywności podejmowanych w ramach procesu OSR. Schemat ten jest reprodukowany poniżej.

³⁸ Klaus H. Goetz, Radosław Zubek Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa, Program Sprawne Państwo, Ernst & Yang Warszawa 2005, [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Stanowienie_prawa_w_Polsce_raport.pdf/\\$FILE/ATTYBZGI.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Stanowienie_prawa_w_Polsce_raport.pdf/$FILE/ATTYBZGI.pdf)

³⁹ Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego, Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Rządowe Centrum legislacji, 2015, <http://www.rcl.gov.pl/book/wytyczne>



Proces OSR

Źródło: Wytyczne 2015

W rysunkowym schemacie słusznie przedstawiony jest cyrkularny charakter procesu OSR. Słusznie przyjmuje się, że początkiem każdej inicjatywy podejmowanej w ramach polityki publicznej - jej poszczególnych nurtów - jest dostrzeżenie sytuacji potraktowanej jako problem do rozwiązania. Problem jest umieszczany w agendzie rządu, lub partii politycznej i w ten sposób uruchamiany jest proces tworzenia normy (regulacji). Także słusznie odróżnione są dwie postaci ocen, jakim poddawany jest najpierw projekt regulacji - OSR ex ante - a następnie przepis już znajdujący się w systemie normatywnym - OSR ex post. Dostrzec należy postulatywny charakter przedstawionego schematu. O ile oceny ex ante można wymóc tworząc odpowiednia obligację⁴⁰, o tyle praktyka monitorowania i oceniania efektów wprowadzania w życie różnych norm nie jest częsta. Dotyczy to prawdopodobnie większości regulacji w wielu dziedzinach, przy czym przedmiotem troski powinna być nie tyle rezygnacja z oceny przepisu, co koncepcji, która się z przepisem kryła. Z pełnym przekonaniem twierdzą, że w polskiej polityce zdrowotnej kolejne innowacje przedstawiane jako fazy reformowania systemu nie były poprzedzane bardziej pogłębioną diagnozą efektów osiągniętych przez poprzedników.

⁴⁰ Obligacja taka istnieje w obowiązujących aktualnie przepisach, o czym była wcześniej mowa i, przeprowadzenie oceny wpływu - OSR - jest obligatoryjne

W Wytycznych... „ocena wpływu” jest zdefiniowana jako „proces analityczny wspomagający podejmowanie decyzji w zakresie rozwiązań regulacyjnych poprzez dostarczenie możliwie pełnej informacji na temat wariantów rozwiązań konkretnego problemu oraz potencjalnych skutków (kosztów i korzyści) ich wprowadzenia”. Warto zauważyć, że proces oceniania jest potraktowany jako procedura wykonywana przez transparentne podmioty, których zadaniem jest pozyskiwanie i agregowanie informacji, nie wymagające sądów oceniających. Aktywności te są niewątpliwie istotne, postulat by informacja była możliwie pełna i bezstronna są słuszne, ale jest to raczej przygotowanie oceny, a nie sama ocena. Ta ostatnia bowiem, w sposób nieuchronny, musi odwoływać się do wartościowania i to niezależnie od tego, czy standardem oceny są wartości moralne, powiązane z określonym systemem, czy wartości polityczne, czy reguły wynikające z międzynarodowych zobowiązań. Jak napisano w Wytycznych... dokonana ocena ma pozwolić na odpowiedzialnie oszacowanie potrzeby wprowadzenia regulacji, choć wynikiem oceny może być także decyzja o jej zaniechaniu.

Poza oczywistą zasadą rzetelności postępowania, która powinna być stosowana we wszystkich rodzajach aktywności publicznej, w procedurze oceniania wpływu powinny być także przestrzegane reguły specyficzne dla tego procesu. Po pierwsze, należy przestrzegać zasady proporcjonalności, co oznacza, taki dobór wielkości nakładu pracy i środków, wymaganego do przeprowadzenia OSR: pogłębione, a więc kosztowne analizy powinny być przeprowadzane dla projektów priorytetowych, o znacznych przewidywanych skutkach, natomiast w wielu sytuacjach można zadowolić się informacjami już istniejącymi. Po drugie, zasady obiektywizmu, co zmusza do pozbycia się uprzedzeń i przyjętych z góry preferencji na rzecz brania pod uwagę intersubiektywne miary korzyści i strat. Po trzecie, zasady przejrzystości i jawności, która odnosiła się do sposobu komunikowania się w trakcie prowadzenia konsultacji, kiedy należy przedstawiać kolejne warianty opracowywanej regulacji. Po czwarte, zasady pomocniczości (subsidiarności), zgodnie z którą każdy szczebel władzy powinien realizować tylko te zadania, które nie mogą być skutecznie zrealizowane przez szczebel niższy, albo przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego.

W Wytycznych... podkreślono znaczenie konsultacji, których głównym celem jest możliwość zapoznania się z opiniami różnych stron na możliwie najwcześniejszym etapie prac zawczasu pozwala na identyfikację błędów i przygotowanie bardziej wyważonego rozwiązania. Ulepszone dzięki konsultacjom rozwiązania mogą uwzględniać zróżnicowane potrzeby obywateli, przedsiębiorców, grup, środowisk i instytucji społeczeństwa obywatelskiego, są więc kluczowym sposobem włączania obywateli w proces podejmowania decyzji. Zauważmy w tym miejscu, że wymóg odwoływania się do konsultacji nie dotyczy projektów przygotowywanych przez postów, lub w wyniku inicjatyw obywatelskich. Dla ugrupowań

politycznych, które chciałyby zrezygnować z konsultacji stanowi to formalną możliwość ich ominięcia.

Esencją konsultacji jest idea umożliwienia każdemu obywatelowi zabranie głosu. Aby zabranie głosu, a więc zajęcie stanowiska, miało wartość merytoryczną, niezbędne jest dostarczenie obywatelom niezbędnej informacji. Jej absolutne minimum to projekty regulacji i odpowiednie dokumenty, które powinny być dostępne w internecie dla każdego zainteresowanego. W przypadku aktów prawnych o dużym znaczeniu dla obywateli powinno być możliwe korzystanie z dostępnych portali służących prowadzeniu konsultacji online. Jednak treść przepisu to absolutne minimum. W znaczącej większości sprawa rozstrzyganych we współczesnych politykach publicznych przedmiotem regulacji są skomplikowane sprawy, uwikłane w bardzo wiele czynników warunkujących łańcuchy przyczynowe. Z reguły też nowe regulacje będą zmieniały dotychczas istniejące relacje. Uczynienie z osób konsultowanych dobrze poinformowanych współdecydentów jest bardzo poważnym zadaniem, o fundamentalnym znaczeniu dla trwania i rozwoju demokratycznych systemów.

W Wytycznych... znajduje się lista zasad, które powinny być przestrzegane w procesie konsultacji. Są one przedstawione, także te między władzą i obywatelami, w tabeli.

Dobra wiara	<ul style="list-style-type: none"> • konsultacje prowadzone są w duchu dialogu obywatelskiego. Strony słuchają siebie nawzajem, wykazując wolę zrozumienia odmiennych racji.
Powszechność	<ul style="list-style-type: none"> • każdy zainteresowany tematem powinien móc dowiedzieć się o konsultacjach i wyrazić w nich swój pogląd.
Przejrzystość	<ul style="list-style-type: none"> • informacje o celu, regułach, przebiegu i wyniku konsultacji muszą być powszechnie dostępne. Jasne musi być, kto reprezentuje jaki pogląd.
Responsywność	<ul style="list-style-type: none"> • każdemu, kto zgłosi opinię, należy się merytoryczna odpowiedź w rozsądnym terminie, co nie wyklucza odpowiedzi zbiorczych.
Koordinacja	<ul style="list-style-type: none"> • konsultacje powinny mieć gospodarza odpowiedzialnego za konsultacje, tak merytorycznie, jak i organizacyjnie, który jest odpowiednio umocowany w strukturze administracji.
Przewidywalność	<ul style="list-style-type: none"> • konsultacje powinny być prowadzone od początku prac nad zmianą i od początku procesu legislacyjnego. Powinny być prowadzone w sposób zaplanowany i w oparciu o czytelne reguły.
Poszanowanie interesu ogólnego	<ul style="list-style-type: none"> • chociaż poszczególni uczestnicy konsultacji mają prawo przedstawiać swój partykularny interes, to ostateczne decyzje podejmowane w wyniku przeprowadzonych konsultacji powinny reprezentować interes publiczny i dobro ogólne.

W Wytycznych... przedstawiono szereg szczegółowych zagadnień, które mogą być przedmiotem OSR. Wymienione: badanie wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, wpływu na finanse publiczne, wpływu na rynek pracy, wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość, wpływu na sytuację i rozwój regionalny, wpływu na środowisko. Przedstawione obszary należy potraktować jako przykładowe, bowiem w dokumencie nie przedstawiono narzędzi, które mogłyby być systematycznie wykorzystywane. Jeśli zatem szczegółowe problemy są tylko przykładami, to naturalna jest nieobecność niektórych zagadnień, a szczególnie problemu zdrowia. Jest to o tyle zaskakujące, że Wytyczne... zostały przedstawione jako dokument integrujący, między innymi: „Wytyczne do oceny skutków regulacji (OSR)” z 2006. Jeśli zatem w tym opracowaniu mają być podjęte sprawy związane ze zdrowiem, to niezbędne jest sięgnięcie do tamtego opracowania.

Wszystkie, przedstawione dotychczas informacje dotyczyły OSR ex ante. Dla pełnego obrazu procedur ewaluacyjnych niezbędne jest omówienie drugiej jej postaci, dokonywanej w stosunku do przepisów już istniejących, które zdążyły już doprowadzić do różnorodnych konsekwencji, chcianych i niechcianych. Jest to działanie niezbędne, jeśli normodawca ma postępować racjonalnie, co - między innymi - zawiera też postulat wyciągania wniosków z przeszłości i uczenia się na błędach. Stara regulacja powinna pozostać w mocy, jeśli doprowadziła do osiągnięcia oczekiwanych od niej celów, ale powinna być bezwzględnie zmieniona, jeśli wywołała nieoczekiwane, a tym bardziej szkodliwe skutki.

Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami OSR ex post przygotowuje się w trzech sytuacjach⁴¹. Po pierwsze, kiedy Rada Ministrów lub jej organ pomocniczy wystąpi o jej przygotowanie. Po drugie, kiedy wynika to z OSR projektu ustawy przyjętego przez Radę Ministrów. Po trzecie, kiedy członek Rady Ministrów wystąpi z taką inicjatywą i ją przygotowuje.

W procedurze OSR ex post powinny znaleźć się informacje o problemach, traktowanych jako szczególnie ważne. W przepisach określono je w następujący sposób:

- 1) wskazanie podmiotów, na które oddziałuje ustawa, i jej zakresu przedmiotowego;
- 2) zwięzłe przedstawienie zakładanych celów ustawy wraz z określeniem stopnia ich dotychczasowej realizacji;
- 3) zwięzłe przedstawienie środków zmierzających do osiągnięcia celów, o których mowa w pkt 2, wraz z oceną ich funkcjonowania;

⁴¹ Uchwała nr 62 Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2016 r. zmieniającej uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów OBWIESZCZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 11 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Rady Ministrów - Regulamin pracy Rady Ministrów, Poz. 1006

- 4) zwięzłe porównanie przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych ustawy z faktycznie występującymi w odniesieniu do poszczególnych grup jej adresatów;
- 5) zestawienie problemów związanych z funkcjonowaniem ustawy, w szczególności zgłaszanych przez jej adresatów, wraz ze stanowiskiem członka Rady Ministrów;
- 6) wnioski a także rekomendację członka Rady Ministrów w kwestii ewentualnej konieczności podjęcia działań korygujących, w szczególności przeprowadzenia nowelizacji ustawy.

Nie ma wątpliwości, że najważniejszy, w przedstawionym wyliczeniu, jest punkt ostatni. Zasadniczym celem OSR ex post jest wyciągnięcie wniosków dotyczących działań korygujących, bo praktycznie, w życiu publicznym, nie zdarza się, by wprowadzano w życie przepisy doskonałe, a więc takie, które nie potrzebują poprawiania. Jest ze wszech miar pożądane, by korekty były wprowadzane na podstawie możliwie rzetelnej analizy tego, co zdarzyło się w przeszłości. Podkreślić przy tym należy, że konieczność zmian wynika nie tylko z popełnionych błędów, ale także z dynamicznie zmieniających się warunków. Ale także wtedy, kiedy rozważa się innowacyjne rozwiązywanie problemu korzystne jest, by brać pod uwagę doświadczenia płynące z przeszłości.

Zaplecze instytucjonalne OSR

Organizacyjna i techniczna obsługa procesu ewaluacyjnego OSR należy do kompetencji jednej z komórek organizacyjnych kancelarii Prezesa rady Ministrów - Departamentu Oceny Skutków Regulacji. KPRM jest urzędem obsługującym Radę Ministrów, prezesa Rady Ministrów, wiceprezesów Rady Ministrów, Kolegium do spraw Służb Specjalnych oraz Radę Legislacyjną⁴². Na podstawie zarządzenia lub rozporządzenia RM lub Premiera KPRM zapewnia również obsługę pełnomocników rządu, komitetów, komisji wspólnych, rad, zespołów oraz innych kolegialnych organów pomocniczych, doradczych i opiniodawczo-doradczych.

Pierwotne uregulowanie struktury KPRM nie przewidywało możliwości obsługi procedur ewaluacyjnych, w rozumieniu OSR⁴³. Początkowo, od 2014 omawiana komórka organizacyjna nosiła nazwę Departamentu Programowania

⁴² Ustawa z 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów z późn. zm. oraz zarządzenie nr 2 Prezesa Rady Ministrów z dnia 5 stycznia 2016 r. w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (M.P. poz. 1148) § 8

⁴³ Zarządzenie nr 139 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2007 r. w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z późn. zm.

i Oceny Skutków Regulacji⁴⁴. Obecna nazwa została wprowadzona w życie w 2015 roku⁴⁵.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym⁴⁶ Departament Oceny Skutków Regulacji realizuje w pierwszej kolejności zadania w zakresie opiniowania ocen skutków regulacji (OSR), sporządzanych do projektów założeń i projektów aktów normatywnych. Zlecenia realizacji tego zadania mogą pochodzić od Rady Ministrów, wiceprezesów Rady Ministrów, wskazanego imiennie Ministra - Członka Rady Ministrów, Koordynatora OSR, Szefa Kancelarii oraz pełnomocników Rządu i pełnomocników Prezesa Rady Ministrów. Departament prowadzi Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Rady Ministrów oraz sporządza analizy i okresowe przeglądy Wykazu oraz obsługuje organizacyjnie i merytorycznie Zespół do spraw Programowania Prac Rządu, w tym rekomenduje pogłębione oceny wpływu oraz pogłębione konsultacje publiczne dla projektów zgłaszanych do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Departament organizuje współpracę z organami wnioskującymi w zakresie przeprowadzania i doskonalenia OSR i konsultacji publicznych oraz rozwoju systemu oceny wpływu i konsultacji publicznych w administracji rządowej i sporządza zestawienia projektów ustaw, dla których określono w Wykazie planowany termin przyjęcia przez Radę Ministrów, w celu przekazania go przez Prezesa Rady Ministrów do Sejmu. Do zadań Departamentu należy także dokonywanie okresowych przeglądów prac legislacyjnych nad projektami realizującymi exposé Prezesa Rady Ministrów. Od Departamentu oczekuje się przeprowadzania okresowych przeglądów jakości konsultacji publicznych i wykorzystania systemów informatycznych wspierających konsultacje publiczne w ramach rządowego procesu legislacyjnego. Zadaniem Departamentu jest również przeprowadzanie analizy przekazywanych Prezesowi Rady Ministrów przez ministrów planów działalności dla kierowanych przez nich działów administracji rządowej, we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi Kancelarii.

⁴⁴ Wprowadzona przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 4 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (M.P. poz. 106), które weszło w życie z dniem 1 lutego 2014 r.

⁴⁵ ZARZĄDZENIE Nr 94 PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 30 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, (M.P. z 2015 r. poz. 919)

⁴⁶ § 28 zarządzenia nr 15 SZEFA KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 25 października 2016 r. w sprawie nadania Regulaminu organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-kancelarii-prezesa/podstawy-prawne/regulamin-organizacyjny/3846,Regulamin-organizacyjny-KPRM.html>

OSR i zdrowie

W Wytycznych... z 2006 postulowano uwzględnienie w procedurze OSR następujących problemów:

- Ocena wpływu na finanse publiczne
- Ocena wpływu na rynek pracy
- Ocena wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość
- Ocena wpływu na rozwój regionów
- Ocena wpływu makroekonomicznego oraz wpływu na politykę handlową
- Ocena wpływu na aspekty społeczne
- Ocena wpływu na środowisko naturalne

Sprawy dotyczące zdrowia zostały uwzględnione w dwóch ostatnich punktach. Punkt pierwszy „aspekty społeczne” został podzielony na dwa podpunkty: „Zdrowie publiczne, bezpieczeństwo i higiena pracy” oraz „Dostęp do oraz wpływ na systemy zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia oraz edukacji”. Zagadnienia umieszczone pod takimi tytułami, niewątpliwie bardzo szerokie, miały być analizowane przez postawienie całego szeregu pytań. Tytuł pierwszy był penetrowany przez postawienie następujących pytań:

- Jak wpłynie na zdrowie i bezpieczeństwo jednostek / populacji, włączywszy w to przewidywaną średnią długość życia, współczynnik śmiertelności oraz zachorowalności, poprzez wpływ na otoczenie społeczno-ekonomiczne (na przykład: środowisko pracy, dochód, wykształcenie, zawód, odżywianie)?
- Jaki wpływ może mieć dana opcja na liczbę wypadków przy pracy i uszkodzeń ciała z tym związanych?
- Czy dana opcja zwiększa prawdopodobieństwo zagrożeń dla zdrowia spowodowanych przez substancje szkodliwe dla środowiska naturalnego? W jaki sposób i o ile?
- Jaki wpływ na zdrowie z powodu zmian ilości hałasu lub jakości powietrza, wody czy gleby w zamieszkałych obszarach może mieć dana opcja?
- Jaki wpływ na zdrowie może mieć dana opcja z powodu zmian w wykorzystaniu energii oraz składowaniu odpadów?
- Jaki wpływ dana opcja ma na związane z stylem życia czynniki determinujące zdrowie, jak tytoń, alkohol, aktywność fizyczna?
- Czy występują jakieś szczególne efekty dla konkretnych grup ryzyka (określonych przez wiek, płeć, niepełnosprawność, grupę społeczną, mobilność, region, itd.)? Jakież?

Tytuł drugi, odnoszący się do systemów zabezpieczenia społecznego i usług zdrowotnych i edukacyjnych był analizowany przy pomocy następujących pytań:

- Czy dana opcja ma wpływ na jakość, zakres i dostępność usług świadczonych w ogólnym interesie społecznym?
- Czy wpłynie na trans-graniczne świadczenie usług oraz współpracy w rejonach przygranicznych?
- Czy dana opcja ma wpływ na finansowanie / organizację / dostęp do systemów zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia oraz edukacji (włączywszy w to kształcenie zawodowe)?
- Czy dana opcja oddziałuje na powszechny dostęp do edukacji na wszystkich szczeblach? Konsumentów oraz gospodarstwa domowe
- Jaki wpływ ma dana opcja na ceny płacone przez konsumentów na informację oraz ochronę konsumenta?
- Czy ma poważne konsekwencje dla sytuacji finansowej osób / gospodarstw domowych, zarówno bezpośrednio jak i w dłuższej perspektywie czasu? Jakież?
- Jaki wpływ ma na ochronę ekonomiczną rodzin oraz dzieci?

Nie ulega wątpliwości, że zakres zainteresowań autorów Wytycznych... z 2006 był bardzo szeroki. Gdyby dążyć do rekonstrukcji modelu uwarunkować stanu zdrowia, jakie są proponowane we współczesnej epidemiologii, to z pewnością można dotrzeć do konstrukcji bardzo rozległych⁴⁷.

Wrażenie nowoczesnego i otwartego podejścia do spraw zdrowia pogłębia się, kiedy bierze się pod uwagę kolejny zalecany do analizy problem „Ocena wpływu na środowisko naturalne”. Punkt ten jest bardzo ważny w powołanych wcześniej modelach uwarunkowań zdrowotnych, ale także z uwagi na sposób zadania pytań i ich zakres, we fragmencie rozwijającym problem. Pytania te brzmią następująco:

- Klimat - Czy nowe regulacje wpłyną na poziom emisji gazów cieplarnianych?
- Powietrze - Czy nowe regulacje wpłyną na emisję zanieczyszczeń do powietrza? Jaki może być wpływ emisji na zdrowie ludzkie i stan środowiska (np. zanieczyszczenie gleb, rzek, wielkość plonów)?
- Zasoby wodne - W jaki sposób nowa regulacja wpłynie na jakość i ilość dostępnych zasobów wodnych. Czy nowa regulacja może oddziaływać na ryzyko zagrożenia powodziowego?

⁴⁷ Na przykład: Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm; Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations Evans Robert G., Barer Morris L. and Marmor Theodore, eds. New York 1994; The Social determinants of health. The solid facts, Edited by Richard Wilkinson and Michael Marm, second edition, International Centre for Health and Society, Copenhagen, 2003; Community Development & Health Network, Factsheet 1, 2015, [https://www.cdhn.org/sites/default/files/oldwebsite/FACTSHEETS%201_Screen%20View\(1\).pdf](https://www.cdhn.org/sites/default/files/oldwebsite/FACTSHEETS%201_Screen%20View(1).pdf)

- Gleba - Czy i w jaki sposób nowa regulacja wpływa na degradację gleb (np.: erozja, zanieczyszczenie, zasolenie), na utratę dostępnej gleby (np.: poprzez zajmowanie gleb pod budownictwo, drogi) lub na jej zwiększenie (np. stosowanie dekontaminacji - usuwania zanieczyszczeń)?
- Bioróżnorodność - Czy nowe regulacje wpłyną na bioróżnorodność? Czy i w jaki sposób wpłyną na liczbę gatunków na danym obszarze lub na gatunki chronione i ich siedliska?
- Krajobraz - Określić czy i w jaki sposób regulacje spowodują zmiany w krajobrazie - np. czy spowodują defragmentację krajobrazu lub wpłyną na walory widokowe?
- Hałas i pola elektromagnetyczne - Czy i jak nowe regulacje wpłyną na poziom hałasu i pola elektromagnetyczne?
- Odpady - Czy i w jaki sposób proponowane rozwiązanie wpłynie na ilość wytwarzanych odpadów a także na sposób postępowania z odpadami?

Nie ma wątpliwości, że autorzy dokumentu byli w pełni świadomi siły wpływu środowiska na zdrowie ludzi. Wpływ ten ujawnia się przede wszystkim poprzez zagrożenia będące następstwem całkowitego lekceważenia problemu wpływu na środowisko, jaki był następstwem rewolucji przemysłowej. Współcześnie kwestia ochrony klimatu stała się przedmiotem ostrych politycznych sporów⁴⁸. Jest sprawą ze wszech miar godną odnotowania, że problem środowiska został tak wyraźnie postawiony w dokumencie z 2006 i nie można także nie zauważyć, że zniknął z jego późniejszej wersji.

Podsumowując ten fragment rozważań na temat możliwości umieszczania zagadnień związanych z następstwami zdrowotnymi w procedurze OSR stwierdzić należy pełną możliwość dokonywania tego rodzaju zabiegów. Dokument z 2006 roku wskazał w sposób bardzo precyzyjny, zasługujący na uznanie, formułę, w jakiej jest to możliwe. Jeśli zatem postulat uwzględniania zdrowia w sformalizowanych ewaluacjach typu OSR, to zmiany, które nastąpiły później zasługują na negatywną ocenę⁴⁹.

W nowych dokumentach problemy dotyczące zdrowia zostały umieszczone w następującej konfiguracji⁵⁰:

⁴⁸ Opinia Donalda Trumpa; por.: Climate change a Chinese hoax? <https://www.theguardian.com/us-news/2016/nov/17/climate-change-a-chinese-plot-beijing-gives-donald-trump-a-history-lesson>

⁴⁹ Nie trudno zauważyć, że decyzje w sprawie tych zmian nastąpiły przed wyborami parlamentarnym z października 2015 roku

⁵⁰ Formularz OSR, Rada Ministrów Ocena wpływu, <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/ocena-wplywu/1773,Test-regulacyjny.html>

1. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> inne		

Jak łatwo zauważyć, zdrowie znalazło się w dobrym towarzystwie. Pozornie, jego ranga - w porównaniu z poprzednimi rozwiązaniami - została zachowana. Jednak trudno uznać, by nastąpiła zmiana na lepsze. Poszczególne podmioty, zaangażowane w wypełnianie kwestionariusza OSR nie otrzymały żadnego sygnału, by potraktować tę problematykę jako szczególnie ważną. Porównując metody stosowane w OSR ex ante i ex post stwierdzić można, że sytuacja jest bardziej korzystna w tej pierwszej ponieważ tam pojęcie zdrowia jest obecne⁵¹. W kwestionariuszu procedury OSR ex post słowo „zdrowie” nie jest użyte. Jeśli dociekliwy autor oceny chciałby odnieść się do kwestii zdrowotnych, może to uczynić pod hasłem „rodzina”, „gospodarstwo domowe” albo „inne”. Sformułowań takich i dostarczanych przez nie możliwości nie można jednak potraktować jako zachęty do zajmowania się sprawami zdrowia.

Jeśli przyjąć szeroką perspektywę działań rządu, a więc inicjatyw podejmowanych przez przedstawicieli wszystkich resortów, to wniosek dotyczący stawiania problemów zdrowotnych nie jest szczególnie optymistyczny. Problemy te mogą być stawiane, możliwości są otwarte, ale nie ma formalnego mechanizmu, który wymuszałby poświęcanie tym zagadnieniom szczególnej uwagi. Wydaje się, że ci wszyscy, którzy do konsekwencji zdrowotnych, jakie mogą być wywołane przez interwencje polityk publicznych - z reguły inicjowanych w dążeniu do rozwiązywania ważnych społecznych problemów, powinni angażować się w politycznym procesie w akcentowanie tych zagadnień.

Pozostaje jeszcze do rozważenia sprawa stosowania OSR wewnątrz resortu zdrowia. Jest to ważne, bo w aktywnościach podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia konsekwencje zdrowotne znajdują się na pierwszym planie. Nawet wtedy, gdy bezpośrednio zmienianym czy kształtowanym przedmiotem są sprawy organizacyjne, czy finansowe, to zawsze dotyczy to kształtu i reguł funkcjonowania systemu zdrowotnego. Zaś oczywistym celem działań tego systemu jest zapobieganie chorobom, utrzymywanie i przywracanie zdrowia.

W znowelizowanym Regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia wszystkie komórki organizacyjne zostały zobowiązane do współpracy z Departamentem Analiz i Strategii w zakresie przygotowywania projektów testów regulacyjnych,

⁵¹ OCENA FUNKCJONOWANIA USTAWY (OSR EX-POST), Rada Ministrów Ocena wpływu, <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/ocena-wplywu/1773,Test-regulacyjny.html>

ocen skutków regulacji i ocen skutków regulacji ex-post⁵². Natomiast w Rozdziale określającym szczegółowy zakres działania komórek organizacyjnych Ministerstwa, kiedy jest mowa o podstawowych zadaniach Departamentu Analiz i Strategii znalazły się punkty następujące:

- przygotowywanie we współpracy z właściwymi merytorycznie komórkami organizacyjnymi diagnoz i ocen w ramach opracowywanych przez Ministerstwo dokumentów programowych, strategii i programów, z wyłączeniem dokumentów należących do właściwości Departamentu Funduszy Europejskich;
- tworzenie i obsługa narzędzi analitycznych umożliwiających ocenę kluczowych procesów, w tym skutków dokonywanej lub potencjalnej interwencji publicznej w różnych perspektywach czasowych
- dokonywanie ocen funkcjonowania wybranych regulacji dla potrzeb Ministra;
- opiniowanie projektów testów regulacyjnych, ocen skutków regulacji oraz ocen skutków regulacji ex-post przygotowywanych w komórkach organizacyjnych;
- koordynacja w zakresie zapewnienia jakości oceny wpływu regulacji w ramach procesu legislacyjnego w Ministerstwie;

Wewnętrzna regulacja resortowa pozwala twierdzić, że sprawa OSR została potraktowana poważnie. Warto przy tym podkreślić, że problematyka ta została wprowadzona do przepisu zmianą regulaminu wprowadzona w życie jesienią 2016⁵³. Decydenci zdają się dostrzegać rolę i znaczenie prowadzenia w sformalizowany sposób działań ewaluacyjnych. Na uwagę zasługuje natomiast rozłożenie akcentów między stawianiem problemów OSR ex ante i ex post. Teoretycznie stawiając problem obydwie oceny są ważne. Oceny ex ante powinny być traktowane jako ostrzeżenie. Jeśli przed podjęciem decyzji ujawnione zostają dostatecznie prawdopodobne informacje o możliwości doprowadzenia do niekorzystnych skutków zdrowotnych, to może dojść do wstrzymania podjęcia decyzji. W wielu przypadkach pozwala to na poważne oszczędności, zarówno w sensie niewydatych pieniędzy na inwestycje, nie angażowania ludzi, ale także na uniknięciu szkód w stanie zdrowia. HIA ma ambicje, aby w takim uprzedzającym działaniu upatrywać swoich zalet. Jednak jest oczywiste, że błędnych decyzji nie zawsze daje się uniknąć i regulacja szkodliwa dla zdrowia zostaje wprowadzona w życie. W takich sytuacjach racjonalnie działający normodawca - a więc

⁵² Załącznik do zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32 ze zmianami

⁵³ ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 października 2016r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ poz. 111

każdy resort - jest obowiązany podjąć działania naprawcze. Jest niewątpliwie istotne, by usprawnić legislację, także z punktu widzenia specyfiki zdrowia i czynników determinujących zdrowie. W tym celu potrzebna jest możliwie precyzyjna wiedza na temat przyczyn wyzwalania aktywności niekorzystnych dla zdrowia. W wielu sytuacjach zatem, kiedy w grę wchodzi różne polityki sektorowe, których inicjatorzy są nieświadomi zdrowotnych konsekwencji swoich działań - ewaluacja *ex post* może mieć znaczenie kluczowe dla poprawy mechanizmu regulacyjnego. Warunkiem przydatności jest niewątpliwie merytoryczna wartość danych przygotowanych w analizie i poprawność sformułowanych wniosków. Powierzenie tego zadania Ministerstwu Zdrowia wydaje się zatem bardzo dobrze uzasadnionym ustaleniem.

Przykład

Wybrany przykład został zaczerpnięty z praktyki regulacyjnej dotyczącej funkcjonowania innego, niż sektor zdrowotny, obszaru życia społecznego. Jest to oczywiste następstwo tezy, która przyświeca sposobowi traktowania procedur ewaluacyjnych odnoszonych do zagadnienia konsekwencji zdrowotnych. Jeśli procedury te mają chronić ludzi przed nieświadomymi, albo niefrasobliwymi działaniami przedstawicieli różnych resortów, to ich właśnie aktywność, a nie wysiłki Ministra Zdrowia, powinny być w centrum uwagi. Dodatkowym walorem wybranego przykładu jest jego oczywistość. W odniesieniu do wielu zjawisk możliwość wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych opiera się na hipotezach naukowych, które są przyjmowane z ograniczonym prawdopodobieństwem. Spór dotyczący skutków ocieplenia klimatycznego jest dobrym przykładem. W sprawach dotyczących zabójczej dla zdrowia roli azbestu nikt nie ma wątpliwości. Stąd względna łatwość odwoływania się do argumentów zdrowotnych.

W 2004 roku, a więc w czasie, kiedy w kraju procedury OSR zostały już sformalizowane, Sejmowi został przedstawiony projekt ustawy o zmianie ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest⁵⁴. Wprawdzie we wstępnej części Uzasadnienia stwierdzono, że zasadniczym celem projektowanej nowelizacji było dostosowanie polskiego prawa dotyczącego ochrony przed azbestem do prawa Wspólnot Europejskich, fragmenty odnoszące się do zdrowia i środowiska sprawiają, że to opracowanie jest szczególnie interesujące dla zagadnień omawianych w tym tekście.

⁵⁴ Projekt ustawy o zmianie ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, z uzasadnieniem. Druk nr. 3387, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruk/3387/\\$file/3387.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruk/3387/$file/3387.pdf)

Uwzględniany w kwestionariuszach OSR rozdział zatytułowany „Wpływ regulacji na zdrowie ludzi” zawiera jednoznacznie deklarację, że wejście w życie ustawy ma bezpośredni pozytywny wpływ na zdrowie ludzi. Wynika to z niekwestionowanej na gruncie empirii tezy, że wdychanie włókien azbestu zawieszonych w powietrzu prowadzi do szkodliwych dla zdrowia następstw, a więc ograniczenie ekspozycji prowadzi do skutków pozytywnych. W uzasadnieniu wyjaśnia się, że włókna azbestowe uwalniają się w niewielkich ilościach w sposób ciągły do powietrza atmosferycznego z wszelkiego typu wyrobów zawierających azbest, w szczególności azbestowo-cementowych materiałów budowlanych stosowanych w przeszłości na szeroką skalę w budownictwie komunalnym, a także z materiałów izolacyjnych. Biorąc pod uwagę technologie wykorzystywane w czasie produkowania będących w użyciu materiałów, wyroby te podlegają z upływem czasu pod działaniem czynników atmosferycznych destrukcji, stwarzając realne zagrożenie zdrowia ludności związane z kumulowaniem się włókien azbestu w płucach osób wdychających zanieczyszczone powietrze. Proces ten jest przyczyną występowania międzybłoniaków - nowotworów nieuleczalnych, o bardzo wysokiej śmiertelności - specyficznych dla azbestu. Przedłużająca się ekspozycja na azbest powoduje także zwiększenie ryzyka wystąpienia raka płuc. Ponadto wdychanie pyłu zawierającego włókna azbestowe prowadzi do schorzeń układu oddechowego i pylicy płuc - azbestozy.

Ponadto stwierdzono, że długotrwała środowiskowa ekspozycja na włókna uwalniane z materiałów zawierających azbest zwiększa w sposób istotny ryzyko wystąpienia patologii azbestozależnych w narażonej populacji. Na występowanie zachorowań wpływa rodzaj azbestu, wymiary tworzących go włókien i ich stężenie oraz czas trwania narażenia. Zakaz stosowania wyrobów azbestowych będzie miał bezpośredni wpływ na poprawę stanu zdrowotnego ludzi.

Wszystkie przedstawione w uzasadnieniu informacje potwierdzają, że tak istotne dla zdrowia ludności jest usunięcie materiałów powodujących ciągłą emisję włókien azbestu do środowiska komunalnego.

W części poświęconej wpływom regulacji na środowisko stwierdzono, że skutki będą pozytywne, ponieważ zmniejszy się emisja azbestu (włókien i pyłu azbestowego) do atmosfery. Pozytywne efekty będą wynikały również z tworzenia specjalnych składowisk dla odpadów niebezpiecznych zawierających azbest, dzięki czemu szkodliwe odpady nie trafiają „do lasu”, co zmniejsza ryzyko uwalniania się włókien azbestu do środowiska i wynikającego z tego zagrożenia.

Wartość merytoryczną przedstawionych w OSR informacji podnosiły konsultowane instytucje, wśród których były: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Biuro do Spraw Substancji i Preparatów Chemicznych w Łodzi, Akademia Górniczo-Hutniczą w Krakowie - Katedra zajmująca się badaniem azbestu, Instytut Techniki Budowlanej w Warszawie. Konsultowani byli także członkowie Rady Programowej, działającej w związku z przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 14 maja

2002 r. „Programem usuwania azbestu i wyrobów zawierających azbest stosowanych na terytorium Polski”. Uwzględniono także uwagi zgłoszone przez zainteresowane firmy i instytucje takie jak: „Ekofol-II” S.A. w Bytomiu, Śląską Organizację Techniczną w Katowicach, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Fundację Wolni od Azbestu ze Szczucina - gminy najbardziej zanieczyszczonej azbestem.

Zakończenie

Nie ma wątpliwości, że w państwach demokratycznych troska o jakość legislacji jest nie tylko postulatem politycznym - weryfikowanym cyklicznie poprzez wybory - ale także mechanizmem dobrze zakorzenionym w przepisach prawnych. Mocne wsparcie udzielane przez instytucje nie tylko prestiżowe - jak OECD - ale także mające realny wpływ na treść przepisów - jak Unia Europejska - mają istotne znaczenie dla funkcjonowania sformalizowanych procedur ewaluacyjnych. Polskie regulacje dotyczące OSR dobrze wpisują się w ten nurt, poświadczający istnienie konwergencji, w niektórych przynajmniej dziedzinach. Szczególnie należy dostrzec i docenić regulacje wewnątrz Ministerstwa Zdrowia. Można zasadnie przyjmować opinię, że kwestie OSR są w pełni doceniane w pracach resortu zdrowia.

Perspektywa włączenia problemów zdrowotnych do procedury i praktyki w szerokiej perspektywie ogółu polityk publicznych wygląda mniej jednoznacznie. Można formułować tezę, że zagadnieniom tym, wraz z upływem czasu, zamiast poświęcać coraz więcej uwagi, bo wraz ze wzrostem dobrobytu sprawom zdrowia przypisuje się coraz większą wartość, pozostawia się coraz mniej miejsca. Konstatacja ta jest wynikiem obserwacji kierunkiem zmian, jaki zarysował się na przestrzeni ostatnich lat. O ile w dokumentach przyjmowanych w roku 2006 tematyka zdrowia była intensywnie obecna, o tyle w kolejnej wersji wytycznych praktycznie zniknęła z pola uwagi autorów koncepcji OSR. Podkreślić należy, że zmiana ta nie poddaje się politycznej interpretacji, wiążącej zmiany z czasem sprawowania rządu przez PiS, bowiem zmiana została wprowadzona pod rządami poprzedniej koalicji parlamentarnej.

Kolejnym czynnikiem, jaki powinno brać się pod uwagę opisując możliwości włączenia zagadnień zdrowia do OSR jest nie dość silna pozycja Ministerstwa Zdrowia - czy Ministra Zdrowia - wśród innych resortów obecnych w rządzie. Nawet jeśli na własny użytek Ministerstwo Zdrowia zdaje się w pełni doceniać znaczenie OSR, to w konfrontacji z zewnętrznym otoczeniem, możliwości MZ są bardzo ograniczone, albo wręcz żadne. Stan ten nie jest zaskakujący, bo podobna sytuacja panuje w zdecydowanej większości układów rządowych. Bardzo rzadko zdarza się, że Minister Zdrowia jest w stanie przeważać szale sporów, czy to kompetencyjnych, czy to o pieniądze, na swoją korzyść. Kiedy jednak rozważa

się kwestie zdrowia w ramach OSR inny aspekt słabej pozycji ministerstwa należy brać pod uwagę. We wstępnej części tego opracowania pisałem, że natura HIA jest możliwość stawiania pytań o konsekwencje zdrowotne różnych polityk publicznych. Aby stawianie takich pytań miało sens - po postawieniu pytania musi paść kompetentna odpowiedź. Przy słabości ministerstwa zdrowia żaden zapytany resort nie będzie skłonny do udzielania odpowiedzi. To samo dotyczy dopytywania się o sprawy zdrowia w analizach ex post. Żaden konstytucyjny minister nie będzie skłonny do przyznania się do popełnienia w przeszłości błędu, zwłaszcza swojego błędu. Nawet wtedy, gdy niekorzystne efekty są bezsporne można się spodziewać wskazania przyczyn będących następstwem siły wyższej. Antycypując tego rodzaju okoliczności można postulować, że tylko dostatecznie silny arbiter byłby w stanie wymusić udzielenie odpowiedzi. Co jednak także bardzo ważne: zewnętrzna, nawet bardzo silna presja, choć może doprowadzić do udzielenia odpowiedzi, to nie może zagwarantować jej rzetelności. Zwłaszcza w sytuacjach, w których informacje są daleko niekompletne, a zakres przyjmowanych na wiarę hipotez i sądów wartościujących jest bardzo szeroki, niechęć zewnętrznych wobec zdrowia oporów może skutecznie sparaliżować uwzględnianie zdrowia w OSR, a więc stosowanie HIA w tej procedurze.

Rozdział drugi

UWAGI O MODELACH UWARUNKOWAŃ I ZRÓŻNICOWAŃ STANU ZDROWIA

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Wprowadzenie

Pytania o przyczyny dobrego lub - częściej - złego zdrowia były stawiane od bardzo dawna. W zmieniających się przez wieki odpowiedziach wskazywano czynniki bardzo różne: wolę sił nadprzyrodzonych, działających samodzielnie, albo odpowiadających na grzechy lub cnoty jednostek, losowe przypadki sprawiające, że człowiek stawał się obiektem nieprzewidywalnych zdarzeń, czynniki materialne jak bakterie, jak i te związane z ludzkimi zachowaniami i działaniami tak jako jednostek, jak i całych społeczeństw. Wraz z postępami naukowej racjonalności wskazywano poddające się obserwacji czynniki, najpierw pojedyncze, z czasem coraz bardziej liczne i wchodzące w skomplikowane układy między sobą, od których zależał stan zdrowia ludzi. Szczególnie ważne okazywały się te determinanty, które mogły być poddawane świadomym oddziaływaniom: wzmacnianie czynników wpływających na zdrowie pozwalało na podejmowanie aktywności służących jego poprawie, na osłabianie, czy nawet eliminację czynników szkodliwych co prowadziło do tego samego, pożądanego, efektu.

Kluczowe dla wszystkich nauk o zdrowiu pytanie o determinanty zdrowotne zostało w ostatnich latach uzupełnione o kwestie dotyczące nierówności w zdrowiu. Systematycznie występujące różnice w stanie zdrowia i trwaniu życia, wyraźnie powiązane z pozycją ludzi - jednostek i grup - zostały dostrzeżone jako zjawisko występujące powszechnie i uznane za niemożliwe do akceptowania przy przyjmowaniu moralnych standardów przyjętych we współczesnych cywilizacjach¹. Dwa wymiary społecznego położenia okazały się być ściśle powiązane

¹ „nierówności odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie

ze stanem zdrowia: zamożność i wykształcenie. W wiedzy potocznej prawda o tym, że bogatsi mają się lepiej - także pod względem zdrowia - była obecna od dawna, ale prawdopodobnie The Black Report z końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku dostarczył pierwszych, mocnych danych potwierdzających tę tezę². Coraz więcej badań potwierdzało uporczywość występowania tego zjawiska tworząc grunt dla jego traktowania jako jednego z największych wyzwań polityki zdrowotnej, a także - w coraz większym stopniu - dla wszystkich polityk publicznych. Kiedy zatem szuka się przyczyn złego lub dobrego stanu zdrowia, coraz ważniejsze staje się także poszukiwanie czynników, które przyczyniają się do jego zróżnicowania. Można przypuszczać, że zakres obydwu grup tych czynników jest tożsamy, ale w praktyce badawczej akcent może być położony już to na przyczyny stanu zdrowia, już to na przyczyny nierówności w zdrowiu.

We współczesnej perspektywie poznawczej dostrzeganie czynników wpływających na zdrowie nabrało znaczenia praktycznego. Nie chodzi już zatem o czystą wiedzę, bezinteresowne rozumienie mechanizmów rządzących przebiegiem zdarzeń w otaczającym ludzi świecie, ale o możliwość aktywnego wpływania na to, co w zdrowiu się zmienia - zarówno w sensie jego trwania/poprawy, pogorszenia, jak i trwania/narastania/redukcji nierówności zdrowotnych. Polityka zdrowotna ma ambicje o dwojakim charakterze. Z jednej strony postuluje intensyfikowanie tych wszystkich działań, które mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia, czy przedłużania życia w dobrym zdrowiu - jak to jest ujmowane we wskaźniku healthy life expectancy - ale z drugiej strony zaleca usuwanie wszystkiego, czy tego, co jest możliwe do usunięcia, jeśli wpływa na zdrowie negatywnie, degraduje sprawność i samodzielność i przyspiesza zgon. To samo dotyczy nierówności. W wielu sytuacjach powstawania szkodliwych czynników jest niezamierzonym efektem dążeń jak najbardziej szlachetnych, które w intencji miały służyć korzyściom ludzi. Dopuszczanie do tego, że powstawały negatywne dla zdrowia rezultaty bardzo często były następstwem ignorancji, ponieważ inicjatorzy innowacyjnych często rozwiązań nie zdawali sobie sprawy, że następstwa ich pomysłów, prócz dobra, mogą także wywoływać zło. Przykład wieloletniego stosowania azbestowych dachów - eternitu - jest przekonującą ilustracją. Jego rozpowszechnienie, jako alternatywy dla łatwopalnych strzech, było postrzegane jako dowód postępu i nowoczesności, bo mało kto zdawał sobie wtedy sprawę, że włókna azbestu, zwłaszcza współwystępujące z ekspozycją na

zdrowia, które uznawane są za niesprawiedliwe” Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012, s. 5

² The Working Group on Inequalities in Health, The Black Report, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/>

substancje zawarte w papierosach mogą tworzyć śmiertelnie niebezpieczną mieszanek³. Analogicznie rzecz ma się z nierównościami.

Dla koncepcji i praktyki procedury Health Impact Assessment (HIA), postrzeganej jako narzędzie podejścia Health in All Policies (HiAP) wiedza o uwarunkowaniach stanu zdrowia, a także czynnikach wpływających na jego zróżnicowanie w różnych grupach społecznych, ma znaczenie fundamentalne. Jeśli uznać, że prawie każde przedsięwzięcie wprowadzające nowe działania instytucji i jednostek, albo zmieniające dotychczasowe, może wywoływać następstwa zdrowotne - dobre i złe - to racjonalne traktowanie odpowiedzialności władz publicznych za zdrowie wymaga stawiania pytania o to, jaki element zmiany prowadzi do tych konsekwencji. Dobrze, jeśli konsekwencje są pozytywne, ale źle, jeśli negatywne. Przewidywanie rezultatów korzystnych może być wykorzystane jako argument wzmacniający atrakcyjność rozważanej interwencji, ale antycypowanie następstw niekorzystnych powinno pełnić rolę poważnie traktowanego ostrzeżenia. Niewątpliwie, aspekt ilościowy przedstawianej predykcji jest bardzo istotny: niewielka szkoda zdrowotna, być może, powinna być tolerowana, ale szkoda poważna, przewidywanie dostrzegalnego skrócenia trwania życia, albo uchwytnie zwiększenie nierówności w zdrowiu, powinny być traktowane jako racja przemawiająca za radykalną zmianą planowanych wcześniej zamierzeń, a - w sytuacjach skrajnych - nawet całkowitej rezygnacji. Przedstawiona teza jest teoretycznie słuszna, lecz nie można nie zdawać sobie sprawy, że jej praktyczne stosowania jest bardzo kłopotliwe. Po pierwsze, już operacjonalizacja odpowiedzi na pytanie o „większą” i „mniejszą” korzyść/stratę zdrowotną ujawnia ogrom trudności związanych z takim przedsięwzięciem. Złożoność i wieloaspektowość pojęcia zdrowie jest tylko jedną z przyczyn tego stanu rzeczy. Po drugie, dostępność twierdzeń, które mogłyby być wykorzystywane do przygotowywania naukowo zasadnych predykcji jest bardzo ograniczona, co czego przyczynia się bardzo wysoka złożoność wchodzących w grę procesów. Procesy te nie występują w izolacji, należałoby zatem brać pod uwagę zachodzące między nimi interakcje, a im dłuższa prognoza, tym większy poziom niepewności.

Świadomość praktycznych trudności i ograniczeń występujących przy antycypowaniu skutków zdrowotnych mogących być następstwem różnych przedsięwzięć podejmowanych w politykach publicznych nie osłabia postulatu wykorzystywania wiedzy o uwarunkowaniach stanu zdrowia. W ostatnich dziesięcioleciach wiedza ta była intensywnie rozwijana, w różnych dyscyplinach wzbogacających rozumienie procesów zachodzących w systemach zdrowotnych i wokół nich. W jej konceptualizacji stosowano zwykle pojęcie „modelu”, jako konstrukcji

³ Na marginesie - opieszałość, z jaką liczne samorządy polskich wsi traktują sprawę zastępowania starych dachów nowymi może świadczyć o tym, że wiedza o zagrożeniach nie jest powszechnie dostępna decydentom na tym szczeblu władzy.

odtworzącej fragment opisywanej rzeczywistości, gdzie zmienną zależną było zdrowie, a czynniki determinujące zdrowie, grupowane w różnorodne kombinacje, były traktowane jako zmienne niezależne. Zauważmy jednak, że niezależność w ramach modelu nie jest jednoznaczna z niezależnością w oddziaływaniach polityk publicznych. Czynniki determinujące zdrowie są rezultatem inicjatyw podejmowanych w politykach publicznych. Ich kształtowanie prowadzące do korzyści zdrowotnych - niekiedy poprzez ich pozostawienie w niezmięnionej, dotychczasowej postaci - ma być racjonalnie możliwe dzięki wiedzy udostępnianej przez modele uwarunkowań zdrowotnych.

Pola zdrowia

W ostatnich dziesięcioleciach jedną z najbardziej wpływowych koncepcji uwarunkowań stanu zdrowia była idea pól zdrowia Marka Lalonda⁴. Warto podkreślić, że, odmiennie niż wiele innych modeli, koncepcja ta powstała jako idea specyficzna dla polityki zdrowotnej. Jej kształt został podporządkowany funkcjom, jakie miała pełnić w racjonalizowaniu procesu podejmowania decyzji władz publicznych w sprawach dotyczących zdrowia. Została wprowadzona do rozważań po to, aby umożliwić uporządkowanie wielu rozproszonych informacji w sposób, który byłby zgodny z ustaleniami naukowymi, ale który byłby jednocześnie na tyle prosty, aby służył w publicznych dyskusjach i dawał się łatwo stosować w procesach decyzyjnych. W polityce zdrowotnej lat siedemdziesiątych problem nierówności zdrowotnych nie był stawiany, więc naturalnie, ta kwestia nie była eksplicite łączona z uwarunkowaniami zdrowotnymi. Koncepcja Lalonda zyskała ogromną popularność, także w świadomości wielu polityków.

Koncepcja pól zdrowia pozwalała na przyporządkowanie każdego czynnika, któremu można przypisać wpływ na stan zdrowia, jednej z czterech wyróżnionych kategorii czynników determinujących: po pierwsze, czynnikiem genetycznym, po drugie czynnikiem środowiskowym, po trzecie, indywidualnym zachowaniem jednostek⁵, po czwarte działaniom służby zdrowia. Konstrukcja była więc taka, że to poszczególne czynniki lub ich kombinacje, a nie pola zdrowia, były traktowane

⁴ Lalond, M. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document, Department of Health and Welfare. Ottawa 1974, s. 32, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

⁵ Być może, jako prekursorską koncepcję pola zachowań potraktować można poglądy markiza de Sade o wpływie zachowań seksualnych na zdrowie. Twierdził on, że: „niemal wszystkie kobiety niewinne umierają młodo, bądź gdy młodość przemija, popadają w szaleństwo, zostają kalekami, są słabowite”, por.: de Sade D.A.F. Stowarzyszenie Miłośników Zbrodni, przełożył B. Banasiak, Literatura na Świecie nr. 10, 1994: 24-45, s. 43

jako przyczyna określonych zmian w stanie zdrowia. Treść poszczególnych pól zdrowia, a więc szczegółowa lista branż pod uwagę determinant, pozostawała otwarta i ich charakterystyka dokonana przez Lalonda określała jedynie ich podstawowe cechy. Zgodnie z nią „pole biologii” obejmowało czynniki genetycznie dziedziczone przez każdą osobę, procesy jej dojrzewania i starzenia się, a także ogół złożonych wewnętrznych systemów, które można wyróżnić w organizmie człowieka. „Pole środowiska” zawierało czynniki działające w otoczeniu ludzi poza organizmem człowieka, a wpływające na jego zdrowie. Jednostka, działając w pojedynkę, nie posiada nad nimi skutecznej kontroli, chociaż działająca przez czas dłuższy zbiorowość może je przekształcać bardzo poważnie, zwykle zresztą degradując przyrodę. Kontrola jednostki nad czynnikami lokowanymi w „polu zachowań” jest znacznie większa - przynajmniej potencjalnie. „Osobiste decyzje i zwyczaje, które są złe ze zdrowotnego punktu widzenia, tworzą dobrowolnie przyjmowane na siebie ryzyko. Kiedy ryzyko to doprowadza do choroby lub śmierci, styl życia ofiary może być potraktowany jako wyłączna lub współdziałająca przyczyna negatywnych następstw zdrowotnych”. W bardzo wielu sytuacjach wystąpienie czynników ryzyka jest związane z decyzją jednostki. W związku z tym pojawił się, czy raczej postawiony został, problem tylko odpowiedzialności każdego i każdej za stan własnego zdrowia. Z jednej strony miało to pozytywny wpływ na świadomość zdrowotną - hasło „twoje zdrowie w twoich rękach” ujawniało możliwości kształtowania własnego potencjału zdrowotnego⁶. Z drugiej jednak strony powstawała możliwość obciążania ludzi odpowiedzialnością za współprzyczynianie się - niekiedy świadome - do pogarszania się ich możliwości zdrowotnych⁷. Kiedy powstanie choroby postrzegano jako fakt niezależny od woli osoby chorej, nie było możliwości jej obwiniania. Nowa perspektywa otworzyła możliwości takich działań, jak wiązanie wysokości składki ubezpieczenia zdrowotnego z deklaracją o rezygnacji z ryzykownych zachowań. Pole „opieki zdrowotnej” obejmowało procedury stosowane przez instytucje powoływane celowo do działań na rzecz zdrowia, a także zasoby przez nie wykonywane.

Losy koncepcji Lalonda potoczyły się w taki sposób, że polom zdrowia zaczęto przypisywać wymierny procentowo wpływ na zdrowie. Należy przypomnieć, że w oryginalnym tekście znalazł się fragment, w którym była mowa o procentowym udziale różnych czynników w kształtowaniu wielkości umieralności z powodu wypadków drogowych, ale niewiele więcej. Z informacji podanych przez

⁶ Daniel Kraft Our health is in our hands, Science, 26 May 14, <http://www.wired.co.uk/magazine/archive/2014/05/features/our-health-in-our-hands> (dostęp 13.02.2015)

⁷ Nicholas Valela Personal health responsibility: blaming victims or empowering nations? *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 2010 Volume 1, Issue/Numéro 1, Pages 83-88

Lalonda wynikało, że zachowania, środowisko i służba zdrowia wpływały na wielkość tego wskaźnika w proporcjach 75%, 20% i 5%, bez uchwytanego udziału wynikającego z przyczyn biologicznych⁸. W związku z tym podkreślić należy trzy sprawy. Po pierwsze, autor przedstawiał swoje procentowe szacunki jako przybliżone, nie aspirujące do naukowej precyzji, a jedynie inspirujące procesy decyzyjne polityków zdrowotnych. Po drugie, w przytoczonym sformułowaniu nie mówiło się o czynnikach kształtujących stan zdrowia jako takiego, ale jedynie o zgrubnych statystycznych zależnościach między zmiennymi, w których stan zdrowia był reprezentowany przez jeden tylko izolowany wskaźnik. Po trzecie wreszcie, w koncepcji Lalonda to nie pole zdrowia miało wpływać na zdrowie, ale liczne czynniki przyporządkowywane poszczególnym polom zdrowia.

Pamiętając o metodologicznych zastrzeżeniach przedstawić można przykład oszacowania wpływu różnych czynników w odniesieniu do różnych jednostek chorobowych⁹. W postępowaniu tym nie szukano siły wpływu na stan zdrowia „w ogóle”, ale na wartość wskaźników zgonu z powodu konkretnych schorzeń.

Wpływ czynników z poszczególnych pól zdrowia na umieralność z określonych przyczyn (ocena procentowa)				
jednostki chorobowe	styl życia	środowisko	biologia	służba zdrowia
choroby serca	54	9	25	12
nowotwory	37	24	29	10
wypadki drogowe	69	18	1	12
inne wypadki	51	31	4	14
wylewy	50	22	21	7
zabójstwa	63	35	2	0
samobójstwa	60	35	2	3
marskość wątroby	70	9	18	3
grypa i zapalenie płuc	23	20	39	18
cukrzyca	34	0	60	6
wszystkie czynniki	51.5	21.1	19.8	10

Źródło: Badura 1995

⁸ Lalond... jak wyżej, s.33

⁹ Badura B. What is and What Determines Health, w: Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe, U.Laaser, E.de Leeuw, Ch.Stock (eds) Juventa Verla, Weinheim und Munchen 1995:80-88

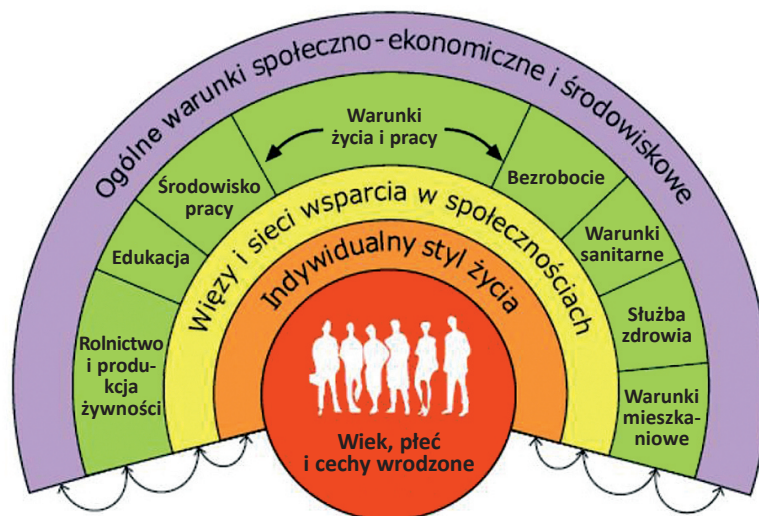
W analizie zostały wykorzystane wyniki różnych badań, w których badano związek czynników przypisywanych różnym polom zdrowia z wartością wskaźników zgonów. Jeśli w jakiejś sytuacji wyniki różnych badań były rozbieżne, zgodę co do wielkości wpływu osiągnano poprzez dyskusję ekspertów. Było tak w odniesieniu do oceny wpływu czynników wpływających na zgony w wyniku wypadków drogowych, w których przypisano większy wpływ działaniom służby zdrowia, niż to uczynił Lalond w przytoczonych wyżej danych. Przedstawione doświadczenie potwierdza, że problem oceny siły wpływu różnych czynników na umieralność z określonych przyczyn pozostaje zawsze pytaniem empirycznym. Sądzę natomiast, że szukanie odpowiedzi na pytanie o procentowo wyrażoną siłę wpływu pól zdrowia, albo czynników przypisanych polom zdrowia na zdrowie „w ogóle” jest bezprzedmiotowe i nie powinno stanowić przedmiotu dociekań badawczych.

Model Dahlgrena i Whitehead

Od pewnego czasu najczęściej powoływanym modelem uwarunkowań stanu zdrowia jest koncepcja Gorana Dahlgrena i Margaret Whitehead¹⁰. Istotną jego cechą było jego intencjonalne wykorzystywanie jako teoretycznej podstawy działań służących redukcji nierówności w zdrowiu, takie było jego pierwotne przeznaczenie, ale z czasem okazało się, że możliwości jego wykorzystywania są szersze i w praktyce jest traktowany jako model uwarunkowań zdrowotnych. Charakterystyczną cechą koncepcji było przyjęcie przesłanki o wielości czynników wpływających na zdrowie oraz ich uporządkowanie w grupy różniące się między sobą podatnością na wpływy wywierane przez indywidualne wybory podejmowane przez osoby zainteresowane. Model jest często przedstawiany w formie graficznej i ze względu na swój kształt bywa nazywany tęczą lub wachlarzem.

W pierwszej grupie czynników znajdują się indywidualne cechy poszczególnych osób, w zasadzie niezależne od decyzji osób zainteresowanych, a także od intencjonalnie wywieranych wpływów zewnętrznych. Oczywiście, w perspektywie scientific fiction można przewidywać badania i modyfikacje genetyczne kształtujące płeć potomka, jego cechy fizyczne albo odporność na pewne choroby, ale trudno spodziewać się, aby takie były powszechnie dostępne w bliskiej przyszłości. Dla polityki zdrowotnej są to zatem wyjściowe parametry, które należy

¹⁰ Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies. Sztokholm 1991, drugie wydanie 2007, <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>. (dostęp 11.02.2015)



Model uwarunkowań stanu zdrowia Dahlgrena i Whitehead
 Źródło polskiej wersji: Dębska 2013

traktować jako zastane, choć naturalnie zmieniające się w czasie. Jest na przykład bezsporne, że zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa mają bardzo duży wpływ na stan zdrowia ludzi i wynikające z tego faktu zadania stojące przed sektorem zdrowotnym.

W drugiej grupie czynników występują indywidualne, charakterystyczne dla określonej osoby czynniki, mające wpływ na jej zdrowie (*Individual lifestyle factors*). Obejmują one wiedzę tej osoby, zdobytą zarówno w procesie socjalizacji, jak i poprzez formalne wykształcenie. Są tam także przekonania i postawy, także powstające w wyniku zewnętrznych czynników, ale przy udziale woli i starań jednostki. Konsekwencją wiedzy i przekonań są i zachowania, także te związane ze stylem życia. Zachowania te wpływają na stan zdrowia, albo wzmacniając istniejące w organizmie potencje (zarówno pozytywne, jak odporność, jak i negatywne, jak skłonność do określonych chorób). Zachowania, w jakiejś mierze zależą od decyzji zależnych od jednostki: to człowiek dokonuje wyboru picia lub niepicia alkoholu, czy używania lub nieużywania środków odurzających. W wielu jednak sytuacjach swoboda indywidualnego wyboru jest pozorna, bo wpływy otoczenia, nacisk grup traktowanych jako znaczące i będące punktem odniesienia, mogą odgrywać znacznie większą rolę, niż świadome decyzje. Rola świadomego wyboru otwiera jednak możliwości interwencji zmierzających do wspierania wyborów służących zdrowiu i ta możliwość jest racjonalną przesłanką wysiłków podejmowanych w ramach polityki zdrowotnej, czy promocji zdrowia.

W trzeciej grupie czynników funkcjonują wartości i normy społeczne, będące podstawą wzorów zachowania (*Social and community networks*). Te właśnie

wzorce wyznaczają w dominującym stopniu, sposób postępowania, a wartości są wykorzystywane jako kryteria oceniania intencji i skutków jako dobrych lub złych. Oczywiście, można twierdzić, że cechą ludzkich zachowań nie jest bierne uleganie zewnętrznym wzorcom i każdy działający ma możliwość wyboru - to jest postępowanie zgodne z postulatami, albo dokonanie sprzeciwu. Pamiętać jednak należy, że we współczesnym świecie istnieje wielość wzorów i punktów odniesienia i bardzo często postulaty, jakie są kierowane do jednostek pozostają ze sobą w konflikcie. Sprzeczne sygnały, ukierunkowujące działania w odmienne strony i relatywizujące ich moralną wartość, z pewnością nie ułatwiają sytuacji decyzyjnych. Jednak czasy homogennych systemów normatywnych należą do odległej przeszłości, choć są przedmiotem nostalgii środowisk konserwatywnych. Dla wszystkich, którzy próbują zachęcać ludzi żyjących we współczesnych społeczeństwach do prozdrowotnych zachowań, uświadomienie sobie i poważne traktowanie heterogeniczności poglądów i postaw jest warunkiem efektywnego działania. Nie można liczyć na to, że ten sam zestaw racjonalnych argumentów będzie skuteczny w każdej sytuacji. Jedną z istotnych trudności, ujawniających się w procesach prozdrowotnej perswazji, jest brak zdolności postrzegania zjawisk w dłuższej perspektywie czasowej. Jest bowiem tak, że w większości przypadków skutki zdrowotne - pozytywne i negatywne - ujawniają się po wielu latach. Dla wielu szansa korzyści uzyskiwanej po latach jest znacznie mniej atrakcyjna, niż perspektywa przeżycia doraźnej gratyfikacji (także gratyfikacji szkodzącej zdrowiu).

W czwartej grupie czynników wpływających na zdrowie aktywne są faktory związane z warunkami życia i pracy (*Living and working conditions*). Chodzi zarówno o materialny standard mieszkania, jak jego lokalizację i warunkowane w ten sposób otoczenie społeczne, co może wpływać tak na bezpieczeństwo, jak i możliwości komunikowania się z innymi, jak i prestiż. Warunki pracy dotyczą materialnych, fizycznych czy chemicznych czynników ryzyka, wymogi związane z fizycznym i psychicznym wysiłkiem, otoczenie społeczne w miejscu pracy, jak i to wszystko, co wpływa na status wiążący się z pozycją zawodową. W otwartych społeczeństwach wiele spośród tych czynników zależy od wysiłku jednostek. Wpływ ten jest szczególnie duży w okresach gospodarczego powodzenia. Jednak wtedy, kiedy rozwój ekonomiczny jest ograniczony przez zjawiska kryzysowe, co ogranicza nie tylko dochody i poziom życia, ale także możliwości znalezienia pracy coraz mniej zależy od indywidualnych starań jednostek. Bardzo dużo, a w zglobalizowanym świecie coraz więcej, zależy od sytuacji zewnętrznej, także w wymiarze międzynarodowym. Specyficzne, a więc z konieczności zawężone, inicjatywy podejmowane w polityce zdrowotnej, mają ograniczony wpływ na ten układ czynników.

Na najwyższym i najbardziej ogólnym poziomie, na zdrowie oddziałują czynniki społeczne i ekonomiczne, kultura społeczeństwa jako całości, także

uwarunkowania środowiskowe (*General socioeconomic, cultural and environmental conditions*). Mimo oczywistego przyspieszenia zmian społecznych w nowoczesnym świecie, to jednak ciągłość tradycji i nawarstwianie się historycznych doświadczeń, tworzą niepowtarzalny kształt świadomości poszczególnych wspólnot narodowych. Kwestia podobieństw między nimi, ale także specyfiki i odrębności, występuje z różnym natężeniem i jest zmienna w czasie. Jako najsilniej utrwalone, omawiane teraz czynniki najtrudniej poddają się celowemu oddziaływaniu i są bardzo niewdzięcznym terenem możliwej do podejmowania interwencji. Dobrym przykładem są postawy wobec zaufania i gotowości do zawierania kompromisów, czy postrzegania rządu jako legitymizowanego reprezentanta wspólnego dobra, czy przedstawiciela obcych interesów. Niekiedy wręcz używa się pojęcia „kultury negocjacji i kompromisu” jako cechy występujących w wielu społeczeństwach, ale raczej nie w Polsce. Cechy występujących w piątej grupie czynników sprawiają, że w większości sytuacji należy przyjmować je jako elementy warunków brzegowych, a nie jako obszar możliwego oddziaływania, co czyni je podobnymi do indywidualnych parametrów, jak wiek i płeć.

Jako klasyczny dowód znaczenia uwarunkowań kulturowych potraktować można analizę przeprowadzoną przez Victora Fuchsa, dotyczącą różnic w stanie zdrowia mieszkańców dwóch sąsiadujących ze sobą stanów USA: Newady i Utah¹¹. Stany te wykazują bardzo dużo podobieństw w dziedzinie dochodów, poziomu materialnego życia i ogólnej zamożności. Bliskość terytorialna sprawia, że warunki klimatyczne i stan środowiska są zasadniczo podobne. Także warunki i formy korzystania z opieki medycznej nie wykazywały żadnych istotniejszych różnic. W tych warunkach można by oczekiwać, że stan zdrowia mieszkańców obydwu stanów będzie podobny. Tymczasem mieszkańcy Utah należeli do najbardziej zdrowych w całych Stanach, podczas gdy wskaźniki zdrowotne mieszkańców Newady należały do najgorszych. Autor twierdził, że zasadniczym czynnikiem wywołującym zaskakująco duże różnice w stanie zdrowia mieszkańców obydwu stanów był fakt przynależności większości mieszkańców Utah do Kościoła Mormońskiego. Członkowie tego Kościoła, zgodnie z wymaganiami religijnymi, prowadzili godny, spokojny, umiarkowany tryb życia, który w drastyczny sposób kontrastował ze stylem życia zabawowo zorientowanych mieszkańców Newady. Dotyczyło to przynajmniej takich zjawisk, jak ruchliwość społeczna przeciwstawiana sytuacji zakorzenienia w społeczności, wzory życia małżeńskiego umożliwiające znalezienie oparcia w grupach rodzinnych, oraz różne formy zachowań konsumpcyjnych i to one właśnie wywoływały dalece odmienne obrazy stanu zdrowia.

¹¹ Fuchs V. *Who Shall Live? Health Economics, and Social Choice*, Basic Books, Inc., Publishers, New York 1974, rozdział: *A Tale of Two State*, ss.52-54

W powoływanym tekście Gorana Dahlgrena i Margaret Whitehead przedstawione są różnorodne działania, które intencjonalnie, albo faktycznie, wpływają i mogą wpływać na stan zdrowia.

W odniesieniu do indywidualnego stylu życia kluczowa jest informacja o zdrowotnych konsekwencjach różnych zachowań, ponieważ wiedza o skutkach jest punktem wyjścia racjonalnych wyborów. Ten sposób postępowania jest wykorzystywany w bardzo wielu programach promocji zdrowia. Wiedza na temat konsekwencji stosowania określonej diety może mieć postać ogólnego wykładu, broszury czy plakatu, ale może być skonkretyzowana przez dane przedstawione na etykiecie produktu. Niemniej, treść etykiety nie wywoła żadnej reakcji, jeśli konsument nie będzie wiedział, jak ją zinterpretować. Cena papierosów i alkoholu, czy to ustalana administracyjnie, czy przez wielkość podatku wpływa - niekiedy zachęca, a niekiedy zniechęca do decyzji o ich kupowaniu. Świadome manipulowanie cenami i podatkami w stosunku do indywidualnych podmiotów nabywających i konsumujących różne dobra może być wykorzystywane w sterowaniu spożycia bardzo wielu dóbr. Tak samo oddziałują formalne zakazy - godziny handlu, bariera wieku - które mogą być celowo stosowane dla uzyskania zmiany zachowań. Kiedy rozważa się dobór środków, jakie mogą być stosowane w takim celu może dochodzić do sporu między zwolennikami stosowania przekazów drastycznych, wywołujących strach i przerażenie, a zwolennikami bardziej neutralnych komunikatów¹². Argumentem jest skuteczność; zwolennicy bodźców drastycznych sądzą, że strach silniej oddziałuje na zachowania, niż suchy komunikat.

Oddziaływania na poziomie małych struktur społecznych mogą polegać na kształtowaniu relacji w najbliższym otoczeniu jednostek i rodzin. Społeczności sąsiedzkie, albo zespoły powstające w miejscu pracy są przykładami takich środowisk, gdzie można szukać wsparcia i pomocy w razie potrzeby. Ważne są podstawy materialne umożliwiające w miarę nie konkurencyjne współżycie i współdziałanie. Jeśli wspólna przestrzeń w domach mieszkalnych jest ograniczona, albo jeśli tereny przeznaczone na zabawę dla dzieci sąsiadują z miejscem odpoczynku ludzi starszych konflikty stają się nieuniknione, a co za tym idzie tworzenie relacji pozytywnych jest coraz trudniejsze. Także rozwiązania prawne mogą wzmacniać podstawy wspólnych przedsięwzięć. Instytucja wspólnot mieszkaniowych od której można oczekiwać wspólnego rozwiązywania problemów zbiorowości - byle nie była to wspólnota zbyt liczna, bo wtedy wkłada się bezosobowy dystans między mało znającymi się sąsiadami. Powołani autorzy podają przykłady klubów dla seniorów, albo wspólnot sąsiedzkich wspólnie zajmujących się przygotowywaniem posiłków (*neighbourhood food coops*). Aktywności tego rodzaju

¹² R.F. Soames Job Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns, AJPH February 1988, Vol.78, No.2:163-167.

mogą być wspierane przez działalność konsultacyjną i indywidualną pomoc psychologiczną. Dojrzałe systemy polityki społecznej oferują tego rodzaju usługi. Pamiętać należy, że istotną rolę we wzajemnym wspieraniu się w trudnych sytuacjach nieocenioną rolę odgrywają spontanicznie zawierane przyjaźnie i znajomości. Ze względu jednak na ich spontaniczne powstawanie nie mogą być przedmiotem celowych interwencji, podejmowanych przez podmioty publiczne.

Oddziaływanie na warunki życia i pracy niejednokrotnie wymaga podejmowania działań na dużą skalę. Warunki życia w pierwszej kolejności zależą od wielkości pozostających do dyspozycji zasobów. Pomijając rzadkie na ogół przypadki dziedziczenia fortun na ogół zależą one od dochodów z pracy i ich wysokości. Ta ostatnia jest pochodną wydajności tak indywidualnej, jak i całej gospodarki, ale zależy także od świadomych decyzji pracodawców, ustalających wysokość wynagrodzenia. Pracodawcy mogą preferować politykę niskich wynagrodzeń, co nie musi wynikać z ich chciwości - co sugerowano w tradycyjnym marksizmie - ale jest wynikiem zimnej kalkulacji, kiedy zmierza się do poprawy konkurencyjności. Kiedy nie można konkurować jakością, konkuruje się obniżając cenę produktu, dzięki oszczędnościom na funduszu płac. Organizacja pracy także może sprzyjać, albo utrudniać rozwój więzi społecznych. Tradycyjna praca przy taśmie uniemożliwiała współdziałanie. Współczesne metody gniazdowego organizowania produkcji mogą stawać się zacznym wspólnot. Wielkie korporacje, w których czynnik bezwzględnej konkurencji wysuwa się na plan pierwszy z pewnością nie przyczyniają się do kształtowania trwałych więzi, które mogą stawać się oparciem w trudnych sytuacjach. Uogólniając - warunki takie nie służą zdrowiu. Zdobyte zatrudnienie - fakt w kryzysowych warunkach gospodarowania z pewnością pozytywny - lokuje pracownika w przewidzianych dla jego stanowiska warunkach fizycznych i symbolicznych. O ile w przeszłości niebezpieczne warunki pracy stwarzały bezpośrednie zagrożenie - ekspozycja na czynniki szkodliwe i wypadki zdarzały się stosunkowo często, to współcześnie, poza niektórymi branżami, zagrożenia takie nie występują. Narasta natomiast obciążenie psychiczne, co może się zdarzać nie tylko przy zatrudnieniu w korporacji. Małe firmy nie są wolne od tego rodzaju niebezpieczeństw. Symboliczne znaczenie pracy, a raczej jej treści, czy afiliacji, ma dla zdrowia bardzo duże znaczenie stając się źródłem prestiżu, albo powodem do wstydu. Pedagogika społeczna, uprawiana na dużą skalę może przyczyniać się do nadawania znaczeń różnym sytuacjom, związanym z zatrudnieniem i pracą.

Podejmowanie prób oddziaływania na warstwę symboliczną kultury i wpisanych w nią wartości jest najtrudniejsze, jeśli możliwe, to nie doraźnie, ale raczej w długich horyzontach czasowych. Doświadczenia uzyskane w XX wieku są skrajnie zniechęcające. Wszelkie wysiłki zmierzające do budowania „nowego człowieka”, podejmowane przez totalitarne reżimy deklarujące tego rodzaju

intencje, doprowadziły do konsekwencji tragicznych. Zniechęcenie i rozczarowanie „wielkimi narracjami” było tak duże, że w praktyce zrezygnowano z tego rodzaju projektów¹³. Hasła neutralności ideologicznej państw liberalnej demokracji doprowadziło, w wielu z nich, do rezygnacji z obywatelskiego wychowania. Sformalizowana edukacja została zwolniona z odpowiedzialności za współkształtowanie obywatelskich postaw. Niemniej, niezależnie od tych kasandrycznych opinii na temat obywatelskiego wychowania można stwierdzić, że zdrowie - postrzegane jako wartość i cecha indywidualna - jest ceniona wysoko. Może to prowadzić do akceptacji prozdrowotnych zachowań, ale może również żywić postawy egoistycznej izolacji.

Warto zauważyć, że model uwarunkowań stanu zdrowia Dahlgrena i Whitehead, konceptualizując problem, jest obciążony tymi samymi słabościami, o których była mowa przy okazji prezentowania modelu Lalonda. Polegają one na trudnościach związanych z możliwościami precyzyjnego przyporządkowywania poszczególnych czynników, które występują w realnym życiu, poszczególnym warstwowi, czy grupom, wskazanym w modelu. Jest to widoczne już na niskim poziomie, kiedy w grę wchodzi indywidualne zachowanie. Jako przykład może posłużyć decyzja o paleniu papierosów. Wiadomo, że w przeszłości inicjacja w tej dziedzinie miała symboliczne znaczenie wchodzenia w dorosłość. Uczniowie licznych szkół palili papierosy w skrytości uważając, że jest to wyraz ich buntu wobec świata dorosłych, albo wręcz wobec opresyjnego systemu (cokolwiek miałoby to znaczyć). Opowieści z obozów jenieckich wskazują papierosa jako dobro pierwszej potrzeby, niekiedy przed jedzeniem. Zmniejszanie się z czasem częstotliwości tego rodzaju emocji i zachowań jest częściowo skutkiem kumulowania wiedzy o szkodliwym wpływie palenia na zdrowie, ale w dużej mierze wynika ze zmiany sposobu postrzegania palenia papierosów. Mało jest tych, którzy podtrzymują mit papierosa jako znaku dorosłości, czy czegoś szczególnie potrzebnego. Co więcej, w wielu krajach, tych bardziej cywilizowanych, powstaje coś w rodzaju snobizmu na niepalenie¹⁴.

Rozwinięcia modelu Dahlgrena i Whitehead

Model Dahlgrena i Whitehead jest współcześnie prawdopodobnie najbardziej popularną koncepcją porządkującą problemy uwarunkowań stanu zdrowia. Cytowany wielokrotnie przez wielu autorów podlega różnorodnym modyfikacjom,

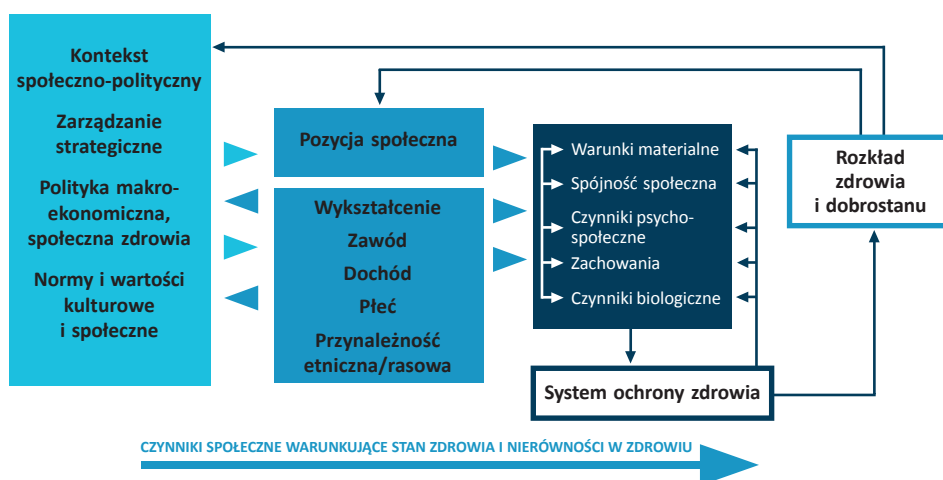
¹³ Jean-François Lyotard *Kondycja ponowoczesna. Raport o stanie wiedzy*, wyd. Aletheia, Warszawa 1997

¹⁴ Sarah Irani *Nonsmoking Beaches in the Future?* August 27, 2008, http://ecosalon.com/nonsmoking_beaches_in_the_future/ (dostęp 13.02.2015)

co wynika w dużym stopniu z teoretycznymi wątpliwościami, jakie powstają przy jego interpretacjach. Przykłady dwóch takich zabiegów są przedstawione w tym tekście.

W perspektywie WHO

Jako najważniejszy - przynajmniej w wymiarze politycznym - wariant rozwijania modelu Dahlgrena i Whitehead traktować można koncepcję przedstawioną w opracowaniu inicjowanym przez Światową Organizację Zdrowia i poświęconą nierównościom w zdrowiu¹⁵. Waga dokumentu, będącego swego rodzaju manifestem działań mających prowadzić do redukcji nierówności z zdrowiu w globalnej skali, nadaje szczególne znaczenie szczegółowym rozwiązaniom przedstawionym w opracowaniu. Oryginalna, przetłumaczona postać schematu ilustrującego przyjęty tam model została przedstawiona w polskim opracowaniu na temat nierówności zdrowotnych w Polsce¹⁶.



Spoleczne czynniki oddziałujące na stan zdrowia

Źródło polskojęzycznej wersji: Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012

Pierwszą cechą modelu jest potraktowanie „rozkładu” zdrowia i dobrostanu, a nie po prostu „zdrowia”. Jest oczywiste, zważając cele całego opracowania - i inicjatywy - jakim była kwestia nierówności, że dystrybucja zdrowia, a więc

¹⁵ Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008

¹⁶ Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012

równości i nierówności są przedmiotem opisu i wyjaśniania. Warto też zwrócić uwagę na obecność dobrostanu wśród zmiennych zależnych, co jest o tyle ważne, że dobrostan (well-being) przestaje być traktowany jako aktywny czynnik wpływający na zdrowie, a jest postrzegany jako element definicji zdrowia, zgodnie zresztą - podkreślmy - z klasyczną definicją zdrowia przyjmowaną przez WHO¹⁷.

Wiele zmienny przedstawionych w modelu staje się bardziej czytelne, jeśli pamiętać, że jest to forma uzupełnienia czy rozwinięcia koncepcji Dahlgrena i Whitehead, przy wykorzystaniu nowych idei, które pojawiły się od czasu przedstawienia pierwowzoru. Bez tego rodzaju odniesień możliwe byłyby wątpliwości, czy niektóre elementy modelu są zbiorczymi nazwami złożonych wiązek bardziej konkretnych czynników, czy nazwą samej zmiennej niezależnej - konkretnego czynnika. Pozostaje to w ścisłym związku z problemem bardzo zróżnicowanego poziomu agregacji zmiennych wpisanych w model - płęć to zmienna prosta (w zasadzie dwuwartościowa), ale na przykład pozycja społeczna to ogrom bardzo różnych czynników, a ich dobór zawsze zależy od stosowanej koncepcji tego pojęcia.

Warto też odnotować status poszczególnych czynników determinujących w powiązaniu ich podatności na możliwość zewnętrznego kształtowania przez różne podmioty. I tak przynależność etniczna i rasowa jest całkowicie odporna na czyjekolwiek wysiłki zmierzające do ich kształtowania. Płęć również tylko w nielicznych przypadkach jest podatna na takie oddziaływania. Ale już interwencje polityki społecznej mają bardzo duży wpływ na to, czy płęć lub rasa stają się parametrem wpływającym na wykluczenie społeczne. Dochody zależą od wielu czynników zależnych od jednostki, ale mechanizmy redystrybucji bogactwa również mają istotne znaczenie. Odmierna jest także czasowa perspektywa, w jakiej kształtują się cechy poszczególnych zmiennych. Niektóre z nich - wartości kulturowe - są rezultatem wielowiekowej ewolucji, inne - cechy systemu zdrowotnego - mogą być formowane doraźnymi reformami, których efekty stają się widoczne po kilku miesiącach.

Sądzę, że omawiany model powinien być traktowany inaczej, niż wiele innych koncepcji omawianych w tym opracowaniu. Rolą modelu WHO było przede wszystkim pobudzenie świadomości decydentów politycznych, zwrócenie uwagi na to, że w bardzo wielu sytuacjach negatywne konsekwencje powstają w efekcie działań podejmowanych z najlepszą intencją. Przywołać można chrześcijańską zasadę, że zgrzeszyć można myślą, mową, uczynkiem i zaniebdaniem. Poza chyba rzadkimi sytuacjami celowego działania szkodzącego zdrowiu obywateli przed-

¹⁷ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Preamble to the Constitution of the World Health Organization, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

stawiciele władzy znacznie częściej przyczyniają się do degradacji zdrowia przez zaniedbanie. Z dobrą wolą przyjmuję, że taka była rola omawianego modelu.

W perspektywie HIA

Pierwszy przykład pochodzi z europejskiego projektu, w ramach którego starano się usystematyzować dorobek dotyczący HIA. Stawiając oczywistą tezę, że aktywności HIA muszą opierać się na koncepcji uwarunkowań zdrowotnych model Dahlgrena i Whitehead został poddany (względnie) uszczegółwiającej operacjonalizacji¹⁸. Polegało to na tym, że „duże” kategorie, w które grupowane były czynniki wpływające na zdrowie zostały zdekomponowane na strumienie zdarzeń, czy stanów rzeczy, zagregowanych na niższym poziomie ogólności. Poniżej przedstawione są opublikowane po polsku listy relatywnie uproszczonych determinant¹⁹.

- I. (Ogólne) Warunki społecznoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe: /a/ Międzynarodowe, krajowe i lokalne polityki (np.: ekonomia, zdrowie, zatrudnienie, edukacja, obrona, transport, mieszkalnictwo, imigracja, opieka społeczna), /b/- Międzynarodowe, krajowe i lokalne usługi publiczne kierowane do określonej społeczności (np.: ratownictwo, opieka zdrowotna i społeczna, imigracja, edukacja, transport, opieka nad dziećmi, rekreacja), /c/ Wyrażane (postrzegane) normy i wartości społeczno-kulturowe (np.: dyskryminacja, lęk przed dyskryminacją, postawy wobec różnych grup w populacji, równość i sprawiedliwość), /d/ Relacje między państwem a obywatelem
- II. Warunki życia i pracy (środowisko fizyczne): /a/ Warunki mieszkaniowe (np.: jakość, dostępność), /b/ Warunki pracy (np.: ekspozycja na czynniki szkodliwe i inne ryzyko zawodowe), /c/ Jakość powietrza, wody, gleby, /d/ Hałas, /e/ Postępowanie z odpadami, /f/ Wykorzystanie energii i zrównoważone wykorzystanie źródeł energii, /g/ Zagospodarowanie terenów, /h/ Bioróżnorodność, /i/- Dostępność miejsc i produktów
- III. (Bezpośrednie) Wpływy społeczne (środowisko społecznoekonomiczne): /a/ Wsparcie społeczne i integracja, /b/ Wykluczenie społeczne, /c/ Hart ducha społeczności (community spirit), /d/ Zaangażowanie społeczności w procesy podejmowania decyzji odnośnie polityki publicznej, /e/ Zatrudnienie (np.:

¹⁸ 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

¹⁹ Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie, Przegląd epidemiologiczny 2008; 62: 623-632

dostępność pracy, jakość), /f/ Edukacja/ szkolenie (np.: dostępność, jakość, koszty)

- IV. Czynniki związane z indywidualnym stylem życia: /a/ Zachowania jednostek, np.: dieta, aktywność fizyczna, palenie, alkohol, narkotyki i nadużywanie leków (drug misuse), /b/ Bezpieczeństwo osobiste, /c/ Status zatrudnienia, /d/ Zdobyte wykształcenie, /e/ Dochód, oszczędności, /f/ Samoocena, wiara w siebie, /g/ Postawy, przekonania, miejsce kontroli („locus of control”)
- V. Czynniki biologiczne: /a/ Wiek, /b/ Płeć, /c/ Uwarunkowania genetyczne

W przedstawionym zestawieniu ujawnia się powtórnie trudność związana z kwalifikowaniem różnych procesów i sytuacji społecznych do definiowanych na wysokim poziomie agregacji dużych grup czynników. Dotyczy to zwłaszcza linii oddzielających ogólne uwarunkowania społeczne i ekonomiczne od ich ukonkretnienia na poziomie lokalnym.

Międzynarodowa polityka, a mówiąc bardziej konkretnie, prawna lub organizacyjna regulacja, ma swoje - bezpośrednie lub pośrednie przełożenie na rozwiązania krajowe i lokalne. Te ostatnie są bardzo często wprost kształtowane decyzjami centralnymi - wszystkie przepisy prawne - poza prawem lokalnym - działają w ten sposób. Brak podporządkowania się przepisom krajowym jest przestępstwem, a przy stanowieniu prawa lokalnego wojewoda jest zobowiązany do czuwania nad legalnością podejmowanych ustaleń. Wszystkie polityki sektorowe dotyczące ekonomii, zdrowia, zatrudnienia, edukacji, obrony, transportu, mieszkalnictwa, imigracji, opieki społecznej są inicjowane na szczeblu centralnym, a następnie realizowane przez władze lokalne, rządowe i samorządowe. Jeśli mają postać zadań zleczanych administracji lokalnej, wtedy przekazywane są także środki finansowe, a lokalni decydenci są rozliczani ze swoich działań.

Verbalizacja kolejnej kategorii jest taka, że usługi publiczne są kierowane do określonej społeczności. Z definicji zatem nie mają charakteru ogólnego, ale ich techniczna natura wymaga nastawienia na konkretnych odbiorców - w tym przypadku w grę wchodzi nie tyle jednostki, co całe grupy. Finalnym odbiorcą a jest zawsze jednostka, ale wymogi organizacyjne sprawiają, że organizacja obejmuje wyodrębnioną populację. Podane przykładowo dziedziny, takie jak ratownictwo, opieka zdrowotna i społeczna, imigracja, edukacja, transport, opieka nad dziećmi, rekreacja mają taką postać. Nawet wtedy, gdy działania bezpośrednio organizacyjne są pozostawione w dużej części indywidualnej, prywatnej inicjatywie - jak ma to miejsce przy tworzeniu gabinetów medycyny rodzinnej, albo praktyk specjalistycznych - to wszystkie działania są, albo przynajmniej powinny być, podporządkowane zamierzeniom strategicznym, zgodnym z dążeniami podejmowanym w ponad lokalnej skali.

Wyrażane, a więc ujawniające się poprzez konkretne zachowania normy i wartości społeczno-kulturowe, takie jak dyskryminacja lub lęk przed dyskryminacją, także ujawniają się lokalnie. Mam na myśli sytuacje współczesną, kiedy dyskryminacja jest odrzucana nie tylko przez reguły poprawności politycznej, ale także przez kodeks karny. Oczywiście, w przeszłości było inaczej i różne wersje antysemityzmu były głoszone oficjalnie, zarówno w czasie średniowiecznych epidemii, jak i w nazizmie. Dyskryminacja ludności Afroamerykańskiej zdarzała się stosunkowo niedawno. Współcześnie islamofobia jest zagrożeniem potencjalnym w wielu europejskich krajach, ale niechęć wobec Cyganów/Romów zdarza się realnie. Warto odnotować, że przejawia się nie tyle w deklaracjach, co raczej w praktycznie ujawnianej niechęci, czy dyskryminacji. Następuje to zwłaszcza wtedy, gdy dochodzi do częstych kontaktów ze społecznością romską. W miejscowościach położonych za polską południową granicą niejednokrotnie dochodziło do tego rodzaju zjawisk, ale decyzje antyromskie były podejmowane także np. we Francji.

Równie niejednoznaczny jest problem relacji między państwem a obywatelem. Obywatele rzadko mają okazję doświadczać tego, jak są traktowani przez państwo, natomiast stosunkowo często mają kontakt z przedstawicielami państwa - z administracją. Tryb załatwiania spraw, zarówno codziennych, jak i bardziej złożonych, przesądza o klimacie i treści wzajemnych stosunków. Sytuacja ta zależy od prostoty versus złożoności przepisów regulujących wzajemne relacje. Im prościej, tym lepiej, ale - jak wiadomo - sytuacja pod tym względem nie jest w Polsce korzystna. Klimat kontaktów zależy także od kompetencji i codziennej kultury przedstawicieli administracji. Przewlekłość postępowania sądowego, co uniemożliwia uzyskanie rozstrzygnięcia w rozsądnym czasie, jest przez wielu traktowana jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na ten aspekt problemu. Można oczywiście mówić o duchu administracji, czy biurokracji, nawet „narodowym duchu” ale nie ulega wątpliwości, że jest on kształtowane na wszystkich szczeblach hierarchicznych struktur.

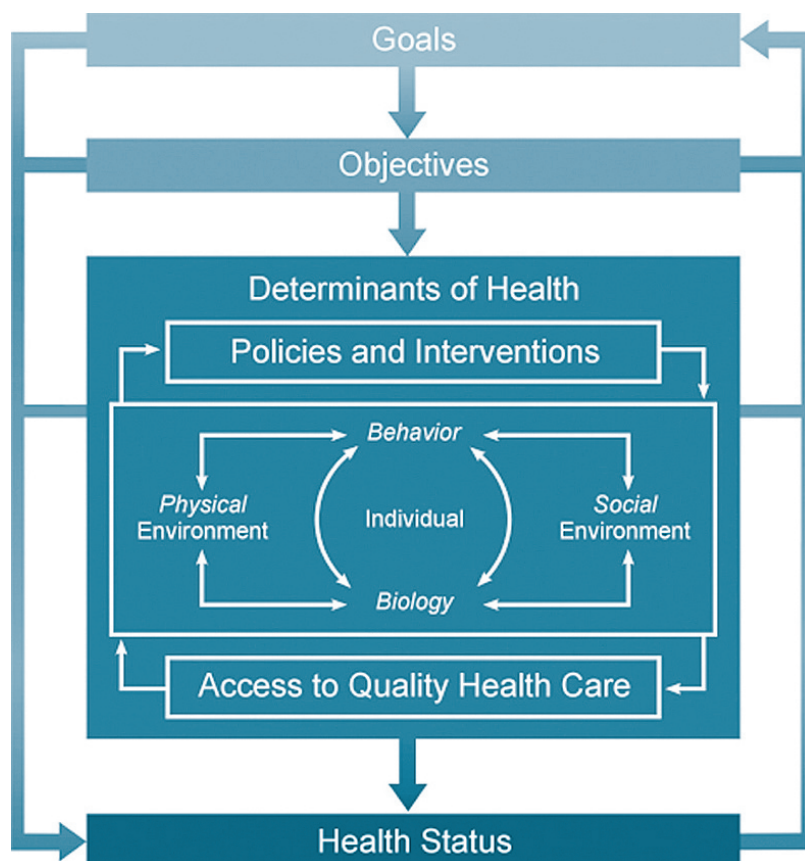
W perspektywie Healthy People

Przykład drugi został zaczerpnięty z dorobku realizowanego w USA programu zdrowia publicznego o nazwie „Healthy People”, opatrywany kolejnymi datami 2000, 2010, 2020²⁰. Są to programy, realizowane w ciągu kolejnych dekad, mające przyczynić się do poprawy stanu zdrowia mieszkańców USA. Całe przedsięwzięcie jest koordynowane przez Department of Health and Human Services,

²⁰ Healthy People 2000, http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm
Healthy People 2010, <https://www.healthypeople.gov/2010/>
Healthy People 2020, <https://www.healthypeople.gov/>

choć w jego realizacji najważniejszą rolę odgrywają struktury zdecentralizowane. Bardzo duży nacisk jest przyznawany rzetelności naukowych podstaw wszystkich planowanych i realizowanych zadań. Od samego początku autorzy podkreślali znaczenie ustaleń badawczych, przede wszystkim dla ustalania priorytetów, jak i dla monitorowania osiąganego postępu - albo jego braku. W analizie wykorzystywane w programie były zaangażowanych bardzo wiele, najbardziej znaczących, ośrodków naukowych.

W programie brano pod uwagę pięć grup czynników warunkujących stan zdrowia: polityka zdrowotna (policy making), czynniki społeczne, działania służby zdrowia, indywidualne zachowania, czynniki biologiczne i genetyczne. W jednym z wariantów programu zostało to przedstawione w postaci graficznej.



Źródło: <https://www.healthypeople.gov/2010/Document/pdf/uih/uih.pdf>

Bardziej szczegółowe charakterystyki - elementy składowe - poszczególnych grup czynników, którym przypisuje się wpływ na stan zdrowia są przedstawione w poniższym zestawieniu.

Społeczne determinanty zdrowia	/a/możliwość zaspokajania codziennych potrzeb, takich jak szansa kształcenia się, zatrudnienie, wystarczające zarobki, zdrowe pożywienie, /b/normy i postawy społeczne, jak te dotyczące dyskryminacji, /c/ekspozycja na przemoc, przestępstwa, zdegradowane otoczenie, /d/społeczne wsparcie i społeczne relacje, /e/możliwość korzystania z mediów i nowych technologii (Internet, telefony komórkowe), /f/warunki społecznoekonomiczne, jak koncentracja ubóstwa, /g/jakość szkół (kształcenia), /h/korzystanie z transportu, /i/bezpieczeństwo publiczne, /j/segregacja versus integracja w miejscu zamieszkania.
Determinanty fizyczne	/a/cechy środowiska naturalnego (roślinność, pogoda, zmiany klimatyczne), /b/cechy zabudowy (budynki, sieć drogowa, kolejowa), /c/cechy miejsc pracy, miejsc nauki, parametry przestrzeni i urzędzeń umożliwiających rekreację /d/budynki mieszkalne i budynki użyteczności publicznej i przestrzeń sąsiedzka, /e/ekspozycja na trucizny i inne fizyczne czynniki ryzyka, /f/bariery architektoniczne, zwłaszcza dla niepełnosprawnych, /g/parametry estetyczne, jak dobre oświetlenie, obecność drzew, ławek na terenach spacerowych
Determinanty związane ze służbą zdrowia	/a/brak dostępności, /b/wysokie koszty, /c/brak tytułu korzystania, /d/ograniczenia językowe, /e/niezaspokojone potrzeby zdrowotne, /f/długi czas oczekiwania, /g/niekorzystanie ze świadczeń profilaktycznych, /h/zbędne hospitalizacje.
Determinanty związane z indywidualnymi zachowaniami	/a/dieta, /b/aktywność fizyczna, /c/konsumpcja alkoholu, papierosów i używek, także nadużywanie leków, /d/mycie rąk

Podkreślić należy, że tylko część schematu wykorzystywanego w programie Healthy People dotyczy modelu uwarunkowań stanu zdrowia. Schemat ujawnia jego pragmatyczną i użytkową rolę. Jego uwzględnienie w schemacie przedstawiającym strukturę całego programu wynikało z przesłanki, że wiedza o przyczynach wpływających na stan zdrowia jest potrzebna, aby osiągać cele przyjęte w programie, a warunkiem realizacji celów jest posiadanie wiedzy na temat przyczyn kształtujących stan zdrowia. Jako oczywiste było traktowane założenie, że chcąc oddziaływać na zdrowie należy mieć możliwość posługiwania się skutecznymi narzędziami - tym, co rzeczywiście może na zdrowie wpływać.

W sytuacji amerykańskiego systemu zdrowotnego, w którym znaczna część społeczeństwa nie miała formalnych uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej, a więcej niż połowa wydatków na zdrowie pochodziła ze źródeł prywatnych, konieczność posługiwania się metodami skutecznymi była szczególnie duża. Na uwagę zasługuje także przyjęta przy realizacji programów Healthy People zasada empirycznego podbudowywania opisywanej sytuacji wyjściowej. Dążąc do ilościowego i mierzalnego formułowania celów starano dbać o to, by precyzyjnie określać wyjściową wartość poszczególnych parametrów. Dla przykładu, jeśli planowano zmniejszenie częstotliwości przypadków ciąży młodocianych, to ustalano ile takich zdarzeń miało miejsce w czasie poprzedzającym wprowadzenie programu zawierającego taki cel. Dla prowadzonych w tym tekście rozważań jest to postępowanie o bardzo dużej wartości poznawczej, bo pozwala - niejako przy okazji - weryfikować różne hipotezy dotyczące czynników, które mają wpływ na występowanie zjawiska będącego przedmiotem interwencji.

Inne modele

Jest zjawiskiem całkowicie naturalnym, że różni badacze, stawiając odmienne problemy i zadając odmienne pytania, w odmienny sposób konceptualizowali zagadnienie dotyczące czynników wpływających na stan zdrowia. Kilka tego rodzaju prób jest przedstawionych w poniższych paragrafach.

Model: listy problemów

Nie zawsze badacze szukający odpowiedzi na pytania „od czego zależy stan zdrowia” przystępują do budowania całościowej i względnie uporządkowanej konstrukcji, której można przypisać cechy modelu. Możliwe jest także przygotowanie listy czynników, bez stawiania problemu możliwych interakcji między różnymi grupami czynników sprawczych.

Pierwszym przykładem takiego podejścia były treści przedstawione w jednym z najbardziej znanych i wpływowych opracowań na ten temat - The Solid Facts. W 2003 r. przygotowany został raport, w którym przedstawiono, w syntetyczny sposób, przegląd poglądów na temat społecznych uwarunkowań stanu zdrowia²¹. Raport był przygotowany przez znanych badaczy zajmujących się problemem i był oparty na najnowszej literaturze przedmiotu. Mimo popularyzującego stylu mógł być wykorzystywany jako kompetentne źródło informacji.

²¹ Social determinants of Health. The solid facts, edited by R. Wilkinson and M. Marmot, International Centre for Health and Society, WHO Regional Office, Copenhagen 2003, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1

W raporcie omówiono listę czynników, którym można przypisywać współprzyczynianie się do kształtowania sytuacji zdrowotnej. Znalazły się wśród nich czynniki następujące:

- stres (długotrwały niepokój, poczucie zagrożenia, niska samoocena, społeczna izolacja brak poczucia kontroli nad przebiegiem pracy i życiem domowym). Bywa, że zagrożenia są wyimaginowane i są bezpośrednio przejawem choroby. Może być jednak również tak, że przyczyny niepokoju są realne, wówczas od jednostki można oczekiwać, że będzie sobie radziła ze stresem (coping) i skutecznie stawi czoła przeciwnościom losu;
- uwarunkowania związane z wczesnym okresem życia (fizyczne, środowiskowe i emocjonalne. Ten problem, w omawianej koncepcji traktowany jako jeden z wielu wpływających na stan zdrowia, może zostać uznany za wiodący element całego modelu, jeśli szczególne znaczenie przyznaje się czynnikowi czasu
- wykluczenia społeczne (zbitka obejmująca ubóstwo, względną deprivację i społeczne wykluczenie, która określa wiązkę przyczyn, przypisaną sytuacji społecznej). Jedna z najważniejszych kategorii uwzględnianych w nowszych programach polityk społecznych. W większości sytuacji wykluczenie polegające na odsunięciu od możliwości uczestniczenia w „głównym” nurcie życia publicznego jest wymuszone przez czynniki zewnętrzne. Zwykle jest to wynik dyskryminacji (nieznajomość języka, obcość religijna czy kulturowa). Niekiedy jednak odmowa uczestnictwa jest rezultatem świadomego wyboru (hippisi, także niektóre społeczności muzułmańskie);
- warunki pracy (materialne, społeczne, emocjonalne);
- bezrobocie (w sensie bardziej społecznym i emocjonalnym, a nie jako przyczyna braku środków utrzymania). Niezwykle istotny zespół czynników warunkujących zdrowie. Punktem wyjścia jest dostęp do zatrudnienia, jako przeciwieństwo bezrobocia), pewność zatrudnienia (umowa o pracę dająca ochronę, a nie umowy „śmieciowe”). W przeszłości gros zagrożeń to narażenia mechaniczne i chemiczne, współcześnie obciążenie pracą - permanentny stres - stanowią największe niebezpieczeństwo;
- społeczne wsparcie (dobre stosunki społeczne). Z punktu widzenia czynników wspierających jednostkę w pozyskiwaniu potencjału zdrowotnego społeczne wsparcie pełni rolę szczególną. Wsparcie udzielane jest zarówno przez członków najbliższej rodziny - osoby pozostające w związkach są zdrowsze i żyją dłużej - ale także krąg przyjaciół, a nawet sąsiadów. Izolacja społeczna i anonimowość, zjawiska współcześnie występujące bardzo często są bardzo poważnym zagrożeniem zdrowotnym;
- używki (jako czynnik niszczący zdrowie osób używających, ale także jako przyczyna niszczenia tkanki społecznej i mogąca przyczyniać się do przestępczości). O ile polityka dotycząca papierosów i narkotyków jest w miarę

prosta, to wybór sposobu postępowania władz publicznych w stosunku do narkotyków, zwłaszcza „miękkich”, jest trudny. Nadmiar liberalizmu ułatwia korzystanie, ale kryminalizacja wytwarzania, a zwłaszcza posiadania narkotyków, może prowadzić do rozwoju przestępczości zorganizowanej na dużą skalę;

- odżywianie (jakość i ilość pożywienia, a także styl - częstotliwość, sposób przyrządzania i podawania, problemem jest raczej nadmiar, niż niedobór żywności). Bezpieczeństwo żywności jest sprawą oczywistą i musi pozostawać w zakresie publicznej odpowiedzialności, ale kształtowanie nawyków żywieniowych sprzyjających zdrowiu jest znacznie trudniejsze. Jest konflikt z tradycją i licznymi interesami wytwórców różnych grup produktów (reklama mało zdrowej wieprzowiny jest dobrym przykładem);
- warunki transportu (problemem jest bezpieczeństwo transportu, ale także wpływ szerokiej dostępności samochodu i innych środków jako media sprzyjające fizycznej bierności). Bezpieczeństwo dotyczy głównie przechodniów, także osoby korzystającej z samochodów, choć problem skutków zanieczyszczenia powietrza - także gazów cieplarnianych - jest wspólna troską wspólnot ponadnarodowych. Jazda samochodem sprzyja indywidualizmowi, kosztem postaw wspólnotowych (własny samochód versus transport publiczny). Brak aktywności fizycznej może być rekompensowany uprawianiem joggingu lub jazdą rowerową.

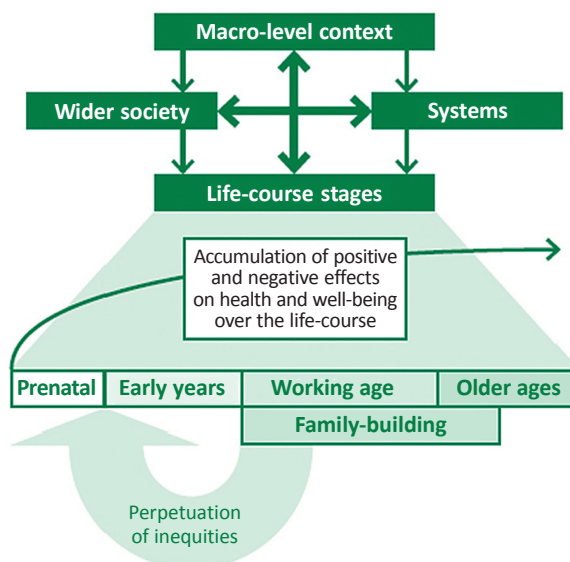
W przedstawionym materiale było bardzo wiele bardzo trafnych stwierdzeń na temat uwarunkowań stanu zdrowia. Zwłaszcza zagrożenia dla zdrowia, typowe dla współczesnej cywilizacji zostały odnotowane w sposób bardzo przekonujący. Można jednak było odnieść wrażenie, że jest to raczej opis sytuacji, bardzo krytyczny, a nie narzędzie mające służyć podejmowaniu racjonalnych decyzji w polityce publicznej.

Drugi przykład został zaczerpnięty z niemniej prestiżowego opracowania przygotowanego w europejskim regionie WHO, także w związku podejmowania problemu redukcji nierówności z zdrowiem²². Analiza została oparta na informacjach pochodzących z 52 krajów należących do europejskiego Regionu WHO. Posłużono się modelem uwarunkowań nierówności w zdrowiu, w którym przyjęto perspektywę cyklu życia. Kształtowanie stanu zdrowia jednostki jest permanentnym procesem trwającym przez całe życie, ale jego podstawą, czy fundamentem,

²² WHO Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report, Review chair Michael Marmot, Report prepared by UCL Institute of Health Equity, World Health Organization 2013, updated reprint 2014 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

jest sytuacja istniejąca we wczesnych fazach życia. Z tego powodu, we wszystkich działaniach, które mają przyczynić się do lepszego zdrowia i eliminowania nierówności muszą rozpoczynać się możliwie najwcześniej. Otoczenie i sytuacja społeczna odgrywają znaczącą rolę w determinowaniu zdrowia - nierówności zdrowotne są warunkowane głównie czynnikami obecnymi w tej sferze. Kontekst sytuacyjny poziomu makro, sięgający kontekstu międzynarodowego i obejmujące także środowisko materialne - naturalnie i tworzone przez ludzi - kreuje warunki, w jakich żyją ludzie i podejmują aktywności, mogą przyczynić się do ich polepszania, ale mogą także dopuszczać się zaniedbań. Szersze otoczenie społeczne w sensie istnienia - bądź nieistnienia - mechanizmów zabezpieczenia społecznego, dające ochronę ludziom w warunkach zagrożenia mają istotny wpływ na zdrowie. Aspektem ich funkcjonowania jest osiągnięty poziom spójności społecznej. Dla zdrowia fundamentalne znaczenie ma system zdrowotny, dostarczający świadczeń promocyjnych, zapobiegawczych i leczniczych. Zasada uniwersalnego dostępu jest powszechnie akceptowanym postulatem, razem z ideą integracji działań. Docenianie znaczenia wczesnej fazy życia nie oznacza, że w późniejszych fazach życia można je zaniedbać. Bardzo ważne jest to, co dzieje się w środowiska pracy, a problemy ludzi starszych są w Regionie nie tylko wyzwaniem medycznym, ale także społecznym. Uwzględniona została także potoczna wiedza, ale potwierdzona wieloma badaniami o wpływie życia rodzinnego na stan zdrowia.

Schemat modelu wykorzystanego w analizie jest przedstawiony poniżej.



Uwarunkowania nierówności zdrowotnych

Źródło: WHO Review of social determinants... 2014

Poza podjęciem ogólnych zagadnień w opracowaniu znalazło się także miejsce na problemy bardziej szczegółowe. Na niższych szczeblach agregacji dokonano doboru czynników wpływających na stan zdrowia, i dokonano tego na poziomie konkretnych czynników ryzyka. Są one przedstawione w tabeli.

Czynnik ryzyka	Zagrożenie zdrowotne	% narażonych
Pleśń	Astma	12.3
Wilgoć	Astma	15.3
Brak zabezpieczeń w oknach	Zranienia i urazy	33-47
Brak wykrywaczy dymu	Zranienie i oparzenia	2-50
Zagęszczenie lokatorów	Gruźlica	4.8
Zimno w mieszkaniach	Przeziębienia	30
Hałaśliwy ruch drogowy/uliczny	Choroby serca	2.9
Ekspozycja na radon	Rak płuca	2-12
Bierne palenie papierosów	Choroby układu oddechowego, nowotwory, astma	0.6-23
Ekspozycja na ołów	Niedorozwój umysłowy, choroby serca	66
Tlenek węgla w pomieszczeniach	Migrena, wymioty, choroby serca, utraty przytomności	50-64
Ekspozycja na formaldehydy	Choroby układu oddechowego dzieci	3.7
Lokalne ogrzewanie węglem	Choroby płuc i układu oddechowego, rak płuca	6-15

Źródło: WHO Review of social determinants... 2014, s. XXVIII

Warto zwrócić uwagę na bardzo dużą szczegółowość wskazanych czynników, co kontrastuje wyraźnie z większością modeli przedstawianych w tym tekście. W porządku logicznym należą do tej samej kategorii determinantów stanu zdrowia, co czynniki występujące we wcześniej omawianych modelach, ale na znacznie zaawansowanym poziomie dezagregacji. Przypuszczać można, że postępowanie takie jest bardzo przydatne przy selekcji i doborze celów uznawanym za priorytetowe. Przy takim określaniu determinantów dostrzec należy odmienne położenie różnych czynników z punktu widzenia stopnia komplikacji procesu, który miałby doprowadzić do ich zmiany. I tak zainstalowanie wykrywacza dymu jest zabiegiem bajecznie prostym, prowadzącym do natychmiastowego efektu i, w zasadzie, nie angażującym decydentów polityki zdrowotnej, czy innych polityk publicznych, a jedyną barierą dotyczy ustalenia źródła finansowania całego

przedsięwzięcia. Natomiast prawie każda z pozostałych interwencji ma postać znacznie bardziej złożoną i znacznie poważniejsze uwikłania koncepcyjne, polityczne i instytucjonalne. Na drugim spektrum komplikacji umieścić można dążenie do zmniejszenia gęstości zaludnienia mieszkań, które może wymagać zmiany niektórych istotnych przesłanek polityki mieszkaniowej, w której rozstrzyga się, czy mieszkanie jest dobrem rynkowym, za które każdy obywatel ponosi indywidualną odpowiedzialność, czy też wprowadza się obywatelskie prawo do godziwych warunków mieszkaniowych, a wtedy rola władz ma zupełnie inną postać, a odpowiedzialność jest znacznie większa. W zależności od tego rozstrzygnięcia dobór dostępnych, ale i dostatecznie skutecznych, środków interwencji będzie zupełnie inny. Kwestie związane z dążeniem do redukcji stosowania węgla w lokalnym ogrzewaniu mieszkań prowadzą do problemu spójności działania różnych organów władzy, w tym zgodności perspektyw przyjmowanych przez administrację i sądy. Powołać można przykład Krakowa, gdzie skażenie powietrza jest wywoływane w znacznym stopniu przez piece służące ogrzewaniu mieszkań, a skutki dla stanu zdrowia mieszkańców, zwłaszcza układu oddechowego, opłakane. Władze samorządowe podjęły decyzję o stopniowym ograniczaniu tej praktyki, ale stosowna uchwała została uchylona przez sąd administracyjny z powodu uchybień formalnych. W żadnym stopniu nie zamierzam postulować lekceważenia procedur, i być może coś w referowanej sprawie było nie w porządku, ale niewspółmierność racji - zgodność proceduralna i stan zdrowia - jest uderzająca na niekorzyść racji społecznych i zdrowotnych. Poza wszystkim, należy pamiętać, że każda interwencja zmierzająca do zmiany antyzdrowotnych zachowań to proces rozciągnięty w czasie, wymagający generowania bardzo różnych bodźców, o rezultatach nie do końca pewnych i przewidywalnych. Zmieniające się mody, ale także nieprzewidziane innowacje techniczne, jak e-papierosy albo dopalacze, mogą mieć znaczący wpływ na skuteczność - albo nieskuteczność - stosowanych wcześniej metod postępowania.

Rola czynnika czasu

Bardzo istotną cechą całego procesu kształtowania stanu zdrowia stanowi jego zmienność w czasie. Pomiar stanu zdrowia zawsze następuje w określonym punkcie czasowym, zwykle jest to związane z cyklem sprawozdawania danych w statystyce zdrowotnej, może mieć także związek z postępowaniem badawczym. Z pewnością takim punktem czasowym jest moment zgonu - jeśli pomiar stanu zdrowia jest oparty na statystyce umieralności. Należy jednak zauważyć, że w dużej części modeli stanu zdrowia fakt ten nie jest brany pod uwagę i ani model Lalonda, ani model Dahlgrena Whitehead nie uwzględnił tego wymiaru procesu. Można prawdopodobnie tłumaczyć, że modele te, jako przeznaczone do stosowania w polityce zdrowotnej mogły pomijać ten aspekt, ale nie jest to

argumentacja dostatecznie przekonująca. Zważając, że wszystkie interwencje podejmowane w polityka publicznych wywołują skutki znacznie oddalone w czasie od momentu, kiedy dochodzi do interwencji, a ponadto przyswojenie sobie nowych, zmodyfikowanych zachowań także trwa, to fakt upływającego czasu powinien być brany pod uwagę. Za uwzględnieniem tego parametru przemawiałby nie tylko wzgląd dotyczący elegancji teoretycznej, ale także pragmatyczna skuteczność. Ciekawe, że brak ten dostrzegli - i starali się go wyeliminować - badacze podejmujący analizy epidemiologiczne.

W jednym z modeli zaproponowanych w takich badaniach zaproponowano, by jako grupę czynników zasadniczo określających stan zdrowia w fazie dorosłego życia przyjąć ogół charakterystyk opisujących sytuację społeczną i ekonomiczną w okresie w wieku dziecięcym²³. Upływ czasu, a więc osiągnięty wiek stanowi filtr, przez który przedostają się - i kumulują - pojawiające się stopniowo czynniki i w tym dynamicznym procesie stan zdrowia może być określany wyłącznie dla jednego punktu czasowego. Jednym z najważniejszych, być może najważniejszym, czynnikiem wpływającym na dalsze zmiany jest osiągnięty poziom wykształcenia. To dzięki wiedzy i umiejętnościom zdobytym dzięki wykształceniu występujące w życiu dorosłym czynniki ryzyka są „oswajane” i dzięki temu nie wpływają negatywnie na stan zdrowia, albo są absorbowane bez kontroli działając niszcząco na dalsze fazy kształtowania stanu zdrowia. Efektem jest osiągnięty finalnie stan zdrowia w życiu dorosłym, który wpływa na moment, w którym następuje zgon: im lepszy stan zdrowia, tym zgon jest późniejszy. Stąd zasadność mierzenia stanu zdrowia wielkością umieralności - chodzi o zasadność teoretyczną, a nie tylko o łatwy dostęp do danych.

Rola czynnika czasu w kształtowaniu wskaźników stanu zdrowia jest wyraźnie przedstawiona w jednym z wniosków zawartych w Raporcie Banku Światowego z 1993 roku.

Procentowy udział wybranych czynników w poprawie stanu zdrowia niektórych krajów (zmniejszenie umieralności dzieci poniżej pięciu lat) w latach 1960-1987

Czynnik	Kostaryka	Egipt	Wybrzeże	Japonia
wyjściowy poziom wykształcenia i dochodu	58	26	22	23
wzrost poziomu wykształcenia	15	21	66	3
wzrost dochodów (na głowę)	22	50	12	65
postęp techniczny	5	3	—	9

Źródło: Investing.1993. s. 39

²³ Carlijn BM Kamphuis, Gavin Turrell, Katrina Giskes, Johan P Mackenbach and Frank J

Jak wynika z przedstawionych danych, parametr czasu odgrywa podstawową rolę w interpretowaniu sytuacji zdrowotnej kraju. Paradoksalnie, im lepsza sytuacja wyjściowa, tym mniejsze możliwości oddziaływania na zdrowie, nawet przy pomocy tak silnych narzędzi, jak wzrost wykształcenia i zamożności - i przykład Kostaryki jest znaczący. Natomiast kiedy stan wyjściowy był mało zadowalający, jak w przypadku Wybrzeża Kości Słoniowej, bodziec w postaci znaczącej poprawy wykształcenia okazał się bardzo skuteczny. W Japonii, gdzie sytuacja również była niezadowalająca, przyrost bogactwa także doprowadził do znaczącej poprawy stanu zdrowia. Nie ma wątpliwości, że branie pod uwagę czynnika czasu umożliwia uchwycenie dynamiki procesu. Wynika z tego, że siła wpływu, czy szerzej: siła sprawcza różnych czynników jest odmienna, w zależności od sytuacji wyjściowej. Pozwalałoby to formułować wniosek, że przydatność eksplanacyjna różnych modeli jest zmienna, w zależności od tego, do której fazy rozwoju sytuacji zdrowotnej i społecznej ma być stosowana. Znaczyłoby to, że przydatność tego samego modelu może ulegać zmianie, a co za tym idzie, te same narzędzia interwencji, które okazały się bardzo skuteczne w jednej sytuacji, mogą okazać się całkowicie bezradne, jeśli zostaną wykorzystane w warunkach odmiennych.

Rola zamożności i czynnika „zróżnicowanie dochodów”

Kwestia związku poziomu zamożności i stanu zdrowia - bogaci mają się na ogół lepiej i żyją dłużej - nie budzi wątpliwości. Prawdopodobnie jedną z pierwszych artykulacji tego problemu była publikacja Samuela Prestona z 1975, w której stwierdzono, że bogactwo kraju pozostaje w związku z długowiecznością jego mieszkańców (individuals born in richer countries, on average, can expect to live longer than those born in poor countries)²⁴. W stwierdzeniu tym podkreślano istnienie zależności między bogactwem i stanem zdrowia, ale kryła się tam również możliwość postawienia tezy, że między nierównościami dochodów i złym zdrowiem także zachodzą jakieś zależności. Mimo takich możliwości interpretacyjnych kwestia różnic dochodowych, jako zjawiska przyczyniającego się do gorszego stanu zdrowia stosunkowo późno znalazła się w polu uwagi badaczy. Można chyba przyjąć, że ważnym wydarzeniem w uznaniu tego problemu za ważny były idee przedstawione i spopularyzowane w raporcie Banku Światowego

van Lenthe Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of childhood socioeconomic conditions and adulthood risk factors: a prospective cohort study with 17-years of follow up, *BMC Public Health* 2012, 12:1045, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1045>

²⁴ Preston, S. H (1975). „The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development”. *Population Studies* 29 (2): 231-248, cytat za Wikipedia Preston curve, http://en.wikipedia.org/wiki/Preston_curve, dostęp 2.03.2015

z 1993 roku²⁵. Komentując różnice wartości wskaźników zdrowotnych Japonii i Wielkiej Brytanii, niekorzystne dla tej ostatniej, powołano różnice w dochodach znacznie większe w Wielkiej Brytanii, niż w Japonii. Uwagę badaczy przykuwały odchylenia od liniowej zależności między bogactwem i zdrowiem. Zauważono, że przy pewnej konfiguracji zmiennych, oczekiwane wielkości wskaźników mierzących stan zdrowia odbiegają od tych, których można się było spodziewać analizując jedynie wartość wskaźników ekonomicznych. Odchylenia przebiegały w obydwu kierunkach, zdarzało się, że mieszkańcy bogatych państw mieli stan zdrowia gorszy od oczekiwanego, typowy przykład to USA, a niekiedy w państwie relatywnie biedniejszym stan zdrowia był lepszy, czego przykładem może być Kuba. Na początku lat dziewięćdziesiątych Richard Wilkinson rozpoczął cykl publikacji, w których stawiał problem wpływu różnic dochodowych²⁶. Postawił tezę o ścisłych negatywnych zależnościach między stanem zdrowia a nierównomierną, czy niesprawiedliwą, dystrybucją dochodu. Jak napisano we wstępie: „Healthy, egalitarian societies are more socially cohesive. They have a stronger community life and suffer fewer of the corrosive effects of inequality”. Jeśli panuje zgoda, że spójność społeczna sprzyja zdrowiu, to jej destrukcja musi prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych. Teza ta została wkrótce potwierdzona przez innych badaczy²⁷, choć przyznać należy, że kierunek zależności przyczynowych nie jest jednoznaczny. Może być bowiem tak, że to spójność społeczna wraz ze zmniejszaniem nierówności dochodowych, prowadzi do lepszego zdrowia, ale może być tak, że zdrowsze społeczeństwa mają silniejszą skłonność do utrwalania więzi społecznych, zaufania i współpracy. Niezależnie jednak od tego rodzaju wątpliwości interpretacyjnych tezy o związkach podziału bogactwa i zdrowia doprowadziły do powstania jednego z najważniejszych dokumentów, w którym zajmowano się tą sprawą - przygotowanego przez Światową Organizację Zdrowia opracowania na temat społecznych nierówności w zdrowiu²⁸.

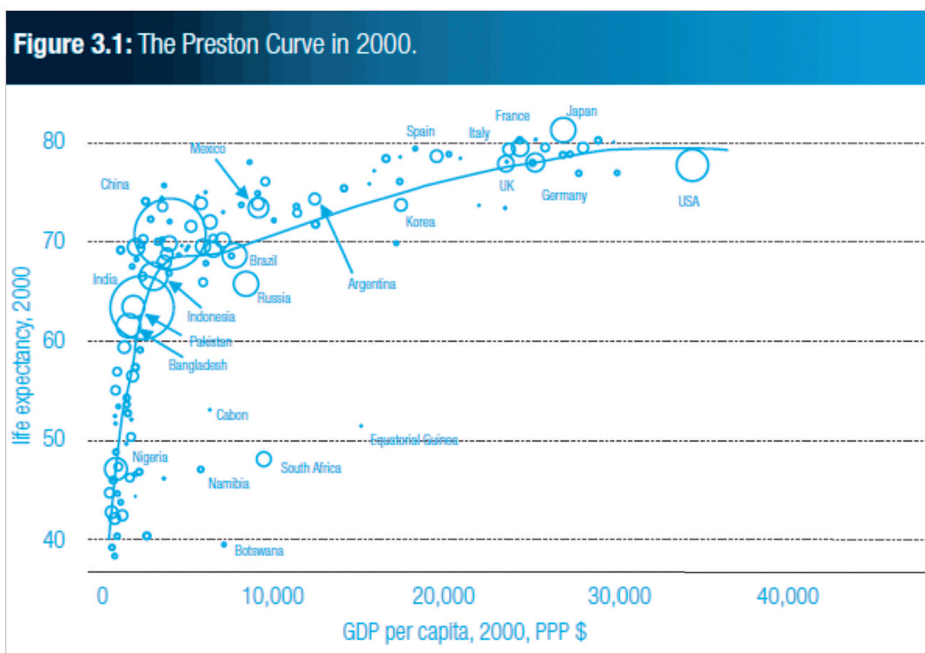
Powołanie wprost twierdzenia Prestona, wraz z wykresem, jednoznacznie wskazuje uznanie za problem najwyższej wagi zależność zdiagnozowaną przed laty przez tego badacza. Wobec znaczenia przywiązywanego do kwestii nierówności w zdrowiu - HiAP, a także HIA - są postrzegane jako podejścia mogące się

²⁵ World Bank. 1993. World Development Report 1993 : Investing in Health. New York: Oxford University Press, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

²⁶ Wilkinson R.G. Unhealthy societies: the affliction of inequalities, Routledge, London 1996, http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781134872800_sample_528352.pdf (dostęp 02.03.2015)

²⁷ Np.: Shortt S. E. D. Making sense of social capital, health and policy, Health Policy 70, 2004:11-22

²⁸ WHO (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report



Źródło: Closing the gap... 2008

skutecznie przyczynić do rozwiązywania problemu nierówności - stała obecność wiedzy o tych związkach w świadomości badaczy ma znaczenie trudne do przecenienia.

Podkreślić należy, że w opracowaniu WHO następstwa nierówności w poziomie bogactwa nie były jedynym czynnikiem traktowanym jako siła sprawcza nierówności zdrowotnych. W procesie przygotowawczym, kiedy zbierano materiały poddane później syntetyzującej analizie, wyodrębniono obszary determinantów, przedstawione w poniższej tabeli.

Obszary uwarunkowań stanu zdrowia
Warunki życiowe we wczesnym dzieciństwie
Procesy globalizacji
Systemy zdrowotne i reguły ich działania
Procesy urbanizacji i środowisko miejskie
Warunki zatrudnienia
Wykluczenie społeczne
Priorytety polityki zdrowotnej
Pozycja kobiet i problemy gender

Źródło: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/exclusion/en/index.html

Podstawą zidentyfikowania obszarów problemowych, gdzie poszukiwano czynników warunkujących zdrowie była analiza przedsięwzięć badawczych, które były realizowane w ostatnich dekadach. Jeśli we wcześniejszych badaniach stwierdzano, że czynniki zaliczone do określonej grupy faktycznie determinowały stan zdrowia i przyczyniały się do powstawania zróżnicowań w stanie zdrowia, zapadała decyzja o włączeniu ich w prowadzone rozważania.

Łatwo zauważyć bardzo wysoki poziom agregacji czynników, czy raczej grup czynników, wpływających na stan zdrowia. Jest to naturalne i zrozumiałe, że koncepcja pochodzi z dokumentu, którego autorzy - tak Światowa Organizacja Zdrowia, jak i osoby indywidualne - traktowali swoje zadanie jako uniwersalna misję, której efekty mogłyby być wykorzystywane w każdym zakątku świata. Jednak bardzo wysoki poziom ogólności stawia pod znakiem zapytania szanse i możliwość wpływania na determinanty zdrowotne. Było bowiem tak, że niektóre czynniki, jak globalizacja czy procesy urbanizacji w niewielkim - żadnym - stopniu poddają się jakiegokolwiek zaplanowanej interwencji. Inne - wykluczenie społeczne, pozycja kobiet - są bardzo głęboko wpisane w procesy kulturowe, rozwijające się od stuleci i mające własną dynamikę. Należy dostrzec, że próby interwencji w religijnie usankcjonowaną tradycję jest zwykle bardzo trudne, a współcześnie niejednokrotnie są postrzegane jako agresywna ingerencja ze strony inaczej myślących. Sądzę, że traktując sprawę realistycznie tylko warunki zatrudnienia - w ramach polityki społecznej oraz systemu zdrowotne i priorytety polityki zdrowotnej mogą być traktowane jako potencjalnie podatne z celowe oddziaływanie, które miałyby prowadzić do poprawy sytuacji zdrowotnej.

W 2009 roku opublikowana została książka, która została uznana za światową sensację, przyczyniając się do przetamywania wątpliwości dotyczące związków między nierównościami społecznymi - zwłaszcza w dziedzinie dochodów - a pogarszającym się stanem zdrowia. Książką tą był, napisany przez Wilkinsona z Kate Pickett „Duch równości”, w polskim wydaniu opatrzony stwierdzeniem „Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej” (w angielskim oryginale zamiast stwierdzenia jest pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy)²⁹. W książce została postawiona teza, że nierówności społeczne, a przede wszystkim nierówności w dochodach - nierówności mierzono współczynnikiem Giniego - wywołują bardzo wiele niekorzystnych zjawisk społecznych, w tym także zdrowotnych -

²⁹ R. Wilkinson, K. Pickett Spirit level. (zmieniające się w kolejnych wydaniach pytanie) *Why More Equal Societies Almost Always Do Better?, Why Greater Equality Makes Societies Stronger?, Why Equality is Better for Everyone?*, ostatnie wydanie, Penguin 2010
http://emilkirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/The-Spirit-Level-Why-Greater-Equality-Makes-Societies-Stronger-Kate-Pickett-400p_1608193411.pdf , polskie wydanie: *Duch równości. Tam gdzie panuje równość wszystkim żyje się lepiej* 2012, Czarna Owca 2011

krótszą oczekiwaną długość życia, zgony niemowląt, nadwagę i otyłość, ciężę nastolatek, także przemoc. Wklejony poniżej diagram przedstawia podstawowe twierdzenie przedstawione w książce.

Health and social problems are worse in more unequal countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

THE EQUALITY TRUST

Źródło: The Equality Trust

Dyskusja wywołana książką zatoczyła bardzo szerokie kręgi, koncentrując się w znacznej mierze na krytyce neoliberalnego podejścia, sprzyjającego niewątpliwie narastaniu nierówności. W wielu krajach, w USA, także w Wielkiej Brytanii, rozpiętości dochodowe narastały, przyczyniając się do ograniczenia możliwych do osiągnięcia korzyści zdrowotnych. Zainteresowanie dyskusją, podsycone politycznymi sporami o rolę kapitalistycznej formuły organizowania społeczeństwa wiązało się z uruchomieniem strony internetowej poświęconej tej problematyce - The Equality Trust³⁰. Można tam znaleźć wiele informacji na temat nierówności i ich szkodliwych skutków, lecz - mimo dążeń do uniwersalnego podejścia - najwięcej informacji pochodzi z krajów anglosaskich, zwłaszcza ze Zjednoczonego Królestwa.

³⁰ The Equality Trust 2012 - 2015, <http://www.equalitytrust.org.uk/about-inequality/spirit-level>

Modele a otoczenie polityczne

Przy szukaniu czynników wpływających na zdrowie ważne byłoby ustalenie na temat zależności między ustrojem politycznym i realizowaną w jego ramach polityką społeczną a stanem zdrowia. Przynajmniej niektóre cechy systemu politycznego poddają się racjonalnemu oddziaływaniu, a treści polityki społecznej i będącej jej integralną częścią polityki zdrowotnej, mogą być świadomie kształtowane. Ustalanie priorytetów i dobór efektywnych metod realizowania celów może być podporządkowywany racjonalnym procedurom.

Przez jakiś czas posługiwano się kategoriami o jawnym uwikłaniu politycznym i w latach osiemdziesiątych XX wieku pojawiały się opracowania, w których powołując się na ustalenia empiryczne wykazywano wyższość praktyki krajów określanych jako socjalistyczne³¹. Po pewnym czasie zaczęły ukazywać się teksty, z których wynikało, że „opcja prawicowa” znacznie bardziej sprzyja zdrowiu - brano pod uwagę długość życia, umieralność niemowląt i umieralność dzieci - niż „opcja lewicowa”³². Hipotezy o korzystnym oddziaływaniu rozwiązań socjalistycznych na zdrowie ostatecznie rozwiły informacje o sytuacji w krajach Europy Środkowej i Wschodniej publikowane po przełomie politycznym 1989 roku³³. Jak napisali autorzy przeciętne oczekiwane trwanie życia było w krajach posocjalistycznych o około sześć lat krótsze, niż w krajach o ustabilizowanej gospodarce rynkowej.

Jednocześnie podjęto analizę zdrowotnych skutków - nierówności w zdrowiu - politycznych przemian, które były wtedy zainicjowane. Przegląd przeprowadzonych w krajach transformacji badań pozwolił sformułować następujące wnioski³⁴. Po pierwsze, podjęcie reform wzmacniających kapitalistyczną orientację gospodarki prowadziło do rozszerzania się nierówności zdrowotnych przy czynniku wykształcenia jako zmiennej różnicującej. Po drugie, ekspansja mechanizmów rynkowych, czy neoliberalnych z pewnością nie sprzyjała redukcji nierówności,

³¹ S.Cereseto, H.Waitzkin Capitalism, socialism, and the physical quality of life, *International Journal of Health Services*, vol.16, no.3, 1986:643-658

³² Lena H.F., London B. The political and economic determinants of health outcomes: A cross-national analysis, *International Journal of Health Services*, vol.23, no.3, 1993: 585-602

³³ Preker A.A., Feachem R.G.A. Market Forces in the Health Sector: The Experience of the Former Socialist States of Central and Eastern Europe, Paper presented at an EDI Senior Policy Seminar „Health Sector Reform Under a Socialist Market Economy in China, July 28-30, 1993

³⁴ Jason Beckfield and Nancy Krieger Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities—Evidence, Gaps, and a Research Agenda, *Epidemiologic Reviews*, Vol. 31, 2009:152-177

można uznać, że prowadziła do utrzymania różnic już istniejących, a prawdopodobnie przyczyniała się do ich rozszerzenia. Po trzecie uznano za prawdopodobne, że rozwój mechanizmów demokratycznych, w doborze, powoływaniu i sprawowaniu władzy i funkcjonowaniu opinii publicznej może przyczynić się do redukcji nierówności. Ponadto stwierdzono, że w bogatych krajach europejskich typ (reżim) polityki społecznej nie ma uchwytne go wpływu na nierówności w zdrowiu.

Opinie o transformacji mają walor historyczny, ale uwaga o typach (reżimach) polityki społecznej ma znaczenie. Jest w niej obecne nawiązanie do jednej z najbardziej wpływowych koncepcji tamtych lat - książki Gosta Esping-Andersen'a na temat polityki społecznej³⁵. Autor przedstawił propozycję trzelementowej typologii reżimów polityki społecznej: liberalny, najbardziej urynkowiony (np. USA), konserwatywny (np. Niemcy), socjal-demokratyczny (np. Szwecja). Rozwiązania przedstawiane w tych modelach wyczerpywały realia większości demokratycznych państw europejskich. Z czasem okazało się, że w krajach Europy południowej występują pewne cechy wyróżniające je znacząco spośród innych i niezbędne było uwzględnienie typu południowo-europejskiego. Sama historia zmusiła badaczy do uwzględniania tego rodzaju polityki społecznej, który kształtował się w krajach po-socjalistycznych (wschodnioeuropejski).

Johan Mackenbach, jeden z najwybitniejszych badaczy problemu nierówności w zdrowiu stwierdził, że fakt utrzymywania się nierówności w bogatych i cywilizacyjnie zaawansowanych krajach, w których rozwijana jest aktywna polityka społeczna i rozbudowane mechanizmy opiekuńcze można uznać za paradoks z punktu widzenia celów i podejmowanych działań³⁶. Autor, odwołując się do wyników wielu badań, przypomniał, że chodzi nie tylko o to, że dystans między wartościami wskaźników umieralności między klasą najwyższą i najniższą w Wielkiej Brytanii zwiększył się, ale także fakt braku jednoznacznych zależności między typem polityki społecznej a intensywnością nierówności zdrowotnych. Dla przykładu chociaż nierówności w Szwecji były mniejsze, niż we Włoszech, to w Norwegii, nie mniej aktywnej w polityce społecznej, nierówności były większe.

Autor zaproponował trzy hipotezy, które mogłyby być przydatne w wyjaśnianiu trwałej obecności nierówności zdrowotnych, które nie ulegają zmniejszeniu, a niekiedy rosną, mimo wysiłków podejmowanych przez państwa realizujące aktywną politykę społeczną. Wysiłki te są skierowane na ogólny wzrost dobrobytu,

³⁵ G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.

³⁶ Johan P. Mackenbach The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, *Social Science & Medicine*, Volume 75, Issue 4, August 2012, Pages 761-769

ale także obejmują wprowadzanie mechanizmów służących redystrybucji dochodów. Otwierają także możliwości korzystania z różnorodnych usług społecznych i świadczeń socjalnych - także w zakresie zdrowia. Mimo tych wszystkich wysiłków, niekiedy bardzo intensywnych, niechciany, antyegalitarny rezultat pozostaje realną rzeczywistością.

Autor dokonał przeglądu dostępnych koncepcji, które mogłyby być wykorzystane w procesach wyjaśniania. Są one przedstawione w tabeli.

Teorie wyjaśniające nierówności w zdrowiu	
1. Artefakt matematyczny	Ponieważ stwierdzenie nierówności jest efektem porównywania z innymi wielkościami, ogólna poprawa prowadzi do wniosku o wzroście nierówności
2. Zasadnicze przyczyny	Pozycja społeczna ludzi wpływa na ich szanse dostępu do zasobów, które mogą być wykorzystane do uniknięcia ryzyka zachorowań i zmniejszenia konsekwencji złego stanu zdrowia
3. Perspektywa cyklu życia	Stan zdrowia w dorosłości jest, przynajmniej częściowo, uwarunkowany ekspozycją na zagrożenia fizyczne, biologiczne i społeczne w dzieciństwie, a nawet w życiu płodowym
4. Dobór społeczny	We współczesnych społeczeństwach mobilność społeczna odbywa się z obecnością selekcji do klas wyższych już to bezpośrednio na podstawie stanu zdrowia, już to pośrednio, poprzez determinanty zdrowotne
5. Cechy osobnicze	We współczesnych społeczeństwach zajęcie wyższej pozycji społecznej (awans) jest głównie uzależniony od osobniczych cech: osobowości, inteligencji i zdolności poznawczych, mających ścisły związek ze zdrowiem
6. Czynniki materialne (neo-material factors)	Posiadane zasoby materialne, tak indywidualnie, jak i przez zbiorowość, wpływające na stan zdrowia pozostają bardzo różne, mimo wysiłków podejmowanych w wielu krajach
7. Ścieżka psycho-społeczna	Natężenie stresu jest w znacznym stopniu powiązane z pozycją społeczną: im wyższa pozycja, tym bardziej wpływ stresu znajduje się pod kontrolą, im niższa, tym wpływ stresu jest bardziej szkodliwy
8. Rozprzestrzenianie się innowacji	Tempo wprowadzania i wykorzystywania innowacji technologicznych, także tych służących zdrowiu, jest szybsze w wyższych klasach społecznych, przyczyniając się do powstawania i trwania różnic
9. Kapitał kulturowy	We współczesnych społeczeństwach pozycja społeczna jest bardzo silnie powiązana z przyswojonymi wzorami kulturowymi, jak przekonania normatywne albo wiedza i świadomość zagrożeń zdrowotnych, a zdrowie zależy od kulturowo warunkowanych zachowań

Źródło: Mackenbach 2012

Obfitość teorii nie przekładała się - zdaniem autora - na ich użyteczność eksplanacyjną. Wyłączając trzy pierwsze koncepcje, będące raczej ogólnymi schematami poznawczymi, niż teoriami, wszystkie pozostały mogły być uznane za takie, które dostarczają wyjaśnień cząstkowych. Przy ich stosowaniu do sytuacji odkrywanych w różnych badaniach i w odniesieniu do poszczególnych krajów możliwe stawało się interpretowanie przyczyn mogących prowadzić do wyjaśniania źródeł paradoksu. Jednocześnie, próby łączenia elementów obecnych w poszczególnych teoriach pozwalała na formułowanie szeregu hipotez.

Po pierwsze, teoria 4 i 5, w wielu krajach zachodzące zmiany społeczne stymulują zwiększoną mobilność społeczną w różnych przekrojach, także w płaszczyźnie międzypokoleniowej. Mobilność społeczna była konsekwentnie stymulowana poprzez szeroko dostępną i na ogół bezpłatną edukację i ułatwiony dostęp do dóbr kultury. W konsekwencji, osoby zdrowsze, a w związku z tym bardziej dynamiczne i przedsiębiorcze, opuszczały grupę/klasę społeczną, w której się urodziły i awansowały do grup wyższych. W efekcie swoistego „sortowania” swoich członków grupa pochodzenia (niższa) stawała się bardziej homogeniczna, w związku z kumulowaniem się przypadków osobników będących słabszego zdrowia, co prowadziło do obniżania średnich wartości wskaźników zdrowotnych dla całej grupy. Zachodził proces, dzięki któremu awans wielu członków społeczeństwa był okupiony degradacją niektórych i choć była to mniejszość, wartość wskaźników obrazujących nierówności w zdrowiu nie poprawiała się.

Po drugie, teoria 8 i 9, zmiany, jakie zaszły w strukturze przyczyn powodujących zły stan zdrowia, od czynników wywołujących choroby zakaźne i urazy do czynników powiązanych bezpośrednio z zachowaniami konsumpcyjnymi - określa się jako czwarta faza epidemiologicznego przejścia. W jej przebiegu osoby o wyższej pozycji społecznej są w posiadaniu większego kapitału kulturowego, mają wiedzę i kompetencje do bardziej racjonalnych zachowań konsumpcyjnych i ich zachowanie raczej eliminuje zachowania dla zdrowia szkodliwe. Osoby nie mające wiedzy i kompetencji konsumują w sposób dla zdrowia szkodliwy. W konsekwencji marginalne korzyści (korzyści krańcowe) wynikające z faktu posiadania niematerialnych zasobów - wiedzy i kompetencji - są większe, niż to było w przeszłości. Ponieważ różnice w poziomie wiedzy i kompetencji trwają - utrzymują się także różnice w stanie zdrowia

W trzeciej hipotezie - teoria 2, 6 i 7 - przyjmowano, że mimo redystrybucyjnych działań władz publicznych dostęp do różnego rodzaju zasobów - dóbr materialnych, ale także dóbr innego rodzaju (jak np. wiedza i kompetencje społeczne) - pozostawał nierówny, a co za tym idzie nie było możliwości wyrównywania różnic w stanie zdrowia. Autor stwierdzał, że wysiłki podejmowane w poszczególnych państwach były niewystarczające, a interwencja poprzez system podatkowy i inwestycje w infrastrukturę społeczną zbyt ograniczone. Miało to być następstwem kompromisów politycznych i ostrożności, z jaką traktowano grupy

uprzywilejowane. Można by zatem wnioskować, że to niedostatki energii w aktywnościach państwa, zbyt pasywna polityka społeczna, były przyczynami trwania, a niekiedy pogłębiania się, różnic zdrowotnych.

Autor z naciskiem podkreślał hipotetyczny charakter przedstawionych tez, które w żadnej mierze nie powinny być traktowane jako empirycznie potwierdzone elementy mocnego opisu stanu rzeczy. Szczególnie nieuprawnione byłyby zalecenia bardziej energicznego angażowania się państwa w redystrybucję dochodów i innego rodzaju dóbr i zasobów. Ostrożność byłaby tym silniej zalecana jeśli zważyć, że z różnych badań wyłaniał się nie dość jednoznaczny obraz tych reżimów polityki społecznej, które okazywały się bardziej skuteczne w eliminowaniu nierówności zdrowotnych³⁷.

Determinanty: poziom mikro i poziomu makro

Dostrzec należy, że zdobywające sobie popularność koncepcje wyjaśniania stanu zdrowia przy pomocy zjawisk i procesów na poziomie makro nie były i nie są akceptowane bezkrytycznie. Przywołać można przedstawione przed wielu laty poglądy Barbary Starfield, znanej propagatorki podstawowej opieki zdrowotnej. Dwa wstępne ustalenia Autorki zasługują na odnotowanie³⁸. Po pierwsze - twierdzenie, że stawiając pytanie o czynniki oddziałujące na zdrowie zawsze należy stosować liczbę mnogą i pytać o czynniki (health determinants), a nie o jeden czynnik (health determinant). Na podstawie zgromadzonej współcześnie wiedzy nie ma bowiem wątpliwości, że czynników tych jest zawsze bardzo dużo, a ich wzajemne interakcje odgrywają w łańcuchach przyczynowych bardzo istotną rolę. Po drugie - propozycja, by odróżniać tę płaszczyznę analizy, w której stawia się pytanie o kształtowanie zdrowia jednostki, od płaszczyzny, kiedy stawia się problem nierówności w zdrowiu. Słusznie zauważa, że przy rozpatrywaniu stanu zdrowia jednostki problem nierówności w zdrowiu w ogóle nie może być postawiony: pytanie o nierówności, stwierdzenie o ich występowaniu, zwiększaniu czy redukcji ma sens tylko wtedy, gdy możliwe jest porównanie przynajmniej dwóch obiektów, a praktycznie - dwóch grup ludzi. Jednocześnie dystansuje się wobec wykorzystywaniu miar negatywnych - chorobowość, zgony - jako wskaźników

³⁷ Na zakończenie autor podjął problem zasadności tezy, powszechnie przyjmowanej we współczesnej polityce zdrowotnej, że „nierówności zdrowotne są zawsze niesprawiedliwe” (Can health inequalities as they are currently found in Western Europe still be regarded as ‘unfair’, and do widening health inequalities imply that they are becoming more unfair?) - ale ta kwestia pozostaje poza tematem poruszonym w tym opracowaniu

³⁸ B Starfield Basic concepts in population health and health care, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55:452-454

zdrowia i wypowiada się za stosowaniem miar syntetycznych jak DALYs (disability adjusted life years), lub DALEs (disability adjusted life expectancies), które - mimo ograniczeń - lepiej oddają mierzone zjawisko.

Mogące wchodzić w grę determinanty oddziałują na kilku poziomach. Pierwszy poziom uwarunkowań został nazwany kontekstem politycznym. W tekście nie ma jego bardziej szczegółowej charakterystyki, ale jest bezsporne, że chodzi i instytucje i procedury opisujące sposób podejmowania decyzji. Są one podporządkowane zasadom wyłaniania i odwoływania sił politycznych, poprzez systematycznie stosowane procedury demokratyczne.

Na drugim poziomie umieszczone są przedmiotowo zdefiniowane strategie i narzędzia ich realizacji, pogrupowane w cztery polityki rozwijane przez państwo: polityka środowiskowa, polityka gospodarcza wraz z polityką społeczną oraz polityka zdrowotna. „Polityka odzwierciedla podejście kraju do rozdziału władzy” - napisała Autorka³⁹. Wyodrębnione cztery obszary polityk państwa oddziałują na przyporządkowane im obszary. Polityka środowiskowa oczywiście oddziałuje na środowisko. Polityka ekonomiczna i społeczna kształtuje sytuację w zakresie wielkości i rodzaju zasobów materialnych i społecznych, dostępnych w funkcjonowaniu instytucji, a także na psychologicznie odczuwane oczekiwania i emocje ludzi. W pośredni sposób współkształtuje zachowania, ale tu duże znaczenie mają kulturowo ustalone, często przekazywane przez wcześniejsze pokolenia, wzory zachowań. Polityka ekonomiczna i społeczna tworzy też warunki i ramy funkcjonowania systemu zdrowotnego. Podkreślić jednak należy, że procesem przesądzającym o systemie zdrowotnym jest polityka zdrowotna.

Na stan zdrowia, tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, mają wpływ także indywidualne cechy biologiczne, zarówno te dziedziczne, jak i kształtowane w toku jednostkowo zdobywanych doświadczeń. Istotną rolę odgrywają indywidualne biografie zdrowotne, warunki życia i epizody chorobowe osłabiające organizm, ale także te wspomagające odporność. Systematycznie występująca w społeczeństwach wspólnota złych i dobrych doświadczeń sumujących się w poszczególnych historiach prowadzi do powstawania, trwania i redukcji nierówności zdrowotnych.

Ważne ustalenia Autorki odnoszą się do wieloznaczności orzecznika „społeczny” - po angielsku societal i social - w odniesieniu do czynników wpływających na stan zdrowia. Barbara Starfield zasugerowała bardziej precyzyjne odróżnianie czynników determinujących zdrowie na poziomie makro (societal determinants of health) i na poziomie mikro (social determinants of health)⁴⁰. Jako

³⁹ *Policy reflects a country's approach to the distribution of power (political jurisdiction)*

⁴⁰ Barbara Starfield Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *Health Promotion Journal of Australia* 2006: 17 (3) pp.170-173

przykłady czynników należących do pierwszej grupy przytaczała takie wskaźniki, jak wymieniane wcześniej w tym tekście nierówności w zarobkach/dochodach, poziom wykształcenia kobiet, relacje między pracownikami, zarządzającymi i rządem, odsetek populacji objętej ubezpieczeniem zdrowotnym, zakres uprawnień wyborczych i intensywność uczestnictwa w życiu politycznym. Autorka stwierdza, że niezależnie od dowodów statystycznych - w wielu badaniach wymienione wskaźniki korelowały ze stanem zdrowia, a przynajmniej z niektórymi miarami stanu zdrowia - nasza wiedza na temat natury oddziaływania tych czynników na stan zdrowia nie jest dostatecznie potwierdzona empirycznie i przekonywująca teoretycznie. Istotnym źródłem tych trudności jest częste wykorzystywanie miar uśrednionych dla analizowanych zbiorowości, co wyklucza możliwość uwzględnienia problemu wewnętrznych rozkładów wartości branych pod uwagę parametrów. Szczególnie niedogodne są sytuacje, w których dochodzi do poprawy przeciętnych miar zdrowia, a jednocześnie wzrastają nierówności bo przy ogólnej poprawie stan zdrowia grup będących w najgorszym położeniu poprawia się wolniej, trwa w postaci niezmienionej, albo wręcz ulega pogorszeniu. W znacznie lepszej pozycji są czynniki oddziałujące na poziomie mikro, takie jak stabilizacja sytuacji rodzinnej albo siła bezpośredniego wsparcia udzielonego przez małą społeczność. Do czynników bezpośredniego wsparcia autorka zalicza także świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Decydującym czynnikiem, pozwalającym przyznać POZ znaczącą rolę w kształtowaniu - pozytywnym - stanu zdrowia jest jej przestrzenna bliskość wobec osób, których zdrowie ma być chronione. Zaspokajając na miejscu większość przypadków medycznie banalnych POZ działa jak skuteczny filtr nie dopuszczając ich do wyższych szczebli opieki, gdzie wysokokwalifikowane zasoby mogą być przeznaczane na rozwiązywanie problemów trudnych. Przekonanie Barbary Starfield o znaczenie POZ nie zaskakuje, biorąc pod uwagę, jej poglądy na tę formę opieki. Odnosząc się jednocześnie do jej rezerwy wobec ustaleń dotyczących wpływu na zdrowie czynników aktywnych na poziomie makro sądzić można, że nie ma powodu, by rezygnować z ich poważnego brania pod uwagę. Jeśli w skali państwa, lub w programach międzynarodowych przygotowuje się i wdraża duże strategie, to w ich celach poprawa wskaźników makro zwykle jest i zapewne powinna być uwzględniana. W dużych przedsięwzięciach na ogół znacznie trudniejsze jest oddziaływanie na treść bliskich kontaktów między ludźmi, a znacznie łatwiejsze planowanie dużych i zagregowanych miar w skali całej gospodarki czy dużych grup społecznych. Mówiąc inaczej, w polityce zdrowotnej jest miejsce na oddziaływanie na wszystkie parametry sytuacji, które mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia.

Rozróżnienie między społecznymi czynnikami aktywnymi na poziomie makro i mikro było stosowane w empirycznych analizach. Miało to miejsce przy wykorzystaniu danych pochodzących ze Społecznego Badania Europejskiego (the

European Social Survey - ESS) z 2003 roku⁴¹. Analiza obejmowała sytuację w 21 krajach i wykorzystywała próbę ponad 38 tysięcy osób. Dobór wskaźników branych pod uwagę w badaniu jest przedstawiony w tabeli.

Determinanty zdrowotne	
Poziom makro	Poziom mikro
- GDP na głowę,	- wiek,
- wydatki na zdrowie publiczne,	- poziom wykształcenia,
- rozwój społeczny i ekonomiczny,	- zadowolenie z sytuacji ekonomicznej,
- style życia,	- wsparcie społeczne,
- kapitał społeczny (zaufanie społeczne),	- fakt bycia zatrudnionym,
	- pozycja zawodowa,

Źródło: Olsen, Dahl 2007

W uszczegóławianiu zmiennych poziom makro był równoznaczny z wartością wskaźników dla kraju, a przedmiotem wyjaśniania były różnice między krajami. Ustalono, że pojedynczym czynnikiem, który najlepiej wyjaśniał różnice między krajami, a więc najsilniej wpływał na stan zdrowia, był poziom zamożności kraju (GDP per capita). Był to czynnik oddziaływujący na poziomie makro, ale jako cała grupa zmiennych, determinanty poziomu makro wyjaśniały tylko 40% zmienności miar stanu zdrowia. Okazywało się zatem, że czynniki indywidualne są pod tym względem bardziej znaczące.

Oceniając problem oddziaływania czynników społecznych na różnych poziomach zasadne jest twierdzenie, że wszystkie one mogą mieć znaczenie i próba odpowiedzi na pytanie o ich większe lub mniejsze znaczenie. Może być udzielana wyłącznie na podstawie materiału empirycznego. Szczegółowe dane opisujące konkretną sytuację - i to sytuację zrelatywizowaną czasowo - mogą stanowić podstawę orzekania, które czynniki, czy te z poziomu makro, czy mikro, odegrały bardziej znaczącą rolę. Natomiast, kiedy dochodzi do wybrania czynników mających być przedmiotem interwencji w przyszłości, kryterium pragmatyczne nabiera pierwszorzędowego znaczenia. Na ogół, w czasach politycznej stabilizacji bardziej dogodnie jest koncentrowanie się na czynnikach poziomu mikro - na przykład przez programy promocji zdrowia. Kiedy jednak zdarza się napięta politycznie sytuacja, zbliżająca się do stanu rewolucyjnego, możliwe i bardziej wskazane staje się oddziaływanie na czynniki poziomu makro. Reformy zdrowotne,

⁴¹ Karen M. Olsen', Sverre Åge Dahl Health differences between European countries, *Social Science & Medicine*, Volume 64, Issue 8, April 2007, Pages 1665-1678

które były wdrażane w wielu krajach Europy Środkowej po 1989 roku dostarczają ilustracji tego stanu rzeczy.

Problem wpływu czynników ze szczebla makro podjęto w analizie danych uzyskanych w badaniu przeprowadzonym w 2006 roku, pochodzących z 25 krajów europejskiej oraz USA i Kanady, a informacje dotyczyły blisko 135 tysięcy osób, którego wyniki zostały niedawno opublikowane⁴². Zmienne tego poziomu obejmowały następujące parametry: zamożność kraju (GNP per capita), wydatki na zdrowie (%GNP), natężenie nierówności dochodowych (Gini index) oraz jeden z 5 przedstawionych wyżej typów (reżimów) polityki społecznej. Zmiennymi zależnymi był stan zdrowia młodzieży szkolnej (11 - 15 lat) oraz jego zróżnicowanie w zależności od sytuacji społecznej rodziny. Pierwsza zmienna była mierzona na podstawie relacji osób badanych opisujących swój stan zdrowia pod względem częstotliwości występowania 8 somatycznych i psychicznych niepokojących symptomów⁴³. Pomiar pozycji społecznej rodziny był dokonywany za pomocą skali rodzinnej zamożności, pozwalającej uzyskać czteroaspektową charakterystykę⁴⁴.

Wyniki analizy nie pozwoliły na sformułowanie jednoznacznych opinii na temat wpływu czynników makro na stan zdrowia i różnice zdrowotne. Tylko zwiększanie się nierówności dochodowych prowadziło do pogarszania się średnich miar stanu zdrowia, podobnie jak prowadzenie w kraju polityki liberalnej (rynkowej), czyli przy minimalizowaniu transferów społecznych. Można zatem stwierdzić, że w krajach o dużych różnicach dochodowych, a więc prowadzących pasywną politykę redystrybucji dochodów, stan zdrowia - mierzony w sposób przyjęty w badaniu - jest gorszy. Natomiast ani ogólna zamożność kraju, ani wielkość

⁴² Katharina Rathmann, Veronika Ottova, Klaus Hurrelmann, Margarethe de Looze, Kate Levin, Michal Molchog, Frank Elgar, Saoirse Nic Gabhainn, P. van Dijk, Matthias Richter Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states, *Maturitas* 80 (2015) 414-420, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.01.008> 0378-5122/

⁴³ Pomiar był dokonywany przy pomocy narzędzia HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) symptom checklist, symptomy: ból głowy, żołądka, pleców, złe samopoczucie, irytacja, pobudzenie nerwowe, trudności z zasypianiem, poczucie oszołomienia (feeling dizzy) por.: Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, et al. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health* 2008;18(3):294-9.

⁴⁴ Wykorzystywano narzędzie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) Family-Affluence Scale (FAS). Pozyskiwano odpowiedzi na pytania: 1. Czy i ile samochodów jest w posiadaniu rodziny?, 2. Jak często wyjeżdżałeś na wakacje w ciągu ostatniego roku?, 3. Czy Health Behaviour in School-Aged Children masz swój własny pokój?, 4. Ile komputerów ma Twoja rodzina?. Currie C, Molcho M, Boyce WT, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1429-36.

wydatków na zdrowie nie wykazywały uchwytne go wpływu na uśrednione wartości stanu zdrowia. Także inne typy reżimów polityki społecznej nie miały znaczącego wpływu na stan zdrowia. Natomiast pozycja i zamożność rodziny miała znaczący wpływ na stan zdrowia - już nie uśredniony, ale osób należących do tych rodzin - podobnie, jak takie cechy indywidualne jak wiek i płeć. Niska pozycja rodziny wpływała na gorszy stan zdrowia. Rola sytuacji rodzinnej była większa w systemach liberalnych, w porównaniu z innymi typami polityki społecznej. Przy takiej konfiguracji czynników: liberalny reżim i niska pozycja rodziny kumulacja nierówności zdrowotnych była największa. Wzmacniało to przekonanie, że brak angażowania się władz publicznych w procesy polityki społecznej jest niekorzystny dla realizacji celów zdrowotnych. Potwierdzony zatem został wynik pochodzący z innych badań, że czynniki z poziomu makro odgrywają rolę w kształtowaniu stanu zdrowia tylko w ograniczonych aspektach i to - być może - raczej w sposób pośredni, niż bezpośredni.

Dostrzegając ograniczony charakter wyników autorzy formułują kilka hipotez wyjaśniających wpływ czynników makro na zdrowie młodzieży, podkreślając ich prowizoryczną postać. Przyjmują, że tak jak w odniesieniu do dorosłych, czynniki te oddziałują na zdrowie w sposób zapośredniczony. Po pierwsze, osoby o niskiej pozycji społecznej są narażone na znacznie silniejszy stres i korzystają ze słabszego wsparcia społecznego, niż osoby znajdujące się w sytuacji bardziej uprzywilejowanej i ta dysproporcja nasila się w krajach o dużych różnicach dochodowych i prowadzących pasywną politykę społeczną (hipoteza psychospołeczna). Po drugie, dla osób o niskiej pozycji społecznej dostęp do świadczeń społecznych, także zdrowotnych jest utrudniony i świadczenia są relatywnie ograniczone. Bariery dostępu narastają zwykle wraz z urynkowaniem gospodarki (komodyfikacja⁴⁵) i rosnącymi różnicami dochodowymi (hipoteza neo-materialistyczna). Dzieci ponoszą negatywne konsekwencje wraz z rodzicami. W odniesieniu do dzieci, których zdrowie było przedmiotem badania, autorzy przyjęli, że pośrednia rola czynników makro polega na kształtowaniu wzorów zachowań wpływających na zdrowie - za pośrednictwem rodzinnego domu i najbliższego otoczenia - i kształtowanym kulturowo (subkulturowo) zakresie i treści wychowawczych przekazywanych przez rodziców. W ostatniej hipotezie, biorąc pod uwagę, że sprawa dotyczy ludzi bardzo młodych, autorzy przyjęli perspektywę cyklu życia (life course approach). Uznali za możliwe, że subiektywnie postrzeżony i zrelacjonowany negatywny obraz własnego stanu zdrowia będzie utwierdzony przez kolejne doświadczenia, zgodnie z regułami percypowania zjawisk społecznych, przyjętych w danej kulturze. Byłyby to reguły definiowania otaczających aspektów materialnych i psychospołecznych warunków otoczenia. Pamiętać

⁴⁵ Termin Esping Andersena

trzeba, że otoczenie - to na poziomie makro - tworzy nie tylko reguły poznawcze, ale także faktycznie współkształtuje warunki, w których ludzie żyją i dorastają. Komentując tę hipotezę można zakwestionować zasadność pesymistycznej wizji świata: nie ma powodu, by przewidywać kumulację jedynie negatywnych aspektów określających stan własnego zdrowia.

Zakończenie

Przegląd różnych sposobów stawiania pytania o to, od czego zależy stan zdrowia ludzi i różnice stanu zdrowia i odpowiedzi udzielanych na te pytania nie pozostawia wątpliwości, że zarówno jeden rodzaj pytań jak i jeden rodzaj odpowiedzi nie jest możliwy. Chodzi nie tylko o to, że nowe ustalenia naukowe dostarczają nowych informacji, które pozwalają na dostrzeganie zjawisk wcześniej niemożliwych do ustalenia oraz o nieuchronne modyfikowanie ustalonych poglądów, ale o oczywistą sytuację, że w ramach różnych dyscyplin naukowych, kiedy analizuje się odmienne zagadnienia, opisywane w odmiennych językach - wielość pytań i odpowiedzi jest po prostu nieuchronna. Sprawa komplikuje się tym bardziej, że wszystko co odnosi się do relacji między determinantami i stanem zdrowia odnosi się także do relacji między samymi czynnikami sprawczymi. Wielość determinantów nie oddziałuje na zdrowie jako prosta ich suma, ale jako efekt bardzo skomplikowanych wzajemnych interakcji. Nie bez wpływu pozostają także warunki otoczenia, tak w wymiarze materialnym, symbolicznym, psychologicznym, społecznym i tak dalej. Konkludując, musi istnieć wiele modeli uwarunkowań stanu zdrowia, jest to stan naturalny i nieuchronny.

Nadmiar bogactwa informacyjnego, czy teoretycznego, może być kłopotem. Szczęśliwie, przy praktycznym podejściu stosowanym w polityce zdrowotnej, czy w jej szczegółowych wątkach jak HIA i HiAP możliwe jest odwoływanie się do pragmatycznej reguły upraszczającej: warto zajmować się tymi czynnikami wpływającymi na zdrowie, wobec których istnieją jakiegokolwiek możliwości interwencji w realnej perspektywie czasowej. W pragmatycznej perspektywie nawet najbogatsza i najlepiej potwierdzona wiedza o oddziaływaniu czynnika, na które ludzie nie mają żadnego wpływu jest zwyczajnie nieprzydatna. Jeśli wyobrazić sobie, że badania sondy kosmicznej New Horizon pozwoliły ustalić wpływ planety Pluton na stan zdrowia ludzi, to wiedza ta, wpisana w odpowiedni model, byłaby dla ziemskiej polityki zdrowotnej kompletnie nieprzydatna. Podkreślam znaczenie zastrzeżenia o realnej perspektywie czasowej, jest bowiem oczywiste, że metoda niedostępna współcześnie może być uznana z trywialnie łatwą za kilka, czy kilkanaście lat. Techniczne postępy medycyny dostarczają niejednego przykładu, który może być źródłem optymizmu.

Jednocześnie należy dostrzegać eksplanacyjne, ale przede wszystkim predyktywne ograniczenie wszystkich przedstawionych modeli, zwłaszcza jeśli w grę wchodzi ich wykorzystywanie w decyzjach polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego. O ile post factum wyjaśnić można więcej, to przewidywania na ogół jest bardzo niepewne. Stosowanie modeli takich, jak przedstawione w planowaniu strategii interwencji służących zdrowiu sprowadza się na ogół do ukierunkowania uwagi decydentów na zagadnienia, które mogą mieć zdrowotne konsekwencje. Tylko w nielicznych przypadkach - na przykład rozpoznanych wcześniej dużych zmian środowiskowych - przewidywania mogą być formułowane z większym prawdopodobieństwem. Brak pewności, będący następstwem niewystarczającego często empirycznego ugruntowania przedstawianych modeli i słabość teoretycznych uzasadnień może być przeszkodą w przekonywaniu decydentów o konieczności zachowywania niezbędnej ostrożności przy planowaniu wdrożenia rozwiązań, które mogą mieć zdrowotne konsekwencje. Fakt ten potwierdza znaczenie i rolę politycznego procesu, w którym przygotowuje się decyzje, z wykorzystywaniem modeli uwarunkowań zdrowotnych i różnic w stanie zdrowia.

Rozdział trzeci

HIA - OCENA SKUTKÓW ZDROWOTNYCH WOKÓŁ DEFINICJI I KONCEPCJI¹

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Wprowadzenie

Wydaje się, że procedura oceny skutków zdrowotnych (*Health Impact Assessment* - HIA)² może być wpisywana w logikę racjonalnego reagowania na inicjatywę, z którymi występują przedstawiciele różnych sektorów gospodarczych, czy usługowych, a które to interwencje (polityki) mogą doprowadzać do konsekwencji zdrowotnych. Autorzy różnych koncepcji zmian lub interwencji podejmowanych w różnych politykach publicznych, mogą często nie być świadomi, że ich aktywność może mieć wpływ także na zdrowie, a skutek zdrowotny bywa ubocznym efektem podejmowanych przez nich działań. W praktyce HIA jest tak, że przedmiotem analizy może stać się każda postać przygotowywanych działań, także forma prawna, która ma posłużyć wprowadzeniu życie merytorycznej zmiany. Stąd zajmowanie się przepisami prawnymi jest często spotykaną treścią aktywności HIA, choć jest oczywiste, że sama norma nie jest dla HIA interesującą, a ważne są realne zmiany wywoływane przez normę i będące ich następstwem skutki zdrowotne³.

¹ W tekście wykorzystałem tłumaczenia przygotowane przez Członkinie i Członków zespołu realizującego grant, w składzie: Maciej Rogala, Alicja Domagała, Beata Piórecka, Malinowska-Cieślak, Monika Ścibor, Bartosz Balcerzak, Michał Zabdyr-Jamróz, Katarzyna Badora, Anna Szetela, Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka, którym dziękuję

² Niekiedy stosowane jest tłumaczenie „*Ocena wpływu na zdrowie*”, por.: Joanna Kobza, Joanna Woźniak - Holecka, Mariusz Geremek Perspektywy stosowania strategii Health Impact Assessment w Polsce, Raport grant nr: 2004128, dofinansowana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego: 78/Zdrowie Publiczne/2007/7 oraz Śląski Uniwersytet Medyczny, 2008. Dziękuję Pani doktor nauk medycznych Joannie Kobzie za udostępnienie egzemplarza Raportu, możliwe są też tłumaczenia: Ocena Skutku Zdrowotnego, Ocena Skutków dla Zdrowia

³ W polskiej praktyce rządzenia ten aspekt ocen jest brany pod uwagę w procedurze

Zwolennicy twierdzą, że HIA może być interpretowana na jeden ze trzech sposobów: jako *koncepcja*, jako *proces* i jako *instrumentarium*⁴. W różnych kontekstach - i w zależności od sposobu wykorzystywania HIA - nacisk może być położony na jeden z tych aspektów. Ale warto też pamiętać, że HIA jest praktycznie zawsze elementem procesu politycznego realizowanego na różnych szczeblach władzy. Od najwyższego poziomu władztwa rządu i parlamentu po samorządowe instytucje lokalne, wszędzie postawienie pytania i zdrowotne konsekwencje jest postrzegane jako zewnętrzna interwencja w kompetencje któregoś z organów realizującego swoje zadania.

Polityczny kontekst

Możliwość zaistnienia konsekwencji zdrowotnych musi być często ujawniana autorom interwencji przez zewnętrzny podmiot, świadomy tego rodzaju zagrożeń i rola taka wielokrotnie przypada przedstawicielowi resortu zdrowia. Ponieważ jednak pozycja Ministerstw Zdrowia jest często słaba w stosunku do pozycji i siły innych ministerstw, co ma miejsce nie tylko w naszym kraju, samo ostrzeżenie, czy wezwania do czujności, nie zawsze bywa skuteczne. Stąd znacznie większe prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego rezultatu, jeśli ostrzeżenie o zdrowotnym zagrożeniu jest wynikiem sformalizowanego postępowania, takiego jak HIA. Nie zawsze jednak, naturalnie, uboczne efekty zdrowotne różnych interwencji są negatywne. Może być tak, że wiele działań, takich jak rozbudowa komunikacji, zmiany zabudowy, aktywność opiekuńcza, pomoc udzielana rodzinom, czy zmiany podatkowe prowadzą do pozytywnych zmian zdrowotnych. Zatem HIA nie służy wyłącznie ostrzeganiu, choć ten aspekt jej stosowania jest z pewnością bardzo ważny, a dla osób uznających priorytetową wartość zdrowia szczególnie atrakcyjny. Ustalenia HIA mogą przyczyniać się do ujawniania skutków pozytywnych, co w politycznych procesach decyzyjnych staje się dodatkowym argumentem podkreślającym walory rozpatrywanego przedsięwzięcia.

i praktyce „Oceniania skutków regulacji” Patrz Rozdział pierwszy, <http://www.mg.gov.pl/Prawo+dla+przedsiębiorcy/Ocena+Wplywu+regulacji+baza+wiedzy/Wskazowki+praktyczne>, także: Uchwała nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów, <http://www.mg.gov.pl/Prawo+dla+przedsiębiorcy/Ocena+Wplywu+regulacji+baza+wiedzy/Wskazowki+praktyczne>

⁴ J. Kemm, *What is HIA and why it might be useful?*, [w:] *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007, s. 3-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

Podkreślanie uwikłania, czy powiązania procedury HIA z procesem politycznym nie jest formą krytyki, ale stwierdzeniem istnienia tej cechy. Mimo pozoru koncentrowania się na merytorycznych sprawach związanych ze zdrowiem, HIA jest ciągiem zdarzeń, które bardzo głęboko penetrują sferę władzy. Jeśli przyjmuje się, że HIA jest stosowane wobec zamierzeń wynikających z aktywności różnych resortów, to zwykle każdy z nich czuje się suwerennym autorem, czy wręcz właścicielem prezentowanych pomysłów. Wątpliwości zgłaszane przez zewnętrzny podmiot, nawet w najbardziej szlachetnej intencji - jak zdrowie - może być łatwo postrzegane jako głos niekompetentnego intruza. Może to prowadzić do sporu o granice kompetencji, co w warunkach rutynowo przebiegającego procesu politycznego grozi pomijaniem spraw merytorycznych i kontynuowanie sporu na płaszczyźnie wzajemnych oskarżeń o wykroczenie poza granice suwerennych uprawnień. Do nielicznych wyjątków należą sytuacje, w których inicjatorzy różnych interwencji są sami zainteresowani możliwością wystąpienia negatywnych następstw, społecznych czy zdrowotnych. Raczej będą skłonni zakładać, że żadne uboczne skutki nie wystąpią, analogicznie, jak w sytuacjach, w których autorzy reform przyjmują, że proponowane zmiany mogą być wprowadzone w życie bez dodatkowych nakładów. Stąd niejednokrotnie przedstawiane postulaty instytucjonalizowania procedur HIA, także poprzez ich mocne zakorzenienie w przepisach prawa⁵. Skuteczne osiągnięcie celów HIA - minimalizowanie strat i maksymalizowanie korzyści zdrowotnych - powinno móc korzystać z poparcia władzy, czy politycznego autorytetu. Powinno to dotyczyć nie tylko decyzji o wszczęciu procedury HIA, ale także zasad przenoszenia do praktyki wniosków, które płyną z jej przeprowadzenia. Nawet wtedy, kiedy przepisy jednoznacznie nakazują prowadzenie HIA, realizacja wniosków pozostaje w gestii organów wykonawczych, które - z różnych powodów - mogą być zainteresowane blokowaniem lub opóźnianiem podjętych decyzji. Niekiedy wyniki HIA mogą stać się narzędziem politycznego nacisku, kiedy ujawnia się możliwość wystąpienia negatywnych skutków, co było wcześniej skrywane przez dążące do zysku korporacje. Losy kampanii ekologicznych mogą być przywołane jako przykład.

O ile znaczącą cechą HIA jest zajmowanie się przypadkami konkretnych interwencji, to jednocześnie, od pewnego czasu w HIA powraca szersza perspektywa, w której przekracza się granice prognoz związanych z podejmowaniem interwencji mających rozwiązywać różne problemy ujawniane w życiu społecznym. Uznaje się zatem, że HIA ma szczególnie istotne i unikalne znaczenie dla

⁵ John Wright, Jayne Parry, Edward Scully Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? Bulletin of the World Health Organization, vol. 83 n. 6 Geneva Jun. 2005, http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000600016&script=sci_arttext

polityki publicznej w relacji do globalnych wyzwań. Chodziłoby o takie wyzwania, jak zmiany klimatyczne⁶, lawinowy rozwój miast, przejście epidemiologiczne, starzenie się społeczeństw. Nie są to więc skutki wywoływana działaniami człowieka czy rządów, ale procesy zachodzące wyłącznie, albo w znacznym stopniu spontanicznie, nie poddające się kontrolowaniu przez ludzi, i na które społeczeństwa na ogół nie mają większego wpływu. Jest bardzo prawdopodobne, że większość spośród tych procesów będzie miała wpływ na zdrowie, często negatywny, ale rozsądne przygotowanie się do nadchodzących zagrożeń może pozwolić na przygotowanie odpowiednich zabezpieczeń. Możliwe jest także, że pojawią się jakieś korzyści zdrowotne, a jeśli tak, to szansa taka nie powinna być zaprzepaszczone. HIA może oferować narzędzia, lub sama być takim narzędziem, by w oparciu o naukowe dane umożliwić zrozumienie relacji pomiędzy zdrowiem i wszelkimi innymi aktywnościami, a ponadto określenie skutków zdrowotnych, potencjalnie osiągalnych w każdym sektorze. HIA mogłoby umożliwiać opracowanie praktycznych rozwiązań dla promowania zdrowia, począwszy od lokalnego aż po globalny poziom⁷.

HIA może być traktowana jako samodzielna procedura, w której są stawiane pytania o konsekwencje zdrowotne różnych działań - taka ciekawość była obecna w potocznej świadomości od dawna, choć nie zawsze przejawiali ją politycy, zwłaszcza ci podejmujący wysiłek gruntownej przebudowy społeczeństwa, ale także ci wprowadzający w życie decyzje o inwestycjach przemysłowych. HIA może być także traktowana jako użyteczne narzędzie w orientacji określonej jak „Zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*), co jest traktowane jako specyficzny sposób organizowania procesów podejmowania decyzji na różnych szczeblach władzy⁸. We współcześnie prowadzonych analizach polityki zdrowotnej jako bezdyskusyjne przyjmuje się szerokie modele uwarunkowań zdrowotnych, co prowadzi do tego, że czynniki wpływające na zdrowie dostrzega się w działaniach wszystkich polityk publicznych. Jedynie jako przykład można stwierdzić, że w zacytowanym, autorytatywnym tekście na temat HiAP wskazano działania związane z ochroną środowiska, politykę zatrudnienia i ochrony pracowników, aktywności rolnictwa, sprawy jakości żywności i odżywiania, ochronę dzieci, politykę dotyczącą konsumpcji papierosów, alkoholu. W jednym z opracowań krajowych wskazuje się następujące przykłady stosowania HIA,

⁶ Ciekawe, że eksplicite wymienia się zmiany klimatyczne, jakby wracając do tradycji EIA, o której jest mowa w dalszej części tekstu

⁷ From local to global: Health Impact Assessment to face the new challenges, 13th HIA 2013 International Conference - Geneva, Switzerland, 2-4 October 2013
http://www.unige.ch/medecine/eis2013/accueil/Positioning_Paper_HIA2013.pdf

⁸ Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, Edited by Kimmo Leppo et al. Ministry of Health and Social Affairs, Finland, European Observatory of Health Systems and Policies, 2013

w nawiązania do HiAP: transport (sieć komunikacyjna i transport publiczny), budownictwo mieszkaniowe i warunki mieszkaniowe), zatrudnienie (pewność warunki pracy), działania rolnictwa⁹.

Początki i międzynarodowe umocowanie

Jednym z procesów, z których może być wyprowadzana idea HIA były analizy dotyczące czynników wpływających na stan środowiska (*Environmental Impact Assessment* - EIA) przez niektórych traktowany bywa jako wzorzec kształtujący ideę i postępowanie HIA¹⁰. Atutem EIA było jej praktyczne stosowanie w USA już w latach 70. Pojawiło się wtedy pojęcie *efektu motyla*, ukute przy okazji ujawnienia trudności w przewidywaniu pogody. Do historii nauki i powszechnej świadomości weszło brzmiące jak anegdota przekonanie, że ruch skrzydeł motyla w Brazylii może wywołać tornado w Teksasie¹¹. W ten sposób powstała koncepcja, która stała się inspiracją nowego sposobu patrzenia na bardzo złożone i odległe zależności przyczynowo-skutkowe. Ten sposób myślenia, w którym zwraca się uwagę na pośrednie przyczyny wpływające na zdrowie stał się jednym z fundamentów postępowania akceptowanego jako HIA¹².

W kręgu WHO w opracowaniu na temat programu „Zdrowie 21”, będącego kontynuacją strategii „Zdrowie dla wszystkich”, znalazło się zalecenie, by wszystkie kraje członkowskie wprowadziły mechanizmy HIA, a racje zdrowotne były brane pod uwagę we wszystkich przedsięwzięciach¹³. Postulowano też zintegrowane podejście stosowane w osiąganiu celów dotyczących wzrostu ekonomicznego, który powinien być traktowany jako jeden z wymiarów rozwoju człowieka (*human development*), a jego integralną częścią jest zdrowie. Postrzeganie HIA

⁹ Collins J., Koplan J.P. *Health impact assessment: a step toward health in all policies*, JAMA. 2009; 302(3):315-317,

<http://www.walkboston.org/sites/default/files/Health%20Impact%20Assessment%20-%20A%20Step%20Toward%20Health%20in%20All%20Policies.pdf>

¹⁰ WHO, *Other impact assessments*, WHO, 2008, http://www.who.int/hia/tools/other_IA/en/index.html.

¹¹ Zob. E. Lorenz, *Does the flap of a butterfly wings in Brazil set off a tornado in Texas*, [wykład wygłoszony na:] The American Association for the Advancement of Science, Washington DC 1972; *Obituary: E.N. Lorenz ScD'48*, „The Tech” 2008, vol. 128, issue 20, <http://tech.mit.edu/V128/N20/lorenzobit.html>.

¹² West Midlands Directors of Public Health Group Using Health Impact Assessment to make Better Decisions. A simple guide, file:///C:/Users/User/Downloads/UsingHIAforbetterdecisionsasimple-guideWMidlandsD.pdf

¹³ *Zdrowie 21*, CIOZ, Warszawa 2001, Cel 14.2.

jako sprawy bardzo ważnej znalazło wyraz w programie poświęconym analizie teoretycznych koncepcji i doświadczeń krajów w stosowaniu HIA¹⁴.

Jeśli uznaje się, że skutki zdrowotne mogą być generowane przez bardzo wiele czynników, także, a może przede wszystkim przez takie, na które mają wpływ działania innych sektorów, aniżeli resort zdrowia, to jest racjonalnie uzasadnione, by w procesach podejmowanych tam decyzji pojawiała się pytanie także o następstwa zdrowotne. Kwestia odpowiedzialności rządów, a więc wszystkich sektorów, za zdrowie została postawiona już w Konstytucji WHO, a znalazła eksplicite potwierdzenie w Karcie z Ottawy, gdzie stwierdzono, że sprawy zdrowia powinny być obecne w programie decydentów we wszystkich sektorach i na wszystkich poziomach, kierując ich świadomość na konsekwencje zdrowotne ich decyzji i ponoszenie odpowiedzialność za zdrowie. Jest tam także bezpośrednio odniesienie się do HIA, kiedy stwierdza się, że „systematyczna HIA gwałtownie zmieniającego się środowiska, zwłaszcza w zakresie technologii, produkcji energii, urbanizacji jest niezbędna i muszą w ślad za tym być prowadzone pozytywne działania przynoszące korzyści dla zdrowia”¹⁵.

W praktyce UE sytuacja HIA jest mniej jednoznaczna i poziom teoretycznego zainteresowania był przez długi czas znacznie wyższy, niż wprowadzanie prawnych, czy instytucjonalnych regulacji. Ten sposób postępowania można uznać za typowe dla UE podejście do problemów, w którym zainteresowanie sprawą rozpoczyna się od jej rozpoznania, aby dopiero później, po niezbędnym namyśle, podejmować decyzje. W latach 2001-2004 realizowany był projekt „Policy health impact assessment for the European Union”¹⁶. W badaniach prowadzonych w ramach projektu skoncentrowano się na zdrowotnych skutkach wynikających z Europejskiej Strategii Zatrudnienia (European Employment Strategy), która była jednym z elementów wdrażania Strategii Lizbońskiej. W wyniku prowadzonych analiz zwrócono uwagę na konieczność wprowadzenia pewnych metodologicznych modyfikacji, które - jak się spodziewano - przyczynią się do zwiększenia atrakcyjności HIA. Zwrócono uwagę na większą praktyczność stosowanych narzędzi, bardziej precyzyjne ocenianie wykonalności planowanych przedsięwzięć, stosowany zestaw procedur musi być łatwy w stosowaniu i możliwie nie czasochłonny oraz niezbędne jest poważne traktowanie faktu bardzo dużej złożoności procesów podejmowania decyzji w Unii Europejskiej. Autorzy Raportu

¹⁴ *The effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007.

¹⁵ WHO, 1986

¹⁶ Debbie Abrahams et al. Policy health impact assessment for the European Union” Final Report, August 2004, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_11_en.pdf

nie mieli wątpliwości, że ten sposób patrzenia na problemy, jaki stosuje się HIA powinien znajdować możliwie duże zastosowanie. Ten sposób patrzenia na problemy doprowadził do opublikowania w przewodnika, który miał zachęcać kraje członkowskie do wykorzystywania HIA w podejmowanych decyzjach i ułatwiać politykom krajowym podejmowanie inicjatyw związanych ze stosowaniem tej procedury¹⁷. Pomyślany jako praktyczne narzędzie przedstawiał detalicznie, krok po kroku, procedurę, metodę postępowania i narzędzia, jakie można wykorzystywać w HIA. Naturalnie jednak, przewodnik - jako typowy przykład „miękkiego prawa” nie tworzył żadnej wiążącej obligacji i inicjatywy rządów krajowych rozważających inicjowanie procedury HIA pozostawały ich suwerenną decyzją.

Zarówno teoretycznie, jak i w unijnej praktyce, HIA jest traktowana jako należąca do całej grupy, czy rodziny, procedur wykorzystywanych do oceniania różnorodnych skutków podejmowania różnych decyzji w sferze regulacji, gospodarcze i w życiu publicznym. Dążąc do racjonalizowania procesu decyzyjnego już w 2009 roku zaproponowany został dokument mający przyczynić się do większej transparentności i naukowo potwierdzonego uzasadnienia przedstawianych propozycji¹⁸. W UE zasada dokonywania ocen wpływu (*impact assessment*) podejmowanych inicjatyw i interwencji jest stosowana szeroko, obejmuje co najmniej kilkanaście obszarów decyzyjnych, dotyczących środowiska oraz na różnych aspektach życia społecznego i ekonomicznego, i można nawet twierdzić, że jej znaczenie rośnie, niekiedy jest mowa o tworzeniu „systemu oceniania”, to bezpośrednio odniesienia do zdrowia nie pojawiają się często¹⁹. Zdrowie i polityka wobec konsumentów znalazły się jako temat raportu w roku 2014²⁰. Jednocześnie

¹⁷ European Policy Health Impact Assessment. European Policy Health Impact Assessment - A Guide, May 2004, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf

¹⁸ European Commission Impact Assessment Guidelines, 15 January 2009, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/commission_guidelines/docs/iag_2009_en.pdf

¹⁹ European Commission, *Commission impact assessment guidelines*, 15 January, 2009, http://ec.europa.eu/governance/impact/commission_guidelines/commission_guidelines_en.htm

²⁰ European Commission, *2014 impact assessment (IA) reports*, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/ia_carried_out/cia_2014_en.htm

były to następujące sprawy:

1. Commission Implementing Decision 2014/62/EU repealing Decision 2003/766/EC on emergency measures to prevent the spread within the Community of *Diabrotica virgifera* Le Conte;
2. Commission Implementing Directive 2014/19/EU amending Annex I to Council Directive 2000/29/EC on protective measures against the introduction into the Community of organisms harmful to plants or plant products and against their spread within the Community
3. Commission Recommendation 2014/53/EU on measures to control *Diabrotica virgifera virgifera* Le Conte in Union areas where its presence is confirmed

należy odnotować, że sprawy społecznych skutków różnych inicjatyw podejmowanych przez władze, albo będące efektem aktywności ekonomicznej, doczekały się uwzględnienia w tematach podejmowanych w przewodnikach²¹. Generalnie można mieć wrażenie, że sprawy zdrowia były włączane bardziej do problemów związanych z ochroną środowiska, jak to zapisano w jednej z dyrektyw. Napisano w niej, że polityka wspólnotowa w dziedzinie środowiska ma przyczyniać się - między innymi - do zachowania, ochrony i poprawy jakości środowiska, ochrony zdrowia ludzkiego oraz ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych²². Obowiązek oceny miał dotyczyć licznych programów przygotowanych dla rolnictwa, leśnictwa, rybołówstwa, energetyki, przemysłu, transportu, gospodarki odpadami, gospodarki wodnej, telekomunikacji, turystyki, planów zagospodarowania przestrzennego lub użytkowania gruntu. Bez trudności na liście tej można znaleźć zagadnienia, które powinny być traktowane także jako bezspornie należące do sfery zainteresowań HIA, choć dyrektywę przygotowano w celu rozwiązywania problemów środowiskowych. Środowisko i zdrowie połączono także w planie wspólnego działania (Environment & Health Action Plan)²³. W tym samym dokumencie zdrowie wiązano też z problemami zatrudnienia. Znalazła się tam także uwaga, którą można zinterpretować jako dowód małego zainteresowania zdrowiem. Stwierdzono mianowicie, że często spotyka się mieszanię (hodgepodge), w której w sposób całkowicie bezzasadny miesza się czynniki należące do różnych dziedzin, takie jak tworzenie miejsc pracy, dobrą administrację i ludzkie zdrowie. A przecież czynniki te nie mają ze sobą nic wspólnego²⁴. Brak prawnej obligacji nie przekreślał praktycznego zainteresowania problemami HIA, jakie wykazywano w ramach Unii Europejskiej. W wielu krajach UE stosowanie HIA stawało się rutynowo stosowaną procedurą, która znajdowała szerokie zainteresowanie. Przykładem tego procesu, i jego zasięgu, może być zestawienie przedstawione w tabeli.

²¹ Guidance for assessing Social Impacts within the Commission Impact Assessment system, 17/11/2009, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key_docs/docs/guidance_for_assessing_social_impacts.pdf

²² Dyrektywa 2001/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko (Dz. Urz. WE z 21.07.2001 Nr L 197/30), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:06:32001L0042:PL:PDF>

²³ The Evaluation Partnership Evaluation of the Commission's Impact Assessment System, FINAL REPORT, April 2007, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key_docs/docs/tep_eias_final_report.pdf

²⁴ ... they (Guidelines) represent somewhat of a „hodgepodge”, mixing together impacts in very different spheres (e.g. job creation, good administration, human health - which have very little to do with one another!)

Stosowanie HIA w Unii Europejskiej i USA przed 2011 rokiem (dane w %)		
Sektor	UE	USA
Transport	17	28
Mieszkalnictwo i gospodarka przestrzenna	15	38
Środowisko	11	4
Zdrowie	9	0
Zatrudnienie	6	5
Pomoc społeczna	5	0
Finanse	5	0
Energia	4	11
Rolnictwo	4	3
Przemysł	3	7
Edukacja	2	4
Turystyka	1	0
Analiza wielosektorowa	11	0
Inne	6	0

Źródło: Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment. National Research Council (US) Committee on Health Impact Assessment. Washington (DC): National Academies Press (US), 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83548/>

Dostrzegana przez przedstawicieli wielu środowisk atrakcyjność HIA sprawia, że staje się ona przedmiotem coraz bardziej powszechnego zainteresowania i międzynarodowej współpracy²⁵.

Aspekty klasycznej definicji

Najczęściej powoływana, traktowana jako klasyczna, jest definicji HIA pochodząca z *Gothenburg consensus paper*²⁶. W oryginale brzmi następująco:

²⁵ Zob. np. Międzynarodowe konsorcjum IMPACT, HIA Reports, University of Liverpool, http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm. Więcej na temat międzynarodowej bazy danych: C. Higgins *et al.*, *Internet resources for health impact assessment*, WHO European Healthy Cities Health Impact Assessment Subnetwork, 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101495/Net_Resources_HIA.pdf

²⁶ WHO, *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, <http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url>

Health Impact Assessment is a combination of procedures, methods and tools by which a policy, program or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population.

Niżej kilka propozycji tłumaczenia.

- HIA to zbiór procedur, metod i narzędzi, za pomocą których treści polityki, programu lub projektu mogą być oceniane z punktu widzenia potencjalnych skutków zdrowotnych i ich rozkładu w populacji będącej adresatem działań
- Kombinacja procedur, metod i narzędzia przy użyciu których można dokonywać oceny wpływu skutków różnych interwencji (polityk, programów lub projektów) na zdrowie populacji oraz rozkład tych skutków w populacji”. Mówiąc prościej HIA jest to sposób sprawdzenia, czy i jak proponowane/planowane działanie lub polityka wpłynie na zdrowie ludzi, których to działanie będzie dotyczyć.
- Zestaw procedur, metod i narzędzi, poprzez które polityki, programy lub projekty są oceniane, z punktu widzenia tego, jak mogą wpływać na zdrowie populacji a także dyseminować ich (wdrażanych interwencji) skutki
- Połączenie procedur, metod i narzędzi, dzięki którym polityka, program lub projekt może być oceniony i osądzony pod względem swych potencjalnych skutków dla zdrowia populacji i dystrybucji tych skutków w obrębie populacji

Kiedy jest mowa o skutkach zdrowotnych, w grę mogą wchodzić zarówno konsekwencje bezpośrednie, jak i pośrednie. W wielu przypadkach przebiegi łańcuchów przyczynowych mogą przechodzić przez wiele stanów pośredniczących. W związku z tym rozpatrywana perspektywa czasowa może się rozciągać od efektów pojawiających się natychmiast, czy stosunkowo szybko po zaistnieniu bodźca, które je wywołują, do rezultatów znacznie odległych w czasie. Horyzont czasowy może niekiedy przekraczać kilkanaście, lub nawet kilkadziesiąt lat.

=http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?FRID%3D44163&ei=wxSCU-31Auuu7AbuxYCIbg&usg=AFQjCNEG_AyNn_zf2pL-waVG_pp93jow&sig2=KfEpoH-fswMmZ8-GON2iBKw&bvm=bv.67720277,d.ZGU;

por. także: Lehto, J., Ritsatakis, A., Health Impact Assessment as a tool for intersectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden. Brussels: ECHP, WHO. 1999.

Niezależnie od tego, jakie słowa są wykorzystane w opisie najważniejszych cech HIA nie ma wątpliwości, że zawsze stosowane są różne metody postępowania po to, by przedstawić informację o skutkach zdrowotnych, będących następstwem interwencji podejmowanej w różnych dziedzinach. Podkreślić należy, że dodanie frazy o dystrybucji efektów interwencji w populacji utworowało drogę do bardzo ważnego wyzwania-zadania, które stawia się przed HIA - udziału w inicjatywach służących redukcji nierówności w zdrowiu. W klasycznej definicji nie przesądza się, czy interwencja została zaplanowana, czy też już została podjęta w odpowiedzi na doraźną sytuację, wymagającą - zdaniem polityków - szybkiej odpowiedzi. Postuluje się, by informacja opracowywana w procedurze HIA dotyczyła rozkładu zdrowotnych efektów, możliwie ustalenia kto i w jakim zakresie jest ofiarą lub beneficjentem działania. Ma to bezpośredni związek z angażowaniem HIA w aktywności wiążące się z dążeniami do redukcji nierówności w zdrowiu.

HIA postrzega się jako środek służący - albo mogący służyć - wspieraniu racjonalnych decyzji, i to niezależnie od tego, czego merytorycznie dotyczą, przy braniu pod uwagę konsekwencji zdrowotnych. Dzięki stosowaniu HIA możliwe jest dostrzeżenie potencjalnych zdrowotnych następstw - zarówno korzyści, jak i strat - dowolnej interwencji, podejmowanej w dowolnym sektorze i niezależnie od formy własności (interwencje publiczne lub inicjowane przez podmioty prywatne)²⁷. Położenie nacisku na usystematyzowany sposób postępowania, podporządkowany przyjętym regułom, jest ważną cechą HIA.

Niekiedy uważa się, że niezależnie od wykorzystywania HIA na poziomie lokalnym i krajowym, ma ona szczególnie istotne i unikalne znaczenie dla polityki publicznej w relacji do globalnych wyzwań. Znaczenie to polega na zdolności oszacowania skutków zdrowotnych wywołanych - także bez takich intencji - przez polityki publiczne nastawione na rozwiązywanie jakiegoś problemu. Narzędzie w oparciu o naukowe dane umożliwia zrozumienie relacji pomiędzy zdrowiem i wszelkimi innymi aktywnościami, a ponadto określenie skutków zdrowotnych, potencjalnie osiągalnych w każdym sektorze. HIA umożliwia opracowanie praktycznych rozwiązań dla promowania zdrowia począwszy od lokalnego aż po globalny poziom²⁸.

W literaturze spotyka się wiele definicji HIA, o różnym stopniu komplikacji, w których akcenty są rozkładane w odmienny sposób²⁹. Należy też odnotować,

²⁷ NHS Executive, *A Short Guide to Health Impact Assessment. Informing Healthy Decisions*, NHS Executive, London 2000, www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf.

²⁸ 13th HIA 2013 International Conference - Geneva, Switzerland, 2-4 October 2013, http://www.unige.ch/medecine/eis2013/accueil/Positioning_Paper_HIA2013.pdf

²⁹ J. Kemm, J. Perry, *What is HIA?*, [w:] J. Kemm, J. Parry, S. Palmer, *Health impact assessment*, Oxford University Press, Oxford 2005, s. 1-14.

że wielokrotnie opisowe podejście do definicji współwystępuje z podejściem normatywnym. Według najprostszej definicji HIA to: „Oszacowanie wpływu określonego działania na zdrowie danej populacji”³⁰. Równie oszczędna jest definicja, w której stwierdza się, że HIA to sposób patrzenia na konsekwencje zdrowotne decyzji politycznych, programów czy projektów, może być więc stosowany do oceny różnych przedsięwzięć, w rzeczywistości do wszystkich poczynań - polityk, interwencji, strategii, które mogą mieć wpływ na sposób życia i zdrowie ludzi³¹. Nieskomplikowane jest także uznanie, że HIA jest procesem mającym na celu ujawnienie zdrowotnych konsekwencji decyzji proponowanych w różnych politykach publicznych. a proces ten powinien być systematycznie realizowany³². Zasada systematyczności jest oczywiście postulatem, a nie opisową cechą definicyjną, bo wielokrotnie działania typu HIA były pozbawione cechy systematyczności. Inny autor zaproponował, by przez HIA rozumieć ocenę skutków (planowanej) interwencji na stan zdrowia określonej populacji³³. Treść poddawanych analizie decyzji lub interwencji nie ma wpływu na możliwość stosowania HIA. To, czego dotyczy rozważane przedsięwzięcie, jest kwestią drugorzędną, ważna jest natura rozważanych skutków, które dotyczą zdrowia. W terminologii polityki społecznej można mówić o publicznych interwencjach mających służyć rozwiązywaniu jakiegoś problemu. Jest oczywiste, że nurcie wiązania HIA z HiAP takie podejście jest w pełni uzasadnione. W innym opracowaniu przyjmuje się, że HIA to celowo formułowana ocena zmian natężenia ryzyka zdrowotnego, a zmiany te mogą zachodzić na skutek wprowadzanej w życie interwencji³⁴.

Inne definicje

Prezentację różnych sposobów definiowania HIA rozpoczynam od propozycji, która jest przykładem interesującego łączenia życzeniowego myślenia normatywnego z chłodnym, zdystansowanym podejściem opisowym, Mam na myśli

³⁰ Scott-Samuel A. Health impact assessment: theory into practice. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:704-5).

³¹ L.N. Mannheimer, G. Gulis, J. Lehto, P. Ostlin Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods, *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 5, 207, pp. 526-531

³² WHO, *Definitions of HIA*, who.int/hia/about/defin/en/index.html

³³ A. Scott-Samuel, *Health impact assessment - theory into practice*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1998, nr 52, s. 704-705, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756636/pdf/v052p00704.pdf>

³⁴ M. Birley, *The health impact assessment of development projects*, HMSO, London 1995, who.int/hia/about/defin/en/index.html

listę punktów, przedstawioną w jednej z publikacji, które potraktować można jako definicyjną charakterystykę³⁵. Były to następujące punkty:

- skupienie się na złożonych interwencjach lub politykach i ich rozmaitych efektach, jakie one wywierają na czynniki wpływające na stan zdrowia;
- poszukiwanie dowodu na odwracalność czynników szkodliwych dla zdrowia;
- różnorodność i wielość dowodów wywodzonych z różnych dyscyplin naukowych, projektów badawczych i źródeł informacji;
- szeroki krąg interesariuszy zaangażowanych w prace;
- zwykle krótki okres czasu, jaki może być przeznaczony na procedurę i ograniczone zasoby dostępne na jej przeprowadzenie;
- pragmatyczna potrzeba (pragmatic need) poinformowania decydentów (zleceńodawców) o uzyskanych wnioskach, bez względu na jakość dostępnych i wykorzystanych dowodów.

Punkt pierwszy jest bezsporny: jeśli jakąś aktywność - raczej zespołu, niż jednostki - ma być potraktowana jako HIA, to jej zainteresowania, przynajmniej deklarowane, powinny koncentrować się na takich efektach. Praktyka może nie potwierdzać intencji, ale to pozwalałoby twierdzić, że była to HIA niskiej jakości. Jednocześnie uczestnicy działań nie muszą posługiwać się nazwą HIA, wystarczy jeśli dążą do realizowania zadań HIA. Punkt drugi wynika bezpośrednio z oczywistej przesłanki, że negatywnych konsekwencji da się uniknąć. Analogiczna przesłanka jest przyjmowana we wszystkich politykach publicznych: interwencja jest podejmowana, bo może być skuteczna. Punkt trzeci i czwarty, jako postulaty, mają zastosowanie do niektórych tylko sytuacji. Chodzi o stosowanie rozbudowanych i czasochłonnych procedur HIA, kiedy wykorzystuje się wiele dyscyplin i przedstawicieli wielu interesariuszy, które to procedury są stosowane raczej rzadko. W prostych i szybkich HIA, zakres wykorzystywanych dowodów i liczba uczestników są zawężone. Punkt piąty, jako opis sytuacji, jest uzasadniony: czasu i pieniędzy zwykle brakuje. Jednocześnie jednak wielu autorów zaleca prowadzenie rozbudowanych HIA, które są kosztowne i długo muszą trwać i które dotyczą dużych grup, a konsekwencje zdrowotne mogą być bardzo poważne. Postulatywnie zatem punkt ten powinien być sformułowany bardziej ostrożnie. Ostatni punkt przynosi niejednoznaczną informację. Z jednej strony, zakończenie procedury HIA rekomendacjami dla decydentów, jest jej cechą logicznie wynikającą z celu podejmowania procedury. Od zespołu HIA należy je zatem oczekiwać. Z drugiej jednak strony, nie ma powodu, by z góry godzić się na posługiwanie się dowodami kiepskiej jakości. Dążenie uczestników HIA powinna być ambicja wykorzystywania

³⁵ J Mindell, A Boaz, M Joffe, S Curtis, M Birley Enhancing the evidence base for health impact assessment, *J Epidemiol Community Health* 2004;58:546-551, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732829/pdf/v058p00546.pdf>

możliwie dobrych dowodów, a postugiwanie się dowodami mało wartościowymi, jest raczej przejawem porażki tak idei HIA, jak i osób zaangażowanych w to przedsięwzięcie.

Procedura HIA może być też charakteryzowana poprzez funkcje, jakie mogą jej być przypisywane. Funkcje są rozumiane jako potencjalnie istniejące, czy dostępne możliwości zajmowania się wyodrębnionymi obszarami zagadnień. Autorzy nie twierdzą, że efekt przypisywany określonej funkcji zostanie osiągnięty, ale istnieje prawdopodobieństwo, czy szansa, że tak będzie. Osiągnięcie tych efektów prowadziłoby do pewnej normatywnie postrzeganej, idealnej sytuacji. Jeśli HIA zostanie określona poprzez jej zadanie polegające na formułowaniu prognoz co do przyszłego rozwoju zdarzeń oraz przekazywania informacji wspierających decydentów, to funkcje przedstawiają się następująco³⁶:

- Przewidywanie konsekwencji będących następstwem różnych zamierzonych opcji działania,
- Dostarczanie informacji, które mogą być przydatne do uznania priorytetu akcji zapobiegawczych i strategii kontrolowania procesów mogących prowadzić do pogorszenia zdrowia
- Przyczyniać się do angażowania w aktywności służące zdrowiu, związane z HIA, podmiotów gospodarczych i różnych interesariuszy tak, by decyzje były efektem współpracy;
- Identyfikowanie najbardziej znaczących (krytycznych) środowiskowych i społecznych czynników, które mogą być modyfikowane przez zamierzoną interwencję;
- Podejmowanie działań nakierowanych na ważne problemy zdrowotne, od rozwiązania których zależy możliwość osiągnięcia ważnych dla społeczności celów pozazdrowotnych;
- Stymulowanie międzysektorowej współpracy przez angażowanie podmiotów spoza sektora zdrowotnego oraz przyczynianie się do rozwoju kompetencji i możliwości fachowego działania własnych struktur służących zdrowiu;
- Wzmacnianie legitymizacji projektowanej interwencji (license to operate) w jej postrzeganiu przez lokalne społeczności i lokalne władze (rządy).

Zauważyć można, że autorzy wskazują warunek, które powinien być spełniony, by realizacja procedury HIA mogła sprzyjać zaistnieniu poszczególnych funkcji. Jest nim przejście całego sześćoetapowego cyklu HIA³⁷.

³⁶ Introduction to Health Impact Assessment, IFC's Good Practice Publications, 2009, <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES>

³⁷ Piszę o tym w dalszej części tekstu

Poniżej przedstawione są, zaczerpnięte z literatury, różne propozycje definicyjne oraz wskazane ich najbardziej charakterystyczne cechy.

Definicja	Szczególny aspekt
Połączenie procedur lub metod, które pozwalają oszacować skutki/ zagrożenia – pozytywne i/ lub negatywne – polityk, programów lub innych wydarzeń na zdrowie populacji lub jej części, szczególnie w odniesieniu do ich wpływu na nierówności w zdrowiu ³⁸	Nierówności w zdrowiu
Zestaw procedur, metod i narzędzi wykorzystywanych celem oceny potencjalnie występujących skutków zdrowotnych wśród okolicznych populacji, oraz rekomendowania aktywności zapobiegających powstawaniu negatywnych konsekwencji ³⁹	Akcent na zapobieganie negatywnym konsekwencjom
Metodologia, której celem jest określenie, przewidywanie i oceny prawdopodobnych zmian wynikających z prowadzonej polityki i ich wpływu zarówno pozytywnego jak i negatywnego, pojedynczego jak i kolektywnego na zdrowie określonych populacji ⁴⁰	Postrzeganie zdrowia w wymiarze indywidualnym i zbiorowym
HIA to proces używany do identyfikacji projektu, polityki lub programu, który może mieć wpływ na zdrowie. HIA wykorzystuje połączenie procedur metod i narzędzi, aby systematycznie oceniać potencjalne i czasem niezamierzone skutki proponowanego projektu, programu lub polityki dotyczące zdrowia populacji oraz ich dystrybucji. HIA wytwarza także zalecenia w celu zwiększenia korzyści zdrowotnych, wynikających z projektu / polityki / programu, a także w celu złagodzenia ewentualnych szkód ⁴¹	Bardziej akcentowane korzyści, niż szkody zdrowotne. Przesłanka, że niezamierzone skutki pojawiają się tylko sporadycznie
HIA: systemowy proces, który wykorzystuje szeroki wachlarz źródeł danych oraz metod analitycznych, i który bierze pod uwagę wkład/stanowiska [input from] interesariuszy [stakeholders] w celu określenia potencjalnych skutków proponowanej polityki publicznej [policy], planu, programu lub projektu na zdrowie ludności i dystrybucję tych skutków w obrębie populacji ⁴²	Aktywny udział interesariuszy. Dystrybucja efektów zdrowotnych

³⁸ Kemm J. *Developing health impact assessment in Wales*. Cardiff: Health Promotion Division, National Assembly for Wales, 1999.)

³⁹ Introduction to Health Impact Assessment, IFC's Good Practice Publications, 2009, <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES>

⁴⁰ British Medical Association. *Health and environmental impact assessment: an integrated approach*. London: Earthscan Publications, 1999

⁴¹ Society of Practitioners of Health Impact Assessment http://hiasociety.org/?page_id=55)

⁴² Quigley, R., L. den Broeder, P. Furu, A. Bond, B. Cave and R. Bos 2006 Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Special Publication Series No. 5.

HIA oznacza prowadzenie polityki opartej na dowodach, której celem jest poprawa zdrowia. Jest to połączenie metod, których celem jest ocena skutków zdrowotnych prowadzonych polityk, projektów, programów dla populacji, polityka dla których cele zdrowotne nie mają charakteru celu podstawowego	Poprawa stanu zdrowia jako cel HIA. Postępowanie oparte na dowodach
HIA jest systematycznym procesem używanym w celu pozyskania danych i wykorzystania metod analitycznych uwzględniających wpływ podmiotów (udziałowców, interesariuszy) na potencjalne efekty zdrowotnej proponowanej polityki, planów, programów i ich dystrybucji na rzecz tej populacji. HIA udziela rekomendacji jak należy monitorować i zarządzać tymi efektami ⁴³	Wpływ interesariuszy (a nie tylko interwencji) na efekty zdrowotne. Zarządzanie efektami zdrowotnymi
HIA jest podejściem, które pomaga w identyfikacji i rozważaniach na temat potencjalnych lub rzeczywiście podejmowanych oddziaływaniach na zdrowie populacji. Podstawą HIA jest zestaw zaleceń opartych na dowodach naukowych ukierunkowanych na informowanie podmiotów podejmujących decyzje. Chodzi o wzmocnienie pozytywnych efektów projektu oraz do usunięcia lub zminimalizowania negatywnych skutków zdrowotnych, dobrego samopoczucia i nierówności zdrowotnych, które mogą powstać lub już istnieją i mogą się pogłębić ⁴⁴	Instrumentalna rola HIA. Praktyczne wykorzystywanie naukowych ustaleń
HIA to połączenie postępowań, metod i narzędzi pozwalających na systematyczne szacowanie potencjalnych, a niekiedy niechcianych/ niezamierzonych (unintended), efektów polityki, planu, programu lub projektu na zdrowiu populacji i dystrybucji tych efektów ⁴⁵	Możliwość wystąpienia niechcianych rezultatów, a także problem dystrybucji skutków zdrowotnych w populacji
HIA to oszacowanie (estimation) skutków określonego działania na zdrowie określonej populacji. Projekty, programy lub strategie wpływają na zdrowie poprzez wytwarzanie zmian w determinantach zdrowia osoby lub grupy. Wpływ na zdrowie może być definiowany jako zmiana uwarunkowań zdrowia wśród określonej społeczności, która jest adresatem projektu. Wpływ na zdrowie może być negatywny (ryzyko zdrowotne) lub pozytywny (wzmocnienie zdrowia). HIA dotyczy minimalizacji zagrożeń dla zdrowia i maksymalizacji korzyści z konkretnego działania (interwencji) ⁴⁶	Pominięcie roli mechanizmu przekazywania decyzyjnym informacjom i rekomendacjom

Fargo, USA: International Association for Impact Assessment., <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>).

⁴³ *Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment*, http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13229.

⁴⁴ The Health Development Agency Impact Report 2002-03

⁴⁵ Quigley R, den Broeder L, Furu P, Bond A, Cave B, Bos R. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Special Publication Series No.5. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment; 2006.

<p>HIA identyfikuje i ocenia wpływ skutków polityki, planów, programów i projektów planistycznych (designs) na zdrowie. Od podnoszenia świadomości, metod szybkiego oceniania do metod bardziej zaawansowanych w przetwarzaniu danych, HIA występuje w różnych formach. Ogólnie rzecz biorąc, tradycyjne HIA jest prowadzone przez ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego, koncentruje się na środowisku społecznym (np. przestępczości, rozwoju gospodarczym, niedrożej zabudowie mieszkaniowej itp.) i jest związana z ogólnymi wynikami zdrowotnymi⁴⁷</p>	<p>Zwrócenie uwagi na planowanie przestrzenne. Wskazanie faktu ewolucji metod stosowanych w HIA</p>
<p>W obszarze polityki publicznej, HIA stanowi zarówno proces, jak i narzędzie dostarczające decydom działającym w niepublicznych podmiotach sektora zdrowotnego informacji w zakresie możliwych konsekwencji ich decyzji na zdrowie populacji lub wskazanych grup⁴⁸</p>	<p>Publiczna funkcja, której efekty stanowią wytyczne działania dla sektora niepublicznego</p>
<p>Wielodyscyplinarny proces analizowania skutków zdrowotnych, na podstawie dostępnych dowodów, wewnątrz uporządkowanych ram koncepcyjnych. W procesie tym wykorzystuje się szeroki model uwarunkowań stanu zdrowia, uwzględniający postulaty, nauk politycznych, społecznych, psychologicznych i środowiskowe⁴⁹</p>	<p>Postępowanie badawcze z udziałem wielu równoprawnych dyscyplin naukowych</p>

Przedstawione zestawienie definicji jednoznacznie świadczy, o współistnieniu wielu sposobów postrzegania i definiowania HIA. Istnieje niewątpliwie jedna cecha wspólna, to zainteresowanie zdrowotnymi konsekwencjami różnorodnych działań. Jednak okoliczności, w których pytanie to jest stawiane, sposoby dochodzenia do znalezienia odpowiedzi, a szczególnie sposób traktowania rekomendacji, jeśli są one niezgodne z pierwotnymi zamiarami ośrodków decyzyjnych, to pole daleko idących odmienności. W różnych krajach i w różnych czasach odpowiedzi udzielane na pytania o sposób realizowania HIA są i każda władza musi rozstrzygać, który z możliwych wariantów postępowania będzie dla niej najbardziej dogodny.

⁴⁶ Muna Ibrahim Abdel Aziz Muna Ibrahim Abdel Aziz Health Impact Assessment: An overview and examples, Sudanese Journal of Public Health: July 2007, Vol.2 (3), <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i3p140-145.pdf>

⁴⁷ The Design for Health (DFH) web site, <http://designforhealth.net/hia/>

⁴⁸ National Collaborating Centre for Healthy Public Policy NCCHPP, Introduction to HIA, HIA Series, November 2009, http://www.ncchpp.ca/docs/Introduction_HIA_EN_.pdf

⁴⁹ The Health Impact Assessment (HIA) project Partnership for Prevention and UCLA School of Public Health, <http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/whatishia.htm>

Inicjacja HIA

Pomimo zbieżności podstawowych elementów, które są przedstawiane w opisach HIA, w praktyce dochodzi do rozbieżności w tym, jak HIA są przeprowadzone⁵⁰. Może to dotyczyć sposobu identyfikowania i zaangażowania interesariuszy w procedury HIA, czy docierania do, gromadzenia i analizowania danych, co może mieć decydujący wpływ na treść wniosków i rekomendacji. Także struktura i zawartość końcowych wyników HIA, które przesądzają o ich politycznym losie. Różnorodność praktyk wynika po części z faktu, że HIA podejmowana jest w szerokim zakresie polityk, które obejmują wiele sektorów, poziomów administracji, typów propozycji (polityk, planów, programów i projektów) oraz odmiennych stopni złożoności. Zmienność ta ewoluowała w warunkach braku powszechnie akceptowanych standardów praktyki lub formalnych lub proceduralnych wymogów regulacyjnych dla HIA, które - wraz z upływem czasu i procesami instytucjonalizowania HIA - zostają określone w ustawach i pokrewnych normach prawnych.

Od HIA oczekuje się, że dostarczy zaleceń dotyczących monitorowania skutków zdrowotnych i wskaże możliwości zarządzania nimi⁵¹. Odpowiedź na pytanie o zdrowotne konsekwencje jakiegoś działania powinna być udzielana przez podmiot kompetentny. Tylko w rzadkich przypadkach w krajach istnieją powołane na stałe komórki organizacyjne, które przygotowane są merytorycznie przygotowane do przygotowywania prognoz na ten temat, a i wtedy ich kompetencje są ograniczone do niektórych tylko, najczęściej podejmowanych problemów. Najczęściej zatem, jeśli istnieją stałe struktury, to zajmują się one raczej organizacją procesu HIA, a przyjmowaniem na siebie trudu przygotowywania rzeczowych odpowiedzi zajmują się powoływane doraźnie zespoły profesjonalne. Może się także zdarzać, że nie ma organizacyjnego zaplecza, by aranżować procesy HIA i wtedy niezbędne jest - jeśli władze dochodzą do przekonania, że podjęcie HIA jest potrzebne - tworzenie ad hoc zespołu przyjmującego na siebie podwójne zadanie - organizowanie procesu i przygotowanie merytorycznych rekomendacji.

W procedurze HIA zawsze biorą udział politycy i eksperci, niekiedy także - zgodnie z wieloma postulatami - przedstawiciele zainteresowanych grup społecznych, czy społeczności lokalnych. Inicjatorem wszczęcia postępowania może

⁵⁰ Jennifer Mindell, Jane Biddulph, Lorraine Taylor, Karen Lock^d, Annette Boaz, Michael Joffe^f & Sarah Curtis Improving the use of evidence in health impact assessment, *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:543-550, <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>

⁵¹ Committee on Health Impact Assessment; US National Research Council, http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13229

być neutralny, to jest niezainteresowany wprost rozstrzygnięciem konkretnej sprawy przedstawiciel władzy. Udział wielu zainteresowanych podmiotów - interesariuszy, udziałowców (stakeholders) - bywa niekiedy traktowany jako jedno z najważniejszych zagadnień w realizacji procedury HIA⁵². Szerokie zaangażowanie interesariuszy jest postulowane przez odwoływanie się do wartości demokratycznych, ale także z uwagi na korzyści praktyczne. Z jednej strony, w fazie preparacyjnej, wchodzi w grę łatwiejsze docieranie do informacji, które nie mogłyby być pozyskane w inny sposób. Chodzi o faktyczne konsekwencje, także psychologiczne, ale także o rozpoznanie możliwych reakcji, pozytywnych i negatywnych. Z drugiej strony, w implementacji, można oczekiwać, że wcześniejsze nawiązanie współpracy z grupami i jednostkami zainteresowanymi pozwoli na pozyskanie sojuszników i zminimalizuje sprzeciw oponentów.

Idea oceniania jakiegoś przedsięwzięcia z punktu widzenia zdrowotnych konsekwencji może wyjść ze strony autorów planowanej interwencji, a może wynikać z obywatelskiego niepokoju, ugrupowań dostrzegających zagrożenia w planowanej zmianie czy przedsięwzięciu. Sytuacja, w której inicjatorem HIA jest przedstawiciel władzy jest korzystna, bo znacznie zwiększa szanse wprowadzenia w praktyce ustaleń wynikających z ustaleń HIA. Zwiększa, to nie znaczy przesądza, bo wiele okoliczności związanych z układem interesów i sił politycznych ma decydujący wpływ na dalszy los przedstawionych rekomendacji. Interesująca sytuacja powstaje, kiedy inicjatywa przeprowadzenia HIA wychodzi ze strony organizacji społecznych. Niejednokrotnie jest to zdrowy obywatelski oddech ze strony osób, które poczuły się zagrożone planami władzy, realizujące nieznane innym zamiary. Zdarza się, że powstające w ten sposób obawy są całkowicie uzasadnione, bo władza nie zatroszczyła się o sprawdzenie mogących nastąpić negatywnych skutków zdrowotnych. Nieprzemyślana lokalizacja fabryki emitującej szkodliwe odpady, kiedy nie wzięto pod uwagę kierunku wiejących wiatrów, może być przykładem. Może jednak być także tak, że lęk jest całkowicie nieuzasadniony, a niepokoje zostały wzbudzone błędną informacją, albo niezrozumieniem dostępnego komunikatu. Szczególnie niepokoje związane z niewłaściwym wykorzystywaniem energii atomowej, na przykład w elektrowniach, pobudzają wyobraźnię, niekiedy w stopniu histerycznym, Fala decyzji o rezygnacji z rozwoju elektrowni jądrowych, albo wręcz ich zamykaniu, jaka przetoczyła się przez wiele krajów po wypadku w Fukushima, jest przekonującą ilustracją tego zjawiska⁵³.

⁵² Mark B Horton A Guide for Health Impact Assessment, California Department of Public Health, October, 2010, <http://www.cdph.ca.gov/pubsforms/Guidelines/Documents/HIA%20Guide%20FINAL%202010-19-10.pdf>

⁵³ Na przykład: Caroline Jorant (July 2011). „The implications of Fukushima: The European perspective” *Bulletin of the Atomic Scientists* 67 (4), <http://bos.sagepub.com/content/67/4/14.abstract>

Misja/cele HIA

W politycznej perspektywie pierwszym zadaniem HIA jest przedstawienie w postaci raportu i stosownych rekomendacji, oceny zdrowotnych następstw rozważanej, czy planowanej interwencji polityki publicznej oraz - w miarę możliwości - wpływu na nierówności w zdrowiu. Przestanką ocen - i rekomendacji - jest dążenie do eliminacji, a przynajmniej zmniejszenia następstw negatywnych, zwiększania następstw pozytywnych, przynajmniej niezwiększanie różnic zdrowotnych oraz zwiększanie równości. Spełnienie tego oczekiwania - tych oczekiwań - wymaga zgromadzenia systematycznie zbieranej informacji w postaci pozwalającej na wyciąganie praktycznych wniosków na temat ocenianej zmiany czy interwencji. W rekomendacjach możliwe jest proste poparcie projektu, jeśli z analizy wynika, że ujemnych zmian nie należy się spodziewać, ale równie prawdopodobne jest postulowanie bądź zmiany pierwotnego projektu tak, by zwiększyć zakres efektów pozytywnych i zminimalizować efekty negatywne. W radykalnej postaci w rekomendacjach HIA zalecać można wstrzymanie i rezygnację z pierwotnych planów.

Na realizację misji HIA znaczący wpływ ma sposób organizowania procedur HIA, a szczególnie dobór i ustalenie reguł współdziałania różnych grup uczestników. Wiązą się z tym dwie kwestie. Po pierwsze, udział ekspertów zwiększa szansę bardziej racjonalnego podejmowania decyzji, pod warunkiem jednak, że przedstawiciele jednej profesji nie zmonopolizują procesu ewaluacji skutków zdrowotnych. Niebezpieczeństwo polega nie tyle na wykorzystywaniu przewagi teoretycznej którejś z dyscyplin, co na posługiwaniu się mierzalnymi wskaźnikami, które pod pozorem precyzji nieuchronnie prowadzą do symplifikacji bardzo złożonych problemów uwarunkowań zdrowia. Pamiętać jednak należy, że ekspertów - i punktów widzenia - nie może być zbyt wiele, bo może to prowadzić do paraliżu decyzyjnego. Dążenie do prostoty pozostaje w konflikcie z dążeniem do uwzględniania w procesie decyzyjnym wielu punktów widzenia. Od potencjału organizacyjnego, ale także od zdolności przywódczych i umiejętności współdziałania zależy, na ile możliwe jest komplikowanie realizowanej procedury. Po drugie, udział interesariuszy pozwala na bardziej sprawiedliwe wyważenie racji prezentowanych przez różne środowiska. Bezpośredni udział przedstawicieli zainteresowanych grup pozwala na dostrzeganie problemów, także negatywnych konsekwencji, które bez takiego udziału pozostawałyby w cieniu. Dostrzeganie i branie pod uwagę wielu punktów widzenia jest niewątpliwie pozytywną cechą HIA, choć pamiętać należy, że ustalanie dobra wspólnego, czyli efektu wielo-

stronnych kompromisów, prowadzi do odmiennych wyników, w zależności od szczebla struktury administracyjnej. Z pewnością, priorytety zdrowotne na szczeblu szpitala, powiatu, regiony i państwa są odmienne i jest to sytuacja, która nie podlega zmianie. Tak więc, samo uznanie, że dzięki stosowaniu HIA poprawia się jakość podejmowanie decyzji na wszystkich szczeblach, bo włączona weń zostaje świadomość konsekwencji zdrowotnych nie eliminuje potencjalnych konfliktów, jakie w tym procesie mogą się ujawniać. Celem HIA jest informowanie, wpływ oraz wsparcie podejmowanych decyzji. Wiele czynników wyżywa na proces podejmowania decyzji, ale trzeba zauważyć, że HIA jest tylko jednym z nich

W HIA z konieczności występują dwa dążenia, których odmienności muszą prowadzić do napięć między nimi. Z jednej bowiem strony rola HIA, czy jej ważny element, polega na ustalaniu faktów (co jest związane z procesem badawczym). Pierwsze zadanie HIA to udzielenie odpowiedzi na pytanie o empiryczne konsekwencje przygotowywanej interwencji, z punktu widzenia zdrowotnych następstw działania. Mimo zatem, że w nazwie HIA występuje słowo „ocena” to podstawą jej ewentualnego sformułowania są ustalenia dotyczące faktów. Są to więc funkcje typowo przypisywane bezstronnym badaczom. Drugie zadanie polega na podejmowaniu funkcji propagatora (*advocacy*) wobec politycznych decydentów. Realizując HIA nie chodzi jedynie o wytworzenie specyficznej wiedzy - nawet jeśli nie wiąże się to z nowymi odkryciami naukowymi, a jest tylko konkretyzacją dawno odkrytych prawidłowości do określonego przypadku - to zawsze należy pozyskać wsparcie decydentów. Prowadzi to do konieczności nawiązywania kontaktów z decydentami i różnymi środowiskami wpływającymi na przebieg HIA i jej skutki. Odegranie roli propagatora jest niezbędne, aby wyjść poza prostą dyseminację wyników badawczych i zyskać szansę wpływania na proces decyzyjny. Konieczność pełnienia łącznie obydwu funkcji, co jednoznacznie wynika z postulatów kierowanych do uczestników HIA, musi prowadzić do konfliktów, bo obie formy aktywności są podporządkowane odmiennym normom postępowania. Dla badaczy kryterium prawdy powinno być najważniejsze, lecz przekonując oponentów, może się okazać, że dla osiągnięcia skuteczności perswazji, korzystne jest niekiedy pomijanie niektórych aspektów problemu, czy niektórych informacji.

Aktywności związane z próbami oddziaływania na decydentów przybierają trzy postacie⁵⁴. Po pierwsze, polegają na wzbogacaniu ogólnej wiedzy czy świadomości decydentów, że rozważane przez nich interwencje mogą mieć skutki zdrowotne. Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami na temat uwarunkowań stanu zdrowia, niemal wszystko może na zdrowie oddziaływać. Mając to na uwadze, należy przedstawiać argumenty dostatecznie specyficzne, odnoszące się

⁵⁴ M. Joffe, J. Mindell, *Health Impact Assessment*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2005, vol. 62, nr 12, s. 907-912.

konkretnie do rozpatrywanych problemów. Bez tego, procedura, która ma być traktowana jako HIA, ogranicza się do stawiania całkowicie ogólnikowego zapytania o możliwe skutki zdrowotne, a w oczywistej odpowiedzi stwierdza się, że „jakieś” skutki z pewnością nastąpią. Po drugie, można dostarczać szczegółowych informacji służących ustosunkowaniu się do następstw osiągnięcia wyznaczonego celu interwencji lub też skutków ubocznych zastosowania środków, które mają prowadzić do celu. Ta forma aktywności bywa trudna do zrealizowania, bo rzadkie są sytuacje, w których dysponuje się uzasadnionymi analizami, przewidującymi dostatecznie szeroki krąg potencjalnych skutków. Zdarza się także, że wnioski przygotowane przez konkurujące ze sobą grupy ekspertów są ze sobą niezgodne. Z punktu widzenia reguł postępowania naukowego różnica opinii między ekspertami jest zjawiskiem naturalnym, a debaty uczonych służą ich usunięciu. Jednak w praktycznie zorientowanej HIA jest to poważna przeszkoda. Brak czasu uniemożliwia zwykle dojście do zgody w naturalnym dla nauki trybie, a jednocześnie decydenci mogą się czuć zagubieni wobec niejednoznacznych wniosków płynących od przedstawicieli nauki. Po trzecie, wpływ na proces decyzyjny może być wywierany przez mobilizację grup mogących ponieść szkody w wyniku realizacji przygotowywanych interwencji. Udział przedstawicieli zainteresowanych grup w pracach HIA ułatwia przekazywanie informacji, także informacji o zagrożeniu. Informacja taka może prowadzić do mobilizacji ludzi, co bywa skuteczne prowadząc do obrony partykularnych interesów grupy. Może to, także bez niczych złych intencji, prowadzić do wzbudzenia nieuzasadnionego lęku, a motywowane nim pobudzenie emocjonalne prowadzi nie tyle do modyfikacji, ile do sparaliżowania decyzji. Są doświadczenia wskazujące, że raz zahamowana decyzja zamyka szanse podjęcia problemu w przyszłości. Opory związane z budową spalarni śmieci - przykład niejednokrotnie przedstawiany w rozważaniach o HIA - może ilustrować te procesy.

Nierówności/ niesprawiedliwości w zdrowiu⁵⁵

Niekiedy do zakresu działań delimitowanych definicją HIA włącza się cel polegający na wspieraniu procesu decyzyjnego generalnie, a także w dążeniu do redukcji nierówności w zdrowiu. Było to wyraźnie widoczne w klasycznej definicji z *Gothenburg consensus paper*, i kiedy była mowa o analizie skutków zdrowotnych z punktu widzenia ich „distribution of those effects within the population”. W niektórych opracowaniach stwierdza się, że problem równości jest pierwszym

⁵⁵ Nierówności (inequalities), niesprawiedliwości (inequities) - terminy odnoszące się do tego samego zjawiska, ale o odmiennym ładunku emocjonalnym

kryterium, jakie należy brać pod uwagę w procedurze HIA⁵⁶. Takie czynniki różnicujące pozycję społeczną jak dochody, przynależność rasowa i etniczna, wiek, płeć, miejsce zamieszkania i rodzaj pracy wyznaczają szanse odnoszenia korzyści zdrowotnych, ale mogą też przesądzać o większych zagrożeniach. Można odnieść wrażenie, że cel ten wskazywany jest coraz częściej i akcentowany coraz mocniej, wraz z zwrastającym znaczeniem przypisywanym problemowi nierówności w zdrowiu⁵⁷.

O ile deklaratywne poparcie dla wykorzystywania HIA w działaniach służących redukowaniu nierówności zdrowotnych jest powszechne, o tyle praktyka w tej dziedzinie pozostawia wiele do życzenia. Dotychczasowe doświadczenia pozwalają twierdzić, że wśród przyczyn niezadowalającego stanu rzeczy można wskazać przynajmniej następujące sprawy⁵⁸:

- brak precyzji w opisywaniu łańcuchów przyczynowych;
- zacieranie różnicy między czynnikami prowadzącymi do poprawy stanu zdrowia i przyczynami nierówności w zdrowiu;
- brak rozróżnienia między nachyleniem (gradientem) zdrowia i lukami w stanie zdrowia;
- nieodpowiedniość w opisach osi społecznego różnicowania w populacjach;
- wpływ kontekstu na interpretowanie dowodów naukowych i pojęć używanych do agregowania dowodów;
- problemy tłumaczenia wiedzy na działania.

Niektóre ze wskazanych czynników wymagają dodatkowego naświetlenia. Niejasność dotycząca zależności przyczynowych jest w dużym stopniu efektem dużej liczby koncepcji, które pretendują do wskazania co jest czego przyczyną - na końcu tego łańcucha są parametry stanu zdrowia - a z powodu ich wielości trudno o wskazanie koncepcji najbardziej zadowalającej. Kłopoty biorą się także z tego, że współcześnie unika się rozwijania teorii bardziej szczegółowych, a więc operujących mniejszą liczbą branych pod uwagę czynników, do teorii bardziej ogólnych (co skądinąd można potraktować jako ich syntetyzowanie).

⁵⁶ Human Impact Partners Considerations for the Selection of Appropriate Policies, Plans, or Projects for Analysis using Health Impact Assessment, Health Impact Assessment Screening Considerations 11/13/09, file:///C:/Users/User/Downloads/HIA-Screening-Whitepaper%20(1).pdf

⁵⁷ The Institute of Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment Guidance*, The Institute of Public Health in Ireland, Belfast-Dublin 2006, www.publichealth.ie/files/file/Health_Impact_Assessment_Guidance.pdf

⁵⁸ Michael P. Kelly, Antony Morgan, Josiane Bonnefoy, Jennifer Butt, Vivian Bergman Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health From Measurement and Evidence Knowledge Network, Michael P. Kelly, Josiane Bonnefoy (Co-chairs), October 2007, http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf

Jeśli zatem współistnieje wiele koncepcji traktowanych jako równoprawne, to ustalenie co „ostatecznie” wpływa na zdrowie staje się praktycznie niemożliwe. Czynniki wpływające na zdrowie nie muszą być tożsame z czynnikami wpływającymi na różnice w stanie zdrowia. Te same bodźce z różną intensywnością oddziałują na ludzi, w zależności od ich pozycji społecznej, co było wielokrotnie stwierdzane w analizach programów promocji zdrowia. Ten sam racjonalny przekaz, na przykład o szkodliwości palenia papierosów okaże się skuteczny wobec wykształconych reprezentantów klasy średniej, ale nie oddziała na niewykształconych bezrobotnych mieszkających na przedmieściu. Ten sam czynnik prowadzący do poprawy przeciętnych wskaźników zdrowotnych, jak długość życia, nie musi prowadzić do zmniejszania się różnic jego trwania wśród przedstawicieli różnych grup społecznych. Fakt ten powinien być brany pod uwagę, kiedy w procedurze HIA ocenia się efekty zdrowotne różnych interwencji, z punktu widzenia ich wpływu na nierówności w zdrowiu. Konieczne jest wtedy dostatecznie precyzyjne odtworzenie struktury społecznej, w którym uwzględnia się cechy wpływające na nierówności zdrowotne, a ponadto uwzględnienie tych czynników, które wpływają nie tylko na zdrowie, ale także na różnice zdrowotne.

Są takie czynniki społeczne, jak wykształcenie, poziom zamożności które w zasadzie zawsze wpływają na zdrowie, ale są takie jak rodzaj wykonywanej pracy, przynależność etniczna, miejsce zamieszkania, nawet wiek i płeć, których oddziaływanie w większym lub mniejszym stopniu jest uzależnione od kulturowego kontekstu. Dobrym przykładem zmian społecznego sensu różnych czynników jest wiek: w odległej przeszłości postrzegany jako przymiot dający mądrość i doświadczenie, współcześnie staje się źródłem niechętniej stygmatyzacji⁵⁹. Można też wspomnieć o odmiennościach w postrzeganiu i interpretowaniu różnych aspektów zdrowia reprodukcyjnego. Kontekst i historia wpływają na wielkość znaczenia przypisywanego poszczególnym czynnikom w ich wpływie na zdrowie i nierówności w zdrowiu. O ile w Wielkiej Brytanii dostrzega się rolę struktury klasowej - co zresztą system statystyczny bardzo ułatwia - o tyle w USA szczególne znaczenie przypisuje się charakterystykom etnicznym i rasowym. Wszystko to sprawia, że przenoszenie wyników badań i pozyskanych w ich efekcie danych i dowodów, z jednego kontekstu - kraju, kultury - do innego, musi odbywać się z największą ostrożnością. Luka zdrowotna dotyczy wielkości różnic w stanie zdrowia, zwykle jest wyrażana przy pomocy jednego wskaźnika. Wiadomo, że w krajach realizujących politykę egalitarną - jak kraje skandynawskie - różnice będą mniejsze, niż w krajach gdzie eksponuje się różnice dochodowe i różnice statusu. Gradient określa siłę związku między charakterystyką społeczną jed-

⁵⁹ Można zauważyć, że w wielu dyskusjach o negatywnych konsekwencjach zmian demograficznych pojawia się wątek bardzo wysokich obciążeń, jakie spadną na barki młodych pracujących, co ma być następstwem długiego życia

nostki lub grupy, a jej sytuacją zdrowotną. Jeśli poziom wykształcenia znacząco wpływa na oczekiwane trwanie życia - nachylenie jest duże - można mówić i czynniki kształtującym - przyczyniającym się do narastania - negatywne parametry stanu zdrowia. Kwestia tłumaczenia wiedzy na działania jest w znacznym stopniu uwarunkowana tym, jakiego rodzaju informacje i do jakiego celu informacje są wykorzystywane. Po pierwsze, źródłem informacji mogą być samodzielnie prowadzone badania - co w praktyce HIA ma miejsce bardzo rzadko lub wcale. Po drugie, może chodzić o informacje istniejące, będące efektem badań prowadzonych przez innych, a zdobyte dane są wykorzystywane w tworzeniu ram planowanej polityki (interwencji). Po trzecie, informacja jest wykorzystywana jako tworzywo w procesie tłumaczenia zasad polityki na działania i przedsięwzięcia realizacyjne. Aby mogła być w ten sposób wykorzystana, informacja musi być poddana starannej interpretacji, biorąc pod uwagę specyficzne okoliczności, w jaki interwencja ma być podjęta, stopień rozumienia i akceptacji ze strony potencjalnych wykonawców, ich poziom zaangażowania i motywacji, jakie są możliwe reakcje ze strony środowisk i grup, wobec których interwencje mają być podejmowane, wraz z ich przewidywanymi reakcjami. Pamiętać należy, że w każdej fazie wykorzystywana informacji uczestniczą różni aktorzy, co sprawia, że stosowane wcześniej skuteczne podejście może okazać się nieprzydatne, gdy zmieni się skład uczestników, wobec których ma być wykorzystywany.

Przewyciężenie barier ograniczających uwzględnianie problemu nierówności w zdrowiu w trakcie stosowania procedur HIA jest możliwe. Niektóre z decyzji zwiększających rzetelność postępowania są - powinny być - odpowiedzią na słabości dotychczasowych praktyk. Wśród najważniejszych rozstrzygnięć wskazać można:

- konsekwentne wykorzystywanie podejścia opartego na dowodach;
- akceptowanie wielości stosowanych metod postępowania badawczego;
- dostrzeganie dystynkcji między różnicami w stanie zdrowia, lukami zdrowotnymi i nachyleniem (gradient) zdrowia;
- bardziej precyzyjne opisywanie łańcuchów przyczynowych, co jednak nie może prowadzić do uproszczeń owocujących nieskutecznością całej procedury;
- wykorzystywanie różnych teorii w postępowaniu wyjaśniającym (podejście strukturalne, dynamiczne), ale w zakresie nie prowadzącym do paraliżu decyzyjnego.

Autorzy sformułowali także dwa zalecenia, które dotyczą poważnych czynników merytorycznych, które mogą wywierać wpływ na przebieg stosowanej procedury i na treść przedstawianych rekomendacji. Pierwsze zalecenie dotyczy takiego zdefiniowania sprawiedliwości (equity) jako wartości, by jej ranga w hierarchii aksjologicznej była wyższa, niż ranga indywidualnych korzyści (utility). Prowadzi to do wniosku, że w ocenach dokonywanych w trakcie HIA

konieczne jest operowanie kategorią dobra wspólnego, traktowanego jako coś (byt) odrębny od indywidualnych korzyści i ich sumy. Przy takim stanowisku odwoływanie się do argumentacji utylitarystycznej (maksymalna korzyść maksymalnie dużej liczby osób odnoszących korzyści) nie jest możliwe⁶⁰. W drugim zaleceniu postuluje się ujawnianie okoliczności mogących wpływać na deformację wyników i ich interpretowanie. Przyczyny prowadzące do tego rodzaju negatywnych konsekwencji mogą wynikać już to z zakłócenia procesu przekazywania informacji, już to z uwikłania osób biorących udział w procedurze HIA w różne grupy interesów. Informacja fałszywa, informacja selektywnie dobrana lub niekompletna zwykle prowadzi do niewłaściwego odtworzenia diagnozy lub przewidywanego przebiegu przyszłych zdarzeń. Powiązanie uczestników procedury z grupami interesów jest w pewnej mierze zjawiskiem naturalnym i kiedy jest jawne nie powinno być postrzegane jako błąd. Wielokrotnie jednak identyfikacja z grupą nie jest jawna, wielokrotnie też może stawać się powodem stronniczego zajmowania stanowiska. Wydaje się, że tylko troska o jakość i transparentność całego postępowania, może przyczynić się do zapewnienia przestrzegania norm właściwego postępowania w tym nurcie HIA, który odnosi się do nierówności w zdrowiu.

Proces HIA

HIA jest zawsze postępowaniem złożonym, mogącym angażować wielu uczestników i zdarza się, że długotrwałym. W literaturze spotyka się różne propozycje wyróżniania faz, których realizacja ma gwarantować osiągnięcie powodzenia. Niekiedy wymienia się tylko trzy części składowe⁶¹. Są one przedstawione w tabeli.

Faza pierwsza
• zbadanie wykonalności i możliwości zainicjowania procedury HIA
• rozwijanie świadomości celów i zakresu HIA
• zidentyfikowanie obszarów, zdolność realizacji HIA jest niewystarczająca

⁶⁰ Warto zauważyć, że może to prowadzić do trudności w wykorzystywaniu wyników wielu ekonomicznych analiz, w których przyjmuje się utylitarystyczne kryteria

⁶¹ Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation University of New South Wales Evaluation of Phase Three of the New South Wales Health Impact Assessment Project. Final Report May 2008, http://hiaconnect.edu.au/old/files/NSW_HIA_Project_Evaluation_Report.pdf

Faza druga
<ul style="list-style-type: none"> rozwijanie formalnej strategii komunikacji służącej HIA celem promowania instytucjonalnego zaplecza dla rozwijania HIA
<ul style="list-style-type: none"> uruchomienie kilku pilotażowych projektów umożliwiających uczenie się HIA przez praktykę (learning by doing) oraz ich powiązanie z jednostką administracyjną przygotowującą projekt zmiany
<ul style="list-style-type: none"> budowanie zasad współdziałania między interesariuszami, także tymi spoza sektora zdrowotnego, celem efektywnego realizowania procedury HIA.
Faza trzecia
<ul style="list-style-type: none"> przewodzenie i promowanie debat służących uczeniu zasad HIA, i wskazywanie jej przydatności w poprawianiu efektywności sektora zdrowotnego,
<ul style="list-style-type: none"> rozwijanie możliwości systemu zdrowotnego w podejmowaniu przedsięwzięć HIA
<ul style="list-style-type: none"> identyfikowanie i motywowanie najważniejszych interesariuszy w systemie zdrowotnym, by byli zdolni sprawować przywództwo w inicjatywach związanych ze stosowaniem HIA w planowaniu, zarządzaniu i procesach podejmowania decyzji
<ul style="list-style-type: none"> rozwijanie i utrzymywanie na wysokim poziomie merytorycznym zasobów, by mieć możliwość podejmowania inicjatyw związanych z HIA, łącznie z możliwościami wpływu na decyzje
<ul style="list-style-type: none"> ułatwianie międzysektorowej współpracy z zewnętrznymi partnerami odnośnie HIA
<ul style="list-style-type: none"> wykorzystywanie dorobku osiągniętego dzięki projektom pilotażowym w Fazie 2 przez podejmowanie analogicznych przedsięwzięć, ale na szerszą skalę

Źródło: na podstawie: Centre for Health Equity Training, 2008

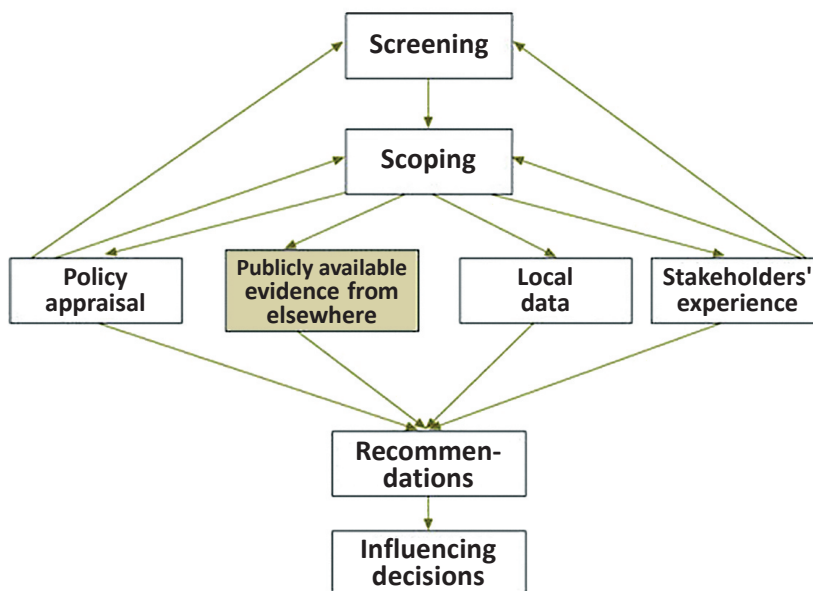
W niektórych opracowaniach proponuje się wyodrębnienie pięciu etapów HIA: przegląd sytuacji (screening), ustalanie zakresu (scoping), ocenę wpływu na zdrowie, komunikowanie decydentom, monitorowanie⁶². Bardziej rozbudowany układ pięcioelementowego schematu, w którym - bardzo optymistycznie - przyjęto, że ostatnim etapem procedury jest wpływ na decyzje, jest przedstawiony na rysunku⁶³.

⁶² Pięć faz wyróżniono w cytowanym już *Gothenburg consensus paper*, także J. Kemm, *What is HIA and why it might be useful?*, [w:] *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007, s. 3-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

podobnie: Mark B Horton *A Guide for Health Impact Assessment*, California Department of Public Health, October, 2010, <http://www.cdph.ca.gov/pubsforms/Guidelines/Documents/HIA%20Guide%20FINAL%2010-19-10.pdf>;

podobnie: WHO Tools and Methods,” <http://www.who.int/hia/tools/en/>

⁶³ Jennifer Mindell, Jane Biddulph, Lorraine Taylor, Karen Lock^d, Annette Boaz, Michael



Źródło: Jennifer Mindell et al. 2010,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>

W przedstawionym schemacie efektywność procedury HIA - a więc wpływ na decyzje - jest zagwarantowana samą konstrukcją teoretyczną. Tymczasem doświadczenie bardzo wielu zespołów uczestniczących w HIA wskazuje, że najbardziej nawet starannie przygotowane rekomendacje nie muszą być uwzględniane przez decydentów. Jeżeli siła autorów proponowanej interwencji jest dostatecznie duża merytoryczna wartość argumentów przedstawionych w rekomendacjach może nie wywrzeć żadnego wpływu na dalszy przebieg zdarzeń. Tymczasem w przedstawionym schemacie przypadki procedur nieskutecznych nie są w ogóle uwzględnione.

Są jednak także propozycje dodania fazy szóstej, która polega na rozważaniu alternatywnych, wobec pierwotnej propozycji, wariantów interwencji⁶⁴. W innym wariantcie procedury składającej się z sześciu faz wymienia się: screening, stoping, ocenę ryzyka zdrowotnego, przygotowaniu planu działań prozdrowotnych (health action plan), wdrożenie i monitorowanie, ocena i weryfikacja działań

Joffe^f & Sarah Curtis Improving the use of evidence in health impact assessment, *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:543-550,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>

⁶⁴ A. Scott-Samuel, M. Birley, K. Ardern, *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, Merseyside Health Impact Assessment Steering Group, International Health IMPACT Assessment Consortium, Liverpool 2001, <http://www.ihia.org.uk>.

i efektywności⁶⁵. Są także propozycje sześciofazowego procesu HIA, w których szóstym etapem jest pozyskiwanie współpracy interesariuszy (*stakeholder engagement*)⁶⁶. Jest to bardzo ważny aspekt procedury HIA, ale podkreślić należy, że potraktowanie go jako fazy ostatniej nie oznacza miejsca w sekwencji czasowej. Nie ulega wątpliwości, że obecność i aktywny udział zainteresowanych grup społecznych powinien być inicjowany od samego początku prowadzenia ewaluacji.

Rozważmy treść etapów postępowania w HIA. Pierwszą fazą jest wstępny przegląd sytuacji (*screening*). Zmierzają on do ustalenia, które spośród interwencji rozważanych przez decydentów nadają się do tego, by zastosować wobec nich HIA. Zgodnie z racjami całej procedury przyjmuje się, że interwencje, których następstwa zdrowotne są nieistotne, nie wymagają analizy. Ważne kryterium stanowi także antycypowana skala konsekwencji zdrowotnych. Im bardziej wyrazisty skutek, im większa liczba osób mogących odczuć konsekwencje projektowanej zmiany i im poważniejsze mogą być zmiany zdrowotne, tym więcej argumentów przemawia za wszczęciem procedury HIA. Także pozycja osób, wobec których następstwa interwencji mogą się ujawnić, ma zwykle wpływ na wywołanie zainteresowania zamierzoną aktywnością. Nie można także wykluczyć przypadków, kiedy pytanie o skutki zdrowotne ma przyczyny poza racjonalne. Jeśli sensacyjne media, albo zwykła plotka wywołują lęk, mogący nie mieć żadnej uzasadnionej przyczyny, względy polityczne mogą przemawiać za zainicjowaniem procedury HIA, celem uspokojenia nastrojów.

Druga faza (*scoping*) to ustalanie zakresu analizy, jaka ma być prowadzona w ramach HIA. Jego realizacja wymaga posiadania wiedzy na temat możliwego oddziaływania zamierzonej interwencji na stan zdrowia. Z reguły jest to specjalistyczna wiedza, daleko wykraczająca poza epidemiologiczne przygotowanie ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym. Dla przykładu można, są sytuacje kiedy należy odwołać się do wiedzy inżynierów zajmujących się ruchem drogowym, aby dotrzeć do informacji na temat związków między organizacją i natężeniem ruchu a zdrowiem. W innych przypadkach ważna jest wiedza ekonomistów na temat skutków bezrobocia, a wśród jego różnych konsekwencji są zagrożenia dla zdrowia. Ale nawet w sprawach medycznych kompetencja specjalistów zdrowia publicznego może okazać się niewystarczająca, kiedy

⁶⁵ Introduction to Health Impact Assessment, IFC's Good Practice Publications, 2009, <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES>

⁶⁶ Monica O'Mullane and Gabriel Guliš Health impact assessment, w: R.Fehr, F. Villani, J. Nowacki i M. Martuzzi (eds.) „*Health Impact Assessment, Opportunities not to be missed*”, World Health Organization, 2014: 89-110, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/261929/Health-in-Impact-Assessments-final-version.pdf?ua=1

przychodzi do ustalenia zdrowotnych następstw ekspozycji na substancje szkodliwe. Niezależnie jednak od wiedzy dotyczącej poszczególnych zagadnień w fazie scopingu korzystne jest szukanie odpowiedzi przynajmniej na następujące pytania:

Najważniejsze problemy scopingu
• Jakie elementy lub aspekty interwencji mają być poddane analizie?
• Jakie są specyficzne cele podejmowanej analizy HIA?
• Jaki jest horyzont czasowy (harmonogram analizowanej interwencji i harmonogram HIA)?
• Jakie przyjęto rozumienie terminu <i>zdrowie</i> i model uwarunkowań zdrowotnych?
• Czy ustalono wstępnie rodzaj zdrowotnych skutków realizacji interwencji?
• Na jakim terytorium mogą wystąpić następstwa zdrowotne?
• Czy da się wskazać grupy społeczne, których stan zdrowia może ulec zmianie pod wpływem interwencji, ze uwzględnieniem grup społecznie upośledzonych, zmarginalizowanych, szczególnie narażonych na negatywne następstwa?
• Jakie aspekty charakteryzują sytuację grup narażonych?
• Jakie środowiska są zainteresowane realizacją, przebiegiem i skutkami interwencji (<i>stakeholders</i>) i jaki jest rodzaj ich zainteresowania?
• Jakie forum zostanie wykorzystane do oddziaływania na decydentów?
• Co będzie obejmowała baza danych służących HIA (dowody empiryczne, doświadczenia związane z wdrażaniem podobnych interwencji, specyficzne dane o warunkach wdrażania interwencji)?
• Jakie metody zostaną zastosowane w ocenach?
• Jak zostanie zorganizowany proces HIA i jego ewaluacja?

Nie każdy faktycznie realizowany proces HIA musi zawierać w swojej drugiej fazie wszystkie wyżej wymienione elementy. Jest to raczej lista kontrolna spraw, które trzeba w ramach HIA rozpatrzyć. Warto również dostrzec, że w praktyce przygotowywania i wykorzystywania procedur HIA podejmowane są próby bardziej szczegółowego wskazywania grup, które mogą znaleźć się wśród osób odczuwających konsekwencje planowanych interwencji. Zestaw grup, które mogą być zainteresowane skutkami planowanych interwencji - zarówno korzystając z jej efektów, jak i ponosząc różnorodne szkody - zależą od specyfiki podejmowanych działań. Możliwe jest jednak opracowanie list, które mają znaczenie wykraczające poza lokalne sprawy i specyfikę interwencji. Przykład takiej listy jest przedstawiony poniżej.

Grupy mogące odczuwać konsekwencje interwencji w różnych politykach publicznych
• niepełnosprawni (upośledzenia fizyczne, zaburzenia uczenia się, zaburzenia zmysłów, dolegliwości chroniczne, problemy zdrowia psychicznego)
• mniejszości etnicznie (Romowie, osoby nieznające języka)
• uchodźcy i osoby ubiegające się o azyl
• osoby wyznające inne religie
• osoby o odmiennej orientacji seksualnej
• ludzie pozostający w związkach nieformalnych
• ludzie żyjący w ubóstwie (osiągający niskie dochody)
• ludzie należący do innych klas społecznych lub z nich pochodzący
• bezdomni
• ludzie mający doświadczenia z wymiarem sprawiedliwości
• ludzie o ograniczonych umiejętnościach czytania i pisania
• ludzie mieszkający w odległych wiejskich miejscowościach
• opiekunowie obciążeni obowiązkami
• pracownicy, w tym ludzie zatrudnieni na nietypowych umowach o pracę (zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin, na umowy krótkoterminowe, wykonujący prace sezonowe)

Źródło: NHS Health Scotland, Appendix 1. Checklist for scoping workshops, NHS Health Scotland, Edinburgh 2011, <http://www.healthscotland.com/documents/5134.aspx>.

Grupy przedstawione w tabeli mogą robić wrażenie środowisk zagrożonych wykluczeniem. Choć nie ma wątpliwości, że ponoszone przez nie ryzyko jest największe - prowadząc do pogłębiania się problemu nierówności w zdrowiu - nie jest jednak tak, że są one jedynymi potencjalnymi ofiarami interwencji. Negatywne skutki zdrowotne mogą dotknąć przedstawicieli różnych środowisk, choć naturalnie osoby znajdujące się w bardziej korzystnej sytuacji pod względem położenia społecznego mają znacznie większe możliwości radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Trzecia faza to ocena ryzyka zdrowotnego, a więc najbardziej znaczący pod względem merytorycznym etap całej procedury HIA, ze względu na swoje znaczenie utożsamiany niekiedy z całością procesu. W tym etapie postępowania identyfikuje się rodzaj i zakres zagrożeń, które mogą być następstwem rozważanej interwencji. W analizie powinno się wykorzystywać dostępne i zgromadzone informacje na temat sytuacji wyjściowej, które pozwalają na ustalenie zakresu prowadzonej procedury, przy czym należy zwrócić baczną uwagę na grupy szczególnie zagrożone. Podejmuje się także decyzje o charakterze postępowania,

które może być prowadzone w różnym tempie i ze zróżnicowaną dociekliwością - co ma wpływ na szybkość dochodzenia do wniosków. W pracach wykorzystuje się różne metody postępowania, opracowane na gruncie różnych dyscyplin naukowych. O ile w fazie screeningu wykorzystywana powinna być ogólna wiedza na temat możliwości wywoływania przez różnorodne czynniki skutków zdrowotnych, o tyle wiedza potrzebna w fazie szacowania skutków zdrowotnych powinna być znacznie bardziej pogłębiona i precyzyjna. Jest tutaj miejsce na odwołanie się do szczegółowych ustaleń wyspecjalizowanych dyscyplin naukowych, które mogą zaoferować precyzyjne twierdzenia i modele operujące mierzalnymi wielkościami. Jeśli zwolennicy HIA zalecają przygotowywanie prognoz ilościowych, odnoszących się do różnych grup społecznych i uwzględniających czynniki czasu, to zapotrzebowanie na tego rodzaju podstawy badawcze jest bezsporne. Naturalnie, sama dostępność tego rodzaju zaplecza nie jest wystarczająca dla osiągnięcia odpowiedniej jakości HIA, ale jest warunkiem niezbędnym. Jako najważniejszy omawiany teraz, trzeci fragment całego procesu, decyduje on o jakości całego postępowania, a zwłaszcza o jakości przedstawianych rekomendacji.

Etap oceniania ryzyka polega na szczegółowym wylistowaniu zagrożeń, do jakich może doprowadzić przygotowywana interwencja. Chodzi jednak nie tylko o wskazanie populacji (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, pozycja społeczna) i rodzaju szkód zdrowotnych (możliwie precyzyjne ustalenie jednostki chorobowej albo rodzaju spodziewanych zmian patologicznych), ale także wskazanie antycypowanych związków przyczynowych, jakie mogą zachodzić między zmianami w otoczeniu wywołanymi przez przygotowywaną interwencję, a rodzajem przewidywanych zmian w stanie zdrowia. Naturalnie, możliwość zrealizowania oczekiwań dotyczących określenia wielkości zjawisk zdrowotnych, ich postępowanie w czasie (rozprzestrzenianie, cofanie się zmian), a szczególnie rozkład wśród różnych grup społecznych, co dla problemu redukcji nierówności w zdrowiu ma znaczenie kapitalne - to stany idealne, do których, w miarę możliwości, należy dążyć.

Czwarta faza, która wymieniana jest tylko w niektórych koncepcjach, polega na ocenie różnych opcji związanych z realizacją celów rozważanej interwencji. W niektórych sytuacjach alternatywne warianty postępowania są integralną częścią zgłoszonego wcześniej planu interwencji i wówczas działanie HIA polega na zinterpretowaniu gotowego materiału. Wymaga to wykorzystania analiz dotyczących związków przyczynowo-skutkowych między różnymi czynnikami, które mogą wywierać wpływ na zdrowie, z punktu widzenia możliwej rezygnacji z bodźców oddziaływujących szkodliwie i wybrania opcji bardziej korzystnych. Częściej jednak w projekcie interwencji proponuje się tylko jedną ścieżkę dochodzenia do celu (lub jedną propozycję zmiany), a wówczas nowe warianty działania muszą być rekonstruowane w ramach HIA, jeśli członkowie grupy reali-

zującej HIA przystaną na tego rodzaju rozwiązanie. Najczęściej jednak zasoby będące do dyspozycji HIA nie pozwalają na tego rodzaju kreatywną działalność.

Piąta faza postępowania polega na przygotowaniu raportu i przedłożeniu go decydentom odpowiedzialnym za przygotowanie i wdrożenie interwencji. Otwiera to przed uczestnikami procesu HIA, czy wręcz przed samą HIA, możliwość udziału w podejmowaniu decyzji lub co najmniej na próbach zmiany kierunku rozwijania interwencji. W treści raportu mogą się znaleźć oceny pierwotnych propozycji, ale niekiedy również nowe propozycje będące rozwinięciem wskazanych wcześniej kierunków postępowania. Ważnym adresatem jest z reguły opinia publiczna, która ma prawo być informowana o sprawach mogących wywrzeć wpływ na sytuacje wielu osób. Nierzadko rodzą się wątpliwości, czy opinia publiczna powinna mieć dostęp do szczegółów problemu przed podjęciem decyzji, ale postulat partycypacji, ważny w HIA, jednoznacznie przemawia za transparentnością procesu. Bardzo ważne jest przedstawienie opracowań w odpowiednim terminie, który powinien być zgodny z rytmem życia politycznego. Raport zademontrowany zbyt późno może nie mieć żadnego wpływu na przebieg zdarzeń, poza wzbudzeniem emocji, niepotrzebnego niepokoju i mało twórczej krytyki. Podkreślić należy, autorzy rekomendacji HIA nie mogą być pewni, że ich sugestie będą wzięte pod uwagę, w sensie zmiany lub wstrzymania decyzji. HIA jest zawsze tylko jednym z procesów, które mogą kształtować treści podejmowanych decyzji.

Ostatnią, szóstą, fazą postępowania powinno być monitorowanie przebiegu wdrożenia i ocena uzyskiwanych rezultatów wynikających z rekomendacji. Autorzy HIA powinni troszczyć się o podjęcie tego rodzaju działań, także niezależnie od monitorowania i oceny skutków samej interwencji. Duży problem stanowi możliwość pojawiania się skutków zdrowotnych ze znacznym opóźnieniem, a także trudności w interpretowaniu zależności przyczynowych, zawsze bardzo złożonych, które prowadziły do zaobserwowanych efektów.

Należy podkreślić, że podejmowanie działań zmierzających do oceniania skutków zdrowotnych nie zawsze wymaga przejścia przez wszystkie teoretycznie wyodrębnione fazy procesu. Doświadczenie krajów europejskich wskazują, że o ile etapy początkowe są popularne, jeśli procedura HIA jest wdrażana, o tyle fazy końcowe, a zwłaszcza monitorowanie efektów, do których HIA ma prowadzić, nie są realizowane⁶⁷. Najczęstszą przyczyną jest brak pieniędzy na tego rodzaju aktywności, ale ważną przyczyną jest także brak ustabilizowanych instytucji,

⁶⁷ Julia Blau et al The use of HIA across Europe, w: *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007, s. 37-56, http://www.euro.who.int__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

którym mogłoby zależeć na poznaniu uwarunkowań i skutków własnych działań. Nawet jeśli z punktu widzenia poszczególnych krajów nie prowadzi to do odczuwalnych strat, to dla wyciągania wniosków jako procesie racjonalizowania procesu decyzyjnego brak informacji o skutkach HIA nie jest korzystny.

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

Istota HIA

W dotychczasowych rozważaniach odwoływanie się do definicji pozwoliło na przedstawienie najważniejszych cech tej procedury. Pozostaje jednak kwestia tych charakterystyk, które pozwalałyby na jej odróżnianie od innych metod analizowania i oceniania wpływu. Jest to kwestia ważna, zwłaszcza biorąc pod uwagę ewolucję HIA oraz, o czym była mowa, jej praktyczne wyłanianie się z ocen środowiskowych, jej koncepcyjne koneksje z analizą czy oceną skutków regulacji, a także polityczne powiązania z ogólną oceną wpływu, jak w praktyce legislacyjnej Unii Europejskiej. Szczególna uwaga powinna być poświęcana demarkacji między specyfiką HIA, a innymi procedurami ewaluacyjnymi stosowanymi w odniesieniu do zdrowia, jak ocena epidemiologiczna, ocena potrzeb zdrowotnych, ocena programów zdrowotnych, ocena celów zdrowotnych, czy ocena ryzyka zdrowotnego. Stawiając problem „istoty HIA” mam zatem na myśli ten zespół cech, który pozwala na jej odróżnianie od innych postępowania oceniających.

Problem ten był przedmiotem żywego zainteresowania wśród autorów zajmujących się kwestiami HIA. Już w jednym z pierwszych dokumentów dotyczących HIA, w the Gothenburg consensus paper jako cechę wyróżniającą HIA wskazano powiązania tej procedury z wartościami. Powołano tam następujące wartości:

demokrację, sprawiedliwość (equity), trwały rozwój (sustainable development) oraz etyczne wykorzystywanie wiedzy (ethical use of evidence)⁶⁸. Nie ma wątpliwości, że fundowanie działań publicznych na tak definiowanym fundamencie aksjologicznym solidnie legitymizuje omawiane tu podejście, ale trudno uznać, by było ono ekskluzywnie przynależne HIA. W jednym z przedstawionych poglądów zaproponowano, by o specyfice HIA przesądzała obecność trzech parametrów⁶⁹. Po pierwsze, w HIA musi być uwzględniony kontekst procesu decyzyjnego. HIA nie ma być rutynowym przedsięwzięciem badawczym, które ma służyć wzbogacaniu wiedzy, ale inicjatywą wynikająca z możliwości udziału w procesie decyzyjnym dotyczącym polityki, programu lub planu. Po drugie, uwzględnianie struktury rozprzestrzeniania się efektów zdrowotnych wśród różnych segmentów społeczeństwa (distributive effects). Po trzecie, niezbędne jest uczestnictwo w formie dialogu, a nie tylko poinformowania o rezultatach, tych grup społecznych, które mogą znaleźć się pod wpływem rozważanych zmian i programów.

W bardziej systematycznym opracowaniu wskazano cechy następujące⁷⁰:

- nastawienie na wspieranie procesu decyzyjnego (Intended to inform a decision). Cecha często wskazywana, zgodnie z którą HIA jest narzędziem służącym podejmowaniu bardziej racjonalnych decyzji, przy braniu pod uwagę konsekwencji zdrowotnych. Zasadne jest zatem wiązanie HIA z cyklami procesów decyzji politycznych. Pytania HIA powinny być stawiane przed podjęciem ostatecznej decyzji, a więc ex ante. Oceny ex post mają przydatność o tyle, jeśli wiążą się z fazą redefiniowania realizowanego wcześniej programu⁷¹.
- odwołują się do holistycznych koncepcji zdrowia. Postuluje się uwzględnianie możliwie szerokiego spektrum czynników warunkujących zdrowie - idea brania pod uwagę wszystkich determinantów jest praktycznie nie do zastosowania. Takie podejście wynika z praktycznego zorientowania HIA: jeśli w procesie decyzyjnym mają być uwzględnione czynniki zdrowotne, które są faktycznie zależne od bardzo wielu czynników, to ich koncepcyjna redukcja musiałaby prowadzić do zafalszowanych wniosków. Efektem mogłoby by być niedostrze-

⁶⁸ WHO, *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999

⁶⁹ Gulis, G. & Paget, D. Z. (2014) What is and what is not health impact assessment. *The European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 6, 875. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/24/6/875.full.pdf>

⁷⁰ Louise St-Pierre L (2015). *When to Perform a Health Impact Assessment (HIA)?* Montréal: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, March 2015. http://www.nccchpp.ca/docs/2015_EIS-HIA_WhenToPerformAHIA_En.pdf

⁷¹ Z tego względu, jeśli HIA ma być wpisywane w procedury Oceny skutków regulacji (OSR), to w jej wariancie ex ante. Odpowiednio, analizy ex post są przydatne przy nowelizacji prawa

żenie bardzo prawdopodobnych konsekwencji zdrowotnych; gdyby były to następstwa szkodliwe, idea HIA byłaby skompromitowana.

- docenianie znaczenia społecznego wymiaru nierówności zdrowotnych. Wielu badaczy uważa, że to istotna cecha HIA. W praktyce procesu ewaluacyjnego polega to na trzech elementach. Po pierwsze, traktowanie z całą powagą społecznych czynników przyczyniających się do powstawania nierówności zdrowotnych. Wiadomo, że niekorzystne różnice pozycji społecznej z reguły wzmacniają różnice w stanie zdrowia. Po drugie, przez uważną analizę odmienności w sile i kierunku oddziaływania różnych czynników na zdrowie różnych grup społecznych. Ten sam czynnik sprzyjający zdrowie jednej grupy może być szkodliwy dla zdrowia innej grupy. Po trzecie, przez rzetelne uwzględnianie w ocenach proponowanych rozwiązań opinii tych grup, które miały już możliwość zetknięcia się z podobnymi mechanizmami. Ich ewentualne ostrzeżenia mają zwykle istotne znaczenie.
- zajmowanie się głównie takimi projektami, które nie koncentrują się bezpośrednio na sprawach dotyczących zdrowia. Wydaje się, że przestanką tej cechy jest uznawanie procedury HIA za swoistego strażnika stanu zdrowia populacji, które może być narażone na szwank przez nie dość przemyślane inicjatyw wychodzące z innych resortów. Ich przedstawiciele, często w najlepszej wierze, dążąc do rozwiązania swoich problemów - z reguły bardzo ważnych - mogą lekceważyć zdrowotne interesy populacji. Osoby reprezentujące interesy zdrowotne nie mogą bezpośrednio wpływać na sposób rozwiązywania tych problemów, ale mogą starać się zapobiegać podejmowaniu decyzji szkodliwych dla zdrowia.
- dążenie do szukania odpowiedzi na pytanie o konsekwencje zdrowotne w sposób uporządkowany. W praktyce polega to na kolejnym i możliwie systematycznym stosowaniu narzędzi przewidzianych w kolejnych fazach HIA. Kłopot może polegać na rozbieżnościach występujących między różnymi propozycjami systematyzowania procedury ewaluacyjnej. Istotna kwestia z tym związana polega na rozstrzygnięciu stosowania szybkiej oceny, czy też oceny dogłębnej. Ustalenie to wpływa istotnie na zakres poszukiwanych informacji i na ocenę prawdopodobieństwa dostępnych ustaleń naukowych.
- docenianie kontekstowych uwarunkowań wykorzystywanych ustaleń naukowych. Niektóre ustalenia empiryczne wykorzystywane w HIA nie są uwarunkowane kontekstem społecznym, ekonomicznym i społecznym. Dane dotyczące mikroorganizmów i ich wpływu na zdrowie mają taki charakter. Ale bardzo wiele zmiennych jest wpisanych w wiedzę i doświadczenie aktorów uczestniczących w funkcjonowaniu systemu zdrowotnego, a także innych systemów realizujących swoje projekty, a będące przedmiotem ocen HIA. Jedną z ważnych zmiennych rozważanych we współczesnych projektach, jaką jest gotowość do płacenia, jest tak głęboka zanurzona w historii - a także

w bieżących sporach politycznych - że wielokrotnie nie ma możliwości jest praktycznego wykorzystania. Warto podkreślić, że w wielu sytuacjach, wiedza na temat tego rodzaju uwarunkowań nie jest dostępna w standardowych opracowaniach, a jest wnoszona przez uczestniczących w HIA interesariuszy.

- wyważone zainteresowanie pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Równowaga w tej kwestii jest ważna z uwagi na potencjalną odmienność interesów będących udziałem różnych interesariuszy biorących udział w HIA. Jest naturalne, że autorzy analizowanego projektu, czując się jego autorami, będą mieli skłonność do ignorowania jego możliwych szkodliwych skutków. Z kolei grupy społeczne mogą łatwo ulegać niesprawdzonym informacjom, kolportowanymi w postaci plotki i bezzasadnie sprzeciwiać się racjonalnym skądinąd decyzjom. Umiejętności negocjacyjne mogą w wielu sytuacjach być bardzo przydatne dla uzyskania sukcesu politycznego: podjęcia możliwie najlepszej decyzji godzącej rozwiązanie problemu i możliwie najlepszą ochronę stanu zdrowia.

Wskazane wyżej charakterystyki decydują o odrębności i specyficznej „istocie” HIA. Jednak pamiętając, że HIA jest częścią procedur ewaluacyjnych realizowanych w procesie politycznym, to w jej postępowaniu powinny być przestrzegane reguły obowiązujące w tym procesie. Na pierwszym miejscu należy wskazać otwartość, przejrzystość i bezstronność, z jaką HIA powinna być realizowana. Jest regułą, że tak interesy poszczególnych podmiotów biorących udział w HIA, jak i ich punkty widzenia i wartości mogą być niezgodne, co czyni konflikt bardzo prawdopodobnym. Mimo że jest to sytuacja w demokracji naturalna, to dążenia do uzyskiwania doraźnych przewag mogą się pojawiać. Sytuacja może być tym trudniejsza, że jednym z interesariuszy są przedstawiciele władzy - to oni najczęściej występują z inicjatywami podejmowania interwencji w ramach poszczególnych polityk publicznych. W konsekwencji, pełnienie roli mediatora oczekiwanej od reprezentantów rządu może okazywać się szczególnie trudne w realizacji. W psychologicznej perspektywie polega to na tym, że każdy inicjator projektu przystępuje do jego prezentacji - a HIA jest formą prezentacji nowego programu i jego obrony - jest w naturalny sposób przekonany o jego walorach. Bez tego, kierowany racjami prakseologicznymi, powinien przystąpić do jego poprawy, w miarę dostępnych środków, i dopiero wtedy wystąpić z polityczną inicjatywą. Rola oczekiwana od przedstawicieli władzy jest zatem obciążona wewnętrzną ambiwalencją: z jednej strony, jako autorzy projektu, powinni wskazywać jego zalety, ale jednocześnie, z drugiej strony, muszą być otwarci na krytykę. Powinni wręcz dopraszać się o wskazywanie słabych punktów projektu - oczywiście w ramach HIA - wyłącznie z punktu widzenia możliwych zagrożeń dla zdrowia.

Ambiwalencja sytuacji, w której znajdują się przedstawiciele władzy będący autorami ocenianego projektu każe zwrócić uwagę na wyjątkowość pozycji Ministra Zdrowia. Postulowane niekiedy przez zwolenników HIA osiągnięcie stanu, w którym wszyscy decydenci stają się reprezentantami interesów zdrowotnych (all policy-makers are aware of health) rzadko znajduje odzwierciedlenie w praktyce⁷². W praktyce na ogół dzieje się tak, że przedstawiciele wszystkich innych resortów mają do załatwienia „swoje” sprawy, związane z ich branżowymi kompetencjami. Natomiast Minister Zdrowia może koncentrować się wyłącznie na sprawach zdrowia. Wynika to niewątpliwie z wiedzy merytorycznej - Minister Zdrowia jest często lekarzem, a nawet nie mając wykształcenia medycznego dysponuje zwykle wiedzą epidemiologiczną i wiedzą niezbędną do dobrego orientowania się w sprawach systemu zdrowotnego. Nie mając zatem do załatwienia „swoich” spraw, takich które nie dotyczyłyby zdrowia może zasadnie podejmować się roli „strażnika” albo „rzecznika” interesów zdrowotnych całego społeczeństwa. Teoretycznie jest to całkowicie uzasadnione, jednak rzeczywiste podjęcie takiej roli jest uwarunkowane wieloma czynnikami instytucjonalnymi i politycznymi. Możliwość występowania przez Ministra Zdrowia w obronie zdrowia społeczeństwa zależy od politycznej siły i jego pozycji przetargowej w stosunku do przedstawicieli innych resortów. Rzadko dzieje się tak, by siła ta była znacząca. Na ogół Minister Zdrowia należy do słabszych. Jeśli zatem jemu właśnie miałyby być przypisana szczególna i aktywna rola w realizacji HIA, to pozycja Ministra Zdrowia musiałaby ulec znaczącemu wzmocnieniu.

Efektywność i skuteczność HIA

Dążenie do racjonalizowania decyzji jest wspólne, a w każdym razie powinno być wspólne, wszystkim politykom publicznym. Fakt ten skłania do postępowania się terminem „rodziny procedur”, które temu mają służyć⁷³. W ich skład miałyby wchodzić szeroko akceptowane te same zasady postępowania, zapewniające

⁷² Charlotta Faith-Ell, Heikki Kalle and Martin Lund-Iversen Health in EIA in Estonia, Norway and Sweden, w: R.Fehr, F.Villani, J.Nowackii M.Martuzzi (eds.) „*Health Impact Assessment, Opportunities not to be missed*”, World Health Organization, 2014: 11-22, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/261929/Health-in-Impact-Assessments-final-version.pdf?ua=1

⁷³ *Improving Assessment of the Environment in Impact Assessment. A project under the Framework contract for economic analysis ENV.G.1/FRA/2004/0081*, Institute for European Environmental Policy, Amsterdam 2007, www.ecologic-events.de/eu-impact-assessment/en/documents/Env_in_IA_Final_Report.pdf.

metodologiczną poprawność. Modyfikując je odpowiednio, w zależności od specyfiki problemu, do których rozwiązywania się je stosuje, można odnieść je także do HIA. Założenia te obejmują cztery aspekty:

- 1) *efektywność (efficiency)*, czyli właściwa relacja między wydatkami a efektami, które mają być osiągnięte dzięki zastosowaniu rozważonej interwencji;
- 2) *spójność (coherence)* różnych inicjowanych interwencji: troska o uzyskiwanie efektu synergii, identyfikowanie potencjalnych konfliktów (i ich usuwanie);
- 3) *równowaga (balance)* - cecha polegająca na uzgodnieniu wzajemnych relacji między celami a środkami związanymi z różnymi interwencjami, także dążenie do rozstrzygnięcia potencjalnych konfliktów;
- 4) *przejrzystość (transparency)*, to jest jawność postępowania, nieukrywanie milcząco przyjmowanych przesłanek i wartości.

Metodologiczna i formalna poprawność może być przydatna w przygotowaniu i realizowaniu procedury HIA, ale kluczowym problemem jest zagwarantowanie jej wpływu na faktycznie podejmowane decyzje. Samo zebranie informacji, ich twórcze przetworzenie i przedstawienie decydentom raportu z rekomendacjami nie zamyka misji oczekiwanej od HIA. Oczekuje się bowiem, że HIA wpłynie na losy planowanej interwencji, a jej rzeczywiste rezultaty będą odczuwalne i dostrzegalne w stanie zdrowia populacji i redukowaniu nieustusznych różnic w stanie zdrowia. Chodzi zatem o postawienie problemu efektywności HIA, co może być sprowadzone do dwóch pytań:

1. *Czy w wyniku podjęcia procedur HIA w przebiegu procesu decyzyjnego, który był w polu zainteresowań HIA, nastąpiły jakiegokolwiek zmiany?* Alternatywą byłby jego niezmienny przebieg (oczywiście w pewnych granicach, trudno bowiem przyjmować tezę o możliwości niezmiennego rozwijania się procesu).
2. *Czy względ na konsekwencje zdrowotne i uwaga poświęcana im przez decydentów były dostateczne (adequately acknowledged)?* Alternatywą byłoby nadanie niewystarczającej rangi problemom zdrowotnym, co jednak można rozumieć wielorako. Może to bowiem dotyczyć sytuacji, w której nie dostrzeżono konsekwencji zdrowotnych z racji ograniczeń wynikających ze stosowanych modeli teoretycznych lub braków informacyjnych, ale niekiedy bywa następstwem decyzji decydentów, że znaczenie społeczne złych następstw zdrowotnych nie powinno być brane pod uwagę ze względu na treść rozważanych przedsięwzięć. W takim wypadku badacz oceniłby postępowanie decydentów jako nieadekwatne, co nie musiałyby być zgodne z kryteriami przyjętymi w rzeczywistym procesie decyzyjnym.

Im większe odstępstwo od tego, co działoby się bez zainicjowania HIA, tym większą skuteczność można jej przypisywać. W literaturze często wyróżnia się

efektywność bezpośrednią, ogólną i oportunistyczną⁷⁴. Przedstawione wyżej dwa pytania pozwalają na koncepcyjne doprecyzowanie problemu.

Bezpośrednia skuteczność - procedura HIA została przeprowadzona należyście, uczestnicy docenili sprawy zdrowia, w rezultacie nastąpił jeden ze następujących skutków:

- Dokonano modyfikacji interwencji, projektu lub polityki.
- Zrezygnowano z podejmowania interwencji lub realizacji projektu.
- Termin podejmowania interwencji został odsunięty

Ogólna skuteczność - HIA została prawidłowo przeprowadzona i właściwie przemyślana, z punktu widzenia metodologicznej poprawności. Mimo to nie doszło do zmiany pierwotnej decyzji. Przyczyną mogło być uznanie przez decydentów, że pierwotnie zaproponowany kształt interwencji był dostatecznie dobry, a zatem zmiany nie były konieczne. Procedura została przeprowadzona poprawnie, dowody wskazujące zasadność zmiany były kompletne i dobrze przeanalizowane, ale decydenci doszli do przekonania, że przewidywany potencjalny (negatywny) wpływ na zdrowie populacji był mniej istotny niż (pozytywne) rezultaty planowanej interwencji.

Oportunistyczna skuteczność - biorąc pod uwagę okoliczności zainicjowania procedury HIA można stwierdzić, że została ona zastosowana tylko w celu potwierdzenia albo wsparcia planowanej decyzji. Ponieważ była to forma kamuflażu, czy politycznej gry nie starano się uwzględnić informacji na temat negatywnych skutków interwencji, a traktowano jako rzetelne dowody stronicze i nie do końca naukowo uzasadnione.

Brak skuteczności - HIA została przeprowadzona, raport i rekomendacje przedstawione, ale zostały one zlekceważone i nie wzięte pod uwagę. Mogło do tego dojść już to z powodu niskiej jakości procesu i zgromadzonych dowodów, już to z uwagi na skuteczne oddziaływanie aktywnie działających grup nacisku.

O niepowodzeniu HIA i braku skuteczności nie muszą przesądzać niedostatki w stosowaniu samej procedury. Pamiętać należy, że stosowanie procedury HIA jest zawsze uwikłane w proces polityczny. Postawienie pytania o zdrowotne konsekwencje zmian wprowadzanych w jakiegokolwiek polityce publicznej może być

⁷⁴ M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, *Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results*, [w:] *The Effectiveness...*, op. cit., s. 15-33.

odczytywane - o wielokrotnie tak się właśnie dzieje - jako wotum nieufności kierowane pod adresem inicjatorów zmiany. Nawet wtedy, gdy autorzy zmiany i podmiot stawiający pytanie o skutek zdrowotny - zwykle minister zdrowia - są z tej samej rodziny politycznej, to instytucjonalne różnice pozycji, a także przywiązanie do własnego pomysłu, nie ułatwiają porozumienia. Tak więc, także niezależnie od merytorycznej wartości informacji wykorzystywanych w procedurze HIA, względy polityczne mogą odgrywać bardzo istotną rolę w sposobie potraktowania rekomendacji będących efektem HIA. Nie można też pomijać oddziaływania grup interesu. Jeśli powstaje obawa, uzasadniona, lub nie, że straty jakiegoś środowiska będą większe, niż spodziewane korzyści, wówczas także można spodziewać się sprzeciwu z jego strony.

Zaplecze naukowe

HIA to proces, w którym obecne są dwa elementy: *naukowy* i *społeczny*. Ich sens i proporcje między nimi zależą jednak w dużym stopniu od tego, jaki rodzaj procedury HIA jest realizowany. Zgodnie z bardzo często stosowanym rozróżnieniem HIA procedura HIA może być realizowana jako szybka, pośrednia lub kompleksowa (comprehensive).

- Szybka HIA (mini/rapid HIA) może zostać zakończona w krótkim czasie (kilka tygodni) i często, z konieczności lub wyboru koncentruje się na mniejszych i mniej skomplikowanych propozycjach. Zgodnie z intencją opiera się na dostępnych danych statystycznych, wynikach przeprowadzonych analiz społecznych, obejmuje przede wszystkim przegląd podstawowej literatury. Dostępne dane nie są weryfikowane i wyprowadzane z nich analizy opisowe lub jakościowe formułują tylko ogólne wnioski. Może przybierać postać zamkniętą (desktop HIA), która wiąże się niewielkim lub żadnym zaangażowaniem obywateli, a jeśli do niego dochodzi, to ma charakter przypadkowy i niereprezentatywny. Czas realizacji wynosi 2-6 tygodni⁷⁵.
- Pośrednia HIA (standard HIA) wymaga więcej czasu i zasobów oraz obejmuje bardziej złożone ścieżki postępowania. Wykorzystuje się bardziej wartościową literaturę, podejmuje się próby oceny wartości przedstawianych dowodów. Dąży się do większego zaangażowania interesariuszy. W bardziej szczegółowych analizach przynajmniej niektóre wyniki są kwantyfikowane. Na ogół porzestaje się na zbieraniu niewielkiej ilości nowych danych. Czas realizacji wynosi około 12 tygodni.

⁷⁵ Wikipedia Health Impact Assessment, http://en.wikipedia.org/wiki/Health_impact_assessment#CITEREFIMPACT2004; Parry i Stevens 2001; Mindell et al. 2003; ICMM 2010

- Kompleksowa (maxi HIA) najczęściej odróżnia się od pozostałych typów zakresem potencjalnego oddziaływania i potrzebą gromadzenia nowych danych podstawowych. Taka HIA powinna zawierać elementy następujące:
 - Obszerne poszukiwanie literatury
 - Wtórna analiza (metaanaliza) istniejącego stanu badań i ich wyników
 - Gromadzenia nowych danych, niezbędnych do analizy problemu
 - Obszerna kwantyfikacja i analiza wrażliwości statystycznej
 - Dążenie do pełnego udziału interesariuszy –uprawomocnione jakościowe techniki z uczestnikami dobieranymi przy pomocy sprawdzonych metod doboru reprezentacji
 - Ocena zarówno procesu HIA, jak i wpływu interwencji polityki, przy wykorzystywaniu grup kontrolnych, jeśli natura stawianych pytań wymaga stosowania tego rodzaju procedur

Tak realizowana HIA musi trwać odpowiednio długo, nie mniej niż 6 miesięcy.

Jak napisał jeden z autorów, punktem wyjścia dla procedury HIA jest zbiór teorii, w którym opisuje się różne aspekty funkcjonowania rzeczywistości, w tym związki przyczynowo- skutkowe między różnymi zjawiskami⁷⁶. Jednocześnie jednak dąży się do wykorzystania danych na temat konkretnych sytuacji, nieopisanych w teoriach, a także informacji o opiniach, preferencjach i interesach grup, których położenie może być kształtowane przez przygotowywaną interwencję. Jedną z charakterystycznych cech HIA jest jej wielodyscyplinarność. O procedurze HIA żadną miarą nie można twierdzić, że przynależy do jednej, określonej dyscypliny naukowej. Można natomiast zasadnie orzekać, że w swoim postępowaniu HIA korzysta z dorobku bardzo wielu dyscyplin, w zależności od rozpatrywanego zagadnienia. W HIA mają zastosowanie ustalenia bardzo wielu dyscyplin naukowych, od takich, w których operuje się twardymi danymi, po dyscypliny z pogranicza eseistyki⁷⁷. Naturalnie, zakres wykorzystywanej wiedzy, a więc i sięganie do specjalistycznej literatury, zależy od postaci stosowanej procedury HIA: w szybkim postępowaniu wykorzystuje się znacznie mniej, niż przy stosowaniu procedury kompleksowej.

Jednak informacje na temat zależności przyczynowych są tylko jednym z zakresów wiedzy, która jest potrzebna w procesie HIA. Dwa inne, równie istotne, dotyczą informacji na temat konkretnego obszaru poddawanego interwencji oraz

⁷⁶ J. Kemm, *Health impact assessment and Health in All Policies*, [w:] *Health in All Policies. Prospects and potentials*, red. T. St?hl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2006, <http://test.cp.euro.who.int/document/E89260.pdf>

⁷⁷ NHS Executive, *A Short Guide to Health Impact Assessment. Informing healthy decisions*, NHS Executive, London 2000, www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf

preferencji interesariuszy, mających związek z planowaną zmianą. W jednym z opracowań przedstawiono sugerowaną listę rodzajów informacji, które powinny być poszukiwane w HIA, zwłaszcza w jej rozbudowanych postaciach⁷⁸.

Obszary poszukiwanych informacji
Miejscowe zainteresowania i niepokoje
Informacja o podobnych propozycjach wprowadzonych, gdzie indziej
Opinie mieszkańców i ludzi z wiedzą na temat lokalnych problemów
Opinie ekspertów i ludzi z wiedzą specjalistyczną
Informacja z literatury na temat czynników warunkujących zdrowie
Rutynowo zbierane dane na temat zdrowia, wskaźników społecznych (bezrobocie, pomoc społeczna, wskaźniki przestępczości i zachowań dewiacyjnych), wskaźników o jakości środowiska (jakości powietrza) itd.
Wyniki badań opinii publicznej
Przeglądy literatury specjalistycznej
Przeglądy miejscowych warunków
Wtórna analiza istniejących danych
Konstruowanie modeli prognostycznych
Korzystanie z profesjonalnego wsparcia w zakresie HIA

Źródło: West Midlands Directors of Public Health Group Using Health Impact Assessment to make Better Decisions.

A simple guide, file:///C:/Users/User/Downloads/UsingHIAforbetterdecisionsasimple-guideWMidlandsD.pdf

Działalność skierowana na przewidywania, co jest najbardziej znaczącą cechą HIA, wymaga radykalnie różnych podejść w różnych dziedzinach nauki. HIA rozpoczyna swój proces analityczny od serii hipotez dotyczących tego, jak działa świat w wybranym do analizy obszarze oraz jak układają się tam związki przyczynowe pomiędzy poszczególnymi wydarzeniami, których znacząca część to efekty zdrowotne. Następnie zakłada się, że dostępne teorie są poprawne i wnioskuje na ich podstawie przewidywane konsekwencje wdrożenia różnych opcji. Rola uczestników HIA w tym procesie jest ograniczona do opisanie podstawowych warunków, które mogą zostać zmodyfikowane przez planowaną interwencję zdrowotną i ewentualnie oceny dokładności prognozowania skutków mogących

⁷⁸ West Midlands Directors of Public Health Group Using Health Impact Assessment to make Better Decisions.

A simple guide, file:///C:/Users/User/Downloads/UsingHIAforbetterdecisionsasimple-guideWMidlandsD.pdf

nastąpić po wdrożeniu wybranej opcji. Teorie stosowane w tym procesie są zwykle określane jako „evidence base” dla HIA i zostało to w szerokim zakresie rozwinięte i przetestowane w badaniach⁷⁹.

W przeciwieństwie do nauk podstawowych, gdzie poziom zasadności twierdzeń jest bardzo wysoki, dyscypliny wykorzystywane w HIA proponują - w najlepszym razie - słabe uzasadnienia probabilistyczne, często o luźno określonym stopniu prawdopodobieństwa. Wprawdzie podejmuje się różne wysiłki mające na celu kontrolę uzyskiwanych w badaniach wyników, ale liczba sprawdzonych przedsięwzięć badawczych jest ograniczona i ma zastosowanie głównie w naukach medycznych, a nie społecznych⁸⁰. W naukach społecznych, które stanowią ważny element zaplecza HIA, mogą zdarzać się sytuacje bez precedensu, takie jak cała fala zjawisk związanych z upadkiem ustroju w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i ciągiem zdarzeń określanych mianem *transformacji* - proces zachodzący po raz pierwszy w historii nie ma szans, by był przewidywany przy pomocy ustalonych wcześniej twierdzeń. Nawet tak rzetelna, zdawałoby się nauka jak ekonomia nie przewidziała wybuchu kryzysu finansowego w roku 2008. Dla polityki zdrowotnej i dla HIA do rozstrzygnięcia pozostaje także kwestia zasadności przenoszenia ustaleń przyjętych w jednym systemie zdrowotnym na realia innego systemu. Kolejna komplikacja polega na tym, że w wielu sytuacjach przedmiotem zainteresowań HIA muszą się stać zależności pośrednie, efekt zdrowotny jest bowiem współkształtowany przez czynniki modyfikowane przez inne czynniki, uzależnione od jeszcze dalszych przyczyn. Jest to sytuacja niejednokrotnie występująca w dociekaniach z zakresu polityki zdrowotnej i stanowi ona regułę w analizach nierówności w zdrowiu. Uwzględnianie licznych czynników bywa w takich sytuacjach nieuchronne, ale ogarnięcie ich jedną spójną teorią wydaje się niemożliwe, tym bardziej że pretensje do ich dostarczenia mogą sobie rościć różne dyscypliny naukowe. Nie ułatwia to położenia uczestników HIA odpowiedzialnych za treść finalnych rekomendacji. W rezultacie, w bardzo wielu sytuacjach interpretacja przewidywanych zależności przyczynowych stanowi w większej mierze owoc prywatnych poglądów ekspertów - a niejednokrotnie ich sponsorów lub protektorów politycznych - niż wniosek wyprowadzany bezstronnie z ustaleń naukowych.

Informacje o konkretnych sytuacjach mają inny charakter niż zbiory koncepcji i twierdzeń. Zyskują wartość - wartość empiryczną - pod warunkiem rzetelnego zbierania i agregowania. Prawdopodobnie największe znaczenie, z punktu widzenia bezstronności, mają dane zbierane rutynowo, bo ich pozyskiwaniu nie towa-

⁷⁹ Kemm, 2006: 190

⁸⁰ The Cochrane Collaboration - instytucja utworzona w 1993 roku wraz The Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>).

rzyszy żaden z góry podjęty zamysł, choć może się zdarzać, że w toku opracowywania poddaje się je rozmaitym manipulacjom. Preparowanie danych, także ich przemilczanie, zwłaszcza zgodne z interesami władzy, zdarzało się w wielu krajach. Problemem, z którym muszą się zmierzyć uczestnicy HIA, jest pozyskiwanie danych na tematy nieleżące w polu zainteresowań rutynowo działających systemów statystycznych. Uwidacznia się wówczas potrzeba pozyskania danych poprzez celowo zorganizowane przedsięwzięcia⁸¹. Im szerszy ich zakres, tym większa trudność i koszt ich pozyskania, co często staje się barierą nie do pokonania. Ponadto, w nie dosć transparentnym systemie podejmowania decyzji o finansowaniu grantów pojawia się niebezpieczeństwo ich nie poddanej względem badawczej rzetelności selekcji.

Wiedza na temat preferencji i interesów może być włączana w proces HIA w dwóch formach. Po pierwsze, pośrednio, przez analizę danych wcześniej zgromadzonych lub pozyskiwanych specjalnie dla HIA. Może być to analiza takich materiałów jak informacje obecne w mediach, ale także zdobywane za pomocą badań społecznych. Od rzetelności uczestników HIA zależy wtedy, na ile opinie podmiotów nieobecnych zostaną wzięte pod uwagę w postępowaniu oceniającym i na ile wpłyną na treść rekomendacji. Po drugie, grupy zainteresowane lub - częściej - ich przedstawiciele mogą być włączani w proces HIA. Mają wtedy okazję do samodzielnego przedstawiania swoich racji. Postępowanie takie jest zgodne z ideą partycypacji, ale może napotykać bariery komunikacyjne, jeśli rozważane problemy mają charakter wymagający profesjonalnej wiedzy. Powstaje wtedy także pytanie, na ile osoby uczestniczące w procesie HIA powinny być traktowane jako reprezentujące stanowisko grup, w imieniu których zajmują stanowisko.

Bariery stosowania HIA

Analizując problem barier w wykorzystywaniu procedury HIA korzystnie jest odwołać się do badań dotyczących analogicznych ograniczeń ujawnionych w Unii Europejskiej⁸². Wymieniono tam cztery problemy. Po pierwsze, brak formalnej, umocowanej w prawie obligacji nakazującej przeprowadzanie HIA. W związku z tym sugerowano zmiany legislacyjne, które wprowadziłyby obowiązek stoso-

⁸¹ A.L. Dannenberg *et al.*, *Growing the field of Health Impact Assessment in the United States: An agenda for research and practice*, „American Journal of Public Health” 2006, vol. 96, nr 2, s. 262-270.

⁸² R. Salay, P. Lincoln, *Health impact assessments in the European Union*, „The Lancet” 2008, vol. 372, issue 9641, s. 860-861, <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/Danalnfo=vls2.icm.edu.pl+10093116295229207.pdf>.

wania HIA jako specyficznej metody, analogicznie do zaleceń dotyczących innych dziedzin, takich jak ochrona środowiska. Zmiana ta powinna być wprowadzona w akcie prawnym wysokiego szczebla, a obywatele powinni otrzymać prawo dostępu do informacji o wynikach przeprowadzonych ocen. Stwierdzony fakt i środek zaradczy proponowany dla UE może być z powodzeniem stosowany w rozwiązaniach krajowych. Po drugie, rozwijając postulat dotyczący legislacji proponowano, by zmieniane przepisy były formułowane tak, aby HIA była *explicit* wymieniona. Wprowadzenie takiej zmiany powinno być uzupełnione odpowiednim wzmocnieniem zaplecza instytucjonalnego - instytucje, kadry, wyposażenie - także merytorycznym, tak aby zadania HIA mogły być realizowane. Brak zaplecza, zwłaszcza na poziomie lokalnym, częstokroć bywał - a wielokrotnie pozostaje nadal - bardzo poważną przeszkodą uniemożliwiającą prowadzenie HIA. Po trzecie, w praktyce stosowania HIA punkt odniesienia ocen powinien być rozszerzony, obejmując wiele zagadnień zdrowia publicznego, które dotychczas były pomijane i ta perspektywa powinna być uwzględniona w dokumentach o strategii zdrowotnej. Można przypuszczać, że zawężająca perspektywa została odziedziczona po popularnym w przeszłości postrzeganiu zdrowia publicznego poprzez pryzmat walki z chorobami zakaźnymi, bez brania pod uwagę wielości czynników społecznych, które wpływają na zdrowie, a szczególnie na społeczne determinanty nierówności w zdrowiu⁸³. Akcja informacyjna wzmocniająca świadomość zdrowotną może być potraktowana jako remedium prowadzące do przezwyciężenia tej bariery. Po czwarte, rozszerzenie zadań dotyczących stosowania HIA musi być wystarczająco finansowane, co powinno wiązać się z uznaniem tej aktywności za funkcję znacząco poprawiającą poziom racjonalności podejmowanych decyzji nie tylko w sektorze zdrowia, ale generalnie w politykach publicznych. Jeśli jednak HIA ma być uznana za działalność priorytetową, to musi odbywać się to w naturalnym procesie podejmowania decyzji. Byłoby bowiem ze wszech miar niekorzystne, gdyby HIA uznana została przez opinie publiczną interesującą się sprawami zdrowia za fanaberie władzy i Ministerstwa Zdrowia. Stąd postulaty instytucjonalizacji HIA, powołanie stałych struktur odpowiedzialnych za inicjowanie i organizowanie procesy HIA, wraz ze stałym budżetem umożliwiającym funkcjonowanie⁸⁴.

⁸³ Social inequalities in health in Poland, World Health Organization 2012, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/177875/E96720.pdf

⁸⁴ Jennifer H. Lee, Nathalie Röbbel and Carlos Dora Cross-country analysis of the institutionalization of health impact assessment, Social Determinants of Health, Discussion Paper 8, World Health Organization 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83299/1/9789241505437_eng.pdf

Zakończenie

Także wtedy, kiedy instytucjonalne zaplecze HIA zostało powołane do życia, stosowanie HIA zostało deklaratorywnie zaaprobowane, nie oznacza to osiągnięcia sytuacji nie rodzącej trudności i przeszkód⁸⁵. Może się na to składać kilka przyczyn. Po pierwsze, może wystąpić brak zdecydowanego przywództwa osób lub instytucji, które promowałyby stosowanie HIA. Nawet kiedy zaplecze istnieje, na ogół podjęcie analiz HIA wymaga wystąpienia ze specjalną inicjatywą, bo w grę wchodzi ingerencja w czyjeś kompetencje. Jeśli inicjatorem jest organ władzy, sprawa politycznego przywództwa jest łatwiejsza do rozwiązania, bo organ taki może korzystać z władczych prerogatyw. Nie zawsze jednak prowadzi to do pozytywnych rezultatów, bo struktura rzeczywistego autorytetu jest niejednokrotnie pogmatwana tak, że egzekwowanie autorytetu jest kwestionowane. Znacznie trudniejsza jest sytuacja, kiedy inicjatorem jest organizacja pozarządowa, stojąca na straży społecznego (zdrowotnego) interesu. Szczególnie czuła, a więc także gotowa do negatywnej reakcji, jest ta część władzy, która była autorem zmiany, która ma być poddana analizie HIA. Wówczas może dochodzić do jawnego oporu. Może także występować motywowana wieloma czynnikami konkurencja między organami władzy, także dążenie do ochrony obszaru własnych kompetencji, co utrudnia, czy wręcz wyklucza, w skrajnych przypadkach, możliwość sprawowania przywództwa. Samo jej usytuowanie może wywoływać niechętną reakcję ze strony administracji, przyzwyczajonej, że to ona jest siłą inspirującą nowe przedsięwzięcia. Może też być tak, że administracja odczytuje tego rodzaju idę jako dowód braku zaufania, jakim jest obdarzana przez obywateli.

Po drugie, stosowanie HIA jest utrudnione z powodu wątej integracji grup zaangażowanych w HIA z istniejącymi i działającymi strukturami władzy i administracji publicznej. Dotyczy to zarówno trudności w pozyskiwaniu i udzielaniu informacji, kłopoty z posługiwaniem się tym samym językiem i aparatem pojęciowym, ale także wzajemnej akceptacji dobrych intencji partnerów. Jeśli procedura HIA jest realizowana w ramach od hoc podejmowanego przedsięwzięcia jest zrozumiałe, że związki uczestników HIA z ustrukturyzowanym otoczeniem są słabe. O ile osoby związane z władzą pozostają pracownikami dotychczasowych instytucji, to dla ekspertów ich związki z placówkami akademickiego nie przekładają się na bliskie, instytucjonalne relacje a aparatem administracyjnym.

⁸⁵ B. Ahmad, D. Chappel, T. Pless-Mulloli, M. White, *Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes*, Public Health 2008, vol. 122, issue 5, s. 452-457, <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls2.icm.edu.pl+10101111272120282.pdf>.

Jeszcze trudniejsze jest położenie przedstawicieli interesariuszy. Jeśli reprezentują biznes ich bliskie związki z władzą byłyby wręcz podejrzone, jeśli reprezentują społeczności lokalne lub NGO kontakty z władzą i administracją są co najmniej utrudnione. Jediną szansą dla HIA, która została podjęta z inicjatywy oddolnej pozostaje zdobycie patronatu lub poparcia udzielanego przez ugrupowanie polityczne. Sprawa jest prosta, jeśli jest to ugrupowanie rządzące, ale, paradoksalnie, opozycja może także być zainteresowana nadaniem sprawie dostatecznego rozgłosu, celem odniesienia politycznych korzyści. Pozyskanie etykiety „obrońcy zdrowia” może okazać się dobrym kapitałem politycznym.

Realizując HIA warto pamiętać, że różnica zdań i opinii różnych interesariuszy jest zjawiskiem całkowicie naturalnym i nie należy go traktować go jako źródła słabości całego procesu. Można wręcz twierdzić, że fakt ten istotną przyczyną powoływania i obecności przedstawicieli różnych środowisk w pracach HIA, także środowisk нефachowych. Gdyby wszyscy byli zgodni, wystarczyłby tylko jeden decydent, występujący w imieniu wszystkich. W tej sytuacji na plan pierwszy wysuwa się umiejętności prowadzenia negocjacji i zawierania kompromisów. Tak jak we wszystkich procedurach demokratycznych w grupie realizującej HIA ujawniają się zróżnicowane interesy, wartości i stanowiska. Jest jednak racja nadrzędna - zdrowotny interes ogółu. Choć nie mam wątpliwości, że uzyskanie zgody co do samego znaczenia pojęcia „zdrowotny interes ogółu” albo „dobro wspólne w sprawach zdrowia” nie jest na gruncie zoperacjonalizowanych miar łatwe, to jednak mogłoby być wykorzystywane jako reguła ułatwiająca porozumienie. Ujawnienie szansy osiągnięcia konsensu, wykazywanie, że osiągnięcie celów zdrowotnych jest znacznie bardziej prawdopodobne w warunkach zgody i porozumienia, mogłoby pełnić pozytywną rolę nie tylko w polityce zdrowotnej, ale w znacznie szerszej perspektywie. Pamiętając o niskich wskaźnikach zaufania w Polsce, być może ta właśnie bariera powinna być pokonywana w pierwszej kolejności w wysiłkach praktycznego realizowania idei HIA.

Rozdział czwarty

HIA JAKO PROCES WPROWADZANIA ZMIANY - ROLA I ZNACZENIE GRUP INTERESU

Stojgniew J. Sitko

Wprowadzenie

Jak to pokazano w poprzednich rozdziałach, definicje oceny skutków zdrowotnych (*Health Impact Assessment - HIA*¹) wskazują między innymi, że jest to: *system, zbiór procedur, metod... (WHO*²), *działanie w ramach procesu podejmowania decyzji... (K. Lock*³). Ponadto HIA może być interpretowana⁴ na jeden ze trzech sposobów: jako *koncepcja*, jako *proces* i jako *instrumentarium*⁵ oraz że HIA jest praktycznie zawsze elementem procesu politycznego realizowanego na różnych szczeblach władzy. Z kolei, jak wiadomo, każdy *proces* tak na etapie jego przygotowania jak realizacji, może być analizowany jak zmiana organizacyjna, dotycząca czy to całego systemu - tu w związku przede wszystkim z ochroną zdrowia, czy też - różnorodnych organizacji zaangażowanych w planowanie, regulowanie, a także tych wdrażających - określone działania. Zasadnym jest więc analiza HIA właśnie z punktu widzenia wiedzy o zarządzaniu zmianą.

¹ W niniejszym opracowaniu zamiennie z „oceną skutków zdrowotnych” będzie używany ogólnie przyjęty skrót „HIA”

² European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper (1999)

³ Karen Lock. British Medical Journal, 320, pp. 1395-1398 (2000)

⁴ Włodarczyk C., HIA - Ocena skutków zdrowotnych, wokół koncepcji i definicji, wrzesień 2014, <http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2015/04/HIA-ocena-skutkow-zdrowotnych-wokol-definicji-i-koncepcji.pdf>.

⁵ J. Kemm, What is HIA and why it might be useful?, [w:] The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007, s. 3-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

HIA jako wspomniany *system, zbiór procedur, metod i narzędzi* czy *proces podejmowania decyzji* (nakierowany bezpośrednio, lub tylko mającym wpływ - na skutki zdrowotne) - zawsze dotyczy określonych grup ludzi - tak decydentów jak i tych, których skutki decyzji będą dotyczyć. Pojawia się tu więc, bardzo istotny aspekt, a mianowicie kwestia interesów różnych grup, tak w procesie podejmowania decyzji w obszarze HIA na kolejnych jej etapach, jak też w trakcie realizacji procedur będących skutkiem tych decyzji. Możemy mówić o różnym zaangażowaniu i stopniu wpływu różnorodnych grup interesu na przebieg i ostateczny efekt takich przedsięwzięć. Okazuje się, że jednym z najpoważniejszych problemów w przeprowadzaniu zmian jest czynnik ludzki. Lęk przed zmianą, konflikty interesów, brak przepływu informacji - z jednej strony, a z drugiej: niechęć do budowania konsensusu, podejście autorytarne czy zwykły niedostatek wiedzy i doświadczenia w dziedzinie jakiejś zmiany oraz elementarnej wiedzy dotyczącej zasad jej skutecznego przeprowadzania - to przykłady tych barier.

Poniższe opracowanie podejmuje próbę zarysowania problemu w dwóch głównych obszarach: zrządzenia zamianą organizacyjną w zastosowaniu do procesów HIA oraz kwestii grup interesu i ich ważnej roli znaczenia i w procesach HIA.

Perspektywa zmian w procesie HIA

Istnieje wiele algorytmów opisujących proces HIA, w których odtwarza się jego wieloetapową strukturę, o czym była mowa w rozdziale poprzednim. W jakich kategoriach należy rozumieć zachodzenie zmian, w związku z procesem HIA? Wydaje się, że zmiany te można identyfikować co najmniej na dwóch płaszczyznach. Pierwsza - można by ją nazwać „pierwotną” - dotyczy nabywania świadomości, iż dane przedsięwzięcie leży w obszarze zainteresowania HIA. Jeśli tak bowiem jest, to przedsięwzięcie to kwalifikuje się do wbudowania do jego planu zasad analizy HIA, co samo w sobie nie musi być ani od razu oczywiste ani (chętnie, czy tym bardziej - powszechnie) akceptowane. Mamy tu zatem, do czynienia z koniecznością określenia, a także antycypacji, zaplanowania oraz realizacji **zmian sposobu myślenia** („świadomości”) określonych osób i ich grup.

Drugim aspektem czy drugą płaszczyzną zmian - jest samo **urzeczywistnienie tego przedsięwzięcia** w kategoriach np. procesu legislacyjnego, znalezienia środków na realizację, w tym źródeł finansowania, działań organizacyjnych itp. Wszystko to - w celu osiągnięcia pożądanego efektu społecznego czyli doprowadzenia do skonsumowania dobrodziejstw danego przedsięwzięcia przez docelowych adresatów. Ten drugi, „wynikowy” aspekt HIA, w oczywisty sposób dotyczy - czy wprost polega na - procesie wprowadzania zmian.

Warto zauważyć, że bez względu na to czy rozważamy ten *pierwotny* czy *wynikowy* aspekt HIA w kategoriach wprowadzania zmiany organizacyjnej to,

praktycznie na każdym z jego etapów mamy do czynienia z zaangażowaniem czy wpływem różnych grup interesu, popierających albo przeciwnych danemu działaniu czy spodziewanym jego skutkom.

Zarządzanie zmianą organizacyjną

Druga połowa XX w, a szczególnie jego ostatnie dekady, przyniosły istotne zmiany warunków działania organizacji, szczególnie rynkowych, a w konsekwencji - konieczność znalezienia sposobów reagowania na te zmiany. Sytuacja ta wymusiła konieczność modyfikacji działania organizacji - najpierw tych produkcyjnych znajdujących się na pierwszej linii walki konkurencyjnej, potem, stopniowo i innych. Modyfikacji, rozumianej nie już jak dotychczas - jako proces naturalnego rozwoju organizacji trwającego wiele lat czy dekad. W tych zmienionych warunkach, kluczowe i konieczne stały się bowiem, umiejętności nie tylko właściwego, szybkiego i trafnego przewidywania zmian, błyskotliwego diagnozowania tendencji rynkowych, skutecznego wyprzedzania działań konkurencji, ale przede wszystkim błyskawicznego i skutecznego dopasowywania się organizacji do szybkozmiennego otoczenia i reagowania na - nierzadko - drastyczne problemy wewnętrzne⁶. Stąd też, w latach 80. dwudziestego wieku zaczął się dynamiczny rozwój dziedziny wiedzy nazwanej *zarządzaniem zmianą organizacyjną* (ZZO) (*change management*)⁷. Rezultatem badań w tej dziedzinie jest obecnie szeroki wachlarz użytecznych koncepcji i modeli pomagających zrozumieć mechanizmy zmian i skutecznie je realizować.

8-etapowy proces wprowadzania zmian (J.P. Kotter)

Jedną z powszechnie obecnie stosowanych, praktycznych koncepcji zarządzania zmianą sformował w 1996 r., na podstawie swoich kilkunastoletnich prac - J. P. Kotter⁸. Koncepcja ta dotyczy 8 kroków, których realizacja zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu przeprowadzania zmian w organizacjach. Kroki te, omówione poniżej - można pogrupować w trzy zasadnicze etapy⁹: **Wypracowanie**

⁶ Patrz np. Drucker P., *Managing in Turbulent Times*, Harper and Row, New York, 1980.

⁷ Za jednego z prekursorów tej dziedziny, twórcę fundamentalnego modelu zmiany organizacyjnej, uważa się J.R. Philipsa, (pracownika firmy konsultingowej McKinsey), który opublikował w 1983 r. artykuł pt. *Enhancing the Effectiveness of Organizational Change Management* (*Human Resource Management*, 22(1/2), 183-199)

⁸ Kotter, J. P., *Leading Change*. Harvard Business School Press, 1996

⁹ Na podstawie: Kotter J.P., Cohen D.S., *Sedno zmian - Narzędzia i taktyki pozytywnej transformacji twojej firmy*, Harvard Business Press - Helion, 2008

klimatu sprzyjającego zmianom (kroki 1-3), **Zaangażowanie całej organizacji i upewnienie zmian (4-6)** oraz finalny etap polegający na **Konsekwentne doprowadzenie do końca oraz utrwaleniu zmiany (7,8)**.

Przed omówieniem tych etapów, należy tu jeszcze za Kotterem, pokreślić dwa elementy kluczowe dla sukcesu zmian. Jednym jest rola **lidera zmian** - bez którego zaangażowania, determinacji, konsekwencji i charyzmy trudno oczekiwać ich powodzenia. Drugim elementem jest zrozumienie istotności sfery psychologicznej - wszelkie zmiany dotyczą bowiem przede wszystkim ludzi i wymagają przeobrażenia ich sposobu myślenia oraz przewyciężenia oporu, a często i strachu przed nowym. Ten drugi czynnik jest bardzo często niedoceniany i dlatego zbyt mały nacisk jest kładziony na odpowiednie zaplanowanie, a w konsekwencji - na wysiłek pracy z ludźmi czego ważnym elementem jest odpowiednia **komunikacja**. Nierzadko, to właśnie braki w tych obszarach, przyczyniają się do spowalniania, a nawet blokowania - zmian.

Wspomniane 8 kroków składających się na wymienione powyżej etapy zarządzania zmianą to:

1. **Uświadomienie konieczności zmian.** Wrogiem zmian jest stabilizacja, samozadowolenie ze stanu obecnego i niedostrzeganie czy niechęć do reagowania na sygnały (zewnątrzne lub wewnętrzne) wskazujące na już istniejące lub zbliżające się zagrożenie lub pojawiające się wyzwania. Takie zagrożenie to np.: *zawartość szkodliwych substancji w przedmiotach konsumpcyjnych dla potania ich produkcji i ceny, zabudowywanie przez deweloperów korytarzy powietrznych w miastach przyczyniające się do występowania smogu czy lokalizacja dróg szybkiego ruchu w pobliżu skupisk ludzkich*. Z kolei przykładami wyzwań może być: *dostosowywanie infrastruktury do potrzeb osób starszych, możliwość budowy terenów rekreacyjnych czy decyzje o obniżaniu opłat dla posiadaczy aut elektrycznych*. Dlatego, przede wszystkim, należy uświadomić ludziom skalę zagrożenia i wynikająca stad konieczność, pilność, a nawet nieuchronność zmian. Nierzadko, wymaga to nawet **wykreowania kryzysu** - przerysowaniu, wyolbrzymieniu zagrożeń by poprzez taki wstrząs wzbudzić energię do zmian¹⁰.
2. **Stworzenie silnego zespołu kierującego zmianami (tzw. koalicji dla zmian).** Jak wspomniano rola lidera jest kluczowa, jednak w pojedynkę nie dokona

¹⁰ Jednym z najbardziej znanych przedstawicieli takiej koncepcji wstrząsowej w skali makro-ekonomicznej był Milton Friedman („szkoła chicagowska”). Z jego poglądami polemizuje współcześnie m.in. N. Klein w znanej książce dotyczącej doktryny szokowej (Klein N., *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, 2007; wyd. polskie: Klein N., *Doktryna Szoku*, Muza, 2008)

on *czudu* zmian. Dlatego, konieczne jest znalezienie, identyfikacja innych osób, a także ich grup - znających specyfikę przedsięwzięcia czy organizacji, ale przede wszystkim cechujących się entuzjazmem, przekonanych o potrzebie zmian i zaangażowanych oraz - co nie mniej ważne - stworzenie z nich zespołu potrafiącego razem pracować i kierować zmianą. Taka *koalicja* powinna mieć odpowiednią siłę: autorytet, pozycję, status, a przez swoje działanie dawać przykład innym osobom i ich grupom.

3. **Określenie odpowiedniej wizji.** Jasna, motywująca do zmian i realistyczna wizja przyszłości po zmianie, jest koniecznym *drogowskazem*, wskazującym gdzie zmierzamy. Ponadto, stanowi ona podstawę do sformułowania odpowiedniej strategii działania i planów jej realizacji. Zwykle określa ją lider we współpracy z koalicją dla zmian.
4. **Zapewnienie rzetelnej komunikacji** - na wszystkich poziomach przedsięwzięcia czy organizacji i między wszystkimi grupami zaangażowanymi w zmianę. Ustawiczne przekazywanie informacji rzetelnej, szczerzej i adekwatnej do sytuacji, wszystkim osobom, których zmiany dotyczą, jest warunkiem powodzenia transformacji. Pozwala to nie tylko obniżyć lęk przed zmianą, ale także pozyskać zaufanie osób zaangażowanych w zmianę, a w konsekwencji - stwarzać warunki dla ich wsparcia i zaangażowania.
5. **Umożliwienie i ułatwienie wprowadzania zmian.** Ludzie i ich grupy często są już przekonani, mają niezbędną świadomość, więcej - chcą uczestniczyć w realizacji zmian, ale różnego rodzaju przeszkody to im uniemożliwiają (bariery takie bywają zresztą wygodną wymówką, dla oponentów czy wrogów zmian - by się w nie angażować). Zadaniem osób przewodzących zmianą, a także ich zwierzchników, osób decyzyjnych, jest identyfikowanie i likwidowanie tych barier np. przez zmianę regulacji, odpowiednie modyfikacje systemu czy działania na rzecz przebudowy kultury organizacyjnej.
6. **Kreowanie szybkich sukcesów.** To nic innego jak demonstrowanie, nagłaśnianie - głównie przez osoby kierujące zmianą - dotychczasowych, nawet niewielkich, częściowych sukcesów wynikających z wprowadzanej zmiany. Ludzie w niej uczestniczący potrzebują bowiem takiej ustawicznej, doraźnej motywacji i zachęty, by kontynuować - nierzadko długi i trudny - proces zmian. Podobnie, odpowiednio przygotowana informacja skierowana do różnych grup z otoczenia organizacji, sprzyja budowaniu poparcia, a także przekonywaniu sceptyków.
7. **Konsolidacja dotychczasowych osiągnięć** jako fundamentu do dalszych zmian. Okresowe, rzetelne podsumowania wyników procesu wprowadzania zmian, służą oczywiście identyfikacji ewentualnych dysfunkcji i ich korygowaniu,

ale także i utrwalaniu dotychczasowych dokonań oraz sprzyjają trwałemu wbudowywaniu ich w zmieniający się system. Wtedy, dalsze etapy zmian stają się logiczną kontynuacją dotychczasowych i opierają się na rzeczywistych i zadekretowanych już osiągnięciach.

8. **Utrwalenie nowych zachowań.** To etap doprowadzenia do stanu powszechnego stosowania nowych zasad działania poprzez premiowanie właściwych, a de-motywowanie starych sposobów zachowania. Oznacza to zakończenie okresu przejściowego i wbudowanie nowego do kultury organizacyjnej czy systemu, tak by działania według starych, dotychczasowych zasad były powszechnie uznane za błędne i niekorzystne. Osiąga się w ten sposób (nowy) stan stabilizacji, który pozwala na rozpoczęcie dalszych zmian.

J. Kotter zwraca także uwagę¹¹, że wprowadzanie zmian nie jest procesem liniowym, więc nie koniecznie trzeba zaczynać od pierwszego kroku, a poszczególne kroki mogą, a nawet często powinny być realizowane równolegle. Jednak nie można żadnego z nich pominąć.

Przedstawiony model wydaje się być adekwatny do każdej organizacji, w tym również do systemu - traktowanego jako duża, złożona, wielopłaszczyznowa organizacja. Wydaje się więc uprawnione, by to podejście stosować do projektowania i wprowadzania przedsięwzięć HIA.

Inne koncepcje i narzędzia dotyczące zarządzania zmianą

Istnieje szereg innych koncepcji przydatnych w zarządzaniu zmianą. Jedną z powszechnie znanych, pochodzi od K. Lewina, który w latach 50. ubiegłego wieku zajmował się m.in. problemem oporu przed zmianą¹². Do niego pochodzi model składający się z 3 zasadniczych faz: *rozmrózenie - zmiana - zamrózenie*¹³:

- **Rozmrózenie** - to okres wykreowania motywacji do zmiany, zwalczania inercji i mechanizmów obronnych poszczególnych osób i grup, przez podważenie, zakwestionowanie (*rozbitcie*) dotychczasowych sposobów myślenia,
- **Zmiana** - etap transformacji związany z zwiększonym poziomem niepewności, gdy stare sposoby działania i myślenia są kwestionowane, podważane,

¹¹ Kotter J.P., Cohen D.S., Sedno zmian - Narzędzia i taktyki pozytywnej transformacji twojej firmy, Harvard Business Press - Helion, 2008

¹² Lewin K., Field theory in social science, University of Chicago Press, Chicago, 1951

¹³ Swego rodzaju rozwinięcie modelu tych 3 faz, znajdujemy w omówionej poprzednio koncepcji Kottera

krytykowane, a nie ma jeszcze całkowicie jasnego obrazu czym będą one zastąpione; należy wtedy szczególnie dbać o skuteczną komunikację i pozytywne motywowanie osób i grup które pierwsze przekonują się do zmian,

- **Zamrożenie** - wtedy *nowe* się krystalizuje, wraca poczucie stabilizacji w zmienionym już stanie, bo docelowe zachowania są już powszechnie przyjęte i utrwalone; jest konieczne dla uniemożliwienia powrotu do starych zachowań, a także, co równie ważne, dla zbudowania zaufania - fundamentu do kolejnych zmian.

Nieco inną perspektywę proponują R. Beckhard i D. Gleicher - koncentrując się na ocenie względnej siły kilku czynników warunkujących ich zdaniem, w głównej mierze - powodzenie zmiany¹⁴. Tak zwana *formuła Gleichera* uwzględnia: siłę oporu przed zmianą (R), poziom niezadowolenia ze stanu obecnego (D), jakość wizji zmian (V) oraz ocenę pierwszych kroków prowadzących do urzeczywistnienia tej wizji (F). Prawdopodobieństwo sukcesu jest związane ze „spełnieniem” nierówności $(D * V * F) > R$.

Natężenie poszczególnych jej składników diagnozuje się przez badania socjologiczne (ankiety, wywiady), które skaluje się jednolicie tak, by było możliwe obliczenie wartości liczbowych obu stron. Jeśli iloczyn trzech czynników lewej strony nie jest większy niż wartość po prawej stronie powodzenie zmiany jest zagrożone. Autorzy traktują zmianę w kategoriach następujących czterech głównych aktywności: **ustalania celów** i określanie stanu przyszłego, **oceny i diagnozy stanu obecnego** w korelacji z tymi celami, **definiowanie niezbędnych działań** dla przeprowadzenia zmian oraz planowanie zaangażowania i w końcu: **stworzenie strategii** zarządzania procesem (w obliczu stanu przejściowego).

Można przytoczyć szereg innych użytecznych koncepcji i modeli przydatnych do zarządzania zmianą organizacyjną m.in.:

- Koncepcje **przywództwa** w zmianie (R. Levasseur'a)¹⁵
- **Teorię U** - określająca trzy poziomy procesu zmian (w wymiarze: technicznym, socjalnym i kulturowym), jego szereg faz oraz wskazującej na konieczne zachowania przywódców w obliczu transformacji¹⁶

¹⁴ Beckhard R., *Organization Development: Strategies and Models*, Addison-Wesley, Reading, MA, 1969 oraz: Beckhard, R., *Strategies for large system change*. Sloan Management Review, 16(2), 43-55, 1975, Beckhard, R., Harris, R., *Organizational transitions: Managing complex change*, Reading, MA: Addison-Wesley Publishing 1977, 1987


¹⁵ Levasseur R., *Leadership and Change in the 21st Century: A Synthesis of Modern Theory, Research, and Practice*, MindFire Press, 2006

¹⁶ Glasl F., Houssaye, L., *Organisationsentwicklung. Das Modell des Instituts für Organisationsentwicklung und seine praktische Bewährung*, Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart, 1975

- **McKinsey 7S** - przydatny do monitorowania zmian model analizy organizacji (7S to: *Structure* - struktura, *Strategy* - strategia, *Systems*-systemy, *Skills* - umiejętności, *Staff* - personel, *Shared values* - wartości jakie obowiązują w organizacji), zakładający, że te elementy są kluczowe dla właściwego funkcjonowania i ewolucji organizacji.

Istnieje wachlarz sposobów, tzw. strategii - wprowadzania zmian. Przykład klasyfikacji takich strategii jest przedstawiony w tabeli poniżej¹⁷.

Change Management Strategies		
Strategy	Advantages	Disadvantages
Directive	Relatively fast.	Ignores the views of those affected by change.
Expert	Use relevant expertise. Small groups required. Relatively fast to implement.	Expertise may be challenged. Resistance of those not consulted.
Negotiated	Change recipients have some say. Resistance to change likely to be reduced (or areas of disagreement highlighted).	May be relatively slow. Anticipated change may have to be modified.
Educative	People committed to change.	Relatively slow. Likely to require more resources and more costs involved.
Participative	Change more likely to be accepted. More people committed to change. More opportunity.	Relatively slow to implement. More complex to manage. Will require more resources. Increased costs.



FAST
Clearly Planned
Little Involvement
Need to overcome resistance

SLOW
Exploratory
Wide Involvement
Minimise Resistance

Porządkując je według kryterium przymusu-swobody jako skrajną wskazać można strategię dyrektywną - szybką, autorytarną, mającą wiele wspólnego z *terapią szokową*, aż do strategii opartej na pełnej partycypacji wszystkich członków grupy czy organizacji - wymagającej znacznie więcej czasu (i innych nakładów), ale praktycznie stopniowo całkowicie eliminującej strach i opór przed zmianą.

¹⁷ <http://www.bpmlider.com/2012/05/08/effective-change-strategies-to-support-bpm/>

Trzeba też zaznaczyć, że nie ma jednej uniwersalnej strategii zarządzania zmianą. Różne strategie mogą znaleźć zastosowanie nie tylko w zależności od istoty czy przedmiotu zmiany, ale też od sytuacji, w jakiej zmian ma być przeprowadzana. I tak, jeśli na przykład należy jak najszybciej ograniczyć szkodliwe skutki jakiegoś wydarzenia, które ujawniły się nieoczekiwanie i nagle, a niosą duże niebezpieczeństwo lub/i dla dużej grupy populacji - trzeba działać szybko. Wtedy sprawdza się *strategia autorytarna*. Wprawdzie nie będzie tu miejsca na proces konsultacji, przekonywanie czy edukację grup interesu, ale decydent bierze na siebie ryzyko (nierazko ostrej) krytyki - w imię wyższych racji, takich jak zapewnienie bezpieczeństwa¹⁸, czy przetrwania organizacji. Każdy tego typu przypadek jest zwykle specyficzny i wymaga indywidualnych decyzji przy świadomości bilansu pozytywnych i negatywnych konsekwencji wybranej strategii zmiany.

Niekiedy różne strategie mogą być stosowane równolegle w różnych kombinacjach i w różnych etapach zmiany, a także w odniesieniu do różnych grup zainteresowań.

Grupy interesu - analiza i zarządzanie

Grupa interesu (GI) (*interest group*) to formalna lub nieformalna grupa ludzi zainteresowanych danym problemem czy zjawiskiem, mających w stosunku do niego określone, jednolite nastawienie. To nastawienie może mieć różny charakter: od pełnej akceptacji i poparcia, poprzez różne pośrednie stany, aż do skrajnego sprzeciwu i wrogości. Jest to koncepcja wykorzystywana od lat 80. ubiegłego wieku w zarządzaniu, początkowo przede wszystkim w - strategicznym¹⁹ i odnoszące się wtedy głównie do analiz, planowania i podejmowania

¹⁸ Modele działania w sytuacjach wyjątkowych są powszechnie, oficjalnie wbudowane w zasady funkcjonowania państw demokratycznych np. w postaci uprawnień sztabów kryzysowych

¹⁹ Za osobę, która walnie przyczyniła się do rozwoju i powszechnego stosowania koncepcji grup interesu (ang. stakeholders) uważa się R. Edwarda Freemana (ur. w 1951 r.), profesora zarządzania i etyki biznesu Univesytetu Virginia, który ją sformułował w wydanej 1984 r. (i wznawianej do dziś) książce pt. *Strategic management : a stakeholder approach* (Freeman R.E., wyd.: Pitman - series in business and public policy, Boston, 1984). Odróżnił on w niej wyraźnie GI od właścicieli czy udziałowców organizacji (ang. shareholders, stockholders), w których interesie jest głównie pomnażanie wartości firmy i generowanie zysku. Po raz pierwszy jednak pojęcie GI pojawiło się już pn. dwadzieścia lat wcześniej (1963 r) w wewnętrznym dokumencie Stanford Research Institute (obecnie: SRI International) niezależnego, multi-dydiscyplinarnego instytutu badawczego z Menlo Park w Kaliforni i było rozwijane przez następne lata przy istotnym współudziale R.E. Freemana

działań w odniesieniu do organizacji i grup osób, które mogły zagrazać (jak np. konkurencja) czy sprzyjać (np. klienci, dostawcy) działaniu, zyskom i rozwojowi danej firmy²⁰. Czasem zamiennie do terminu GI używa się określenia interesariusze (*stakeholders*). Choć to określenie jest na ogół przyporządkowywane osobom lub grupom, które wpływają lub mogą wpływać na organizacje gospodarcze - przedsiębiorstwa, to jednak w literaturze używane jest ono nierzadko także dla określania grup interesu.

Koncepcja GI ma dziś bardzo szeroki zakres stosowalności - używa się ją powszechnie do diagnozowania i reagowania na nastawienia ludzi i ich grup. Nastawienia - w odniesieniu do wszelkich poczynań i praktycznie dla każdego rodzaju organizacji, w tym także publicznych, na każdym szczeblu oraz do wszelkiego rodzaju przedsięwzięć. Takimi poczynaniami mogą być przykładowo: *podejmowane przez organizacje projekty, planowane inwestycje, restrukturyzacje, modyfikowanie: działania, zarządzania czy technologii, poprawa wizerunku, kreowanie produktu, wprowadzanie nowych uregulowań prawnych, zmiany finansowania, działania promocyjne, profilaktyczne i inne pro-zdrowotne* itd.

Grupy interesu mają różną liczność, siłę i charakter. Mogą być małe lub bardzo liczne - jak np. *duża część społeczeństwa która jest zwykle przeciwna podwyższeniu podatków*, silne - np. *opiniotwórcza grupa lekarzy specjalistów onkologów apelujących do zwiększenia nakładów na leczenie nowotworów* lub stosunkowo słabe. Natężenie oddziaływania GI wiąże się z na ogół z korelacją obu tych cech: niewielka, ale silna opiniotwórczo grupa może być znacznie skuteczniejsza niż bardzo liczna, ale o słabym oddziaływaniu. GI mogą być nieformalne - jak np. *lokalna społeczność spontanicznie protestująca przeciwko zamknięciu szpitala rejonowego* albo formalne - np. *stowarzyszenie pacjentów*. W celu zwiększenia oddziaływania, grupy nieformalne z upływem czasu nierzadko formalizują się przyjmując formę ruchów, klubów, stowarzyszeń, fundacji itp.

Znanych jest wiele aspektów i kryteriów analizy grup interesu, wśród których najważniejsze to: wspomniana powyżej ich *siła wpływu*, formalne umocowanie GI, poziom potencjalnych zagrożeń/szans stwarzanych przez GI - w tym: dla kluczowych działań (organizacji, projektu) czy pilność i istotność skutków podejmowanych działań dla GI - w tym: dla zaspakajania ich istotnych potrzeb (np. finansowych, dotyczących warunków życia, zdrowia, komfortu).

Analiza GI może być też prowadzona z co najmniej dwu perspektyw: danego przedsięwzięcia (organizacji, systemu) i jego powodzenia (sukcesu) oraz drugiej:

²⁰ A także w obszarze tzw. społecznej odpowiedzialności korporacyjnej/biznesu (ang. Corporate social responsibility - CSR) - koncepcji samo-regulacji działania organizacji zapewniającej działanie zgodne z normami etycznymi, interesem szeroko rozumianej społeczności czy duchem prawa; CSR uwzględnia więc z natury rzeczy interesy różnych grup społecznych

z punktu widzenia zysków/strat GI. Te perspektywy nie zawsze muszą być zresztą całkowicie przeciwstawne. Zarządzanie zmianą w dużej mierze jest sztuką godzenia takich sprzeczności - dążenia do porozumienia, poszukiwania konsensusu bez istotnego uszczuplenia celu, wizji czy kierunku zmian. Ta droga jest, jak się wydaje, najlepszą możliwą opcją realizacji zmian.

W odniesieniu do określonego działania, przedsięwzięcia czy projektu - przedmiotem analizy grup interesu może być kolejno:

- **Identyfikacja** wszelkich grup osób, które są lub mogą być zainteresowane danym działaniem,
- Ocena ich **nastawienia** (pozytywne/negatywne) i jego natężenia (silne/słabe)
- Ocena ich **siły** oraz faktycznego i możliwego - wpływu na jego przebieg
- Identyfikacja najistotniejszych, **potencjalnych skutków** ich wpływu na powodzenie działania
- Wskazanie **najważniejszych** z wyżej wymienionych względów grup
- **Określenie działań** by te grupy przekonać (gdy są wrogie lub niechętne) pozyskać (gdy są słabo zainteresowane) lub utrzymać ich pozytywne nastawienie.

Na podstawie analizy sytuacji i czynników, które ją kształtują, przygotowuje się plan niezbędnych działań dla przekonania lub/i utrzymania, GI, który następnie musi być konsekwentnie realizowany. Powodzenie tego procesu, który jest ważną częścią zarządzania interesariuszami (*stakeholders management*), jest uważane za kluczowy element sukcesu każdego przedsięwzięcia²¹.

Termin „zarządzanie” grupami interesu może sugerować intencję manipulowania nimi²². Jednak, jak wiadomo, aktualne rozumienie zarządzania - jest inne, kładzie bowiem, przede wszystkim nacisk na współpracę, kooperatywność obu stron: osób zarządzających i podwładnych, osób zarządzanych. Podobnie i w przypadku GI - termin *zarządzanie* należy tu rozumieć w kontekście ich pozyskiwania, przekonywania, budowania porozumienia i wspólnego, obustronnego przekonywania się w kierunku budowania konsensusu. W szczególności, ważne jest (co podkreśla szereg źródeł) włączanie interesariuszy w proces, począwszy od momentu powstania koncepcji danego przedsięwzięcia (a nawet wcześniej - mobilizując ich do samodzielnego generowania pomysłów rozwiązań), a na czynnym udziale w jego realizacji skończywszy. Zgodne jest to też z aktualnie nasilającym się w krajach rozwiniętych - naciskiem na udział obywateli w podejmowaniu decyzji we (wszelkich) sprawach ich dotyczących²³.

²¹ <http://www.neturja.com/identify-stakeholder-project-managment-workshop/>

²² Co może wynikać z tradycyjnego, historycznego rozumienia terminu zarządzanie pochodzącego od F.Taylora czy H.Fayolla - jako: wyłączenie (skrupulatnego) wypełniania przez podwładnego poleceń zwierzchnika-nadzorcy

²³ Tzw. partycypacja społeczna czy obywatelska (patrz np. Stec M., Mączyński M, Partycypacja obywateli i podmiotów obywatelskich w podejmowaniu rozstrzygnięć

Do klasyfikacji i oceny grup interesu stosuje się często tzw. *mapy* uwzględniające różne kombinacje ich cech, często przedstawiane w postaci dwuwymiarowych tablic/wykresów. Umieszczenie danej grupy interesu na takiej mapie określa się zwykle za pomocą badań socjologicznych, takich jak: obserwacje, wywiady, ankiety, panele czy sondaże. W takich charakterystykach można brać pod uwagę np. siłę oddziaływania, wpływu (oś pionowa) oraz stopień zainteresowania treścią zmiany (oś pozioma)²⁴. Biorąc pod uwagę różne kombinacje tych cech, możliwe jest ustalenie strategii działania dla zwiększenia prawdopodobieństwa powodzenia zmiany, co ilustruje tabela poniżej.

Siła oddziaływania (wpływu)	Poziom zainteresowania zmianą	
	Niski	Wysoki
Duża (silna GI)	Należy wzmocnić (pozytywne) zainteresowanie, a co najmniej dbać o utrzymanie dotychczasowego jego poziomu	Należy szczególnie dbać o tę GI i angażować się w utrwalenie dotychczasowego zainteresowania
Mała (słaba GI)	Tylko monitorować zachowanie tej GI, przy minimum wysiłku	Informować, nie lekceważyć

W kolejnej tabeli poniżej, przedstawione są zalecenia wynikające, ze stopnia intensywności innych kryteriów, a mianowicie nastawienia od zmiany (oś pionowa) oraz siły wpływu opisywanej grupy (oś pozioma)²⁵.

Nastawienie do zmiany	Siła oddziaływania (wpływu)	
	Niska	Wysoka
Pozytywne (wsparcie)	Wspomagać działania na rzecz wzmocnienia tej GI	Mobilizować do działania i koordynować, wykorzystywać ten potencjał,
Negatywne (sprzeciw)	Tylko monitorować zachowanie tej GI, przy minimum wysiłku	Przekonywać, informować, pozyskiwać, kooptować

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na wieloaspektowość tej metody, która pozwala na uwzględnianie innych kombinacji różnych aspektów jak np.: rodzaj

publicznych na poziomie lokalnym, Wolters Kluwer, 2013). Szerzej - patrz poniżej: rozdział *Dobre rządzenie i partycypacja*

²⁴ http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_07.htm

²⁵ <https://www.wbginvestmentclimate.org/toolkits/public-policy-toolkit/mod4step2sub5.cfm>

oczekiwań danej GI w korelacji z kluczowymi czynnikami sukcesu działania/przedsięwzięcia, pilność potrzeb GI w korelacji z jej pozycją w organizacji itp.

Procedura HIA z reguły jest realizowana wtedy, kiedy rozważane i przygotowywane jest wprowadzenie jakiejś zmiany w którymś obszarze polityk publicznych. Zmianą tą zawsze zainteresowane są różne grupy interesu - niektórzy mogą dzięki zmianie zyskać, ale inni mogą stracić. Stąd też tak ważne jest znaczenie i uwzględnianie grup interesu w rozważaniach dotyczących HIA. Podkreśla to Światowa Organizacja Zdrowia w materiałach dotyczących HIA, wskazując *explicit*e główne kategorie grup interesu²⁶:

- Lokalne społeczności, grupy szczególnie wrażliwe (na dana zmianę)
- Przedsiębiorcy, deweloperzy
- Planiści
- Lokalna/centralna administracja
- Organizacje/agencje typu NGO, wolontariatu
- Pracownicy sektora zdrowia na poziomie lokalnym, centralnym i międzynarodowym
- Pracodawcy oraz związki zawodowe
- Reprezentanci innych sektorów, których dotyczy dane przedsięwzięcie
- Zleceniodawcy HIA
- Decydenci
- Sieć osób i organizacji realizujących HIA.

Docenianie roli i znaczenia GI jest z pewnością jedną z przesłanek postulatu możliwie szerokiego ich uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji i treści i zakresie przygotowywanej zmiany.

Marketing społeczny

Marketing społeczny²⁷ (MS) (*social marketing*) polega na zastosowaniu klasycznych koncepcji marketingowych, ale nie do produktów rynkowych, tylko do promowania idei, zachowań czy sposobów działania mających przynosić pożytek odbiorcom: osobom, grupom ludzi i społecznościom. Przedmiotem analiz jest tu m.in.: kontekst psychologiczny, socjalny, kulturowy, historyczny czy ekonomiczny²⁸. Analizę taką można prowadzić w kategoriach kompozycji marketingowej (ang. *marketing mix*) znanej pod nazwą 4P (*Product, Price, Place, Promotion*), która w zastosowaniu do przedsięwzięć pro-społecznych będzie oznaczała:

²⁶ <http://www.who.int/hia/about/why/en/index1.html>

²⁷ Kotler P., Zaltman G., Social marketing: an approach to planned social change, *The Journal of Marketing*, 1971

²⁸ <http://dahl.at/wordpress/tag/social-marketing-intervention/>

- **Produkt** - uświadomienie ludziom istotności problemu, który ich dotyczy i którego rozwiązanie oferuje dane przedsięwzięcie czy działanie,
- **Cenę** - to co odbiorca powinien uczynić by pożytek był jego udziałem; może to wymagać nakładu finansowego, ale także (i zwykle - głównie) nakładów nie-finansowych takich jak: czas, wysiłek, podjęcie określonego ryzyka itp.,
- **Lokowanie** - w jaki sposób oferowane dobro ma dotrzeć do odbiorcy; w przypadku produktów niematerialnych to głównie: kanały informacyjne, edukacja czy szkolenia, warsztaty, spotkania, dyskusje itp.
- **Promocję** - sposób reklamy, wykorzystania metod PR, różnego rodzaju mediów i przedsięwzięć reklamowych w celu wywołania i podtrzymania zainteresowania adresatów.

Marketing społeczny można rozważać z - interesującej tu - perspektywy pozyskiwania osób i ich grup i ich poparcia dla określonych idei, koncepcji, projektów czy działań o charakterze pro-społecznym.

Obecnie, w dobie dynamicznego rozwoju tzw. **mediów społecznościowych** (*social media*) bazujących na internetowym przekazie elektronicznym, stają się one jednym z głównych kanałów przekazu marketingowego. Spowodowało to wyodrębnienie się osobnej gałęzi aktywności marketingowej (*media social marketing*) korzystającej z takich serwisów²⁹ jak np. facebook, twister, youtube, innych platform ogólnych (takich jak Google) czy nakierowanych na określone treści tematyczne (dedykowane portale i strony internetowe).

Pokrewną koncepcją do MS jest tzw. **reklama społeczna** która określa się jako³⁰: *proces komunikacji perswazyjnej, którego głównym celem jest wywołanie społecznie pożądanых postaw lub zachowań. Realizowane jest to zazwyczaj na dwa sposoby. Po pierwsze przez namawianie do prospołecznych zachowań (...). Po drugie poprzez namawianie do zaniechania zachowań niepożądanych.*

Marketing społeczny, reklama społeczna i korzystanie z mediów społecznościowych - jeśli odpowiednio wykorzystywane - mogą w sposób istotny przyczynić się z kolei do pożądanых zmian **kultury organizacyjnej**. Kultura ta może być określona jako: *Niepisane, przestrzegane często podświadomie zasady, które wypełniają lukę między tym, co napisane, a tym co się rzeczywiście dzieje; kultura dotyczy wspólnych poglądów, ideologii, wartości, przekonań, oczekiwań i norm*³¹.

Zagadnienie kultury organizacyjnej - jak wskazuje nazwa - odnosiło się początkowo do identyfikacji i zrozumienia niepisanych mechanizmów jakimi rządzą

²⁹ <http://atlasbrandcomm.com/social-media-marketing-roadmap>

³⁰ Maison d., Wasilewski P., Co to jest reklama społeczna w: Propaganda dobrych serc, czyli pierwszy tom o reklamie społecznej, Agencja Wasilewski, Kraków, 2008

³¹ Kultura organizacyjna, Wikipedia: za E. Piętkiewicz, S. Kałużny, https://pl.wikipedia.org/wiki/Kultura_organizacyjna

się organizacje formalne, można je rozszerzyć na zachowania obserwowane w grupach nieformalnych, społecznościach, wyróżnianych na podstawie różnych kryteriów np. wiekowych, dochodowych, zdrowotnych itp.

Zmiana *przekonań, oczekiwań czy norm* grup ludzi, szczególnie grup nieformalnych - jest często trudna. Należy tu pamiętać o przestrzeganiu przede wszystkim następujących zasad³²:

- Zrozumienie starej kultury, zanim zaczniesz się wdrażać nową,
- Wspieranie ludzi zainteresowanych zmianami gotowych zaangażować się w nie,
- Uczynienie z najbardziej efektywnej subkultury wzorca do naśladowania,
- Nieatakowanie wprost starych wzorców ale pomaganie ludziom wypracowywać nowe,
- Traktowanie wizji nowej kultury jako zasady wprowadzania zmian a nie jako panaceum,
- Akceptowanie faktu, że zmiany kultury są z reguły długim procesem,
- Wdrażanie elementów nowej kultury, a nie ograniczanie się do mówienia o nich.

Jednym z ważniejszych problemów z jakim mamy do czynienia w obszarze marketingu społecznego jest znaczna **asymetria sił sektora „komercyjnego” i publicznego**, „społecznego”. Organizacje promujące treści pro-społeczne są bowiem na ogół znacznie słabsze niż nastawione na zysk firmy działające na wolnym rynku. Ta słabość przejawia się nawet nie w niższych środkach jakimi dysponują one na cele marketingu (choć często tak właśnie jest), ale na słabszej skuteczności działania. I dotyczy to nie tylko wolniejszych procesów decyzyjnych ale tego, iż skutkują one często wyborem nie zawsze optymalnego rozwiązania marketingowego. Ułatwiony dostęp do mediów publicznych (np. rezerwowany czas antenowy) czy inne regulacje wspomagające - często nie rekompensują tych słabości.

Dobre rządzenie i partycypacja

Dobre rządzenie (DR) (*good governance*) to jedna z ważniejszych współczesnych koncepcji zarządzania w sektorze publicznym. Samo „rządzenie” oznacza tu: *procesy podejmowania decyzji i ich wdrażania, implementacji (lub zaniechania)*³³. Procesy te zatem w sposób naturalny dotyczą różnych grup interesu,

³² Poczowski A., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007

³³ What is Good Governance, UN-ESCAP, July, 2009, <http://www.unescap.org/resources/what-good-governance>

aktorów biorących w nich udział, na różnych etapach, a także osób lub ich grup, na które te procesy mają wpływ.

Struktury rządowe są w oczywisty sposób jednym z głównych aktorów *rządzenia* jednak nie tylko nie jedynym, ale nawet nie najważniejszym. Dobre rządzenie charakteryzuje się bowiem kilkoma ważnymi cechami, których większość odnosi się bezpośrednio do uwzględniania roli i wagi udziału innych - niż rządowych struktur - w procesach rządzenia. Są to mianowicie:

- **Partycypacja** (uczestnictwo) będąca kluczowym fundamentem DR - rozumiana jako możliwość wpływu ludzi zainteresowanych na procesy decyzyjne i sposób ich implementacji. Może się to odbywać tak za sprawą sformalizowanych organizacji jak bezpośrednio - przez reprezentantów tych grup. Związane jest to z wolnością zrzeszania się i wyrażania swoich poglądów (również w formie zorganizowanych protestów). Z drugiej strony jednak, potrzebny jest niezbędny poziom zainteresowania społecznego uczestnictwem w wyrażaniu swoich opinii, wpływem na podejmowane decyzje i kształtowaniem procesów ich wdrażania³⁴. Trzy podstawowe stopnie takiej partycypacji wertykalnej (inaczej: obywatelskiej, czyli dotyczącej relacji władzy z obywatelami)³⁵ to: informowanie, konsultowanie i współdecydowanie³⁶. Drugim rodzajem takiego aktywnego uczestnictwa jest tzw. partycypacja horyzontalna, czyli współpraca różnych ludzi lub ich grup ludzi, tworząca się dla osiągnięcia wspólnego celu³⁷.
- **Praworządność** - czyli przestrzeganie istniejących regulacji prawnych w tym: respektowanie praw człowieka i praw wszelkich mniejszości. Konieczną przesłanką jest tu istnienie niezależnego (i skutecznie działającego) sądownictwa oraz właściwie funkcjonujących i nieskorumpowanych służb utrzymania porządku.
- **Przejrzystość** - podejmowanie decyzji i ich wdrażanie powinno być realizowane w zgodzie z obowiązującymi regułami i regulacjami. Informacje o tych procesach powinny być pełne i powszechnie dostępne - szczególnie dla tych

³⁴ System takiego „uspoleconego” zarządzania określania się mianem: demokracja partycypatywna. Patrz np.: Śpiewak P., Demokracja Partycypatywna, WiZ, nr 3/1997, <http://archiwum.wiz.pl/1997/97033300.asp>

³⁵ Na podstawie: <http://partycypacjaobywatelska.pl/>

³⁶ Patrz także: Co to jest partycypacja?
http://www.decdujmyrazem.pl/partycypacja/co_to_jest_partycypacja__.html
Chrzanowski O., Partycypacja publiczna krok po kroku, FISE, 2014

³⁷ Więcej o partycypacji - patrz np.: Bulletin of the World Health Organization, volume 81, Number 6, 2003, 387-472 <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en>; Parry J., Wright J. Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult, <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/parry.pdf?ua=1>

osób i grup których te procesy dotyczą. Sama informacja powinna być zaś w pełni zrozumiała dla takiego odbiorcy.

- **Responsywność** - rozumiana jako ustawiczne dążenie inicjatorów i autorów procesów decyzyjnych i ich implementacji, nie tylko do uwzględniania opinii, i potrzeb zainteresowanych osób i ich grup ale wprost - w założeniu: realizowanie tych procesów w celu autentycznego służenia zainteresowanym grupom (nie zaś przykładowo w celu realizacji swoich interesów politycznych czy ekonomicznych).
- Dążenie do **konsensusu** - czyli dokładanie wszelkich starań by najlepiej jak się da, pogodzić interesy różnych grup w odniesieniu do planowanych czy realizowanych procesów. W tym celu stosuje się cały wachlarz działań prowadzących przez rzetelne wyjaśnianie, przekonywanie, mediację - do budowania więzi współpracy i wzajemnego zrozumienia. Wymaga to uwzględnienia długofalowej perspektywy rozwojowej w dążeniu do osiągnięcia „optimum społecznego” uwzględniającego historyczną, kulturową i społeczną specyfikę danej populacji.
- **Równość i poczucie włączenia** - stwarzanie warunków w których każdy kto (lub każda grupa, która) wyraża swoje opinie, czuje się równie ważny(a) jak inni, nie doznaje wykluczenia z powodu różnych od innych - punktów widzenia czy poglądów. Odwrotnie, wielość opinii traktowana jest jako wartość, która, choć komplikująca i wydłużająca procesy - na ogół wpływa w ostatecznym rozrachunku, na wypracowanie lepszego rozwiązania w krótko i długofalowej perspektywie.
- **Efektywność i skuteczność** - czyli dążenie do najlepszego możliwego stosunku osiągniętego wyniku (skutku) procesów - do zaangażowanych do jego osiągnięcia zasobów i środków, szczególnie w perspektywie długoterminowej.
- **Odpowiedzialność** - tak instytucji publicznych w tym rządzących, jak prywatnych, ale też i wszystkich grup interesariuszy za: rezultaty i właściwe wykorzystanie dostępnych zasobów i środków. W tym także - dbałość o zasoby naturalne i ochronę szeroko rozumianego środowiska człowieka.

Na powyższych założeniach często tworzone są bardziej szczegółowe, państwowe wskazania dotyczące dobrych praktyk działania organizacji sprawujących władzę na różnych szczeblach zarządzania³⁸. Praktycznie w każdym z takich opracowań rola polegająca nie tylko na uwzględnianiu, ale rzetelnym włączaniu grup interesu w procesy podejmowania decyzji, określania sposobów

³⁸ Patrz np. Europejski kodeks dobrej praktyki administracyjnej, Unia Europejska, 2015, <http://www.ombudsman.europa.eu/pl/resources/code.faces#/page/1>

implementacji tych decyzji i - w końcu - w procesy ich realizacji, jest traktowana jako wymóg pierwszoplanowy.

Techniki włączania grup interesu w proces decyzyjny

Istnieje wiele stosowanych praktycznie narzędzi, za pomocą których można ułatwić grupom interesu włączanie się w procesy podejmowania decyzji. Techniki te nie tylko pomagają w realizacji dobrych praktyk rządzenia na różnych szczeblach. Ułatwiają one też zdobycie wiedzy, co do opinii i nastawienia GI, uporządkowanie tej wiedzy i określenie priorytetów, a w konsekwencji co jest ich wielką wartością - doprecyzowanie, albo nawet modyfikację pierwotnej, wyjściowej orientacji decydentów. W ostatecznym rezultacie - co najważniejsze - przyczyniają się one do osiągnięcia optymalnego finalnego rezultatu danego procesu czy interwencji.

Wachlarz takich technik jest bardzo bogaty. Można wymienić takie ich przykłady jak^{39, 40, 41}: Kawiarnia Obywatelska⁴², World Café⁴³, Komórki planujące⁴⁴, Narada obywatelska, Ocena partycypacyjna, Otwarta przestrzeń, Panel obywatelski, Planning for Real (TM), Planowanie partycypacyjne, Sądy obywatelskie, Sondaż deliberacyjny, Spacerzy badawcze, Warsztaty przyszłościowe, Future City Game⁴⁵, Charette, Wywiad indywidualny, Zogniskowany wywiad grupowy (Fokus), Badanie ankietowe, Konsultacje pisemne, Spotkanie otwarte, Spotkanie konsultacyjne, Warsztaty konsultacyjne, Warsztaty przyszłościowe, Punkt konsultacyjny, Konferencja przyszłościowa, Dyskusje reprezentantów grup, Zespoły robocze, Spacer Badawczy, Planning for Real, Rada mieszkańców, Partycypatywne planowanie strategiczne, Mapa interaktywna, 21 Century Town Meeting, Ankieta on-line, Deliberative Mapping, Democs, Diagnoza lokalna, Forum lokalne czy Future Search.

³⁹ Portal Partycypacja obywatelska (FISE) <http://partycypacjaobywatelska.pl>

⁴⁰ Katalog technik prowadzenia konsultacji społecznych, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6330/Zalacznik_7_Katalog_teknik_07_15.pdf

⁴¹ Baza wiedzy - techniki prowadzenia konsultacji społecznych, Urząd Miasta Stołecznego Warszawa, http://www.konsultacje.um.warszawa.pl/baza_wiedzy/techniki_konsultacji_spoecznych

⁴² Rozmowy w Kawiarence. Przewodnik krok po kroku, jak z rozmowy zrobić narzędzie, FISE, 2013

⁴³ The World Café <http://www.theworldcafe.com/tools-store/hosting-tool-kit>

⁴⁴ Planning Cells and Citizens' Juries, Foundation of Political Engineering of the Future, http://www.planet-thenet.fsnet.co.uk/groups/wdd/99_planning_cells.htm

⁴⁵ Future City Game, British Council, http://creativecities.britishcouncil.org/urban_co-design_tools/future_city_game

W krajowej prasie branżowej zaczynają pojawiać się informacje na temat włączania interesariuszy w procesy decyzyjne. Przykładem jest krótki przegląd takich praktyk⁴⁶. Są też już dostępne źródła informacji jak prowadzić różne rodzaje konsultacji i dyskusji⁴⁷.

Wskazania wynikające z zasad Oceny Skutków Regulacji

Ważnym aspektem, jaki powinien być brany pod uwagę, kiedy rozważa się związku GI z procesem HIA jest funkcjonowanie w Polsce procedury Oceny Skutków Regulacji (OSR) czyli modelu racjonalnego przygotowywania regulacji prawnych, o czym była mowa w Rozdziale I. Warto w związku z tym zwrócić uwagę na dostępny w Internecie polski Rządowy Portal Konsultacji Publicznych⁴⁸ zawierający m.in.: informacje o projektach jakie znajdują się aktualnie w konsultacjach, informacje, zasady i możliwość rejestracji jako użytkownik portalu. Stanowiska w konsultacjach o projektowanych regulacjach znajdują się często na portalach organizacji reprezentujących różne grupy interesu⁴⁹.

Sam fakt zadekretowania w naszym kraju wskazań OSR jest ważny, jednak jego skuteczne wykorzystywanie w obronie wartości związanych ze zdrowiem powinny być przedmiotem stałej uwagi⁵⁰.

Przegląd wybranych zagranicznych źródeł dotyczących analiz roli grup interesu i interesariuszy w interwencjach HIA

Poniżej omówiono pokrótce kilka syntetycznych opracowań dotyczących HIA, które uwzględniają w praktyce różne omówione powyżej elementy i mechanizmy

⁴⁶ Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia: tak robią to inni, Rynek Zdrowia, 12.03. 2015, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Konsultacje-spoeczne-w-ochronie-zdrowia-tak-robia-to-inni,150057,14.html>

⁴⁷ Patrz przykładowo: Sztuka dyskusji, Edukacja Medialna, Fundacja Nowoczesna Polska <https://edukacjamedialna.edu.pl/lekcje/sztuka-diskusji>

⁴⁸ Rządowy portal konsultacji publicznych, <http://www.konsultacje.gov.pl/>

⁴⁹ Na przykład: Stanowisko Grupy ds. zdrowia w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejowego. Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych, <http://ofop.eu/aktualnosc/stanowisko-grupy-ds-zdrowia-w-konsultacjach-spoecznych-dotyczacych-nowelizacji-ustawy-o>

⁵⁰ Zubek R. (2007), Jak i dlaczego reformować ocenę skutków regulacji w Polsce? Opracowanie przygotowane na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich (wersja ostateczna 26/01/2007) <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12180262910.pdf>

procesu HIA. Materiały te mogą również służyć jako wskazówka co do sposobu analiz i oceny rodzimych procesów HIA, a także ilustrują ciekawe, konkretne przypadki działań w dziedzinie HIA zrealizowanych w innych krajach.

- **Wskazania i dobre praktyki angażowania grup interesu w procesy HIA**
*Guidance and Best Practices for Stakeholder Participation in Health Impact Assessments*⁵¹,

Obszerny, cenny materiał dla organizatorów HIA. Składa się z czterech części: określenia grup interesu (GI), wskazania szans jakie stwarza ich zaangażowanie na każdym etapie procesu HIA, wyszczególnienia czynników jakie wpływają na to zaangażowanie oraz z opisu kilku dobrych praktyk. Udział GI w procesie jest określany jako krytyczny czynniki jego sukcesu i powodzenia kontynuacji. Umożliwia on poszerzenie perspektywy analizy, uwzględnienie informacji niemożliwych do pozyskania w inny sposób, uszczegółowienie kierunków analizy czy sformułowanie lepszych rekomendacji. Szczegółowe wskazania dotyczą m.in.: potrzeby angażowani możliwie dużej liczby interesariuszy, preferencji dla organizacji grup interesu - jako reprezentujących różnorodność interesów, koniecznego zapewnienia realnego (a nie tylko formalnego) wpływu GI na przebieg procesu. Jest to proces obustronnej edukacji - GI zyskują w nim nie tylko na wpływie czy udziale w podejmowaniu decyzji, ale również podnosząc swoją świadomość dotyczącą tak samego przedmiotu i celu HIA jak i uwarunkowań jego procesu. Opracowanie zawiera praktyczny algorytm krok-po-kroku organizowania udziału GI w HIA, szczegółowy, uporządkowany zestaw rekomendacji dotyczących czynników ich wpływu oraz wykaz możliwych zagrożeń.

- **Efektywność HIA - Synteza danych z pięciu raportów oceniających ich stopień wpływu**
*Effectiveness of Health Impact Assessments: A Synthesis of Data From Five Impact Evaluation Reports*⁵²,

Przegląd wielu analiz ewaluacyjnych dotyczących wpływu różnych procesów HIA, które miały miejsce w USA, Europie, Australii i Nowej Zelandii (w sumie poddano analizie około 200 przypadków HIA) i ich ocen w kategoriach: procesu, wpływu i wyniku, rezultatu, pod kątem czynników sukcesu. Autor stwierdza na tej podstawie, że uwzględnianie interesariuszy i angażowanie społeczności lokalnych w realizację HIA, może być równie istotne jak samo oddziaływanie efektu HIA. Wzrasta dzięki temu poziom współpracy między ich różnymi grupami, a przez to

⁵¹ Bake C. et.al, 2012, <https://www.tpchd.org/files/library/5cb1190d2cf97716.pdf>

⁵² Dannenberg A.L, Preventing Chronic Disease, 2016; 13: E84, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951082/>

także i świadomość wagi aspektów zdrowotnych oraz wzmacnia się podmiotowość społeczności lokalnych. Opracowanie zawiera obszerną listę literatury.

- **Umożliwianie udziału i uwzględnianie cennej roli interesariuszy**
*Valuing and Enabling Stakeholder Participation*⁵³

Raport amerykańskiego National Research Council i Committee on Health Impact Assessment - dotyczący ram, terminologii i wskazań realizacji HIA. W rozdziale pt.: *The HIA Team, Advisory Bodies, and Stakeholder Involvement* (s.57) opracowanie wspomina o roli udziału interesariuszy i społeczności w dostarczaniu wiedzy o lokalnych uwarunkowaniach, możliwych obszarach wpływu i alternatywnych działaniach. Zagadnienie to jest rozwinięte w dalszej części o ww tytule (s.103 i dalsze), która zwraca uwagę na potencjał wartościowego wkładu organizacji i pojedynczych osób - nie będących częścią formalnego zespołu HIA - w proces HIA, na każdym jego etapie. Informacje pozyskane w ten sposób pomagają skoncentrować się na istotnych aspektach i uwzględnienie ich w HIA. Sprzyjają podnoszeniu jakości i uszczegółowieniu analiz zwracając uwagę przykładowo na takie problemy jak: lokalne warunki życia, najważniejsze potrzeby zdrowotne czy możliwe efekty, niedostrzegane przez specjalistów z zewnątrz. Angażowanie grup interesu sprzyja demokratyzacji procesu planowania i podejmowania decyzji HIA. Spotkania społeczności lokalnych, grupy fokusowe, komunikacja internetowa są wymienione jako przykłady technik umożliwiania ich udziału w procesie. Udział grup i osób zainteresowanych powinien być ze szczególną uwagą i w znacznym zakresie uwzględniony przy planowaniu procesu HIA. Omówione są tu także pokrótce możliwe pułapki angażowania interesariuszy polegające na dyskryminacji niektórych z nich ze względu np. na niski status finansowy, socjalny, umiejętność korzystania z mediów elektronicznych, wiek, obowiązki rodzinne itp. Raport zawiera bardzo obszerną listę literatury.

- **Angażowanie interesariuszy oraz docelowej populacji w proces HIA**
*Engaging Stakeholders and Vulnerable Populations in HIA*⁵⁴,

Rozdział książki, dotyczący opisu metod identyfikacji i włączania grup interesu oraz populacji docelowej w proces HIA co traktowane jest jako kluczowy i integralny czynnik praktyki HIA. Zbyt często ten element procesu HIA jest lekceważony lub wprost pomijany. Autorzy stwierdzają, że właściwie jego praktykowanie,

⁵³ w: Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment, The National Academics Press, Washington D.C., 2011, <https://www.nap.edu/download/13229>

⁵⁴ Ross C.L., Orenstein M., Botcheway N., w: Health Impact Assessment in the United States, Springer, 2014. 157-166.

nie tylko sprzyja zwiększeniu jakości HIA, ale także czyni zadość elementarnym wymogom demokracji. Materiał przytacza przykłady takich praktyk w USA.

- **Angażowanie populacji docelowej w proces HIA**

*Engaging Vulnerable Population in Health Impact Assessment*⁵⁵,

Opracowanie koncentruje się wokół problemu identyfikacji i sposobów dotarcia do populacji której dotyczy dany proces HIA oraz prezentuje przykłady 35 zakończonych HIA pod kątem zaangażowania różnych grup populacji. Na tle obszernej listy metod docierania do zainteresowanych grup, które skutecznie zastosowano w analizowanych przypadkach, analiza ta wskazuje na potrzebę elastycznego podejścia, dopasowania się do kontekstu i rodzaju grupy interesariuszy oraz budowania zaufania we wzajemnych kontaktach. Opracowanie wskazuje na konieczność jak najwcześniejszej identyfikacji grup interesu, uwzględnienie ich wewnętrzne zróżnicowania, doboru metod komunikacji, a w końcu - podtrzymywania relacji z nimi nie tylko w trakcie procesu HIA, ale i w przyszłości, dla utrwalania (i ulepszania) efektów procesu.

Można wskazać także szereg innych opracowań poruszających problem udziału grup interesu w procesach HIA. Uwzględniają one, w różnych kontekstach - podobne wątki jak te omówione powyżej. Są przedstawione w poniższym zestawieniu.

The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005-2009. Haigh, F., Baum F., A. Dannenberg A. et al., BMC Public Health 13(1): 1188, 2013
http://hiaconnect.edu.au/report_country/new-zealand

Knowledge, data and interests: Challenges in participation of diverse stakeholders in HIA, Negev M., Environmental Impact Assessment Review, Vol. 33, Issue 1, Elsevier, February 2012
http://www.researchgate.net/publication/241084440_Knowledge_Data_and_Interests_Challenges_in_participation_of_diverse_stakeholders_in_HIA

Stakeholder participation in health impact assessment: A multicultural approach, Nagev M., et al. Environmental Impact Assessment Review, 43 112-120, 2013
http://www.academia.edu/4071809/Stakeholder_participation_in_health_impact_assessment_A_multicultural_approach

⁵⁵ Harkness A.R., Georgia Institute of Technology, May 2013,
https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/1853/48753/AnnaHarkness_Engaging+Vulnerable+Populations+in+Health+Impact+Assessment.pdf;jsessionid=257F2CAE425437B9434E76AB1367E52E.smart2?sequence=1

Poniżej, podano kilka przykładów angażowania grup interesu w różnych przypadkach konkretnych procesów HIA:

Parks and Trails Health Impact Assessment Section A: Stakeholders - Subject Matter Experts, CDC, Atlanta, 2013, http://www.cdc.gov/healthplaces/parks_trails/sectiona.htm

Health Impact Assessment (HIA) in Transportation Planning: What to Expect From Planning and Public Health Stakeholders (webinar) 2014, <http://www.pdx.edu/ibpi/health-impact-assessment-hia>

The Role of Stakeholders in HIA: A Landfill Site and Housing Development in Mundijong, Little M., Earnest J., Spickett J., Katscherian D., Western Australia. *Environmental Health*. 7 (4): pp. 65-73. 2007, http://espace.library.curtin.edu.au/R/?func=dbin-jump-full&object_id=160581&local_base=GEN01-ERA02

Stakeholder Perceptions of Short-rotation Forestry for energy, Dandy L., Forest Research, 2010, [http://www.forestry.gov.uk/pdf/Perceptions_of_SRF_iterature_review_2010.pdf/\\$FILE/Perceptions_of_SRF_iterature_review_2010.pdf](http://www.forestry.gov.uk/pdf/Perceptions_of_SRF_iterature_review_2010.pdf/$FILE/Perceptions_of_SRF_iterature_review_2010.pdf)

Literatura przedmiotu dotycząca angażowania grup interesu w procesy HIA jest bogata, szczególnie w krajach gdzie dziedzina HIA jest rozwijana i praktykowana od kilku dziesięcioleci. Szczególnie ma to miejsce w USA, ale także w innych krajach takich jak np. Australia, Nowa Zelandia, Kanada czy w niektórych rozwiniętych krajach europejskich.

Podsumowanie i rekomendacje

Ocena skutków zdrowotnych (HIA) jest procesem składającym się wg światowej Organizacji Zdrowia WHO, z szeregu współzależnych etapów - począwszy od ustaleń czy dane działanie ma znaczenie dla zdrowia (*screening*), poprzez identyfikację kluczowych problemów i grupy osób jakiej dotyczy (*scoping*), sama ocenę, sformułowanie rekomendacji (*appraisal*), opracowanie rekomendacji (*recommendation*), ich udostępnianie (*dissemination*), a skończywszy na monitorowaniu i ocenie ich oddziaływania (*monitoring and evaluation*). Realizacja takiego procesu jest *de facto* wprowadzaniem zmiany organizacyjnej, czy to na poziomie instytucji inicjującej ten proces, ratyfikującej go, opracowującej jego plan, wdrażającej go - czy to na poziomie całego systemu w szczególności systemu ochrony zdrowia, czy to w końcu, w obszarze funkcjonowania społecznego,

którego dana interwencja dotyczy. Zmiana ta rozgrywa się w dwóch sferach (płaszczyznach): świadomości co do potrzeby HIA oraz w konsekwencji, w sferze przekształcania sposobów działania przy uwzględnieniu wskazań HIA (patrz ramka poniżej).

Dwie zasadnicze sfery zmian związane z HIA.

Pierwsza sfera zmian dotyczy **nabywania świadomości, iż dane przedsięwzięcie leży w obszarze zainteresowania HIA**. Jeśli tak bowiem jest, to przedsięwzięcie to kwalifikuje się do zastosowania zasad analizy HIA, co samo w sobie nie musi być ani od razu oczywiste ani (chętnie, czy tym bardziej - powszechnie) akceptowane. Mamy tu zatem do czynienia, z koniecznością określenia, a także przewidzenia i zaplanowania oraz realizacji: **zmian sposobu myślenia** („świadomości”) określonych osób i ich grup. Za wskazaniami WHO można do tych grup zaliczyć przede wszystkim, w zależności od rodzaju przedsięwzięcia: polityków tak ze szczebla europejskiego, jak i danego państwa czy samorządowych (z ugrupowań rządzących czy opozycji), administrację centralną i lokalną, przedstawicieli firm rynkowych i sektorów, których dotyczy dane przedsięwzięcie, organizacji pozarządowych, wolontariatu, NGO, związki zawodowe oraz różnego rodzaju nieformalne grupy społecznościowe.

Drugą sferą, płaszczyzną zmian, jest samo **urzeczywistnienie danego przedsięwzięcia** wynikającego z analizy HIA w kategoriach: procesu legislacyjnego, planowania, znalezienia środków na realizację, w tym źródeł finansowania, szeregu działań organizacyjnych, monitoringu itp. Wszystko to - w celu osiągnięcia pożądanego efektu społecznego czyli doprowadzenia do skonsumowania dobrodziejstw danego przedsięwzięcia przez docelowych adresatów. Ten drugi, aspekt HIA, w oczywisty sposób dotyczy - czy wprost **polega na - procesie wprowadzania zmian**.

Traktowanie procesu HIA jako zmiany organizacyjnej, uzasadnia **stosowanie do niego koncepcji i metod zarządzania zmianą**. Ta dziedzina wiedzy jest rozwijana od lat 80. ubiegłego wieku, początkowo głównie w organizacjach rynkowych eksponowanych na dynamiczne zmiany otoczenia. Jednak okazała się ona być równie użyteczna także i w innych typach organizacji: usługowych (także opieki zdrowotnej), w sektorze publicznym, non-for-profit i innych, a także w strukturach rządzenia na różnych szczeblach. Wiedza ta koncentruje się na dwóch zasadniczych zagadnieniach: zrozumieniu mechanizmów zmian, w tym problemu oporu przed zmianą oraz na wskazaniu sposobów ułatwiających skuteczne i efektywne wprowadzanie.

Bez względu na to czy rozważamy więc *pierwotny* czy *wynikowy* aspekt HIA w kategoriach wprowadzania zmiany organizacyjnej to praktycznie na każdym z jego etapów, mamy do czynienia z zaangażowaniem czy wpływem różnych grup interesu np. popierających albo przeciwnych danemu działaniu czy spodziewanym jego skutkom. Wiedza w dziedzinie zarządzania zmianą oraz wieloletnie dokonania i osiągnięcia HIA - zagraniczne, a także, stopniowo rosnąca liczba pozytywnych polskich przykładów w tej dziedzinie - naświetlone pokrótce w tym rozdziale, dają jak się wydaje, podstawę do sformułować następujące wnioski i rekomendacji:

1. Ocena skutków zdrowotnych (HIA) **jest procesem**, a więc sekwencją działań tak sferze **zmian świadomości** jak **realizacji konkretnych przedsięwzięć**. W obu tych sferach mamy do czynienia ze zjawiskiem **wprowadzaniem zmian** - sposobu myślenia, działania czy zachowań ludzi i ich grup. Z kolei, wprowadzanie zmiany podlega określonym mechanizmom, których znajomość i praktyczna realizacja wynikających z nich wskazań - są kluczowymi czynnikami powodzenia każdej zmiany.
2. Kilkudziesięcioletnie światowe **doświadczenia i wiedza w dziedzinie skutecznego wprowadzania zmian** wskazują na szereg koniecznych etapów i czynników, które są niezbędne dla zapewnienia sukcesu procesu zmian, odnoszące się do każdej organizacji czy systemu i każdego szczebla (europejskiego, centralnego, regionalnego czy lokalnego). Są to przede wszystkim: uświadomienie wszystkim zainteresowanym stronom **konieczności zmian**, stworzenie odpowiednio silnie umocowanego **zespołu wiodącego** oraz znalezienie/ustanowienie skutecznego **lidera zmian**, określenie czytelnej, motywującej **wizji zmian**, zapewnienie **przepływu informacji - komunikacji** między wszystkimi osobami i grupami zainteresowanymi zmianą, szybkie i skuteczne **usuwanie wszelkich przeszkód** mogących blokować zmiany, efektywne, umiejętne **nagłaśnianie częściowych sukcesów** procesu, korelowanie i opieranie kolejnych działań (etapów) na **dotychczasowych osiągnięciach** oraz rozszerzanie zakresu zmiany, a w końcu, **utrwalenie nowych zasad** w praktyce, w rutynie działania.
3. Dostępne jest szeroki wachlarz **metod pozwalających zrozumieć i zdiagnozować cechy sytuacji przed zmianą**, a także w jej trakcie oraz dobrać na tej podstawie stosowne techniki i zastosować odpowiednie narzędzia dla maksymalizacji szans powodzenia procesu zmiany. Warto tu wymienić (choć jest to tylko kilka przykładów) m.in.: koncepcję Gleichera dla diagnozowania *oporu przed zmianą* czy klasyczną już koncepcję Lewina „*rozrożenia*” istniejącej sytuacji, *zmiany*, a następnie „*zamrożenia*” jej na nowo w zmienionej postaci. Zmiany można przeprowadzać z różną szybkością zależną między innymi

od pilności ich potrzeby - stosując różne *strategie zmian*. Warto więc, znać, uwzględnić i wykorzystywać te metody w procesach HIA.

4. Jednym z kluczowych elementów istotnych dla każdej zmiany organizacyjnej czy systemowej jest **wpływ różnych grup interesu (GI)** na wszystkich etapach procesu zmian. Grupy te mają różny skład, proveniencję, charakter, siłę oddziaływania, ujawniają się czy uaktywniają się w różnych fazach zmian. Powszechnie wiadomo, że sprzeciwy GI mogą zmiany utrudnić, spowolnić lub praktycznie uniemożliwić lub zniweczyć ich efekt. Z drugiej strony poparcie GI sprzyja sukcesowi zmian, nie tylko w kategoriach ułatwienia samego procesu. Równie ważnym jest bowiem fakt, że umiejętne włączanie GI w proces zmian na ogół umożliwia lepsze dopasowanie podejmowanych działań i rezultatu do oczekiwań zainteresowanych, a tym samym zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania lepszego efektu zmian. Są na to, w dziedzinie procesów HIA, liczne przykłady zagraniczne, a także pewna liczba - polskich. Dlatego planując i realizując każdy proces HIA należy wykorzystywać **narzędzia identyfikowania grup interesu**, a także prognozowania, diagnozowania i monitorowania ich wpływu, a także różnorodne techniki zarządzania GI.
5. **Dobra komunikacja** jest bardzo ważnym - i bardzo często zanedbywanym - elementem ułatwiającym realizacji zmian, który dodatkowo wymaga często stosunkowo niewielkich tylko nakładów. Ten przepływ informacji jest niezbędny do obniżenia lęku przed zmianą, nawiązywania kontaktu i prowadzenia dialogu z grupami interesu, pozyskiwania zwolenników, przekonywania sceptyków i wrogów. Stosowanie zasad **marketingu społecznego** i umiejętne korzystanie z łatwo dostępnych obecnie **kanałów przekazu społecznego** (dostosowanych do specyfiki odbiorców) w walny sposób zwiększa prawdopodobieństwo akceptacji społecznej i sukcesu procesu zmian.
6. Obowiązujące w Polsce **zasady Oceny Skutków Regulacji (OSR)** wskazują wyraźnie na konieczność stosowania w odniesieniu do wszelkich regulacji, ich planowania, wdrażania i ewaluacji - zasad zgodnych z wiedzą na temat zarządzania zmianą, w tym.: identyfikowania i angażowania grup interesu na każdym etapie takiego procesu. Mimo, że praktyczna realizacja tych zasad pozostawia w naszym kraju wiele do życzenia, jednak **konsekwentne wbudowywanie OCR w procesy HIA** mogłyby przyczyni się do znacznej poprawy ich efektu i oceny społecznej ich rezultatów.
7. Konieczne jest **systematyczne identyfikowanie i analizowanie dobrych praktyk (DP) w dziedzinie HIA**, tak zagranicznych jak i krajowych oraz - tam gdzie potrzebne - wskazań co do ich adaptacja do warunków polskich, regionalnych lub lokalnych. Wydaje się zasadne by w tym celu powstał systematycznie aktualizowany i ogólnie dostępny **centralny bank danych** takich DP.

Take internetowe repozytorium powinno również gromadzić m.in. opisy polskich udanych przypadków zastosowania HIA w praktyce (w tym: wyniki ich monitoringu i oceny) oraz zawierać informacje na temat kryteriów uznawania praktyk HIA za dobre.

8. Zagadnienie procesów zmian w kontekście HIA jest **interesującym tematem badawczym**. Przykładowo, ważnym pytaniem z punktu widzenia nakładów - przecież zawsze ograniczonych - jest określenie skuteczności danej interwencji HIA, albo - lepiej jeszcze - jej efektywności, mierzonej np. stosunkiem nakładu do efektu czyli skutku zdrowotnego. Na tej podstawie, można by wzmocnić podstawy merytoryczne oceny interwencji i wyboru najlepszych praktyk. Taki, i szereg innych, szczegółowych tematów mogły by być rozwijane w ramach **większych przedsięwzięć badawczych finansowanych i koordynowanych centralnie**.





CZĘŚĆ DRUGA

Raporty sektorowe



Rozdział pierwszy

LOKALNE DZIAŁANIA MAJĄCE NA CELU OCHRONĘ POWIETRZA A SYSTEM OCENY WPŁYWU NA ZDROWIE

Bartosz Balcerzak

1. Wprowadzenie - działania nakierowane na ochronę powietrza miejskiego przed zanieczyszczeniem, jako interwencje w zdrowiu publicznym

W obszarze zdrowia środowiskowego jakość powietrza, obok jakości wody, jest uznawana za jedno z najważniejszych uwarunkowań ludzkiego zdrowia. Chociaż przekonanie o tym, że powietrze wpływa na organizm człowieka żywi już starożytni Europejczycy (czego dowodem jest dzieło Hipokratesa „O powietrzu, wodach i okolicach”), to dopiero dramatyczne następstwa londyńskiego epizodu smogowego z grudnia 1952 unaocznily opinii publicznej skutki zanieczyszczenia powietrza miejskiego. Wydarzenia te doprowadziły m.in. do uchwalenia w 1956 roku ustawy dotyczącej ochrony powietrza (Clean Air Act), która dawała władzom lokalnym prawo do wdrażania realnych działań, mających za zadanie ochronę powietrza (np. wprowadzanie zakazu ograniczenia emisji z wybranych źródeł). Od tego czasu podobne akty prawne zaczęły powstawać w różnych krajach.

W wyniku konsekwentnie prowadzonych działań (m.in. wprowadzenia i egzekucji szeregu przepisów prawnych) oraz żądań ze strony opinii publicznej, a także dzięki doskonaleniu technologii ochrony środowiska od lat 50-tych XX wieku, jakość powietrza w Europie ulegała stopniowej poprawie. Jednak w ocenie międzynarodowych instytucji zajmujących się ochroną środowiska (np. Europejskiej Agencji Środowiska) sytuacja wciąż daleka jest od stanu idealnego¹.

¹ EEA, *Air quality in Europe - 2015 report*, European Environment Agency, EA Report, Nr 5/2015, EEA, Copenhagen, 2015.

Obecnie **zanieczyszczenie powietrza uznawane jest nie tylko za poważny problem środowiskowy** negatywnie wpływający na ekosystemy oraz ludzkie zdrowie, ale **także za istotny problem społeczny**².

Według szacunków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) brak wdrożenia bardziej ambitnych (a tym samym skutecznych) działań, mających na celu poprawę jakości powietrza, może spowodować, że **do 2060 roku liczba przedwczesnych zgonów spowodowanych powietrzem złej jakości podwoi się i osiągnie około 8-9 milionów osób rocznie**³.

W Polsce, kwestia złej jakości powietrza atmosferycznego została dostrzeżona między innymi przez ekspertów analizujących na prośbę Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation - WHO) politykę zdrowia środowiskowego i **uznana za jeden z priorytetowych problemów wymagających rozwiązania**⁴. Z kolei o społecznej aktualności oraz wadze tematu w naszym kraju, może świadczyć chociażby powstanie oraz poszerzanie zasięgu ogólnopolskiego, oddolnego ruchu społecznego znanego pod nazwą „Polski Alarm Smogowy”.

Wśród różnorodnych interwencji, które zgodnie z przyjętym ostatnio **Krajowym Programem Ochrony Powietrza do Roku 2020 (KPOP)**⁵, mają przyczynić się do polepszenia sytuacji w naszym kraju, uwzględniono **stworzenie ram prawnych sprzyjających realizacji efektywnych działań mających na celu poprawę jakości powietrza**. Potrzeba oceny skuteczności takich działań pojawia się nie tylko na szczeblu krajowym, ale także regionalnym lub lokalnym, w związku z **realizacją programów ochrony powietrza**, których przygotowanie dla stref, w których naruszane są standardy jakości powietrza jest koniecznością, wynikającą z uregulowań prawnych (o czym będzie jeszcze mowa dalej w tym rozdziale).

Prowadzone analizy dowodzą, iż **koszty finansowe skutków zdrowotnych**, będących wynikiem ekspozycji na zanieczyszczone powietrze, są **o wiele większe, niż koszty innych szkód**, takich jak np. degradacja budynków lub zniszczenie upraw⁶, stąd też należy stwierdzić, iż **ocena efektywności założonych w KPOP działań, która nie uwzględniałaby wpływu, jakie mają one na ludzkie zdrowie, byłaby oceną co najmniej niepełną**. Staje się to szansą

² Ibid.

³ OECD, *The economic consequences of outdoor air pollution*, OECD Publishing, Paris, 2016.

⁴ WHO, *Environmental and health performance review - Poland.*, Röbbel, N., Licari L., WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009, [Dostęp: 9 grudnia 2015].

⁵ Ministerstwo Środowiska, *Krajowy Program Ochrony Powietrza do Roku 2020 (z perspektywą do 2030)*, MŚ, Departament Ochrony Powietrza, Warszawa, 2015.

⁶ Maas, R., Grennfelt P., (eds), *Towards Cleaner Air. Scientific Assessment Report 2016*. EMEP Steering Body and Working Group on Effects of the Convention on Long-Range Transboundary Air Pollution, Oslo, 2016.

na wprowadzenie i stosowanie w tym obszarze procedur charakterystycznych dla postępowania znanego jako Health Impact Assessment (HIA).

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie prawnych uwarunkowań tych działań, które mają na celu poprawę jakości powietrza oraz wskazanie szans (a także i ewentualnych barier) dla wdrożenia procedur HIA w odniesieniu do tej kwestii.

Zgodnie z metodyką przyjętą w module projektu badawczego, którego ten tekst jest jednym z rezultatów⁷, analizę uwarunkowań prawnych rozpoczęto od studium przypadku, którym był problem zanieczyszczenia powietrza w aglomeracji krakowskiej. Wybór Krakowa był celowy: miasto to jest jednym z tych, które w naszym kraju najbardziej zmagają się z problemem złej jakości powietrza, a szczególnie z ponadnormatywną koncentracją pyłu zawieszonego PM₁₀. Zgodnie z wynikami badań opublikowanymi w 2013 roku przez Europejską Agencję Środowiska (European Environment Agency)⁸ Kraków znajdował się na trzecim miejscu pod względem zanieczyszczenia powietrza pyłem PM₁₀, wśród 386 miast Unii Europejskiej, których sytuację analizowano. Uplasowanie się Krakowa na tak wysokim miejscu wynikało z wyliczeń, świadczących o tym, że liczba dni w których koncentracja pyłu zawieszonego PM10 przekroczyła dopuszczalną wartości średniodobową (50 µg/m³) wynosiła 150,5 dni - podczas, gdy europejska norma pozwala jedynie na 35 takich dni na rok⁹. Taka sytuacja nie pozostaje bez wpływu nie tylko na jakość życia mieszkańców, ale także i na ich zdrowie. Świadczą o tym wyniki prowadzonych od wielu lat w Krakowie badań naukowych^{10, 11, 12}.

⁷ Projekt Predefiniowany w ramach Projektu PL13, moduł: Model oceny wpływu regulacji prawnych, działań społecznych i gospodarczych] na zdrowie, finansowanie: Fundusze Norweskie (Norway Grants).

⁸ European Environment Agency (2013). *Europe's Polluted Cities* [Dok. elektr.] <http://www.nytimes.com/interactive/2013/10/15/business/international/europe-airquality.html?ref=international> [dostęp: 15.05.2014].

⁹ EEA, *Air quality in Europe - 2013 report*, EEA Report, Nr 9/2013, EEA, Kopenhaga, 2013.

¹⁰ Jędrzychowski W., Flak E., *Zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego a przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego wśród mieszkańców Krakowa.*, w: Gumińska M. i Delorme A. (red.) *Kłęska ekologiczna Krakowa. Przyczyny-Teraźniejszość-Perspektywy Ekorozwoju Miasta*, Polski Klub Ekologiczny, Kraków 1999, str.: 213-224.

¹¹ Jędrzychowski W., Becher H., Wahrendorf J., Basa-Cierpiełek Z., *A case control study of lung cancer with special reference to the effect of air pollution in Poland*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1990; 44: 114-120.

¹² Jędrzychowski W., Majewska R., Mróz E., Flak E., Kiełtyka A. (2011). *Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie ludzkie w Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (2012)*. Raport o stanie środowiska w województwie małopolskim w 2011 roku. Plik PDF [dostęp: 12.01.2014], http://www.krakow.pios.gov.pl/publikacje/raporty/raport11/3_wplyw_zanieczyszczenia_powietrza_na_zdrowie_ludzkie.pdf

Należy dodać, że analiza istniejących procedur i uwarunkowań prawnych, dotyczących ochrony powietrza miejskiego przed skażeniem (na przykładzie Krakowa), może być też potraktowana jako studium przypadku, które bada kompatybilność systemu HIA i realizowanej obecnie polityki ekologicznej państwa¹³.

2. Ochrona powietrza a zdrowie według obowiązujących przepisów prawnych

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483) stanowi, że „władze publiczne prowadzą politykę zapewniającą bezpieczeństwo ekologiczne współczesnemu i przyszłemu pokoleniom”, a ich zadaniem jest zarówno ochrona środowiska, jak i wspieranie tych działań obywateli, których celem jest poprawa jego jakości. Artykuł 68 konstytucji nakłada też na władze publiczne obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Ustawy opisujące kompetencje oraz obowiązki poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego w naszym kraju, także zawierają artykuły, w których wśród zadań własnych mających na celu zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty uwzględnione są kwestie z zakresu ochrony środowiska, są to:

- Art. 14. ust. 1. pkt 8. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹⁴;
- Art. 4. ust. 1. pkt 13. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁵;
- Art. 7. ust. 1. pkt 1. ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym¹⁶;

Ustawa Prawo ochrony środowiska z dnia 27 kwietnia 2001 r.¹⁷; definiuje w artykule 3 (pkt 13.) ochronę środowiska jako „podjęcie lub zaniechanie działań, umożliwiające zachowanie lub przywracanie równowagi przyrodniczej”. W podpunktach wymienia się tu różne sposoby tej ochrony, w tym „przeciwdziałanie zanieczyszczeniom”, co jest o tyle istotne, iż zawarta dalej

¹³ Warto zauważyć, że ponieważ przedstawianych w tym rozdziale analiz dokonano wychodząc od konkretnej sytuacji lokalnej (zanieczyszczenie powietrza w aglomeracji krakowskiej), stąd ze studium, w sposób naturalny wyłączone został problem emisji gazów cieplarnianych, mający implikacje dla ochrony zdrowia w perspektywie długoczasowej i w skali globalnej.

¹⁴ (Dz. U. z 1998 r. nr 91 poz. 576 z późn. zm)

¹⁵ (Dz.U. z 1998 r. nr 91 poz. 578 z późn. zm.)

¹⁶ (Dz.U. 1990 r. nr 16 poz. 95. z późn. zm.)

¹⁷ (Dz. U. z 2001r. nr 62 poz. 627. z późn. zm.)

(art. 3., pkt 49.) **definicja zanieczyszczenia w sposób bezpośredni odnosi się do szkodliwości dla ludzkiego zdrowia**, jako jednego z możliwych skutków emisji. W jeszcze innym miejscu (art.3, pkt 11.) ustawodawca postanowił podkreślić, że **pod pojęciem „oddziaływanie na środowisko” rozumie się również oddziaływanie na zdrowie ludzi**¹⁸.

Powietrze jest według cytowanej ustawy jednym z elementów przyrodniczych środowiska (art.3. pkt 39.), przy czym precyzuje się, że **mowa tu jedynie o powietrzu znajdującym się w troposferze**, z wyłączeniem wnętrz budynków i miejsc pracy (art. 3. pkt 26.).

Ochronie powietrza poświęcony jest cały dział ustawy Prawo ochrony środowiska (dalej: ustawa POŚ), na który składa się dwanaście artykułów (art. 85-96). W pierwszym z nich (art. 85.) stawia się **znak równości pomiędzy ochroną powietrza a zapewnieniem jego jak najlepszej jakości**, co ma być osiągnięte szczególnie poprzez:

- „utrzymanie poziomów substancji w powietrzu poniżej dopuszczalnych dla nich poziomów lub co najmniej na tych poziomach;
- zmniejszanie poziomów substancji w powietrzu co najmniej do dopuszczalnych, gdy nie są one dotrzymane;
- zmniejszanie i utrzymanie poziomów substancji w powietrzu poniżej poziomów docelowych albo poziomów celów długoterminowych lub co najmniej na tych poziomach”.

Jest to o tyle istotne dla rozważań o **procedurze oceny skutków zdrowotnych HIA**, iż zawarta na wstępie ustawy POŚ (art.3 pkt 28.) **definicja poziomu docelowego mówi wprost o tym, że poziom ten wprowadza się „w celu unikania, zapobiegania lub ograniczania szkodliwego wpływu danej substancji na zdrowie ludzi”**. Natomiast w przypadku poziomu celu długoterminowego dodano, że **chodzi o szkodliwy wpływ na zdrowie, który jest bezpośredni a także potwierdzony „stanem współczesnej wiedzy”**. Z kolei „stężenie substancji w powietrzu, powyżej którego istnieje zagrożenie zdrowia ludzkiego wynikające z krótkotrwałego narażenia na działanie zanieczyszczeń wrażliwych grup ludności” określa się mianem **poziomu informowania** i jego przekroczenie oznacza konieczność natychmiastowego wdrożenia działań informacyjnych. **Jedynie w definicji poziomu dopuszczalnego nie pojawia się słowo „zdrowie”**, stwierdza się tylko, że poziom ten stanowi standard jakości powietrza. W dalszej części ustawy POŚ (art.86. ust.1. pkt 4.) pojawia się nie zdefiniowane wcześniej pojęcie „**poziom alarmowy**”, które odnosi się do takich koncentracji niektórych substancji w powietrzu „**których nawet krótkotrwałe przekroczenie może**

¹⁸ Równocześnie, w każdej z wymienionych ustaw o samorządzie terytorialnym wymienia się też zadania związane z ochroną zdrowia obywateli.

powodować zagrożenie dla zdrowia ludzi”. Można się jedynie domyślać, że poziomy alarmowe różnią się tym od poziomów informowania, iż odnoszą się do zdrowia całej populacji generalnej, a nie jedynie grup szczególnie wrażliwych.

Wszystkie wymienione wyżej poziomy ogłaszane są, w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw środowiska, który konsultuje je wcześniej z ministrem właściwym do spraw zdrowia (art.86. ust.1. pkt 4.). Tak samo dzieje się w przypadku pułapu stężenia ekspozycji, przez co rozumie się „poziom substancji w powietrzu wyznaczony na podstawie wartości krajowego wskaźnika średniego narażenia, w celu ograniczenia szkodliwego wpływu danej substancji na zdrowie ludzi, który ma być osiągnięty w określonym terminie”. Pułapy stężenia ekspozycji wraz z poziomami dopuszczalnymi stanowią standardy jakości powietrza (art.3 pkt 31 lit. a oraz pkt 34.).

Krajowy wskaźnik średniego narażenia służący do wyznaczenia pułapu stężenia ekspozycji to średni poziom substancji w powietrzu określony w oparciu o pomiary przeprowadzone na obszarach tła miejskiego (art. 3, pkt 8. lit. c) czyli na tym obszarze miasta, w którym poziomy substancji w powietrzu są reprezentatywne dla narażenia ludności zamieszkującej tereny miejskie na działanie substancji zanieczyszczających (art. 3. pkt 10. lit. d). Należy dodać, że dla ustalenia krajowego wskaźnika średniego narażenia wykorzystuje się pomiary z terenu całego kraju, ale tylko te przeprowadzone na obszarach tła miejskiego w aglomeracjach oraz miastach o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy (art. 3. pkt 8 lit. c.). Omawiany wskaźnik służy do określenia i dotrzymania krajowego celu redukcji narażenia oraz dotrzymania pułapu stężenia ekspozycji. Przez krajowy cel redukcji narażenia rozumie się „procentowe zmniejszenie krajowego wskaźnika średniego narażenia dla roku odniesienia, w celu ograniczenia szkodliwego wpływu danej substancji na zdrowie ludzi, który ma być osiągnięty w określonym terminie” (art. 3 pkt 8. lit. b.).

Minister właściwy do spraw zdrowia (dalej: minister zdrowia) doradza także ministrowi właściwemu do spraw środowiska (dalej: minister środowiska) w sprawach związanych z sposobami obliczania wymienionych wyżej wskaźników, a także w kwestii sposobu oceny dotrzymania pułapu stężenia ekspozycji (art. 86a. ust. 1.). Obliczanie wskaźnika średniego narażenia za rok poprzedni należy do zadań Głównego Inspektora Ochrony Środowiska, który ma także obowiązek niezwłocznego przekazania ministrowi środowiska tych danych w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku. Informacje ta jest następnie podawana przez ministra środowiska w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w postaci wykazu miast o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i aglomeracji, dla których wartość wskaźnika średniego narażenia przekroczyła i (osobno) nie przekroczyła wartości pułapu stężenia ekspozycji (art. 86b.). W jednym z ostatnio opublikowanych

obwieszczeń z dnia 24 sierpnia 2015 roku¹⁹ wykaz miejscowości, w których jakość powietrza w roku 2014 nie spełniała normy, zawierał nazwy 12 miast o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i 9 aglomeracji. Natomiast na wykazie miast niezanieczyszczonych znalazło się 6 miast i 3 aglomeracje. **Najbardziej zanieczyszczoną okazała się aglomeracja krakowska** gdzie wartość wskaźnika średniego narażenia na pył $PM_{2,5}$ wynosiła $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$ natomiast najniższy wskaźnik tj. $13 \mu\text{g}/\text{m}^3$ odnotowano w mieście Koszalin.

Zgodnie z Prawem ochrony środowiska **krajowy cel redukcji narażenia określany jest w drodze rozporządzenia przez ministra środowiska** a chociaż ma się on kierować potrzebą ochrony zdrowia ludzi, **nie musi tego konsultować z ministrem zdrowia** (art. 86c.). Rozporządzenie z dnia 14 sierpnia 2012 r. (Monitor Polski z 2012 r. poz. 1030.) informuje, że „krajowy cel redukcji narażenia planowany do osiągnięcia w terminie do dnia 1 stycznia 2020 roku dla stężenia pyłu zawieszonego $PM_{2,5}$ w powietrzu wynosi $18 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ”. Rozporządzenie to stanowi równocześnie wdrożenie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy²⁰.

Zgodnie z ustawą POŚ oceny jakości powietrza w Polsce dokonuje się w strefach wyznaczonych przez ministra środowiska (art. 87.ust. 3.) a służą temu dane pochodzące z **systemu państwowego monitoringu środowiska**.

Dodatkowo na mocy artykułu 95 (ust.1.) **marszałek województwa może** na obszarze, na którym istnieje przekroczenie dopuszczalnego poziomu substancji w powietrzu, w drodze decyzji **nałożyć obowiązek prowadzenia pomiarów poziomów tej substancji**, na korzystający ze środowiska podmiot wprowadzający ją do powietrza, o ile podmiot ów eksploatuje instalację, która jest kwalifikowana jako przedsięwzięcie mogące znacząco oddziaływać na środowisko w rozumieniu ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2008r. nr 199 poz. 1227 z późn. zm.)

Zgodnie z artykułem 89. (ust.1.) ustawy Prawo ochrony środowiska, **wojewódzcy inspektorzy ochrony środowiska, zobligowani są co roku do oceny poziomów substancji w powietrzu w poszczególnych strefach za rok poprzedni i dokonania ich klasyfikacji odrębnie dla każdej substancji**. Klasyfikacji obejmuje strefy, w których poziom danej substancji odpowiednio:

- „przekracza poziom dopuszczalny powiększony o margines tolerancji;
- mieści się pomiędzy poziomem dopuszczalnym a poziomem dopuszczalnym powiększonym o margines tolerancji;

¹⁹ (Monitor Polski z 2015r., poz. 814.)

²⁰ (Dz. Urz. UE L 152 z 2008 r. str. 1.).

- nie przekracza poziomu dopuszczalnego;
- przekracza poziom docelowy;
- nie przekracza poziomu docelowego;
- przekracza poziom celu długoterminowego;
- nie przekracza poziomu celu długoterminowego”.

Informacja przygotowana przez wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska jest niezwłocznie przekazywana zarządowi województwa.

Całą metodykę dokonywania pomiarów i przeprowadzania na ich postawie oceny jakości powietrza w strefach reguluje rozporządzenie wydawane przez ministra środowiska w porozumieniu z ministrem zdrowia (art. 90. ust.1.). W rozporządzeniu tym określone są takie kwestie jak np.: metodyki referencyjne, zakresy wymaganych pomiarów (z podziałem na pomiary ciągłe oraz okresowe), kryteria lokalizacji punktów poboru próbek substancji, minimalna liczba stałych punktów pomiarowych.

Dla stref, w których poziom jakiegokolwiek z substancji podlegających ocenie jakości powietrza przekracza poziom dopuszczalny lub poziom docelowy zarząd województwa, w terminie 15 miesięcy od dnia otrzymania wyników opracowuje i przedstawia do zaopiniowania właściwym wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast i starostom projekt uchwały w sprawie programu ochrony powietrza, mający na celu osiągnięcie wspomnianych poziomów oraz pułapu stężenia ekspozycji. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta i starosta mają miesiąc na zaopiniowanie przesłanego im projektu uchwały, brak opinii po tym terminie uznaje się za równoznaczny z akceptacją projektu. Najpóźniej w terminie 18 miesięcy od dnia otrzymania wyników oceny poziomów substancji w powietrzu i klasyfikacji stref, sejmik województwa powinien w drodze uchwały przyjąć program ochrony powietrza.

Co istotne, w przypadku stref, w których przekraczane są poziomy dopuszczalne substancji, integralną częścią programu ochrony powietrza lub jego aktualizacji powinien być plan działań krótkoterminowych (art. 91. ust. 3a.) poprzedzony analizą udziału poszczególnych grup źródeł emisji w przekroczeniach poziomów tych zanieczyszczeń.

Jeśli w którejsz ze stref objętych programem ochrony powietrza standardy jakości powietrza są wciąż przekraczane, zarząd województwa jest obowiązany do zaktualizowania programu w terminie 3 lat od dnia wejścia w życie uchwały sejmiku województwa w sprawie programu ochrony powietrza, określając w nim działania ochronne dla grup ludności wrażliwych na przekroczenie, z szczególnym uwzględnieniem osób starszych i dzieci (art. 91. ust. 9 c.). Programy ochrony powietrza powinny też być aktualizowane każdorazowo po określeniu krajowego celu redukcji narażenia (art. 91. ust. 9 d.).

Zakres zagadnień, które powinny zostać określone i ocenione we wspomnianych programach i planach ustala minister środowiska, **mając między innymi na względzie konieczność zapewnienia ochrony zdrowia ludzi** (art. 91. ust. 10.).

W cytowanej ustawie stwierdza się także (art. 91. ust. 9b.) iż „opracowany przez zarząd województwa **projekt programu ochrony powietrza powinien uwzględniać cele zawarte w innych dokumentach planistycznych i strategicznych**”, jest to o tyle istotne, że takim dokumentem jest także Narodowy Program Zdrowia (nie został on jednak wymieniony w odróżnieniu od np. regionalnych programów operacyjnych oraz koncepcji przestrzennego zagospodarowania kraju.).

Jeśli na terenie jakiegoś z województw występują strefy, w których stężenie substancji podlegających ocenie w powietrzu przekracza poziom celu długoterminowego, to osiągnięcie tego poziomu powinno się stać jednym z celów **wojewódzkiego programu ochrony środowiska** (art. 91a.).

Punkt 9 artykułu 91 ustawy POŚ mówi o tym, że zarząd województwa, powinien zapewnić **możliwość udziału społeczeństwa w postępowaniu, którego przedmiotem jest sporządzenie programu ochrony powietrza** i odsyła do odpowiednich zapisów ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko.

Zarząd województwa jest także zobowiązany do opracowania i przedłożenia do zaopiniowania właściwym wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast i starostom projektu uchwały w sprawie planu działań krótkoterminowych, jeśli w danej strefie zajdzie ryzyko przekroczenia poziomu alarmowego, dopuszczalnego lub docelowego substancji w powietrzu (art. 92. ust. 1.). Celem takiego planu jest przedstawienie działań prowadzących do ograniczenia skutków i czasu trwania zaistniałych przekroczeń oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia następnych.

Tryb przygotowania, opiniowania i uchwalania planu działań krótkoterminowych jest taki sam jak w przypadku programów ochrony powietrza z tym, że za datę początkową uznaje się dzień otrzymania przez zarząd województwa przesyłanej przez wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska informacji o ryzyku wystąpienia przekroczeń.

Obowiązkiem zarządu województwa jest przekazywanie ministrowi środowiska sprawozdania z realizacji programów ochrony powietrza oraz planów działań krótkoterminowych w terminach określonych w ustawie Prawo ochrony środowiska (art. 94. ust. 2a.). Nadzór w zakresie terminowego uchwalenia programów ochrony powietrza i planów działań krótkoterminowych, a także realizacji przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, starostę oraz inne podmioty zawartych w nich zadań, sprawuje wojewoda przy pomocy wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska (art. 96a. ust. 1.).

W razie przekroczenia poziomów zanieczyszczeń, które zobowiązują do podjęcia działań określonych w planach działań krótkoterminowych, wojewódzki inspektor ochrony środowiska powiadamia **wojewódzki zespół zarządzania kryzysowego** (art. 94 ust. 1c.). Wojewódzki zespół zarządzania kryzysowego informuje z kolei właściwe organy o konieczności podjęcia działań określonych planem działań krótkoterminowych zawsze wtedy, gdy zachodzi ryzyko wystąpienia w danej strefie przekroczenia poziomu alarmowego, dopuszczalnego lub docelowego substancji w powietrzu (art. 93. ust. 1.). **Obowiązkiem wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego jest też w takiej sytuacji natychmiastowe powiadomienie społeczeństwa o istniejącym ryzyku** (art. 93. ust. 1.). Powiadomienie takie powinno zostać przekazane w sposób zwyczajowo przyjęty na danym terenie, a w swej treści zawierać w szczególności **wskazanie grup ludności wrażliwych na grożące przekroczenie**, przede wszystkim z uwzględnieniem osób starszych i dzieci. Powinny być w nim też **określone środki ostrożności, które mają być przez te osoby podjęte** (art. 93. ust. 2.).

Zgodnie z treścią artykułu 96 sejmik województwa w celu zapobieżenia negatywnemu oddziaływaniu na środowisko lub na zabytki ma możliwość podjęcia uchwały, w której określa się dla wskazanego obszaru (całego województwa bądź jego części) rodzaje lub jakość paliw dopuszczonych do stosowania, a także sposób realizacji i kontroli tego obowiązku.

W sytuacji gdy na znacznym obszarze kraju przekraczane są dopuszczalne lub docelowe poziomy substancji w powietrzu, a działania podejmowane przez organy samorządu terytorialnego nie wpływają na poprawę sytuacji, **minister środowiska ma możliwość przygotowania** a następnie ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski” **krajowego programu ochrony powietrza**, który jest traktowany jako dokument o charakterze strategicznym wyznaczającym cele i kierunki działań, jakie powinny zostać uwzględnione w programach ochrony powietrza (Art. 91c.).

Ponieważ celem niniejszego opracowania jest rozpoznanie możliwości zastosowania procedur HIA, w odniesieniu do lokalnych działań z zakresu ochrony powietrza, na przykładzie Krakowa, przeanalizowano pod tym kątem obowiązujący **Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego**, który stanowi załącznik do uchwały został przyjętej przez Sejmik Województwa Małopolskiego dnia 30 września 2013 roku²¹.

Na początku Programu ochrony powietrza dla województwa małopolskiego (dalej: Programu) przedstawiono jego cel, którym jest: „Zapewnienie mieszkań-

²¹ Sejmik Województwa Małopolskiego (2013), *Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego. Małopolska 2023 - w zdrowej atmosferze*. Załącznik nr 1 do uchwały Nr XLII/662/13 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30 września 2013 r., plik PDF [dostęp: 12.01.2015.]

com możliwości życia w zdrowym środowisku i oddychania czystym powietrzem (...)” stwierdzono również, że „**Podejmowane działania w zakresie poprawy jakości powietrza powodowane są dbałością o zdrowie mieszkańców Małopolski**”. Warto dodać, że Program posiada podtytuł „Małopolska 2023 - w zdrowej atmosferze”.

Skutki narażenia na zanieczyszczenia zostały przedstawione w osobnym czterostronicowym podrozdziale. W podrozdziale tym cytuje się **raporty WHO** opisując wpływ jaki ma na ludzkie zdrowie ekspozycja na pył zawieszony $PM_{2,5}$ i PM_{10} . Przytoczono także dane publikowane przez **Zakład Epidemiologii Nowotworów Centrum Onkologii** oraz zamieszczone w przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Środowiska dokumencie pt. „**Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci (CEHAP)**”. W końcu przedstawiono wyniki badań prowadzonych w Małopolsce m.in. przez zespół **Zakładu Epidemiologii, Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM** we współpracy z nowojorskim Uniwersyteciem Columbia.

Bardzo ciekawy z perspektywy zainteresowania analizami HIA jest fragment dokumentu, w którym przedstawiono **koszty złej jakości powietrza** (str. 27-28). W tekście wyjaśniono, że mają one postać kosztów zewnętrznych, na które oprócz kosztów wywołanych przez szkody w środowisku, kosztów efektu cieplarnianego i kosztów możliwych awarii składają się także **koszty zdrowotne**. Te ostatnie, według autorów dokumentu obejmują: „wydatki na opiekę zdrowotną ponoszone bezpośrednio przez ludzi chorujących z powodu zanieczyszczenia powietrza, jak i wydatki w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej, koszty wynikające z mniejszej produktywności, w tym absencji w pracy, a także koszty związane z przedwczesną umieralnością”. W dokumencie stwierdza się, iż największy wpływ na sumaryczne koszty zdrowotne ma wzrost umieralności na skutek długotrwałego narażenia na substancje zanieczyszczające powietrze. Na poparcie tego stwierdzenia zacytowano publikację, zgodnie z którą: „zmniejszenie poziomu pyłu $PM_{2,5}$ do wartości $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ tylko w Krakowie może zredukować przedwczesne zgony o 5,3% rocznie” czyli innymi słowy można w ten sposób przedłużyć życie ok. 475 osób w wieku powyżej 30 lat (str. 27)²². Przytoczono także szacunki dotyczące liczby osób, które mogą odczuć skutki zdrowotne 3-dniowego narażenia na podwyższone stężenia dobowe pyłu PM_{10} . Według obliczeń ekspertów WHO²³ trzydniowa ekspozycja na stężenie pyłu PM_{10} w wysoko-

²² Ballester F., Medina S., Boldo E., Goodman P., Neuberger M., Iniguez C., Künzli N., on behalf of the Apehis network, *Reducing ambient levels of fine particulates could substantially improve health: a mortality impact assessment for 26 European cities.*, J Epidemiol Community Health; 2008, 62:98-105.

²³ WHO, *Air Quality Guidelines for Europe, second edition-2000*. WHO Regional Publications, 2000, European Series No. 91.

ści $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ prowadzi do 4, a wysokości $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ do 8 dodatkowych zgonów w jednomilionowej populacji²⁴. Liczba przyjęć do szpitala w pierwszym przypadku wynosi 3 a w drugim 6, natomiast liczba osobo-dni zaostrzenia objawów 5 185 i 11 267. W tabeli zamieszczonej na str. 27 cytowanego dokumentu przeliczono te wartości, tak aby odpowiadały one populacji Małopolski.

Autorzy Programu prezentują także w skrócie metodykę szacowania kosztów zanieczyszczenia powietrza. Zgodnie z zawartymi w tekście informacjami, opracowując dokument przyjęto metodykę, która jest stosowana w unijnym **Programie Czystego Powietrza dla Europy**. W programie tym najpierw obliczono jakie koszty zewnętrzne ponoszą poszczególne kraje w związku z emisją najważniejszych zanieczyszczeń (np. $\text{PM}_{2,5}$, SO_2 , NO_x). Pozwoliło to ustalić z jak dużymi kosztami wiąże się emisja kilograma tych zanieczyszczeń. To z kolei umożliwia wyliczenie kosztów dla danego obszaru, po uwzględnieniu jego wielkości oraz wielkości emisji a także liczby narażonych na nią osób. Wartość kosztów dla Polski obliczona w ramach realizacji **Programu CAFE-CBA**²⁵ dla roku 2010 pozwoliła na oszacowanie kosztów zewnętrznych emisji dla województwa małopolskiego, które wynoszą dla $\text{PM}_{2,5}$, 1956,26 mln zł/rok, dla NO_x 249,19 mln zł/rok a dla SO_2 831,02 mln zł/rok (str. 28). Podsumowując stwierdzono, iż: „Poprawa jakości powietrza w Małopolsce może przynieść korzyści finansowe ograniczenia ponoszonych kosztów pośrednich, np. leczenia, absencji w pracy czy szkód w środowisku powodowanych zanieczyszczeniem powietrza rzędu 2,8 mld zł rocznie”. Można przyjąć, że w pewnym zakresie przedstawione w małopolskim Programie analizy odpowiadają tym, które powinny być prowadzone w ramach rutynowych analiz HIA.

Ciekawy ze względu na **identyfikację potencjalnych interesariuszy HIA** jest jeden z końcowych rozdziałów dokumentu, w którym przedstawiono obowiązki organów i innych jednostek w dążeniu do poprawy jakości powietrza w poszczególnych miastach oraz w całym regionie. Okazuje się, że obowiązki te mają bardzo zróżnicowany charakter, obejmując z jednej strony działania legislacyjne a z drugiej interwencje natury technicznej czy też organizacyjnej.

Wśród podmiotów, których zaangażowanie się jest konieczne, aby poprawić jakość powietrza w Małopolsce wymieniono:

- Zarząd Województwa Małopolskiego

²⁴ Autorzy dokumentu odwołują się do tych oszacowań powołując się na publikację: Strupczewski A., Radović U., (2006), *Koszty zewnętrzne wytwarzania energii elektrycznej*, Biuletyn Miesięczny PSE, styczeń 2006, s.14-29.

²⁵ Watkiss P., Pye S., Holland M., *Baseline Scenarios for Service Contract for carrying out cost-benefit analysis of air quality related issues, in particular in the clean air for Europe (CAFE)*, European Commission DG Environment, AEAT/ED51014/Baseline Scenarios. Issue 5, AEA Technology Environment, Didcot, United Kingdom, 2005.

- Sejmik Województwa Małopolskiego
- Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska
- Prezydenta Miasta Krakowa i Radę Miasta Krakowa
- Prezydentów pozostałych miast
- Wójtów oraz Burmistrzów miast i gmin
- Starostów Powiatów
- zarządców dróg
- Inspektorów nadzoru budowlanego
- zakłady ciepłownicze
- zakłady przemysłowe

W dokumencie stwierdza się też iż „Realizacja Programu w obecnym wymiarze bez wsparcia i zaangażowania władz krajowych oraz dostosowania przepisów prawnych jest w znacznym stopniu ograniczona i nie pozwala na pełne osiągnięcie oczekiwanych lokalnych efektów poprawy jakości powietrza”. Stąd też w tekście zawarto **wytyczne dla Rządu RP oraz Sejmu** dotyczące takiego kształtowania polityki energetycznej, finansowej i gospodarczej Państwa, aby zlikwidować istniejące bariery prawne i organizacyjne uniemożliwiające skuteczne realizowanie niektórych działań Programu ochrony powietrza oraz planu działań krótkoterminowych.

3. Ocena zagrożeń zdrowotnych w ramach Krajowego Systemu Ocen Oddziaływania na Środowisko

Analiza zebranych aktów prawnych prowadzi do wniosku, że **pewne elementy HIA można rozpoznać w obowiązujących w naszym kraju procedurach oceny oddziaływania na środowisko**, dla których ramy prawne wyznaczają:

- ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko, dalej zwana „ustawą OOS”²⁶;
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko zwane dalej „rozporządzeniem RM”²⁷.

Wymienione akty prawne wywodzą się w znacznej mierze z prawodawstwa Unii Europejskiej i są wynikiem transponowania między innymi następujących dyrektyw:

²⁶ Dziennik Ustaw Nr 199 z 2008r., poz. 1227, z późn. zm

²⁷ Dz. U. Nr 213 z 2010r., poz. 1397.

- Dyrektywy Rady 85/337/EWG z dnia 27 czerwca 1985 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko naturalne²⁸;
- Dyrektywy Rady 92/43/EWG z dnia 21 maja 1992 r. w sprawie ochrony siedlisk przyrodniczych oraz dzikiej fauny i flory²⁹;
- Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/42/WE z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko³⁰.

Istotne z perspektywy rozważań o HIA, jest to, że na samym wstępie (art. 3 ust. 2.) podkreśla się, iż.: „Ilekróć w ustawie jest mowa o oddziaływaniu na środowisko rozumie się przez to również oddziaływanie na zdrowie ludzi”.

Zgodnie z ustawą OOŚ, oceną oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko jest procedura prowadzona w ramach postępowania administracyjnego, obejmująca przede wszystkim weryfikację raportu o oddziaływaniu przedsięwzięcia na środowisko, uzyskanie wymaganych ustawą opinii i uzgodnień, a także umożliwienie społeczeństwu udziału w postępowaniu (art. 3. ust. 1. pkt 8.).

Ustawa OOŚ precyzuje, że pod pojęciem przedsięwzięcia rozumie się: „zamierzenie budowlane lub inną ingerencję w środowisko polegającą na przekształceniu lub zmianie sposobu wykorzystania terenu, w tym również na wydobywaniu kopaliny; (...)” (art. 3. ust.1. pkt 13.).

Podobną procedurę, którą wdraża się w przypadku ustalania wpływu jaki wywrą na środowisko skutki realizacji polityk, strategii, planów lub programów wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko określa się mianem **strategicznej oceny oddziaływania na środowisko** (art. 3. 1. pkt 14.) Ocenie tej podlegają głównie dokumenty dotyczące zagospodarowania przestrzennego oraz polityki, strategii, plany lub programy dotyczące kwestii związanych z przemysłem, energetyką, transportem, gospodarką odpadami, turystyką, wykorzystywaniem terenu itp. (art.46. pkt 1. i 2). Wymogiem przeprowadzenia **strategicznej oceny oddziaływania na środowisko** (dalej „SOOŚ”) objęte są także te dokumenty „których realizacja może spowodować znaczące oddziaływanie na obszar Natura 2000 jeżeli nie są one bezpośrednio związane z ochroną obszaru Natura 2000 lub nie wynikają z tej ochrony” (art.46. pkt 3)³¹.

²⁸ (Dz. Urz. WE L 175 z 05.07.1985, str. 40, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 1, str. 248);

²⁹ (Dz. Urz. WE L 206 z 22.07.1992, str. 7, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 2, str. 102);

³⁰ (Dz. Urz. WE L 197 z 21.07.2001, str. 30; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 6, str. 157);

³¹ Także w przypadku przedsięwzięć mogących znacznie oddziaływać na obszar Natura

Organem opiniującym i uzgadniającym w postępowaniu zmierzającym do wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, prowadzonym przez inne organy jest **regionalny dyrektor ochrony środowiska**. Tak samo jest w przypadku strategicznej oceny oddziaływania na środowisko chyba, że dokumenty zostały opracowywane przez naczelne lub centralne organy administracji rządowej. Wówczas organem właściwym jest Generalny Dyrektor Ochrony Środowiska (Art. 57. 1.)³².

Pierwszym etapem postępowania, którym objęte zostaje większość przedsięwzięć jest postępowanie zmierzające do wydania **decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach** (dalej: decyzji OŚU). W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko wymienia się (§ 3. ust. 1.) ponad 100 kategorii przedsięwzięć, które określa się mianem „potencjalnie znacząco wpływających na środowisko”, a które muszą zostać poddane wstępnej ocenie. Podstawą do jej dokonania jest składana przez inwestora karta informacyjna przedsięwzięcia, natomiast rezultatem jest wydawane przez regionalnego dyrektora ochrony środowiska (dalej: RDOŚ) postanowienie albo stwierdzające brak potrzeby przeprowadzenia OOŚ, albo nakładające taki obowiązek a zarazem podające zakres raportu OOŚ. W przypadku przedsięwzięć, które zgodnie z rozporządzeniem RM (§. 2. ust. 1.) mogą zawsze znacząco wpływać na środowisko, inwestor składa kartę informacyjną lub raport OOŚ w zakresie, który został określony ustawą, a RDOŚ dokonuje oceny i wydaje postanowienie, w którym zostaje dookreślony zakres raportu OOŚ.

W przypadku SOOŚ, takiej wstępnej analizie poddaje się projekt dokumentu przedłożony przez podmiot go opracowujący, a także złożoną wraz tym projektem prognozę oddziaływania na środowisko ocenianej polityki, strategii, planu lub programu (dalej: prognoza OOŚ). Zamykające ten etap postanowienie precyzuje stopień szczegółowości informacji, które powinny zostać zawarte w tej prognozie.

W ustawie OOŚ stwierdza się, że na mocy uzgodnienia z właściwymi organami, organ opracowujący projekty dokumentów może: „odstąpić od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko, jeżeli uzna, że realizacja postanowień danego dokumentu nie spowoduje znaczącego oddziaływania na środowisko” (art.48. ust. 1.).

2000 ustawa OOŚ wprowadza wymóg przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko. Ponieważ Natura 2000 jest programem ochrony przyrody, którego zadaniem głównym jest zachowanie określonych typów siedlisk przyrodniczych oraz gatunków, temat związanych z tym programem procedur OOŚ zostanie pominięty w niniejszym opracowaniu.

³² Ponieważ niniejsze opracowanie dotyczy przypadku działań mających wpływ na jakość powietrza w skali lokalnej w jego dalszej części przedstawiona zostanie głównie rola RDOŚ.

Co istotne z perspektywy rozważań o HIA, wśród uwarunkowań, które trzeba uwzględnić przed wydaniem decyzji o konieczności przeprowadzenia SOOŚ, lub odstąpieniu od niej, wymieniono: „**prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka dla zdrowia ludzi**” (art. 49. ust. 2.). Natomiast w samej prognozie OOŚ należy określić, przeanalizować oraz ocenić „przewidywane znaczące oddziaływania, w tym oddziaływania bezpośrednie, pośrednie, wtórne, skumulowane, krótkoterminowe, średnioterminowe i długoterminowe, stałe i chwilowe oraz pozytywne i negatywne na środowisko. Co więcej, należy też wziąć pod uwagę zarówno **oddziaływanie na wszystkie elementy środowiska**, wśród których wymienia się w artykułe 51 ustawy OOŚ zarówno **powietrze jak i ludzi, a także zależności między nimi**.

Wśród organów z którymi uzgadnia się decyzję o konieczności przeprowadzenia SOOŚ (lub o jej zaniechaniu) są także, wymienione w artykułe 58 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej: PIS) biorą także udział w postępowaniu prowadzącym do wydania decyzji OŚU a dotyczącym przedsięwzięć znacząco lub potencjalnie znacząco wpływających na środowisko. Udział ten polega na zapoznaniu się z dokumentami przesłanymi przez organ właściwy do wydania decyzji OŚU oraz przygotowaniu opinii na temat będący przedmiotem postępowania.

Właściwe dla danej sprawy organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mają na wydanie opinii 14 lub 30 dni, o czym mówią odpowiednie artykuły ustawy OOŚ. Niewydanie opinii w terminie określonym tymi przepisami traktowane jest jako brak zastrzeżeń.

Także w przypadku oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko określa się, analizuje oraz ocenia między innymi „**bezpośredni i pośredni wpływ danego przedsięwzięcia na środowisko oraz ludność, w tym zdrowie i warunki życia ludzi,**” (art. 62. ust. 1. pkt 1 lit. a.)

Charakterystyka i rodzaj planowanego przedsięwzięcia znajdują się wśród kryteriów, które powinny zostać wzięte łącznie pod uwagę przed wydaniem przez właściwy organ postanowienia o obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko. Zgodnie ze zmianą, która weszła w życie 1.01.2017 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1936.) kryterium to uwzględnia również **zagrożenia dla zdrowia ludzi, w tym te wynikające z emisji** (art. 63 ust.1 pkt 1 lit. g.).

Obligatoryjną częścią raportu OOŚ przedkładanego przez inwestora jest między innymi **opis skutków jakie przyniosło by dla środowiska niepodejmowanie przedsięwzięcia oraz opis i uzasadnienie branych pod uwagę wariantów**, w tym wariantu proponowanego przez wnioskodawcę oraz racjonalnego wariantu alternatywnego, a także racjonalnego wariantu najkorzystniejszego dla środowiska. Raport OOŚ musi też określać przewidywane oddziaływanie na środowisko

analizowanych wariantów. Wśród innych rodzajów oddziaływań, które powinny zostać wzięte pod uwagę, w punkcie 6 artykułu 66 wymienia się też emisję gazów cieplarnianych. Raport OOS musi uwzględniać **porównanie oddziaływań analizowanych wariantów** między innymi na „ludzi, rośliny, zwierzęta, grzyby i siedliska przyrodnicze, wodę i powietrze”, a także na wzajemne oddziaływanie tych elementów na siebie (art.66 pkt 6a, lit. a i g.). Kwestie te będą musiały też być poruszone w uzasadnieniu proponowanego przez wnioskodawcę wariantu.

Każdy raport OOS musi zawierać również „opis przewidywanych działań mających na celu unikanie, zapobieganie, ograniczanie lub kompensację przyrodniczą negatywnych oddziaływań na środowisko” (art.66 pkt 9.).

W ustawie OOS wskazuje się nie tylko obligatoryjny zakres dokumentów przedkładanych do analizy (prognoz lub raportów OOS.), ale też mówi się nieco o metodyce jej przygotowania.

W artykule 52 (ust. 1.) dotyczącym prognozy OOS oraz w artykule 68 (ust. 1.) odnoszącym się do raportu OOS stwierdza się, iż **powinny one zostać opracowane stosownie do stanu współczesnej wiedzy oraz metod oceny i badań**. W artykule 66 (pkt 17.) podkreślono też konieczność wskazania „trudności wynikających z niedostatków techniki lub luk we współczesnej wiedzy, jakie napotkano, opracowując raport;”

Po wydaniu postanowień kończących etap wstępnego rozpoznania, właściwy organ zawiesza postępowanie w sprawie decyzji wydania OŚU i podejmuje go na nowo, dopiero wtedy, gdy inwestor przedkłada raport OOS, którego zakres odpowiada wymogom zawartym w postanowieniu. W przypadku SOOS odpowiednikiem złożenia raportu OOS, jest złożenie prognozy OOS o wymaganym zakresie.

W kolejnym etapie organ wydający decyzję OŚU ponownie występuje do właściwych organów PIS o opinię w związku z prowadzoną OOS. Tę fazę postępowania przeprowadza się także z udziałem społeczeństwa, które ma 21 dni na składanie wniosków.

Po zebraniu wszystkich potrzebnych materiałów właściwy organ dokonuje ich analizy a następnie wydaje decyzję o środowiskowych uwarunkowaniach, co podawane jest do wiadomości publicznej.

Od decyzji przysługuje odwołanie w trybie określonym przez Kodeks postępowania administracyjnego.

Kwestią istotną z perspektywy poszukiwania interesariuszy potencjalnie zaangażowanych w procedury HIA jest wspomniany wyżej **udział społeczeństwa**. Zasady owego udziału reguluje cytowana tu szeroko ustawa OOS, wdrażając przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/35/WE z dnia 26 maja 2003 r. przewidującej udział społeczeństwa w odniesieniu do sporządzania niektórych planów i programów w zakresie środowiska oraz zmieniającej w odniesieniu do udziału społeczeństwa i dostępu do wymiaru sprawiedliwości dyrektywy Rady 85/337/EWG i 96/61/WE (Dz. Urz. UE L 156 z 25.06.2003, str. 17; Dz. Urz.

UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 7, str. 466.). **Ustawa OOŚ zapewnia udział społeczeństwa w postępowaniu OŚU na etapie dokonywania oceny oddziaływania na środowisko.**

Zgodnie z artykułem 5 ustawy OOŚ: „Każdy ma prawo uczestniczenia, na warunkach określonych ustawą, w postępowaniu wymagającym udziału społeczeństwa”. Z kolei artykuł 29 daje każdemu prawo do składania uwag i wniosków w postępowaniu, w którym wymagany jest udział społeczeństwa. Możliwość udziału społeczeństwa przed wydaniem lub zmianą decyzji a także przed przyjęciem lub zmianą dokumentów, w przypadku których przepisy ustawy OOŚ lub innych ustaw tego wymagają, powinny zostać zapewnione przez organy administracji właściwe dla danej sprawy. Zapewnienie udziału społeczeństwa realizuje się w dużej mierze poprzez **podanie do publicznej wiadomości informacji dotyczących postępowania**, które zostały wyszczególnione w artykule 33 (ust. 2., pkt 1-10.) a także **informacji umożliwiających uczestniczenie w opracowywaniu dokumentów** (art. 39, ust.1, pkt 1-6.). Na mocy artykułu 36 „Organ właściwy do wydania decyzji może przeprowadzić rozprawę administracyjną otwartą dla społeczeństwa”.

Po wydaniu decyzji (a także po opracowaniu dokumentów) właściwy organ powinien przedstawić **uzasadnienie zawierające informacje o udziale społeczeństwa** w postępowaniu a także o tym, w jaki sposób i w jakim zakresie uwzględniono zgłoszone przez nie uwagi oraz wnioski (art. 37. pkt 2. oraz art. 42. pkt 2.).

Ustawa OOŚ, mówi także w rozdziale 4 o uprawnieniach organizacji ekologicznych, które powołując się na swoje cele statutowe, zgłaszają chęć uczestniczenia w określonym postępowaniu wymagającym udziału społeczeństwa. Mogą one uczestniczyć w nim na prawach strony, jeżeli przed dniem wszczęcia owego postępowania co najmniej przez cały rok prowadziły działalność statutową w zakresie ochrony środowiska lub ochrony przyrody (art. 44. ust. 1.).

Organizacji ekologicznej służy prawo wniesienia odwołania od decyzji wydanej w postępowaniu wymagającym udziału społeczeństwa, prowadzonym przez organ pierwszej instancji, a także skarga do sądu administracyjnego od tej decyzji, jeżeli jest to uzasadnione celami statutowymi tej organizacji, nawet wtedy, gdy organizacja ta nie brała udziału w rzeczonym postępowaniu (art. 44. ust. 2. i 3.). Wniesienie przez organizację ekologiczną odwołania jest traktowane jako zgłoszenie chęci uczestniczenia w takim postępowaniu, w związku z czym w postępowaniu odwoławczym organizacja ta uczestniczy na prawach strony. W przypadku odmowy dopuszczenia do udziału w postępowaniu, organizacji ekologicznej przysługuje prawo złożenia zażalenia na takie postanowienie (art. 44. ust. 4.).

Z perspektywy rozważań dotyczących procedur HIA interesującą kwestią jest to, jak często organizacje ekologiczne wnoszą uwagi oraz wnioski, których przedmiotem jest wpływ planowanych inwestycji lub opracowywanych dokumentów na ludzkie zdrowie oraz to jak te ewentualne wnioski oraz uwagi mają się

do tych, które w swoich opiniach zamieściły właściwe organy PIS? Zdaniem autora niniejszego opracowania warto by było zbadać tę kwestię.

Przystępując do podsumowania wątku Krajowego Systemu Ocen Oddziaływania na Środowisko, należy stwierdzić, że opisane powyżej **procedury OŚU uwzględniają w kilku miejscach przeprowadzenie analiz odpowiadających tym, które są podejmowane na poszczególnych etapach HIA** (screening, scoping, appraisal.) co przedstawiono na rysunkach [Rys. 1-3]. **Analizy te są głównie prowadzone w ramach postępowania mającego na celu wydanie opinii przez właściwe organy PIS**³³.

Kompetencje poszczególnych organów PIS w tym zakresie określają przepisy ustawy OOS (art. 58. ust. i 78. ust. 1-3.). Pewne zadania, polegające na: opiniovaniu projektów planów zagospodarowania przestrzennego, a także uzgadnianiu dokumentacji projektowej czy też warunków zabudowy i zagospodarowania terenu pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych są włączone w zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako działania z zakresu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego o czym mówią stosowne punkty (pkt 1.i pkt 2.) artykułu 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 12 z 1985 r. poz. 49. z późn. zm.).

Dodatkowo artykuł 28 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej: ustawy o PIS) mówi, iż „Państwowemu inspektorowi sanitarnemu przysługuje prawo zgłoszenia sprzeciwu przeciwko uruchomieniu wybudowanego lub przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, **wprowadzeniu nowych technologii lub zmian w technologii, dopuszczeniu do obrotu materiałów stosowanych w budownictwie lub innych wyrobów mogących mieć wpływ na zdrowie ludzi** - jeżeli w toku wykonywanych czynności stwierdzi, że z powodu nieuwzględnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych określonych w obowiązujących przepisach mogłoby nastąpić zagrożenie życia lub zdrowia ludzi”.

Artykuł ten daje więc podstawy do przeprowadzania analiz typu HIA w nieco szerszym zakresie niż wynika to z ustawy OOS.

4. Ocena skutków regulacji a kwestie zdrowia i środowiska

W rozważaniach nad możliwościami wdrożenia systemu HIA w Polsce nie sposób nie odnieść się do funkcjonującej już procedury **oceny wpływu (OW)**, podstawą której są analizy mające na celu wspomaganie procesu decyzyjnego w zakresie rozwiązań regulacyjnych. W założeniu wyniki owych analiz powinny dostarczać jak najpełniejszej informacji na temat wariantów rozwiązań konkretnego problemu oraz potencjalnych negatywnych a także pozytywnych skutków

³³ W przypadku SOOS jest to też uzgodnienie.

społeczno-gospodarczych ich implementacji. Analizy przewidywanych skutków dokonuje się przy współudziale interesariuszy i mogą one być zarówno oceną proponowanych rozwiązań (ocena ex ante), jak i oceną funkcjonowania obowiązujących już regulacji (ocena ex post). Zgodnie z wytycznymi przygotowanymi przez Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów nieodzownym elementem całego procesu jest udział społeczeństwa³⁴.

Wspominane analizy są podstawą przygotowania trzech rodzajów dokumentów: tekstu regulacyjnego (TR), oceny skutków regulacji (OSR) oraz oceny funkcjonowania ustawy (OSR ex post), w których przedstawia się oceny wpływu dokonanej na etapie prac nad założeniami projektu aktu prawnego (TR), na etapie opracowywania projektu aktu prawnego (OSR) lub podczas obowiązywania tego aktu (OSR ex post).

Interesujące jest to, że pomimo tego, iż wśród wytycznych przygotowanych przez Ministerstwo Gospodarki (MG, 2013) uwzględniono konieczność wzięcia pod uwagę szerokiego spektrum skutków społecznych (a w szczególności wpływu „na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe”), praktycznie **nigdzie w cytowanym przewodniku nie wymienia się wprost skutków zdrowotnych**. Inaczej jest z oceną wpływu na środowisko, o której w przewodniku wspomniano kilkakrotnie, a wśród pytań szczegółowych które mają pomóc w przygotowaniu rzetelnej oceny znalazło się nawet jedno w sposób bezpośredni odnoszące się do czystości powietrza (MG, 2013, str. 92)³⁵.

Prawdopodobnie uwzględnienie aspektów środowiskowych w ocenie wpływu wynika z wieloletniego już funkcjonowania procedur Krajowego Systemu Oddziaływania na Środowisko, którym poświęcono poprzedni rozdział niniejszego opracowania.

5. Zasoby kadrowe

Jednym z działań poprzedzających ewentualne wdrożenie procedur HIA powinno być oszacowanie zasobów kadrowych, czyli identyfikacja osób przygotowanych do przeprowadzania tego typu analiz, a także formułowania rekomendacji w oparciu o ich wyniki. W przypadku kwestii rozpatrywanej w niniejszym opracowaniu, zasoby te stanowiliby specjaliści zajmujący się oceną skutków

³⁴ Ministerstwo Gospodarki, *Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu i konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego*, Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 2013, dokument elektroniczny [dostęp: 10.11.2016.].

³⁵ Ministerstwo Gospodarki, *Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu i konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego*, Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 2013, dokument elektroniczny [dostęp: 10.11.2016.] str. 92.

zdrowotnych związanych zarówno z jakością powietrza jak i wszelkiego rodzaju działań, które na ową jakość wpływają.

W świetle tego co wcześniej napisano w części poświęconej Krajowemu Systemowi Ocen Oddziaływania na Środowisko, można się spodziewać, że takimi specjalistami są pracownicy właściwych organów PIS, zaangażowani w wydawanie opinii w postępowaniu OŚU. Jednakże **kwestie związane z czystością powietrza atmosferycznego nie są nigdzie wymienione explicite w ustawie o PIS** (w odróżnieniu od problemu jakości powietrza znajdującego się w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.) a w publikowanym ostatnio przez GIS raporcie o stanie sanitarnym kraju nie prezentuje się wyników jakichkolwiek analiz dotyczących tego obszaru³⁶. W tej sytuacji można zadać pytanie o liczbę opinii wydawanych przez organy PIS w ramach postępowania OŚU, w których problem wpływu ocenianych przedsięwzięć bądź dokumentów na jakość powietrza jest faktycznie brany pod uwagę i analizowany? Kwestia ta może być przedmiotem dalszych badań.

Poszukując kadr przygotowanych do prowadzenia analiz HIA w obszarze związanym z jakością powietrza atmosferycznego (lub bardziej ogólnie: w dziedzinie zdrowia środowiskowego) należy pamiętać także o instytucjach naukowo-badawczych, z których wiele ma ponad kilkudziesięcioletnią tradycję w tym zakresie.

Przede wszystkim należy wymienić **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny** (dalej NIZP-PZH.), gdzie zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej Instytutu³⁷, prowadzeniem badań naukowych i usługowych, analizujących bezpieczeństwo zdrowotne powietrza oraz oceniających wpływ czynników środowiskowych na stan zdrowia ludzi zajmuje się głównie **Zakład Higieny Środowiska** (umieszczony w Pionie Zdrowia Środowiskowego). Specjaliści pracujący w tym zakładzie opracowują również metody wykrywania i oznaczania skażeń fizyko-chemicznych powietrza. Jest to też ta komórka NIZP-PZH, która pełni nadzór merytoryczny nad badaniami jakości powietrza wykonywanymi przez stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Kolejną placówką naukowo-badawczą zajmującą się problematyką zdrowia środowiskowego jest **Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi**. Działający w jego ramach **Zakład Monitorowania Biologicznego i Środowiska** zajmuje się między innymi³⁸:

³⁶ GIS, *Stan sanitarny kraju w roku 2014*, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, 2015, (http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/BIP/Stan_sanitarny_kraju_za_rok_2014_web.pdf) [Dostęp: 12-12-2015, 7:26]

³⁷ Strona www Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego- Państwowego Zakładu Higieny, <http://www.pzh.gov.pl/szkolenia-kursy-oraz-wyklady/struktura/pion-zdrowia-srodowiskowego/zaklad-higieny-srodowiska/> [Dostęp: 4.03.2016. 11:54]

³⁸ Strona www Zakładu Monitorowania Biologicznego i Środowiska, Instytutu Medycyny

- opracowywaniem analitycznych metod dla chemicznych zanieczyszczeń powietrza a także metod oceny narażenia na czynniki toksyczne i pyły w środowisku bytowania człowieka;
- ocenianiem i monitorowaniem narażenia środowiskowego na substancje chemiczne;
- szacowaniem ryzyka wystąpienia skutków zdrowotnych w wyniku narażenia na czynniki chemiczne.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie tego zakładu prowadzi on także międzylaboratoryjne badania biegłości w zakresie analizy podstawowych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego.

Także **Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu** jest jednostką prowadzącą szeroką działalność badawczą, ekspercką oraz szkoleniową w obszarze zdrowia środowiskowego.

Jak wynika z informacji zawartych na stronach internetowych Instytutu³⁹ szczególnie dwa zakłady znajdujące się w jego strukturze skupiają ekspertów, których wiedza, umiejętności oraz doświadczenie może być przydatne w zwiększaniu kompetencji tych osób, które w ramach HIA miałyby się zajmować oceną wpływu różnych zamierzeń na jakość powietrza atmosferycznego a przez to i na ludzkie zdrowie. Jednym z nich jest **Zakład Szkodliwości Chemicznych**, który między innymi zajmuje się:

- rozpoznawaniem występowania i szkodliwością substancji chemicznych w środowisku życia człowieka;
- analizą potencjalnego zanieczyszczenia środowiska spowodowanego emisją substancji chemicznych ze źródeł przemysłowych;
- badaniem oraz oceną narażenia środowiskowego ludzi w oparciu o badanie właściwości mutagennych prób środowiskowych (w tym: pyłowych zanieczyszczeń powietrza) z wykorzystaniem bakteryjnego testu Salmonella oraz testów krótkoterminowych in vitro.

Drugim z wyżej wspomnianych jest Zakład Zdrowia Środowiskowego i Epidemiologii, który między innymi oferuje możliwość „konsultacji i ekspertyz w zakresie szeroko pojętego zdrowia środowiskowego włącznie z badaniami populacyjnymi ukierunkowanymi na ocenę wpływu czynników środowiska komunalnego na zdrowie” a także służy radą w opracowywaniu projektów ukierunkowanych na wczesne wykrywanie zaburzeń i chorób, będących skutkiem narażenia na czynniki środowiskowe. Zakład ten ma także doświadczenie w prowadzeniu

Pracy im. J. Nofera w Łodzi http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_instytucie/struktura/zaklad_monitoringu_biologicznego_i_srodowiska/ [Dostęp: 4.03.2016. 12:16]

³⁹ Strona www Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu <http://www.imp.sosnowiec.pl/> [Dostęp: 4.03.2016. 12:31]

działalności szkoleniowej skierowanej do pracowników nadzoru sanitarnego oraz pracowników administracji publicznej, w tym w realizacji kursów z zakresu oceny ryzyka.

Ekspertów zajmujących się tematem wpływu zanieczyszczeń powietrza na ludzkie zdrowie można też znaleźć wśród kadry uczelni, które posiadają w swej strukturze komórki zajmujące się zdrowiem środowiskowym. Należą do nich między innymi:

- Gdański Uniwersytet Medyczny,
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
- Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
- Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy,
- Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
- Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

Pewna liczba specjalistów zajmujących się różnymi aspektami oceny środowiskowego ryzyka dla zdrowia tworzy też kadry firm doradczych oferujących konsultacje w zakresie przygotowania dokumentacji środowiskowych w tym raportów o oddziaływaniu przedsięwzięć na środowisko.

W przypadku wdrożenia pełnozakresowego systemu HIA, obecnie istniejące zasoby kadrowe prawdopodobnie okazałyby się dalece niewystarczające i można by je było uzupełnić np. poprzez wprowadzenie odpowiednich kursów oferowanych studentom zdrowia publicznego lub ochrony środowiska.

6. Podsumowanie i rekomendacje

Dokonana analiza obowiązujących przepisów prawnych a także wynikających z nich procedur pozwala stwierdzić, że w obszarze działań nakierowanych na ochronę środowiska przeprowadza się już analizy zbliżone do tych, jakie charakteryzują system HIA.

Na pewne elementy analiz charakterystycznych dla HIA natrafiono studiując obszar lokalnych i regionalnych działań skierowanych na poprawę jakości powietrza atmosferycznego. W obowiązującym obecnie Programie ochrony powietrza dla województwa małopolskiego, zamieszczono oszacowania kosztów zdrowotnych wynikających z narażenia mieszkańców Małopolski oraz Krakowa na wybrane substancje zanieczyszczające (w tym pył zawieszony PM_{10}). Podtytuł owego Programu (Małopolska 2023 - w zdrowej atmosferze), jego cel, a także fakt przytoczenia w dokumencie wspomnianych oszacowań jako argumentu mającego zwiększyć wagę proponowanych działań zapobiegawczych, mogą być potraktowane jako oznaka zainteresowania organów odpowiedzialnych za ochronę środowiska (a także pośrednio i opinii publicznej) analizami HIA oraz ich wykorzystaniem.

Jednak najlepszym przykładem procedur charakterystycznych dla HIA są umocowane prawnie **oceny wpływu na zdrowie**, prowadzone rutynowo w ramach istniejącego w naszym kraju systemu **Ocen Oddziaływania na Środowisko (OOS)**, co w formie graficznej przedstawiono na rysunkach [Rys.1-3].

Istotne z perspektywy badania szans na wdrożenie w Polsce systemu HIA jest uczestnictwo we wspomnianych procedurach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS). W przypadku strategicznej oceny oddziaływań na środowisko, której poddaje się polityki, strategie, plany lub programy wyznaczające ramy dla realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko właściwe dla sprawy organy PIS wypełniają rolę uzgadniającą, co znaczy, że wyniki ich oceny są wiążące. W przypadkach postępowania zmierzającego do wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach (OŚU), w ramach którego poddaje się ocenie różnego rodzaju inwestycje lub inne przedsięwzięcia mogące potencjalnie wywrzeć wpływ negatywny na środowisko, właściwe dla sprawy organy PIS odgrywają jedynie rolę opiniującą (tzn. przedstawiona opinia nie wiąże ona organów wydających decyzję OŚU).

Cechą funkcjonującego obecnie systemu jest to, że obowiązujące procedury obejmują **jedynie oceny tych przedsięwzięć, w przypadku których spodziewany jest negatywny wpływ na środowisko**. Nie przeprowadza się takich analiz dla przedsięwzięć, które potencjalnie mogą mieć na środowisko oraz zdrowie wpływ korzystny (przykładem takiego mogłoby być np. założenie nowego parku), ani także w przypadku ocenianych obecnie przedsięwzięć nie poszukuje się potencjalnych pozytywnych skutków jakie ich realizacja może przynieść społeczeństwu. Tymczasem według British Medical Association **Ocena Oddziaływania na Zdrowie** powinna służyć identyfikacji zarówno negatywnych jak i pozytywnych efektów.

Chcąc wprowadzić w Polsce system HIA, można go budować od początku, ale można też **wykorzystać istniejące już procedury**. Jedną z nich, jest **procedura oceny wpływu (OW)**, której podstawą są analizy mające na celu wspomaganie procesu decyzyjnego w zakresie rozwiązań regulacyjnych, a która to **ocena powinna, zgodnie z założeniami jej twórców uwzględniać także różnego rodzaju skutki społeczne**. Wydaje się, że do tej pory skutki zdrowotne wprowadzania regulacji lub ich zmiany, były rzadziej rozpatrywane niż np. skutki środowiskowe.

Instytucjonalizacja systemu HIA wymaga także decyzji dotyczącej tego, kto ma koordynować proces HIA. Jedną z możliwości jest powołanie **interdyscyplinarnych zespołów ds. oceny wpływu na zdrowie**, umocowanych np. przy referatach d.s. zdrowia urzędów gminy. Rolą owych zespołów byłoby przeprowadzenie wstępnego przeglądu sytuacji (etap tzw. **screeningu**) oraz ustalenie zakresu analizy (**scoping**) a także merytoryczna kontrola nad oceną wpływu na zdrowie (**assessment lub appraisal**), której mogłyby dokonywać i przedstawiać (w postaci

raportu) prywatne firmy konsultingowe (analogicznie, jak ma to miejsce obecnie w przypadku ocen oddziaływania na środowisko).

Zdaniem autora niniejszego podsumowania **dużą szansą na wprowadzenie systemu HIA mogą być procedury już obowiązujące w ramach Krajowego Systemu Oddziaływania na Środowisko**. To rozwiązanie wymagało by jednak wzmocnienia roli instytucji sektora ochrony zdrowia (szczególnie Ministerstwa Zdrowia oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

Rekomenduje się przede wszystkim dokonanie następujących zmian w obowiązującej obecnie ustawie z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dziennik Ustaw Nr 199 z 2008r., poz. 1227, z późn. zm.):

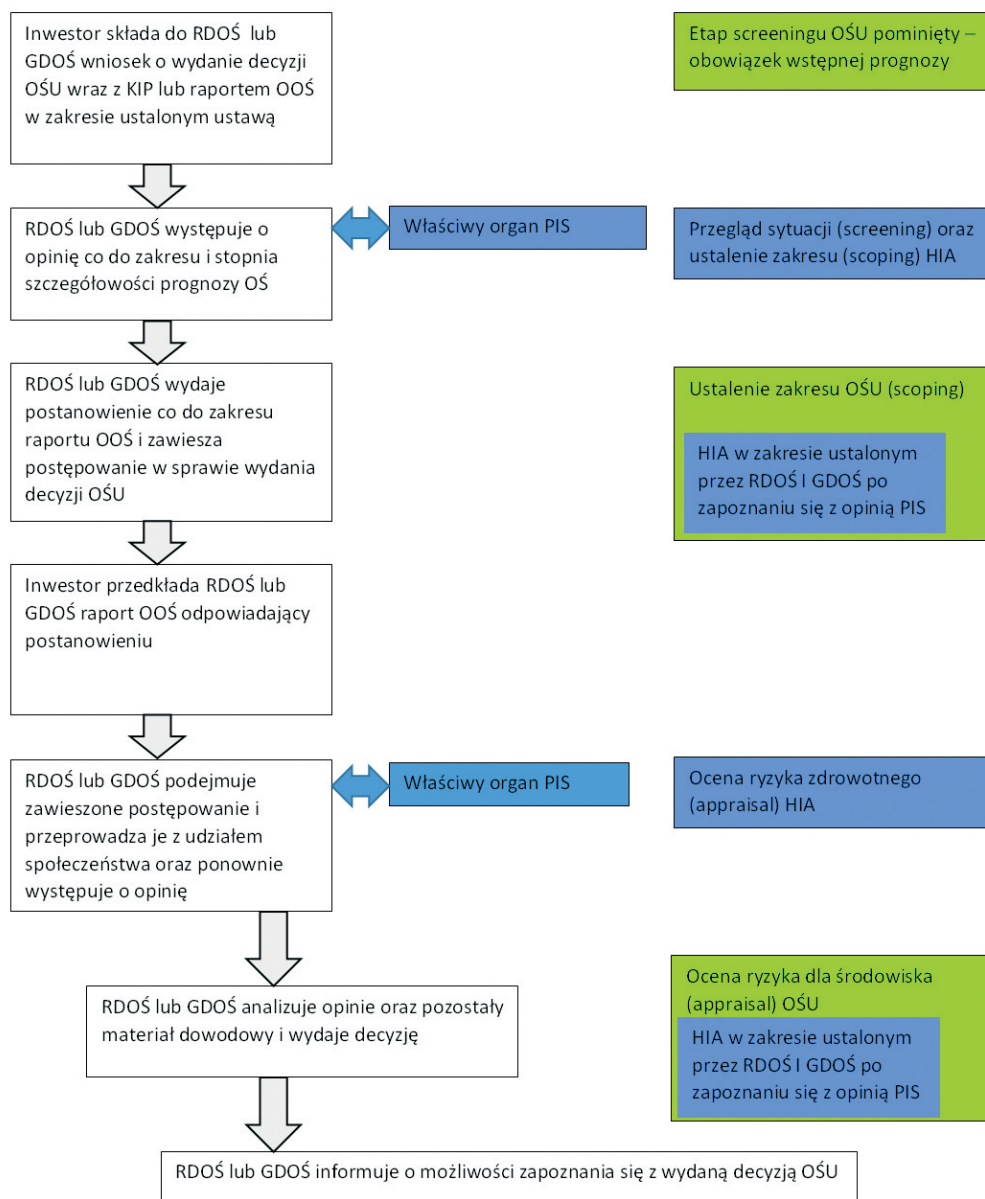
- **objęcie** (w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko) **koniecznością przeprowadzenia wstępnego przeglądu sytuacji** (tzw. screeningu) **wszelkich polityk, strategii, planów lub programów, a nie tylko tych, które wyznaczają ramy dla realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko**. Równocześnie należałoby tu **utrzymać uzgadniającą rolę właściwych dla sprawy organów PIS**. Ogólny zarys procedury przedstawiono na rysunku [Rys. 4.].
- w przypadku ocen przygotowywanych w ramach postępowania zmierzającego do wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach (OŚU) **zmiana roli właściwych dla sprawy organów PIS z opiniującej na uzgadniającą** (czyli wiążącą dla organów wydających decyzję).

Należałoby także w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 12 z 1985r. poz. 49. z późn. zm.) **uzupełnić zakres działania tej instytucji w dziedzinie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego o zadania związane z koordynowaniem systemu ocen oddziaływania na zdrowie (HIA)**.

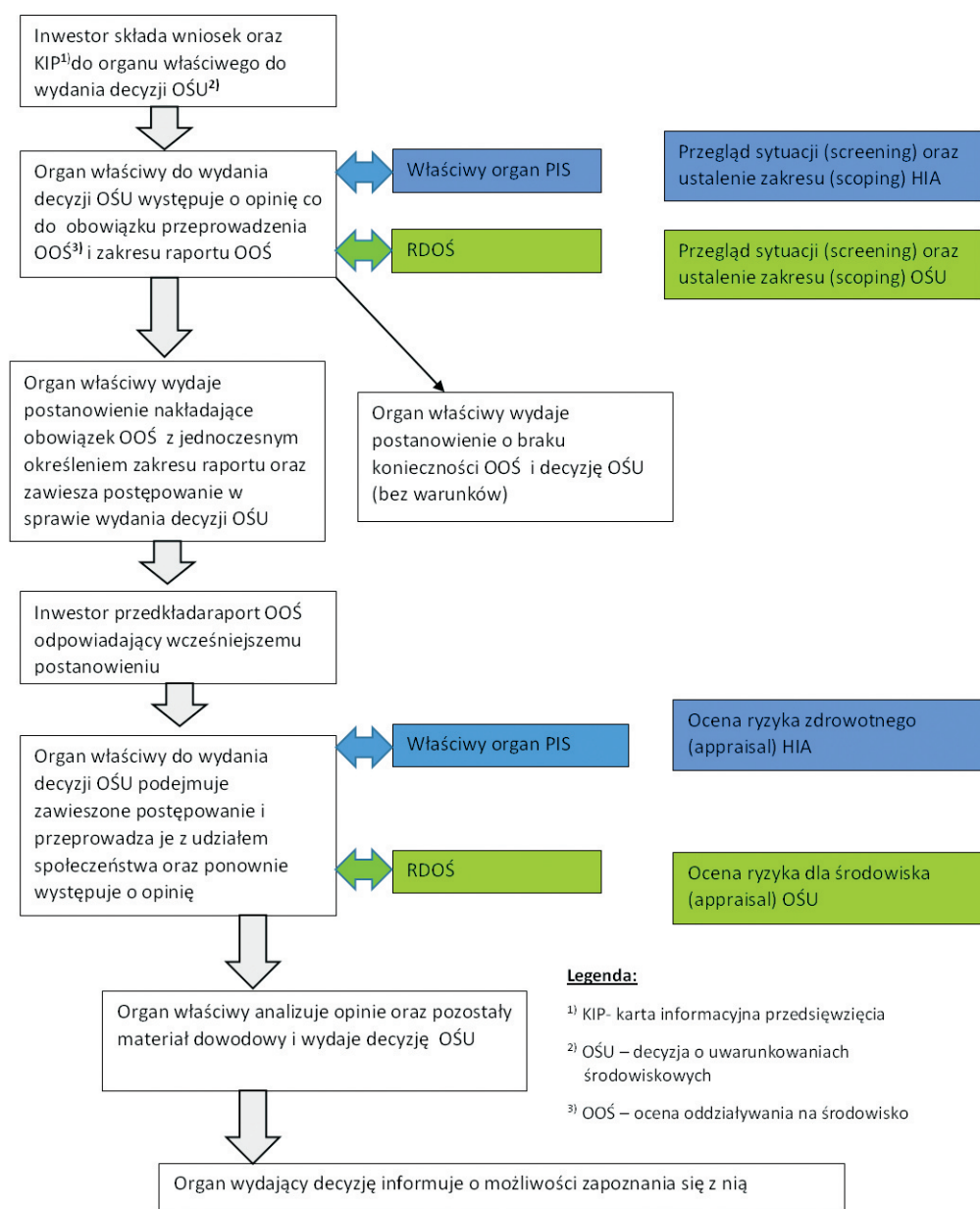
Można by rozważyć **stworzenie w strukturze organizacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) osobnego pionu lub sekcji ds. HIA**.

Uczynienie PIS instytucją odpowiedzialną za koordynowanie systemu HIA wiązałyby się również ze:

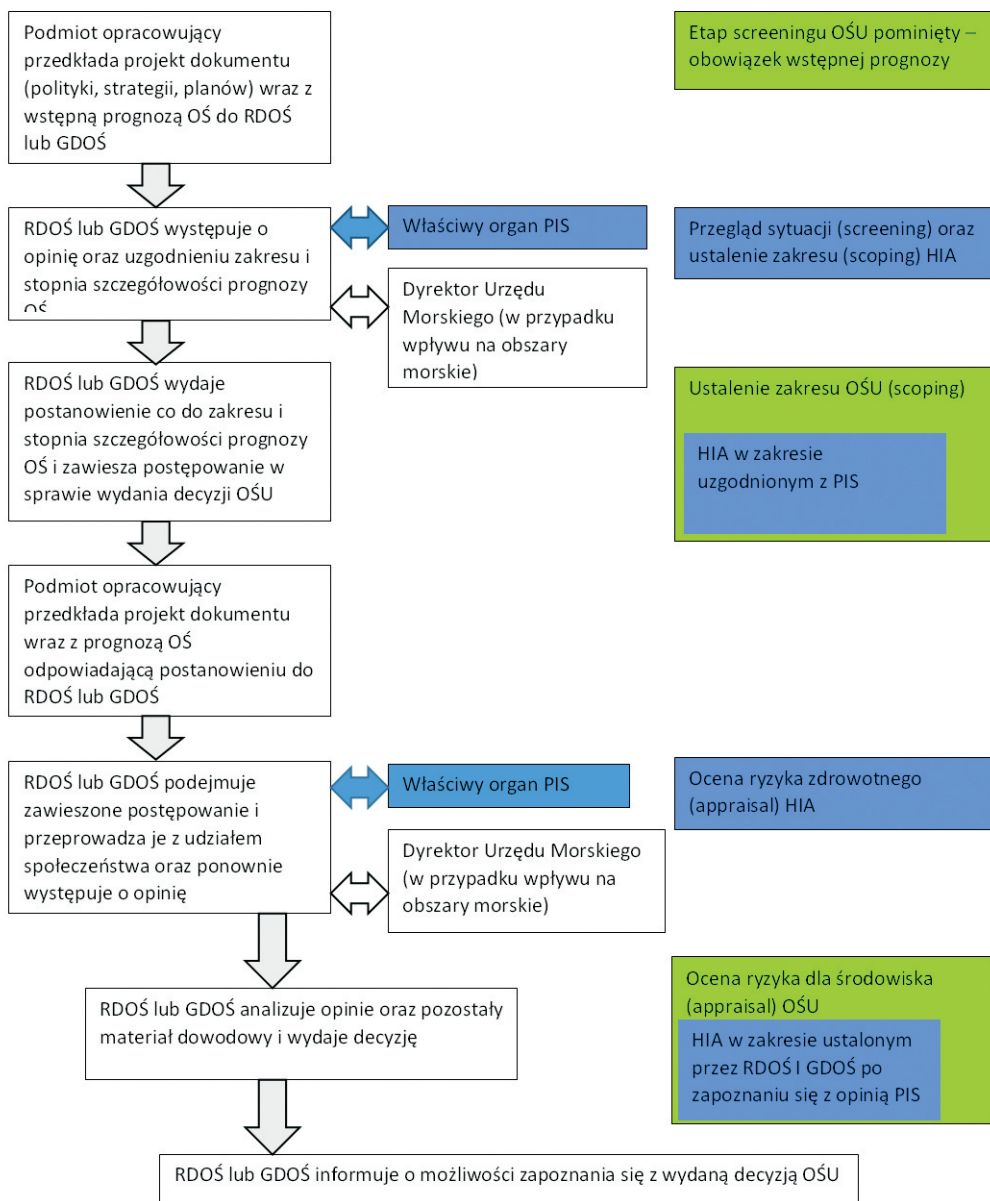
- **szkoleniem kadr specjalistów** zajmujących się oceną wpływu na zdrowie (szczególnie w zakresie zdrowia środowiskowego oraz epidemiologii środowiskowej),
- **stworzeniem przez ekspertów** (np. powołanych przez Państwowy Zakład Higieny) **zestawu metod oraz narzędzi**, które będą standardowo wykorzystywane na poszczególnych etapach oceny wpływu na zdrowie. Propozycją takiego narzędzia na potrzeby screeningu może być matryca zaprezentowana poniżej [Tab. 1.].



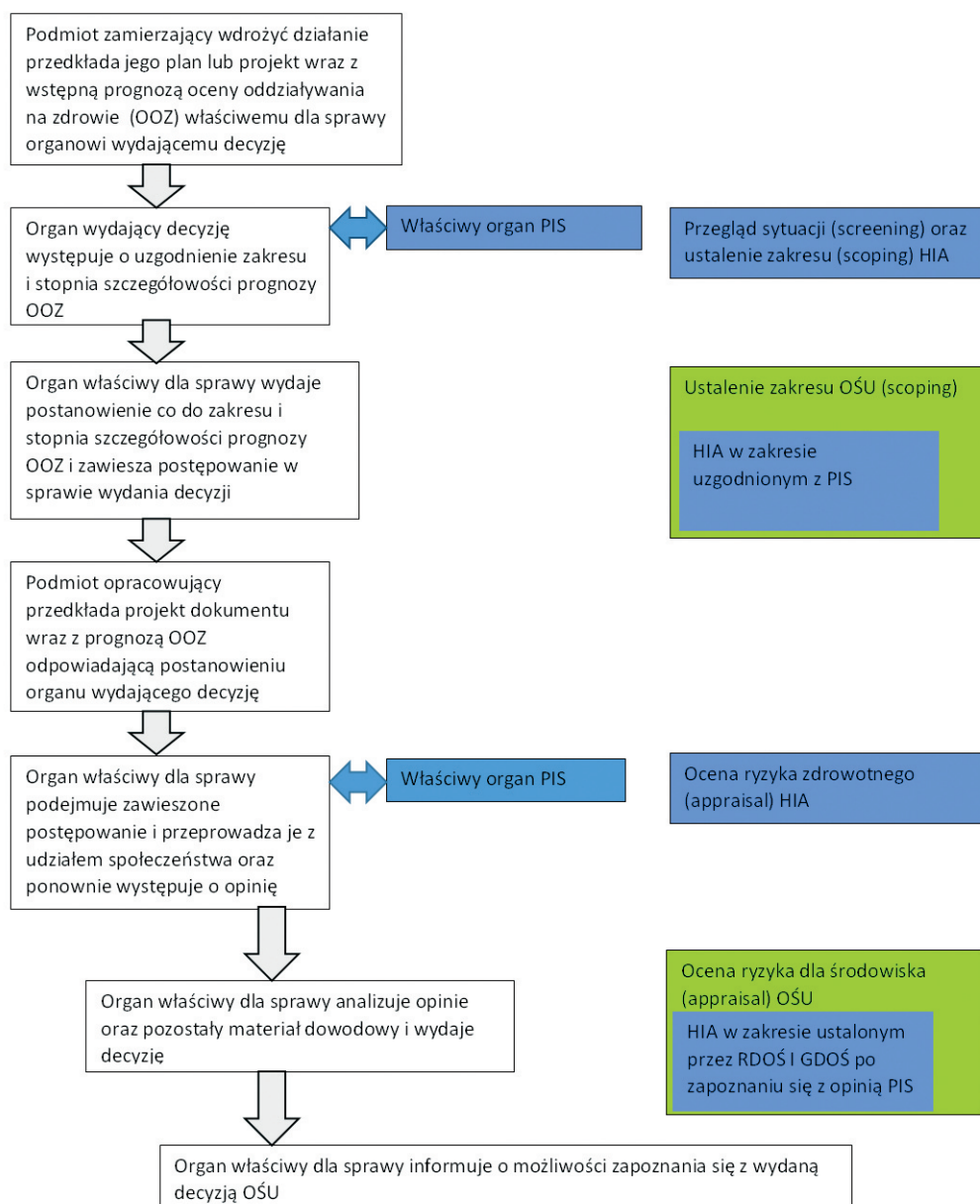
Rys. 1. Procedury ocen oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięć w przypadku których RDOŚ jest organem uzgadniającym (Opracowanie własne na podstawie ustawy OOŚ)

**Rys. 2.**

Procedury ocen oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięć w przypadku których RDOŚ jest organem opiniującym (Opracowanie własne na podstawie ustawy OOŚ)



Rys. 3.
Procedury strategicznej oceny oddziaływania na środowisko
(Opracowanie własne na podstawie ustawy OOS)

**Rys. 4.**

Propozycja procedury oceny oddziaływania na zdrowie oparta na obowiązujących procedurach oceny oddziaływania na środowisko

Tab. 1.
Przykładowa matryca, która mogłaby być wykorzystana w procedurach HIA na etapie wstępnego przeglądu sytuacji (screeningu).

Spodziewane skutki Rodzaj oddziaływań	Potencjalny wpływ na stan/jakość elementów środowiska	Potencjalny wpływ na wielkość narazenia populacji	Potencjalny wpływ na dobrostan/jakość życia	Spodziewane skutki natychmiastowe/ ostre	Spodziewane skutki oddalone/ utajone/ przewlekłe	Spodziewane skutki dla następnych pokoleń
Czynniki biologiczne						
Czynniki chemiczne						
Czynniki fizyczne						
Czynniki psychospołeczne						

Rozdział drugi

WSPÓŁPRACA SEKTORA ZDROWIA I EDUKACJI Z WYKORZYSTANIEM KONCEPCJI HEALTH IMPACT ASSESSMENT (HIA)

Alicja Domagała

Wprowadzenie **- powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem**

Zakres czynników i uwarunkowań wpływających na stan zdrowia jednostki i populacji jest bardzo szeroki, zdrowiem nie może się więc zajmować tylko sektor zdrowia, ponieważ na jego stan istotny wpływ mają działania, inicjatywy wielu innych sektorów. Przedstawiona w Rozdziale II koncepcja „Zdrowie dla wszystkich polityk” (*HiAP*) zakłada ścisłą współpracę międzysektorową i konieczność uwzględniania szerszego kontekstu politycznego i potencjalnego wpływu na stan zdrowia mieszkańców¹. Sektor zdrowia może starać się pozyskać zaangażowanie i poparcie innych sektorów tak, aby polityki i działania na rzecz zdrowia wykraczające poza kompetencje sektora zdrowia, przynosiły pożądane rezultaty i przyczyniały się do osiągnięcia konkretnych celów zdrowotnych, jak to przedstawiono w teoretycznych rozdziałach tego opracowania.

Szeroką współpracę rządową i międzysektorową na rzecz zdrowia zakłada podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” (*governance for health*), podkreślające konieczność zaangażowania i ścisłej współpracy na rzecz zdrowia szeregu podmiotów i organizacji (publicznych i niepublicznych), w tym organizacji centralnych (np. rząd, parlament, poszczególne ministerstwa), społeczeństwo (społeczności lokalne, firmy, media, fundacje) jak również organizacji międzynarodowych np. Unia Europejska). Takie podejście wskazuje na konieczność ścisłej

¹ *Zdrowie dla wszystkich polityk - Wspólne działania na rzecz zdrowia i dobrostanu*, Crossing Bridges, 2012

współpracy międzysektorowej na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym².

Jednym z sektorów, którego wpływ na zdrowie zarówno jednostek, jak i całego społeczeństwa jest oczywisty i poparty wieloma dowodami naukowymi - jest sektor edukacji. Środowisko szkolne, obok rodziny, ma największy wpływ na rozwój dzieci i młodzieży, ich stan zdrowia i jakość życia. Szkoła ma potencjalne możliwości oddziaływania na prawie całą populację dzieci i młodzieży w wieku 6-18/19 lat oraz bezpośrednio lub pośrednio na rodziców, a więc łącznie na 25-30% ludności kraju. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w okresie edukacji szkolnej kształtują się zachowania prozdrowotne, będące zasobem dla zdrowia w kolejnych latach życia³. Ważne jest więc wykorzystanie tego okresu na kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych.

Skala zależności pomiędzy edukacją i zdrowiem jest zróżnicowana w zależności od cech obszaru polityki/interwencji. Przegląd literatury na temat wpływu zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce dzieci w krajach wysokorozwiniętych wskazuje, że status zdrowotny dziecka przekłada się także na jego wyniki i osiągnięcia w procesie edukacji⁴. Okazuje się także, że istnieje dodatnie sprzężenie zwrotne pomiędzy aktywnością fizyczną, a wynikami osiąganymi w nauce, przy czym zarówno otyłość jak i nadwaga mają negatywny wpływ na wyniki w nauce⁵.

Wpływ edukacji na zdrowie ma miejsce na różnych szczeblach i poziomach kształcenia. Wyniki badań pokazują, że zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a zdrowiem psychicznym jest bardziej wyraźna w przypadku młodszych grup wiekowych, zaś w starszych grupach wiekowych zaobserwowano widoczną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a sprawnością fizyczną⁶. Badania prowadzone w 22 krajach europejskich wykazały, że osoby o niskim poziomie edukacji częściej zgłaszają słaby ogólny stan zdrowia i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu⁷. Wyniki innych badań pokazują, że niski poziom edukacji jest powiązany ze zwiększonym ryzykiem zgonu z powodu raka płuc, udaru mózgu,

² WHO, *Governance for health in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe 2011

³ Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

⁴ Suhrcke M., de Paz Nieves C., *Wpływ zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce w krajach wysokorozwiniętych: przegląd badań*, Kopenhaga 2011, Europejskie Regionalne Biuro WHO

⁵ Ibidem

⁶ Regidor E. at al, *Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults*. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 1999; 53(2):75-82.

⁷ Knesebeck O., Verde PE., Dragon N., *Education and health in 22 European countries*, *Social Science and Medicine* 2006; 63:1344-51

chorób układu krążenia i chorób infekcyjnych. Podobne zależności wykazano pomiędzy poziomem edukacji, a takimi chorobami jak. cukrzyca, astma, demencja, czy depresja⁸. Dodatkowe cztery lata edukacji obniżają ogólną pięcioletnią śmiertelność o 1,8 punktu procentowego; a ryzyko chorób serca zmniejsza się o 2,16 punktów procentowych, zaś ryzyko cukrzycy o 1,3 punkty procentowe⁹. Dowody naukowe wskazują, że osoby, które uzyskały wyższy poziom edukacji, wykazują większą tendencję do zachowań prozdrowotnych, a mniejsze do zachowań szkodliwych dla zdrowia. Szczególnie wyraźnie związek ten jest widoczny w przypadku: aktywności fizycznej, diety, palenia tytoniu, czy szkodliwych zachowań seksualnych¹⁰.

Osoby z wyższym poziomem wykształcenia na ogół uzyskują wyższe dochody, co wpływa na wyższą jakość ich życia. Z kolei osoby przedwcześnie kończące naukę, narażone są na większe ryzyko bezrobocia i na ogół wykonują prace o niższych kwalifikacjach, a tym samym osiągają niższe dochody¹¹. W rezultacie, osoby takie są narażone na zwiększone ryzyko marginalizacji i wykluczenia społecznego. Ubóstwo, marginalizacja i wykluczenie społeczne są związane ze słabszym stanem zdrowia. Bezrobocie i przynależność do niższej klasy zawodowej są również związane z niższą średnią długością życia i przedwczesną śmiercią¹², wyższymi wskaźnikami śmiertelności z wszystkich przyczyn¹³ oraz gorszym stanem zdrowia psychicznego¹⁴.

Ważnym pojęciem dla analizowanych zagadnień są tzw. „kompetencje zdrowotne” (*health literacy*) rozumiane jako zdolność pozyskiwania, zrozumienia i przetwarzania podstawowych informacji o zdrowiu, potrzebnych do podjęcia właściwych decyzji¹⁵. Osoby te są bardziej zainteresowane wiedzą na temat

⁸ Health impacts of education - a review, Institute of Public Health in Ireland, 2008

⁹ Culter D., Lleras-Muney A., *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence* Paper No. 12352, <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>

¹⁰ van Oort FVA, van Lenthe FJ, Mackenbach JP., *Cooccurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality. Results from the GLOBE study*. Preventive Medicine 20014: 39:1126-34

¹¹ McCoy, S., Kelly, E., Watson, D. (2007) *School Leavers? Survey Report*. Dublin: ESRI and Department of Education and Science

¹² Marmot, M.G., and Wilkinson, R.G. (eds) (2006) *Social determinants of health. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press

¹³ Balanda, K. and Wilde, J. (2001) *Inequalities in Mortality 1989-1998: A report on all-Ireland mortality data*. Dublin: Institute of Public Health

¹⁴ Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S. and Marmot, M. (2002) «Effects of chronic job insecurity on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 6, 450-454.

¹⁵ Nielsen - Bohlman L., Panzer A., Kindig D., *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington DC: National Academies Press 2004.

czynników warunkujących zdrowie i możliwych schematów leczenia danego schorzenia. Badania potwierdzają także, że osoby o wyższym poziomie wykształcenia chętniej uczestniczą w różnego rodzaju programach prewencyjnych, np. nowotworowych programach przesiewowych¹⁶. Natomiast osoby o niższym poziomie edukacji są mniej zainteresowane wiedzą na temat skutków zdrowotnych takich zachowań, jak palenia tytoniu, a osoby otyłe o niskim poziomie wykształcenia, w mniejszym stopniu są przekonane, że utrata wagi przyniesie im korzyści zdrowotne.

Edukacja ułatwia podniesienie kompetencji (rozumianych jako wiedza, umiejętności i postawa). Z kolei wyższy poziom kompetencji ułatwia pozyskiwanie innych zasobów, np. dobrej pracy, wyższego poziomu dochodów, satysfakcjonujących relacji społecznych, zdolności kierowania własnym życiem¹⁷.

Uczenie się dotyczy nie tylko pewnej fazy życia, jest to proces trwający całe życie, obejmujący także wszystkie pozaszkolne i nieformalne możliwości kształcenia. Z tego też powodu edukację, w tym kształcenie ustawiczne (ciągłe podnoszenie kompetencji i nabywanie kwalifikacji) traktuje się jako jeden z podstawowych czynników przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu¹⁸. Z drugiej jednak strony edukacja może być jedną ze sfer wykluczenia społecznego¹⁹. Ponadto, wyniki badań empirycznych pokazują, że wykluczenie z edukacji jest jednym z podstawowych czynników wykluczenia społecznego w wielu jego wymiarach, w tym ochrony zdrowia²⁰. Szczegółowa analiza tych zagadnień jest istotna w kontekście problematyki przeciwdziałania nierównościami w zdrowiu.

Wzajemne powiązania pomiędzy zdrowiem a edukacją są więc na tyle silne, że można stwierdzić, iż zdrowie jest zasobem dla edukacji (dobry stan zdrowia sprzyja uczeniu się, osiągnięciom szkolnym), a edukacja jest zasobem dla zdrowia (im wyższy poziom wykształcenia, tym lepszy stan zdrowia). Na rys. 1 przedstawiono wzajemne, współzależne powiązania pomiędzy edukacją i zdrowiem. Wielość i wielostronność wzajemnych powiązań nie ulega wątpliwości.

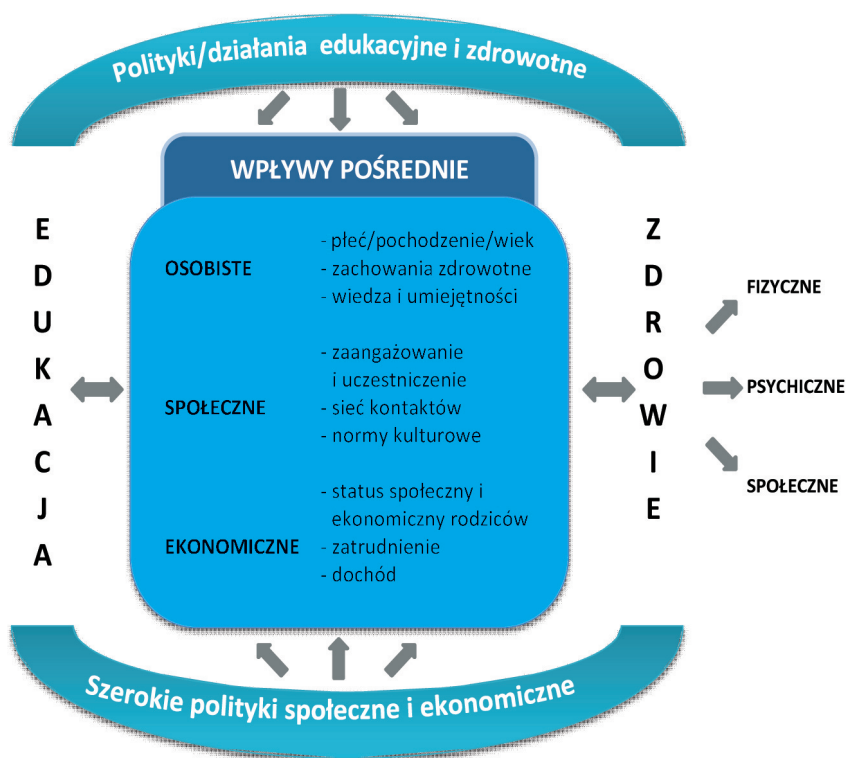
¹⁶ Health impacts of education - a review, Institute of Public Health in Ireland, 2008

¹⁷ Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

¹⁸ Panek T., Zwierzchowski J., *Opis metodologii badawczej. Współzależność pomiędzy wykluczeniem społecznym a edukacją*, Analizy Instytutu Badań Edukacyjnych, IBE/1/2015, Warszawa, styczeń 2015

¹⁹ Federowicz, M. i Sitek, M. (red.), *Spółczesność w drodze do wiedzy. Raport o stanie edukacji 2010*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, 2011

²⁰ Czapiński, J. i Panek, T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2013 - warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: VizjaPress&IT, 2013



Rys. 1.

Powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu: „Health impacts of education - a review”, Institute of Public Health in Ireland, 2008

Przegląd literatury dotyczący badań typu HIA w odniesieniu do edukacji

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na kilka ciekawych projektów HIA dotyczących analizowanego obszaru. Jednym z nich są działania prowadzone w USA w ramach programu „The Health Impact Assessment Project”²¹ pod nazwą „California Ballot Proposition 49: After School Programs”²². W Kalifornii w 2002 r. przygotowano i zatwierdzono w formie ustawy stanowej tzw. *Before and After School*

²¹ Prowadzony przez UCLA School of Public Health w ramach grantu rządowego, Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health Health Impact Assessment Project, 2003.

²² Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002, http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/docs/Afterschool-Prop49_HIA_02-27-03.pdf

Programs Act. Program dotyczył zwiększenia finansowania ze środków budżetu federalnego programów prozdrowotnych oferowanych uczniom w szkołach.

Założenia programu: „Before and After School Programs”

- Zwiększenie funduszy z budżetu państwa przeznaczonych na realizację programów oferowanych uczniom przed-i-po lekcjach w formie m.in. korepetycji domowych, wprowadzenia tutoringu dla uczniów, wzbogacenia programów kształcenia.
- Program kierowany był do szkół publicznych na poziomie szkolnictwa średniego (middle/junior high school) i zakładał dofinansowanie z budżetu państwa w wysokości 550 mln dolarów rocznie. Utrzymano wymóg lokalnego współfinansowania programu.
- Zapewniono priorytet dla dodatkowego finansowania w przypadku tych szkół, gdzie przeważali uczniowie z rodzin o niskich dochodach.
- Jako priorytet przyjęto dalsze finansowanie w formie dotacji programów w tych szkołach, w których były do tej pory realizowane.

Na uwagę zasługuje fakt, że przyjęcie tego programu i podjęcie decyzji o zwiększeniu finansowania **było poprzedzone badaniem skutków zdrowotnych** realizowanych do tej pory programów. Potencjalne efekty zdrowotne wśród młodzieży były analizowane w sześciu obszarach:

1. poprawa wyników w edukacji prowadząca do poprawy statusu społeczno-ekonomicznego,
2. redukcja przestępczości,
3. profilaktyka nadużywania substancji uzależniających,
4. zwiększenie aktywności fizycznej,
5. poprawa zdrowia psychicznego,
6. zmniejszenie liczby cięż wśród nastolatków i chorób przenoszonych drogą płciową.

Analiza była prowadzona pod kątem zbadania potencjalnych skutków zdrowotnych programów różnego rodzaju. Wyniki analiz pokazały, że programy z elementami sportu i zajęć ruchowych na świeżym powietrzu mogą być najlepszą drogą do zwiększenia aktywności fizycznej, która przynosi szereg korzyści zdrowotnych. Z kolei programami najbardziej skutecznymi w redukcji przestępczości, są takie programy, których treści ukierunkowano na budowanie pozytywnych więzi społecznych i zapewnienie pozytywnego wsparcia młodzieży na etapie rozwoju. Efekty i korzyści innych programów nie są bezpośrednio uzależnione od treści samego programu, ich efekty są widoczne jako rezultat spędzania czasu przez uczniów po szkole w środowisku kontrolowanym, zapewniającym im zorganizowaną opiekę w czasie po zajęciach szkolnych.

Tabela 1.

Prawdopodobieństwo uzyskania znaczących efektów zdrowotnych

EFEKTY	Model Programu			
	ZAPEWNIENIE OPIEKI Bez specyficznej treści programowej	NAUCZANIE/EDUKACJA ³ Od programów wspierających uczniów słabszych, poprzez programy tutoringu edukacyjnego, a także kluby edukacyjne	SPORT ³ Aktywności sportowe w halach, a także na otwartej przestrzeni, różne kluby sportowe, np. bieganie, taniec	ROZWÓJ MŁODZIEŻY ³ Różne aktywności ukierunkowane na rozwój osobowości i kompetencji społecznych
Nauka	Niski	Niski-Umiarkowany ¹	Niski	Niski
Przestępstwa	Niski-Umiarkowany ^{1,2}	Niski-Umiarkowany	Niski	Niski-Wysoki ¹
Przemoc	Niski-Umiarkowany ¹	Niski	Niski	Niski
Uzależnienia	Niski-Umiarkowany ¹	Niski	Mieszany	Niski
Zdrowie psychiczne	Niski	Niski	Niski-Umiarkowany	Niski-Wysoki ¹
Ciąże nastolatków	Niski	Niski	Niski	Niski
Aktywność fizyczna	Niski	Niski	Niski-Wysoki	Niski

Źródło: Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002, Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health, HIA Project, February 18, 2003

Ogólne wnioski były następujące:

1. Efekty/Skutki programu zależą od tego, czy uczniowie z grup szczególnego ryzyka uczestniczą w programie.
2. Efekty programów wynikające z faktu zapewnienia opieki są raczej niskie, gdyż uczestnicy tych programów (w wieku 5-14 lat) bardzo rzadko są sprawcami przestępstw.
3. Szacowane efekty programów związanych z nauczaniem/edukacją, sportem i rozwojem młodzieży to te typy programów, które przynoszą znaczące skutki zdrowotne, w porównaniu z tymi, które wynikają z zapewnienia opieki dzieciom w czasie po zajęciach szkolnych.

Pomimo iż w ramach propozycji *California Ballot Proposition 49: After School Programs* nie podano treści konkretnych, gotowych programów, podmioty zainteresowane mogą korzystać ze zdobytych doświadczeń do projektowania programów dla młodzieży, które maksymalizują te korzyści istotne w przypadku konkretnej społeczności szkolnej²³.

²³ Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002, Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health, HIA Project, February 18, 2003

W USA wiele programów wdrażano z wykorzystaniem idei HIA z zakresu aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Istniejące modele HIA w szkołach są weryfikowane za pomocą innych narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji, zawierają wytyczne dotyczące wdrożenia metod HIA w projektowaniu zdrowego środowiska w szkołach²⁴.

Innym, ciekawym projektem zastosowania HIA w przedsięwzięciu dotyczącym zapobiegania problemom przedwczesnego kończenia procesu edukacji, nadmiernej absencji w szkołach i wagarowania. Procedura została przeprowadzona w mieście Limerick²⁵. Grupa robocza zajmująca się tym zagadnieniem przeprowadziła proces HIA w następujących krokach:

Screening (Selekcjonowanie) - Decyzję o przeprowadzeniu metody HIA podjęto w związku z koniecznością rozwiązania zdiagnozowanego problemu przedwczesnego kończenia nauki i wychodzenia z systemu edukacji, co zostało wskazane jako istotny problem przez kilka instytucji zajmujących się tą problematyką. Raporty diagnozujące ten problem zdefiniowały skalę zjawiska oraz jego potencjalne skutki i wpływ na życie dzieci, ich rodzin i społeczności.

Scoping (Zdefiniowanie zadań) - Zakres zadań HIA dla tego problemu został przedstawiony przez grupę sterującą, z uwzględnieniem zasad HIA.

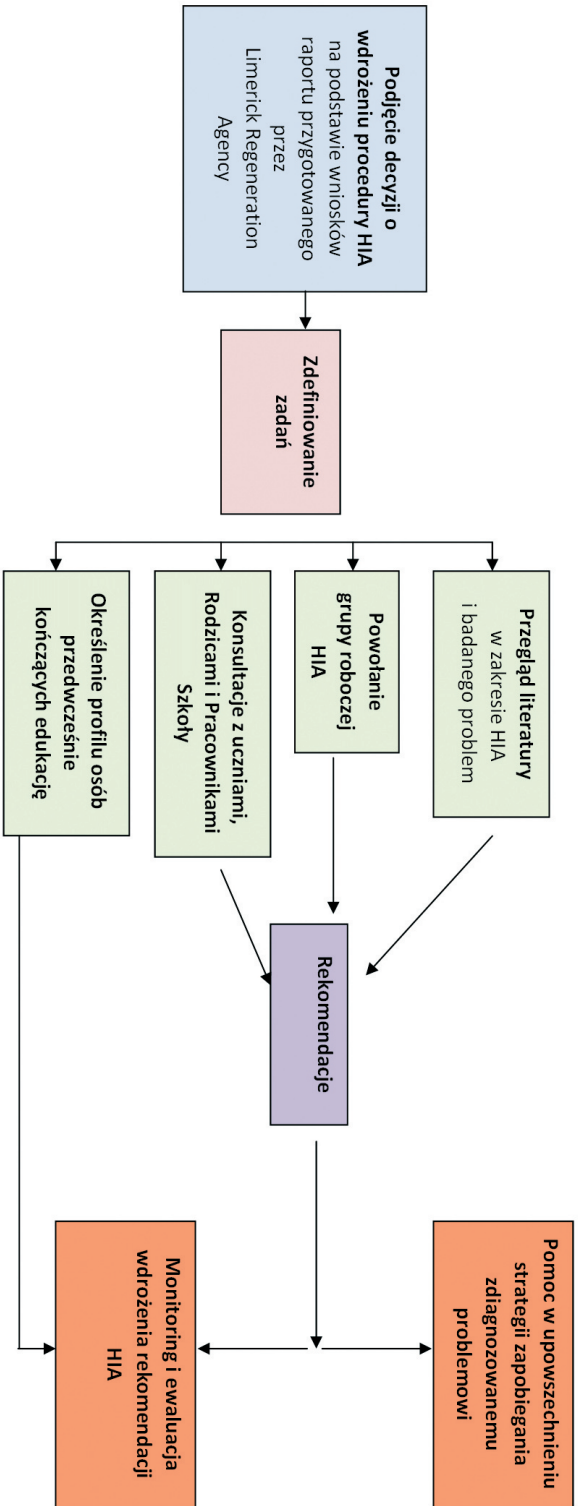
Appraisal (Ocena) - Na podstawie informacji zebranych w ramach procesu HIA, próbowano ocenić skutki zdrowotne wynikające z przedwczesnego kończenia edukacji, absencji i wagarów uwzględniając wiele perspektyw: grupy roboczej ds. HIA, konsultacji z uczniami, konsultacji z rodzicami i pracownikami szkoły, społeczności lokalnej, przeglądu literatury i profilu osób przedwcześnie kończących naukę w mieście Limerick.

Rekomendacje - wszystkie zalecenia zostały zweryfikowane przez odniesienie do literatury, w procesie konsultacji i porozumienia grupy roboczej ds. HIA oraz komitetu sterującego.

Monitoring i Ewaluacja - Podczas procesu HIA, ewaluacja została przeprowadzona na wszystkich etapach z grupą roboczą, a rekomendowane zmiany zostały wprowadzone. Zalecenia opracowanego raportu pomogły opracować strategię i plan działań na rzecz powstrzymania przedwczesnego kończenia nauki w mieście Limerick. Strategia była wdrażana i koordynowana w 2009 r. przez Limerick Regeneration Agency.

²⁴ Rao A., Ross C. L., *Health Impact Assessments and Healthy Schools*, Journal of Planning Education and Research, June 2014 34: 141-152

²⁵ Limerick Regeneration Agency Master Plan, *Health Impact Assessment of Early School Leaving, Absenteeism and Truancy*, October 2008, <http://www.publichealth.ie/files/file/Hia%20ESL%20NEWdoc09.pdf> [dostęp 03.03.2016]



Rys. 2.
Proces HIA na przykładzie programu Early School Leaving, Absenteeism and Truancy

W ocenie skutków zdrowotnych w programie *Health Impact Assessment of Early School Leaving, Absenteeism and Truancy*, analizowano następujące problemy:

- Wpływ relacji społecznych na problem przedwczesnego kończenia edukacji,
- Wpływ przedwczesnego kończenia nauki na zdrowie społeczne i problemy emocjonalne,
- Wpływ stylu życia na przedwczesne kończenia nauki, absencję w szkole,
- Wpływ oferowanych świadczeń służby zdrowia na przedwczesnekończenie edukacji,
- Skutki zdrowotne pracy z uczniami w trudnej sytuacji i sprawiającymi problemy wychowawcze.

Poniżej przedstawiono analizę wpływu relacji społecznych na problem przedwczesnego kończenia edukacji w opisywanym projekcie.

Tabela 2.

Wpływ relacji społecznych na problem przedwczesnego kończenia edukacji

RELACJE	Uczniowie	P & N Przyjaciele/Rówieśnicy N - Mobing w domu i w szkole P & N Relacje uczeń-nauczyciel P & N Relacje uczeń-szkoła
	Rodzice	P & N Rodzic - Szkoła P & N Wpływ rodzica na edukację P & N Relacje rodzica z dzieckiem
	Nauczyciele/Szkoła	P & N - Nauczyciel - Rodzic P & N - Nauczyciel - Uczeń P & N - Relacje pomiędzy pracownikami szkoły P & N - Komunikacja pomiędzy szkołami podstawowymi i ponadpodstawowymi N - Niskie oczekiwania uczniów

N - negatywne, P - pozytywne

Wszystkie zainteresowane strony jednoznacznie wskazywały, że ważnym czynnikiem wpływającym na uczęszczanie uczniów do szkoły były relacje ucznia z rówieśnikami, rodzicami, nauczycielami. Relacje te odegrały znaczącą rolę na doświadczeniu szkolnym uczniów i ich chęci do nauki. Dobre relacje rodzic-uczeń, nauczyciel-uczeń, rówieśnicy-uczeń wpływały pozytywnie na pozostawaniu uczniów w systemie edukacji.

Kolejnym przedsięwzięciem zasługującym na uwagę jest program realizowany przez Centers for Disease Control and Prevention, „*Health and Healthy Places: CDC’s Built Environment and Health Initiative*” (znanego także pod nazwą

Healthy Community Design Initiative)²⁶. Program ten zakładał poprawę zdrowia publicznego m.in. poprzez poprawę sposobu podejmowania decyzji przez społeczność lokalną za pomocą narzędzi Health Impact Assessment.

- Edukację decydentów w zakresie wpływu na zdrowie społeczności lokalnej;
- Łączenie kontroli zdrowia publicznego z podejmowaniem decyzji przez lokalną społeczność;
- Budowanie partnerstwa w oparciu o społecznościowy sposób podejmowania decyzji;
- Prowadzenie badań w celu określenia powiązań między zdrowiem i funkcjonowaniem lokalnej społeczności;
- Przekładanie badań na implementację najlepszych praktyk.

Na korzyści płynące z wdrażania metod i narzędzi HIA zwracają także uwagę autorzy raportu pt. „*Health impact assessment and hygiene education, (HIA&HE)*”^{27,28} wskazując działania edukacyjne jako metodę pomagającą zmaksymalizować pozytywne skutki zdrowotne wynikające z inwestycji infrastrukturalnych ukierunkowanych na poprawę warunków sanitarnych i higienicznych w krajach afrykańskich. Zapewnienie samego dostępu do infrastruktury, bez przeprowadzenia właściwych działań edukacyjnych nie przyniesie pożądanych skutków finalnych, które mogą być osiągnięte na znacznie wyższym poziomie poprzez włączenie działań edukacyjnych. Zaplanowanie skutecznych szkoleń w zakresie wykorzystania infrastruktury oraz korzyści jakie ona może przynieść, muszą się odbywać z udziałem władz lokalnych. Analiza wdrożenia i monitorowanie projektu dostarczają wyraźnych dowodów na korzyści jakie są odnoszone wtedy, gdy te dwa narzędzia (HIA oraz HE) wprowadzone są na zasadzie komplementarności.

System edukacji w Polsce

Zgodnie z zapisami Konstytucji RP, każdy obywatel ma prawo do nauki. Kształcenie w szkołach publicznych jest bezpłatne. Aktualnie trwają prace legislacyjne i konsultacyjne dotyczące zmiany systemu edukacji w Polsce. Poniżej przedstawiono stan obecny szkolnictwa oraz planowane kierunki zmian.

²⁶ Centers for Disease Control and Prevention, *Health and Healthy Places: CDC's Built Environment and Health Initiative*, <http://www.cdc.gov/healthyplaces/about.htm>

²⁷ Bremen Overseas Research and Development Association, *Health Impact Assessment & Hygiene Education Awareness building & impact assessment to improve sanitation situations & hygiene behavior*, <http://www.borda-net.org/dewats-service-packages/hia-he-health-impact-assesment-hygiene-education.html>

²⁸ Bremen Overseas Research and Development Association, *Health Impact Assessment & Hygiene Education Awareness building & impact assessment to improve sanitation*

Administracja i zarządzanie

System oświaty w Polsce jest centralnie zarządzany przez Ministra Edukacji Narodowej, zaś administrowanie szkołami (podstawowymi i średnimi) jest zdecentralizowane, poszczególne rodzaje jednostek samorządu terytorialnego zarządzają różnymi typami szkół:

- **Gmina** zarządza przedszkolami, szkołami podstawowymi i gimnazjami;
- **Powiat** zarządza szkołami średnimi II stopnia (tj. liceami ogólnokształcącymi, szkołami zawodowymi i technikami);
- **Województwo** zarządza szkołami o charakterze regionalnym i ponadregionalnym.

Nadzór nad szkołami sprawuje Minister Edukacji Narodowej oraz regionalni kuratorzy oświaty. Uczelnie wyższe stanowią oddzielny system szkolnictwa. W wyniku reform wprowadzonych w polskiej edukacji w 1999 r. dotyczących zarówno podstawy programowej, jak też struktury, organizacji i zarządzania, powstał system edukacji charakteryzujący się trzema cechami:

- **połączenie elementów centralizacji i decentralizacji;**
- **system zewnętrznych egzaminów** przeprowadzanych na zakończenie każdego etapu edukacji szkolnej;
- **dominacja szkolnictwa publicznego nad prywatnym**²⁹.

Eksperci rządowi i akademicy badający polski system oświaty oraz publicyści od lat piszą o nierównościach edukacyjnych³⁰, wykluczeniu edukacyjnym, o problemach, jakie generuje w systemie edukacyjnym rosnące rozwarstwienie społeczne³¹. System edukacyjny może przeciwdziałać nierównościom edukacyjnym, zapewniając wsparcie i tworząc specjalne rozwiązania instytucjonalne wyrównujące szanse, ale może też reprodukować lub wzmacniać nierówności³².

situations & hygiene behavior, <http://www.borda-net.org/dewats-service-packages/hia-he-health-impact-assesment-hygiene-education.html>

²⁹ Eurydice, *System edukacji w Polsce w skrócie*, 2015, www.eurydice.org.pl [dostęp 16.03.2016]

³⁰ Przez nierówności edukacyjne zazwyczaj rozumie się zróżnicowane ze względu na pochodzenie społeczne i inne cechy przypisane (np. płeć) możliwości zdobywania wykształcenia. Nierówności te wynikają ze zróżnicowania zasobów materialnych i kulturowych w społeczeństwie, które powodują, że część dzieci ma lepsze warunki zdobywania wiedzy i wykształcenia, a część ma gorsze warunki kształcenia i rozwoju, co sprzyja dziedziczeniu niskiego statusu społecznego.

³¹ Raport Fundacji AmicusEuropae, Sadura P., *Szkola i nierówności społeczne. Diagnoza zjawiska i propozycja progresywnej polityki edukacyjnej w Polsce*, Warszawa, wrzesień 2012

³² Federowicz M., Sitek M. (red.) *Spółczesność w drodze do wiedzy. Raport o stanie edukacji 2010*

Polityka edukacyjna ustanawiana jest na szczeblu centralnym. Odpowiedzialność za kierowanie przedszkolami, szkołami podstawowymi i średnimi jest natomiast delegowana do samorządowych władz lokalnych.

Podstawy programowe dla nauczania zintegrowanego i przedmiotowego są takie same dla wszystkich uczniów i są tworzone przez zespoły ekspertów powołane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, niemniej nauczyciele mieli możliwość indywidualizowania programów nauczania.

Etapy edukacji - stan obecny

W dotychczasowej postaci kształcenie obowiązkowe trwało 10 lat i obejmowało ostatni rok edukacji przedszkolnej, 6-letnią szkołę podstawową oraz 3-letnie gimnazjum. Obowiązek zgłoszenia dziecka do szkoły spoczywał na rodzicach, a nauczanie było obowiązkowe od 6 do 18/19 roku życia. Łączny czas nauki do momentu ukończenia szkoły dającej możliwość przystąpienia do egzaminu maturalnego wynosił 12-15 lat. Po zdaniu egzaminu maturalnego absolwenci otrzymywali świadectwo dojrzałości upoważniające do ubiegania się o przyjęcie do szkoły wyższej³³. W systemie edukacji wyróżniano następujące poziomy:

- **Wczesna edukacja i opieka** - składała się z dwóch etapów, dla dzieci w wieku 0-3 lata i 3-5 lat. Dla każdego z etapów przewidziano inne instytucje: żłobki i kluby dziecięce (dzieci 0-3 lata) oraz przedszkola, oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, zespoły wychowania przedszkolnego (dzieci w wieku 3-5 lat).
- **Szkolnictwo podstawowe** - nauka realizowana w 6-letnich obowiązkowych szkołach podstawowych. Na zakończenie szkoły podstawowej przeprowadzano egzamin zewnętrzny (organizowany przez Centralną Komisję Egzaminacyjną sprawdzian poziomu wiedzy i umiejętności)³⁴. W roku szkolnym 2013/14 funkcjonowało 13,4 tys. szkół podstawowych do których uczęszczało 2,15 mln uczniów.
- **Szkolnictwo średnie I stopnia (gimnazja)** - reforma z 1999 roku powołała 3-letnie gimnazja jako nowy typ szkoły dla młodzieży pomiędzy 13 a 16 rokiem życia. Kształcenie w gimnazjach ma charakter ogólny. Wiek gimnazjalistów to 13-16 lat. Na zakończenie gimnazjum przeprowadzano egzamin zewnętrzny (składający się z 3 części: humanistycznej, językowej i matematyczno-przyrodniczej), którego wyniki wpływały na rekrutację do szkół ponadgimnazjal-

³³ Na podstawie informacji ze strony *Biuro Uznanalności Wykształcenia i Wymiany Międzynarodowej*, <http://www.buwiwm.edu.pl/oraz> European Encyclopedia on National Education Systems, <https://webgate.ec.europa.eu>

³⁴ Według zapowiedzi MEN egzamin ten zostanie zniesiony od 2017 roku

nych. W roku szkolnym 2013/14 funkcjonowało 7,6 tys. gimnazjów, do których uczęszczało 1,14 mln uczniów.

- **Szkolnictwo średnie II stopnia** - obejmujące:
 - 3-letnie licea ogólnokształcące,
 - 3-letnie zasadnicze szkoły zawodowe,
 - 4-letnie technika.
- **Szkolnictwo policealne** - szkolnictwo na poziomie średnim, trwało od 1 roku do 2,5 lat. Szkoły policealne przeznaczone dla osób z wykształceniem średnim ogólnym, pozwalało po zdaniu stosownego egzaminu na uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.
- **Kształcenie specjalne** - integralna część systemu edukacji. Uczniowie obejmowani taką formą kształcenia na podstawie orzeczenia wydanego przez zespół specjalistów, opartego na wynikach badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich. Około 50 proc. dzieci z orzeczeniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych kształciło się w szkołach specjalnych lub klasach specjalnych w szkołach ogólnodostępnych, pozostałe dzieci z orzeczeniem kształciły się w klasach i szkołach integracyjnych oraz ogólnodostępnych. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stanowiły ok. 3 proc. ogółu uczniów w szkołach podstawowych i ok. 4 proc. w gimnazjach³⁵.
- **Kształcenie dorosłych** - dotyczy uzupełnienia przez osoby dorosłe wykształcenia szkolnego na poziomie podstawowym i średnim, a także uzyskiwania i uzupełniania kwalifikacji i umiejętności dla celów zawodowych i osobistych. Kształcenie ustawiczne dorosłych jest jednym z priorytetów edukacji wskazywanym przez Komisję Europejską (*life-long-learning*). W Polsce funkcjonują następujące formy kształcenia dla dorosłych: szkolne (m.in. szkoły dla dorosłych, studia podyplomowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku) i pozaszkolne (prowadzone przez stowarzyszenia, organizacje społeczno-polityczne, ośrodki kształcenia praktycznego, w tym zakłady pracy, fundacje, kluby zainteresowań). Najbardziej popularną formą kształcenia dla dorosłych są kursy zawodowe. Kształcenie ustawiczne w Polsce charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem organizatorów (instytucji nauczania), różnorodnością form kształcenia i wielopoziomowością.

Aktualne zmiany w systemie oświaty

Ustawa z dnia 29 grudnia 2015 r. o *zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. z 2016 r. poz. 35) wprowadziła szereg istotnych zmian w systemie oświaty, w szczególności: obowiązek szkolny od 7 roku życia,

³⁵ Eurydice, *System edukacji w Polsce w skrócie, 2015*, www.eurydice.org.pl [dostęp 16.03.2016]

prawo rodziców do zdecydowania o podjęciu przez dziecko edukacji szkolnego od 6 roku życia, obowiązek odbycia rocznego przygotowania przedszkolnego przez dziecko 6-letnie, zniesienie obowiązku odbycia rocznego przygotowania przedszkolnego przez dziecko 5-letnie, wzmocnienie roli kuratora oświaty w kształtowaniu sieci przedszkoli i planu sieci szkół, w tym przywrócenie obowiązku używania pozytywnej opinii organu nadzoru pedagogicznego w przypadku likwidacji szkoły lub placówki prowadzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego, powierzenie ministrowi właściwemu do spraw oświaty i wychowania kompetencji powoływania i odwoływania kuratorów i wicekuratorów oświaty. Zgodnie z zapowiedziami projekt ustawy, po skierowaniu do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji publicznych pod koniec 2016 r.³⁶, został uchwalony przez Sejm w grudniu 2016³⁷.

Najważniejsze założenia i planowane kierunki zmian w systemie oświaty³⁸

Jednym z kluczowych kierunków jest przekształcenie struktury szkolnictwa. Aktualnie trwają prace dotyczące szczegółowych rozwiązań i przygotowania wykonawczych aktów prawnych, a samorządy terytorialne przygotowują plany nowej sieci szkół,

Począwszy od września 2017 system szkolny z obecnego systemu, ulegnie przekształceniu i będzie funkcjonował w następującym modelu:

- 8-letnia szkoła powszechna,
- 4-letnie liceum ogólnokształcące,
- 5-letnie technikum,
- 5-letnia dwustopniowa szkoła branżowa (z 3-letnim I stopniem i 2-letnim II stopniem).

8-letnia szkoła powszechna będzie obejmowała dwa poziomy: **poziom podstawowy** (klasy I-IV) i drugi **poziom gimnazjalny** (klasy V-VIII). Zasadą będzie prowadzenie procesu kształcenia w ramach 8 klas w jednym budynku szkolnym. Planowane zmiany rozpoczną się od roku szkolnego 2017/2018, wtedy uczniowie kończący klasę VI szkoły podstawowej staną się uczniami VII klasy szkoły

³⁶ MEN, *Informacja na temat planowanych zmianach w systemie oświaty oraz harmonogram ich wdrażania*, Ministerstwo Edukacji Narodowej, www.men.gov.pl [dostęp 2016-03-07]

³⁷ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. poz.59); Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe (Dz.U. poz. 60)

³⁸ Na podstawie: Departament Informacji i Promocji MEN, www.men.gov.pl. [dostęp 27.08.2016]

powszechnej. Również - zasadnicza szkoła zawodowa stanie się branżową szkołą. Wprowadzenie zmian ma być zakończone w roku szkolnym 2023/2024.

Zmiany w liceach ogólnokształcących i technikach rozpoczną się od roku szkolnego 2019/2020.

Z dostępnych informacji wynika, że problem konsekwencji zdrowotnych zmian nie był traktowany jako priorytetowy.

Identyfikacja źródeł prawnych i instytucjonalnych umożliwiających odtworzenie/opisanie faktycznie podejmowanych działań HIA/typu HIA w edukacji

W Art. 2 ustawy z 2015 r. o zdrowiu publicznym³⁹, zapisano zadania z zakresu zdrowia publicznego, których część (wymienione poniżej) dotyczy działań będących przedmiotem analizy w ramach niniejszego opracowania:

Art. 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) *monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;*
- 2) *edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;*
- 3) *promocję zdrowia;*
- 4) *profilaktykę chorób;*
- 5) *działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji*

W kolejnym punkcie ww. ustawy wymieniono podmioty organizacyjne, które są odpowiedzialne za realizację tych zadań. Zgodnie z zapisami Art. 3.1. ww. Ustawy „*zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia*”.

Ponadto zgodnie z Art. 3. ww. Ustawy „*W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym*

³⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2015 poz. 1916

organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”.

Zapisy wprowadzone ustawą o zdrowiu publicznym porządkują organizację realizacji zadań z zakresu analizowanej problematyki. Szczególnie jednak należy zwrócić uwagę na bardziej szczegółowe zapisy dotyczące współpracy poszczególnych podmiotów i umożliwiających wspólne podejmowanie działań w zakresie oceny skutków zdrowotnych. Poniżej wskazano przykłady takich dokumentów formalnych, dokonując równocześnie analizy procesu wdrożenia w praktykę ustaleń wynikających z tych dokumentów i regulacji prawnych.

Ważnym aktem prawnym dla analizowanej problematyki było *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół*⁴⁰. We wstępie do podstawy programowej, **po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, zapisano: „Ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”**. Nowym rozwiązaniem w systemie polskiej edukacji jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym⁴¹:

- na I etapie edukacyjnym (szkoły podstawowe) wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
- na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”,
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”,
- ponadto rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych).

Podstawą do konstruowania bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym było przyjęcie definicji „*edukacji zdrowotnej*” jako procesu dydaktyczno-wychowawczego, w którym uczniowie uczą się jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz stworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁴². Aktualny status

⁴⁰ *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23.12.2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17).*

⁴¹ Na podstawie informacji zawartych na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej www.men.gov.pl

⁴² **Celem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży** - wg informacji podanych na stronie

edukacji zdrowotnej w Polsce jest zgodny z jednym z modeli zaproponowanych przez Światową Organizację Zdrowia, według którego wychowanie fizyczne jest wiodącym przedmiotem z tego zakresu, a treści dotyczące zdrowia uwzględniono w różnych przedmiotach szkolnych⁴³.

Wprowadzenie edukacji zdrowotnej do programu nauczania było bardzo ważnym krokiem, gdyż jest ona uznawana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa, a jej koszty są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób⁴⁴. Jednak w praktyce realizacja wdrożenia nowej podstawy programowej „Edukacja zdrowotna” jest niezadowolająca. W 2012 r. (3 lata od wdrożenia nowej podstawy programowej) dokonano oceny wdrożenia bloku „Edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w losowo dobranej próbie 42 gimnazjów, a uzyskane wyniki ujawniły wiele nieprawidłowości. Według oceny ekspertów często zajęcia w ramach edukacji zdrowotnej realizowane są tylko w czasie „typowej” lekcji WF lub „przy okazji innych zajęć”. Aż w 79 proc. badanych szkół zajęcia odbywały się w sali gimnastycznej, a w ponad 20% szkół w pomieszczeniach niezapewniających warunków do realizacji zajęć. W 58 proc. gimnazjów żaden z nauczycieli WF nie odbył szkolenia w zakresie edukacji zdrowotnej. Ponadto w 17 proc. szkół nauczyciele WF mieli negatywny stosunek do zajęć w bloku „Edukacja zdrowotna”, a 40 proc. szkół zaobserwowano negatywny stosunek do tych zajęć wśród uczniów⁴⁵.

Ważnym podmiotem z punktu analizowanej problematyki jest **Program Szkoła Promująca Zdrowie (SzPZ)** realizowany w Polsce od 25 lat. Popularyzację idei SzPZ rozpoczęto od projektu pilotażowego w latach 1992-1995, pn.: „Szkoła Promująca Zdrowie”, zainicjowanego przez WHO/EURO. Projekt ten spowodował oddolne działania szkół oraz tworzenie sieci szkół promujących zdrowie na

internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej - „*jest udzielanie im pomocy w: poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać, rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości, rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia, przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej*”.

⁴³ WHO, *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school*, Information Series on School Health Document 9, World Health Organization, Geneva 2003, s. 37

⁴⁴ Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

⁴⁵ Woynarowska B., Komosińska K., Małkowska-Szcutnik A., Kowalewska A., *Realizacja zajęć w bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach w pierwszych latach wdrażania podstawy programowej kształcenia ogólnego, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 2012, nr 4, s. 5-13.*

różnych poziomach. Istotą SzPZ są oddolne działania, całościowe podejście do zdrowia w szkole oraz inicjowanie i wdrażanie przez członków społeczności szkolnej (nauczycieli, uczniów, rodziców) zmian prozdrowotnych w środowisku życia.

Obecnie sieci szkół promujących zdrowie istnieją we wszystkich województwach w Polsce. Aktualna liczba szkół promujących zdrowie w Polsce wynosi 3.238. Szkoły promujące zdrowie planują swoją pracę i podejmują działania w oparciu o **pięć standardów szkoły promującej zdrowie**:

1. pomagają członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie.
2. zarządzają projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający:
 - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej (w tym rodziców) i społeczności lokalnej,
 - skuteczności i długofalowości działań.
3. prowadzą edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dążą do zwiększenia jej jakości i skuteczności
4. tworzą klimat społeczny sprzyjający:
 - satysfakcji z nauki i pracy w szkole, osiąganiu sukcesów oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości u uczniów i pracowników,
 - zdrowiu i rozwojowi uczniów i pracowników,
 - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców i osób ze społeczności lokalnej.
5. tworzą środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.

Szkoła Promująca Zdrowie to najdłużej trwające i wciąż rozwijające się oddolne, dobrowolne i długofalowe działania na rzecz zdrowia w szkole. Ocena ekspercka tych działań jest zdecydowanie pozytywna⁴⁶, choć istnieją pewne bariery i zagrożenia dalszego rozwoju idei SzPZ, wynikające głównie z podejmowania tzw. „zewnętrznych” programów edukacyjnych, zamiast działań wynikających z analizy uwarunkowań i potrzeb konkretnej placówki szkolnej i jej uczniów.

Doceniając znaczenie aktywności fizycznej w 2007 roku Rada Ministrów przyjęła dokument „Strategia rozwoju sportu w Polsce do roku 2015”⁴⁷.

⁴⁶ Woynarowska B., *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, Remedium, 2012, nr 12, str. 1-3

⁴⁷ Strategia rozwoju sportu w Polsce do roku 2015 została przyjęta przez Radę Ministrów 23 stycznia 2007 r. i stanowiła modyfikację opracowanej w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu Strategii rozwoju sportu w Polsce do roku 2012, z dnia 11 lutego 2003 r., http://gaszowice.pl/dokumenty/pozytek/strategia_rozwoju_sportu_2007_2015.pdf

Ważnym krokiem z punktu widzenia uwarunkowań HIA jest próba podejmowanie współpracy MEN z innymi ministerstwami. W dniu 23 listopada 2009 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło formalną współpracę z innymi ministerstwami w celu wspólnego realizowania działań/polityk edukacyjnych podpisując *Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*⁴⁸. Na podstawie *Porozumienia* Minister Edukacji Narodowej powołał **Radę Programową ds. Promocji Zdrowia i Profilaktyki Problemów Dzieci i Młodzieży**, która:

- określiła *Kierunki działania w zakresie promocji zdrowia w szkole i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2010-2014*;
- udziela konsultacji Zespołowi Promocji Zdrowia w Szkole w zakresie rozwoju sieci szkół promujących zdrowie i wdrażania w Polsce europejskiego projektu *Healthy Eating and Physical Activity in Schools* (HEPS);
- zainicjowała ogłoszenie w październiku 2011 r. Stanowiska Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów.

Prawne umocowanie wielosektorowej współpracy mogła stworzyć grunt do implementacji procesu HIA. W praktyce jednak ww. porozumienie okazało się jedynie dokumentem formalnym, który nie przełożył się na konkretne działania i usprawnienie współpracy, a eksperci oceniają go jako „martwy dokument”⁴⁹.

Współpraca Ministra Edukacji Narodowej z Ministrem Sportu i Turystyki oraz Ministrem Zdrowia i Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w obszarze rozwoju

⁴⁸ W treści Porozumienia zapisano m.in.:

- zapewnienie synergii działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, które są realizowane przez strony porozumienia w szkołach i placówkach oraz w środowisku lokalnym, w tym podejmowanie działań na rzecz wdrażania programów promujących zdrowie, w tym programu „Szkoły dla Zdrowia Europy”;
- upowszechnianie idei sieci szkół promujących zdrowie i wynikających z niej działań na poziomie lokalnym;
- prowadzenie systemu certyfikacji szkół i placówek będących w sieci szkół promujących zdrowie;
- umożliwienie prezentacji dobrych praktyk i wymiany doświadczeń między szkołami i placówkami oświatowymi w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży;
- upowszechnianie wiedzy i doświadczeń z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży wynikających ze współpracy międzynarodowej;
- propagowanie podejmowanych działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży w mediach.

⁴⁹ Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

wychowania fizycznego i sportu szkolnego, profilaktyki zdrowotnej oraz kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela wychowania fizycznego była przedmiotem kontroli NIK w 2012 roku⁵⁰. Wyniki kontroli i wnioski z raportu NIK ujawniły, że współpraca ministerstw w zakresie realizacji zapisów porozumienia była nieskoordynowana, niesystematyczna i niewystarczająca⁵¹.

Stwierdzono odstępstwa od zaleceń przyjętych w Strategii, w której ustalono, że koordynatorem i głównym wykonawcą zadań priorytetu 1 i 2 *Strategii* będzie Ministerstwo Sportu, przy merytorycznej współpracy m.in. z MEN i MZ. Tym samym nie został w pełni zrealizowany wniosek sformułowany w wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 19 marca 2010 r. dotyczący podjęcia przez MSiT współpracy w realizacji *Strategii* z właściwymi ministerstwami. MSiT i MEN zaprzestały realizacji od 2009 r. zadania 1. priorytetu 1. *Strategii*, zaplanowanego na lata 2007-2012, dotyczącego konkursów na programy nauczania wychowania fizycznego, które w założeniu miało przynieść wzrost atrakcyjności i efektywności lekcji wychowania fizycznego⁵². W konsekwencji powyższego postępowania nie zaproponowano szkołom wzorcowych programów nauczania na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej uwzględniających nową podstawę programową wychowania fizycznego. Spóźnioną próbą współpracy było powołanie przez Ministra Edukacji Narodowej i Ministra Sportu i Turystyki w sierpniu 2012 r. *nieformalnego zespołu roboczego, którego celem było przeanalizowanie stanu realizacji zadań, które pozostają w obszarze zainteresowań obu Ministrów*. W ocenie NIK, niezaproszenie Ministra Zdrowia do prac zespołu zmniejsza możliwość wypracowania i skutecznego wdrażania przyjętych rozwiązań.

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła także, że Minister Edukacji Narodowej nie współpracował z Ministrem Zdrowia przy realizacji zaleceń zawartych w dokumencie pn. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania. Rekomendacje Ministra Zdrowia z 2009 r. O skali problemu świadczy fakt,*

⁵⁰ Raport NIK *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych, Informacja o wynikach kontroli KNO-4101-06-00/2012*, 6 września 2013

⁵¹ Napisano tam: „*Współpraca Ministra Edukacji Narodowej z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki na rzecz rozwoju wychowania fizycznego i sportu szkolnego nie była systematyczna i nie doprowadziła do rozwiązania problemów występujących w tym obszarze. Minister Sportu i Turystyki, jako koordynator i główny wykonawca Strategii rozwoju sportu w Polsce do roku 2015, nie współpracował z Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia w realizacji określonych w niej zadań. Minister Edukacji Narodowej oraz Minister Zdrowia nie wypracowali rozwiązań służących przeciwdziałaniu wadom postawy wśród uczniów oraz narastającemu zjawisku zwolnień uczniów z zajęć wychowania fizycznego*”.

⁵² Według wyjaśnień MSiT, MEN zrezygnował z organizacji powyższych konkursów, uznając że spełniły one swoją rolę i dalsza ich organizacja jest bezzasadna. Z kolei MEN brak współdziałania w realizacji zadań określonych w *Strategii* uzasadniło tym, że MSiT realizował je samodzielnie i nie oczekiwał pomocy MEN.

że w roku szkolnym 2011/2012 zniekształcenia kręgosłupa i otyłość stwierdzono u 10 proc. populacji uczniów szkół publicznych i niepublicznych.

Ponadto stwierdzono, że Minister Edukacji Narodowej:

- nie współdziałał również z Ministrem Zdrowia w zakresie przeciwdziałania zjawisku zwolnień z zajęć wychowania fizycznego udzielanych przez dyrektora szkoły na podstawie opinii lekarza.
- nie uzgodnił z Ministrem Zdrowia kwestii podnoszonej w wystąpieniu pokontrolnym NIK z 20 maja 2011 r. po kontroli pn. *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej (P/10/190)* dotyczącej określenia form i zakresu współpracy pielęgniarki środowiska nauczania z dyrektorem szkoły i radą pedagogiczną. W konsekwencji nie wprowadzono odpowiednich uregulowań prawnych obligujących do współpracy obie strony.

W badanym przez NIK zakresie współpraca Ministra Edukacji Narodowej z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego polegała na międzyresortowych konsultacjach, a następnie wydaniu w porozumieniu rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, tj. w siedem lat po ustanowieniu delegacji określonej w art. 9c ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i trzy lata po wprowadzeniu reformy programowej kształcenia ogólnego.

Zalecenia pokontrolne NIK do Ministra Edukacji Narodowej:

- 1) rozszerzenie zakresu monitorowania przez kuratorów oświaty wdrażania podstawy programowej wychowania fizycznego o badanie treści kształcenia określonych w tej podstawie z uwzględnieniem *Zalecanych warunków i sposobów* jej realizacji;
- 2) systematyczna i efektywna współpraca z Ministrem Sportu i Turystyki w obszarze rozwoju wychowania fizycznego i sportu szkolnego, w tym w zakresie zadań ujętych w *Strategii rozwoju sportu w Polsce do roku 2015*;
- 3) podjęcie współpracy z Ministrem Zdrowia mającej na celu wypracowanie rozwiązań dotyczących przeciwdziałania wadom postawy wśród uczniów oraz narastającemu zjawisku zwolnień uczniów z zajęć wychowania fizycznego;
- 4) rozważenie podjęcia działań o charakterze legislacyjnym zobowiązujących dyrektora szkoły i radę pedagogiczną do współpracy z pielęgniarką szkolną wraz z określeniem jej zakresu i form współdziałania;
- 5) rozważenie zobowiązania dyrektorów szkół i placówek oświatowych do wprowadzania do bazy Systemu Informacji Oświatowej danych o liczbie uczniów objętych zajęciami z gimnastyki korekcyjnej.

Zalecenia pokontrolne NIK do Ministra Sportu i Turystyki:

- 1) monitorowanie i ocena efektów realizacji oraz aktualizację *Strategii rozwoju sportu w Polsce do roku 2015*;
- 2) realizacja zadań nr 1 i 4 obszaru 1.1. priorytetu 1., zgodnie z założeniami wskazanymi w *Strategii rozwoju sportu w Polsce do roku 2015*;
- 3) zintensyfikowanie współpracy pomiędzy Ministerstwem a Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia w zakresie wychowania fizycznego i sportu szkolnego;
- 4) rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej spełniających wymogi określone przepisami prawa;
- 5) zawieranie w umowach o dofinansowanie zadań ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej terminu ich realizacji zgodnie z terminem określonym we wniosku o dofinansowanie;
- 6) zawieranie w umowach o dofinansowanie zadań związanych z rozwojem sportu ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej klauzuli dotyczącej proporcjonalnego zmniejszenia kwoty dotacji w przypadku, gdy koszty realizacji zadania będą niższe od określonych we wniosku o dofinansowanie;
- 7) rozważenie podjęcia działań w celu gromadzenia danych dotyczących istniejącej w kraju infrastruktury sportowej.

Przedstawione wyżej informacje wskazują, że nie wystarczy stworzyć podstaw formalnej współpracy pomiędzy kluczowymi interesariuszami. Oprócz zapisania regulacji prawnych konieczna jest jeszcze wola wdrożenia formalnych zapisów w praktyczne działania ukierunkowane na wspólne, komplementarne przedsięwzięcia.

Uwarunkowania prawne i bariery w realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej oraz programów promocji zdrowia i profilaktyki

Poza aktami prawnymi regulującymi ogólne kwestie realizacji programów zdrowotnych, istnieje szereg przepisów odnoszących się w sposób bardziej szczegółowy do tematu profilaktyki, dotyczą one m.in. priorytetów zdrowotnych, wykonywania badań profilaktycznych w określonych grupach ludności lub przeciwdziałania ważnym problemom zdrowotnym i społecznym (np. narkomania, alkoholizm, zakażenia wirusem HIV). Bezpośrednio z tych przepisów wynikają również szczególne zadania władz rządowych i samorządowych. Najważniejsze akty prawne w tym zakresie to:

- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”⁵³
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁴
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵⁵
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁵⁶
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵⁷
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁵⁸
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁵⁹
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁶⁰
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje⁶¹

Analiza uwarunkowań realizacji zadań w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach, wskazuje na pewne korzystne zmiany, jakie nastąpiły w ostatnich latach w Polsce. Eksperti opracowujący diagnozę i rekomendacje w zakresie działań szkół na rzecz promocji zdrowia wskazują na następujące podstawy prawne, na poziomie krajowym, które stworzyły formalne możliwości podejmowania w szkołach działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia⁶².

1. Akty prawne, programy i inne dokumenty rządowe lub resortowe, w których zobowiązano Ministerstwo Edukacji Narodowej do działań na rzecz zdrowia⁶³,

⁵³ (Dz.U. 05.143.1200 ze zm.)

⁵⁴ (Dz.U.94.111. 535 ze zm.)

⁵⁵ (Dz.U.08.234.1570 ze zm.)

⁵⁶ (Dz.U.05.179.1485 ze zm.)

⁵⁷ (j.t. Dz.U.07.70.473 ze zm.)

⁵⁸ (Dz.U.09.137.1126)

⁵⁹ (Dz.U.09.140.1148)

⁶⁰ (Dz.U.09.139.1133)

⁶¹ (Dz.U.08.163.1024).

⁶² Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

⁶³ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn.zm.)*;

• *Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10 , poz. 55 z późn.zm.)*;

2. Narodowy program zdrowia; w kolejnych jego wersjach (1990, 1997, 2007) zapisano zadania dotyczące realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej, programów profilaktyki, rozwoju szkół promujących zdrowie,
3. Narodowe programy: zwalczania chorób nowotworowych, profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, ochrony zdrowia psychicznego, zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej; „Krajowy program zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV”,
4. Porozumienia międzyresortowe: między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia w sprawie wspierania edukacji zdrowotnej w szkole oraz rozwoju sieci szkół promujących zdrowie (1991, 2000, 2009),
5. Podstawowe kierunki polityki oświatowej państwa ustalone przez Ministra Edukacji Narodowej, w tym „działania szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa”.

Jak pokazują wyniki ekspertyz i kontrole przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli, realizacja zaleceń wynikających z opisanych aktów prawnych i dokumentów w szkołach jest bardzo słabo skoordynowana i wysoce niezadowolająca. Zwiększyła się co prawda wyraźnie aktywność szkół we wdrażaniu programów edukacyjnych i działań akcyjnych, ale często są to działania nieskuteczne lub pozorne. Uwarunkowania takiej sytuacji często mają charakter barier systemowych i organizacyjnych. Najważniejsze zostały przedstawione w Tabeli 3a Aneksie.

Edukacja zdrowotna i programy promocji zdrowia i profilaktyki - stan aktualny

Realizacja programów i działań w zakresie profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży w polskich szkołach nie jest zadowolająca. W ocenie ekspertów działania w tym zakresie oparte na naukowych dowodach mają niewielki wpływ na codzienną praktykę w polskich szkołach. System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, skoordynowany przez *Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, rekomenduje kilkanaście programów profilaktycznych, które są przykładami „dobrej praktyki” lub ich

-
- *Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230);*
 - *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485);*
 - *Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 z późn.zm)*

skuteczność została potwierdzona w badaniach⁶⁴, ale ich wykorzystanie przez polskie szkoły lub samorządy terytorialne jest bardzo ograniczone.

Na ogół działania profilaktyczne prowadzone w polskich szkołach ukierunkowane na zapobieganie zachowaniom problemowym młodzieży, mają charakter działań podejmowanych bez szczegółowej diagnozy, w postaci programów autorских, akcji, konkursów, festynów i organizacji czasu wolnego. Schemat większości tych programów nie jest oparty na dostępnej wiedzy naukowej lub empirycznej dotyczącej mechanizmów powstawania zachowań problemowych młodzieży⁶⁵. Większość tych działań jest realizowana bez procesu ewaluacji i monitorowania. Sytuacja taka jest konsekwencją regulacji formalnych, które pozbawiają nadzór pedagogiczny i Ministerstwo Edukacji Narodowej wpływu na merytoryczny kształt działań profilaktycznych w szkołach. Analiza treści, sposobów realizacji programów profilaktycznych i ich efektów nie podlega ewaluacji zewnętrznej. W rozporządzeniu dotyczącym nadzoru pedagogicznego, w punkcie dotyczącym monitorowania, zapisano: „*zbieranie i analiza informacji o działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej (...)*”, pomijając działalność profilaktyczną⁶⁶. Zapis taki stanowi lukę formalną, w efekcie utrudniając prowadzenie ewaluacji i monitorowania programów profilaktycznych w polskich szkołach.

W 2013 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę jakości szkolnych programów profilaktyki w zakresie problemu narkomanii, oceniając je negatywnie⁶⁷. Wyniki kontroli wykazały, że działania realizowane w ramach programów profilaktycznych często są powielane w kolejnych latach bez dokonywania ich ewaluacji. W większości szkół, które były objęte oceną, stwierdzono że nie przywiązywano wagi do wyboru właściwych zajęć profilaktycznych i nie korzystano z programówskuteczności potwierdzonej badaniami. Ponadto w wielu szkołach realizatorzy działań profilaktycznych nie zostali przeszkoleni w tym zakresie. Ogólne wnioski kontroli NIK wskazują na brak dbałości dyrektorów szkół o jakość działań profilaktycznych, co przekłada się na ich powierzchowność i nierzetelność. Na negatywną ocenę działań profilaktycznych wskazują także wyniki kontroli NIK dotyczącej realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości w szkołach publicznych. Kontrola wykazała, że aż w 65% szkół nie było działań bezpośrednio ukierunkowanych na zapobieganie tym zaburzeniom⁶⁸.

⁶⁴ System rekomendacji i oceny programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106179> [dostęp 27 marca 2016 r.].

⁶⁵ Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 maja 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. poz. 560.

⁶⁷ NIK, *Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152 /2013/P/12/094/KPB, NIK, Warszawa 2013, www.nik.gov.pl [dostęp 18 marca 2016 r.].

⁶⁸ Raport NIK, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci*

Stwierdzone nieprawidłowości w skontrolowanych gminach polegały w szczególności na nierozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej, w tym w zakresie nadwagi lub otyłości (w 17 gminach, tj. 90%). Na podkreślenie zasługuje fakt, że w żadnej z kontrolowanych szkół nie uwzględniono tego problemu w doskonaleniu zawodowym nauczycieli.

Działania dotyczące programów przeciwdziałania zjawiskom patologii wśród dzieci i młodzieży były przedmiotem kontroli NIK przeprowadzonej w roku 2013⁶⁹. Wyniki tej kontroli wskazują, że dzieci i młodzież wciąż narażone są na zjawiska patologiczne w szkołach, nasilają się „tradycyjne” formy przemocy psychicznej i fizycznej, a dodatkowo rozwija się cyberprzemoc. Według wyników kontroli NIK, najwięcej zachowań patologicznych występuje w gimnazjach (8,8 proc. uczniów), w szkołach podstawowych (5,5 proc.), a w szkołach ponadgimnazjalnych wśród 2,2 proc. uczniów. Najpowszechniejsze formy zjawisk patologicznych w polskich szkołach to agresja słowna i fizyczna. Przemoc słowną jako dominującą wymieniają zarówno uczniowie (74 proc.) jak i nauczyciele (43 proc.). Agresję fizyczną wskazuje 58 proc. uczniów i 15 proc. nauczycieli. Wśród przypadków odnotowywanych w dokumentacji szkolnej, także najwięcej jest przejawów agresji (51 proc.). Według NIK zjawisko to ma tendencję narastającą. Stwierdzono, że 76 proc. ankietowanych uczniów jako problem wskazało palenie tytoniu, 10 proc. wskazało na nadużywanie alkoholu, 23 proc. kradzieże, a pewna liczba na zażywanie narkotyków i substancji psychoaktywnych. Jak pokazują wyniki kontroli, szkoła nie spełnia skutecznie zadań związanych z przeciwdziałaniem patologiom. Z kontroli NIK wynika, że podejmowane przez szkoły działania profilaktyczne nie doprowadziły do spadku najczęstszych zachowań patologicznych wśród dzieci i młodzieży. W ocenie NIK słabą stroną przeciwdziałania zjawiskom patologii w szkołach była niska jakość przygotowania i wdrożenia szkolnych programów profilaktyki, na których powinny opierać się późniejsze działania zapobiegawcze nauczycieli i pedagogów. Dyrektorzy szkół nie dopasowywali działań profilaktycznych do faktycznych potrzeb konkretnej placówki. Często działali na podstawie źle przygotowanych szkolnych programów profilaktycznych i wychowawczych. Wyniki kontroli wskazują, że programy te sporządzane są bez przeprowadzenia pogłębionej diagnozy wśród uczniów, rodziców i nauczycieli. Zamiast diagnozy faktycznych problemów w swojej placówce, dyrektorzy opierają się na ogólnodostępnych danych lub powielają te same działania w kolejnych latach. W efekcie profilaktyka nie jest adekwatna do skali i zakresu faktycznych zagrożeń. W części badanych szkół programy były zbyt

i młodzież szkolnej. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO, NIK, Warszawa 2011, www.nik.gov.pl [dostęp 18 marca 2016 r.].

⁶⁹ Raport NIK, *Przeciwdziałanie zjawiskom patologii wśród dzieci i młodzieży szkolnej*, Najwyższa Izba Kontroli, KNO-4101-03-00/2013, Nr ewid. 143/2014/P/13/068/KNO

ogólne i sformułowane w sposób, który nie pozwalał na ocenę ich skuteczności. Szkoły **nie korzystają też z tzw. dobrych praktyk** - skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych, rekomendowanych w krajowym *Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego*⁷⁰. **Wykorzystuje je zaledwie ok. 20 proc. skontrolowanych szkół.**

Nauczyciele nie są właściwie przygotowani do rozpoznawania zagrożeń i podejmowania szybkich działań. Prawie 30 proc. nauczycieli przyznało, że wciąż nie ma dostatecznej wiedzy na temat ryzykownych zachowań uczniów, a prawie jedna trzecia szkół nie uczy swoich nauczycieli, jak prawidłowo opracowywać i skutecznie wdrażać programy profilaktyczne, odpowiadające na potrzeby konkretnych grup dzieci i młodzieży. Dyrektorzy szkół w zakresie przeciwdziałania patologiom nie mają odpowiedniego wsparcia we władzach samorządowych⁷¹. Działania samorządów podejmowane w ramach tzw. gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych nie doprowadziły do spadku zachowań patologicznych wśród uczniów. Samorząd gminny powinien wspierać szkoły w ramach programów profilaktycznych zapobiegających problemom alkoholowym i przeciwdziałaniu narkomanii, monitorować realizację obowiązku nauki oraz wspierać organizowanie uczniom czasu wolnego np. w świetlicach szkolnych.

Identyfikacja instytucji, interesariuszy i innych podmiotów zainteresowanych HIA (lub procedurami quasi-HIA) w dziedzinie edukacji

Poniżej przedstawiono listę instytucji/*stakeholders* oraz główne zadania oraz odpowiedzialności/kompetencji jednostek, które mogłyby być zaangażowane w proces HIA w odniesieniu do działań edukacyjnych. Zestawienie to ma na celu wskazanie możliwości współpracy, obszarów kolizyjnych, realizacji zobowiązań i zaniechań, ram kompetencji oraz odpowiedzialności w obszarze działań edukacyjnych w Polsce. Lista instytucji odgrywających szczególną rolę w zakresie rozważanych zagadnień jest przedstawiona w ramce.

1. Ministerstwo Edukacji Narodowej: www.men.gov.pl
2. Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl
3. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, www.nauka.gov.pl

⁷⁰ <http://www.kbpn.gov.pl/portals?id=207575>

⁷¹ Prawie połowa skontrolowanych gmin (46 proc.) przeznaczała dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych na inne cele zamiast na walkę z problemami alkoholowymi i narkomanią.

4. Ministerstwo Sportu i Turystyki, www.msport.gov.pl
5. Instytut Badań Edukacyjnych www.ibe.edu.pl
6. Narodowy Fundusz Zdrowia www.nfz.gov.pl
7. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) www.aotm.gov.pl
8. Kuratoria oświaty i Wojewodowie
9. Jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty prowadzące szkoły na poszczególnych poziomach edukacji: gminy, powiaty, województwa;
10. Poszczególne jednostki oświatowe: przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, licea ogólnokształcące, szkoły zawodowe, technika
11. Uczelnie wyższe
12. Instytucje zajmujące się kształceniem osób dorosłych (*life-long learning*)

Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN), zapewnia obsługę Ministra Edukacji Narodowej, kierującego działem administracji rządowej oświata i wychowanie⁷². W określonym przepisami⁷³ zakresie działania MEN znajdują się zadania, które są istotne z punktu widzenia analizowanej tematyki HIA - jedno z nich zostało wyróżnione: określa Spośród

Zakresy działania

- *inicjowanie i terminowe opracowywanie założeń i projektów aktów normatywnych, założeń i projektów strategii, programów, w tym rządowych, planów i innych dokumentów*
- *przeprowadzanie uzgodnień wewnętrznych i zewnętrznych oraz konsultacji publicznych i opiniowania tych projektów*
- ***opracowywanie testów regulacyjnych i ocen skutków regulacji (OSR)***
- *współdziałanie z innymi urzędami administracji rządowej, organami samorządu terytorialnego, związkami zawodowymi, stowarzyszeniami i innymi podmiotami*
- *zbieranie i analizowanie opinii środowiska rodziców, nauczycieli i dyrektorów szkół i placówek o ich potrzebach i działaniach Ministerstwa na rzecz tych środowisk*
- *realizacja porozumień i deklaracji z podmiotami społecznymi*

⁷² Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.1); Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 i 1198).

⁷³ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegó-

Ministerstwo Zdrowia (MZ) - Zakres działania Ministra Zdrowia określa stosowny przepis⁷⁴. Zadania departamentów MZ zapisane są w Regulaminie Organizacyjnym MZ⁷⁵. W Regulaminie określono zakres zadań i tryb pracy komórek organizacyjnych Ministerstwa. Zgodnie z pkt. 6. § 19. ww. Regulaminu do podstawowych zadań Departamentu Analiz i Strategii należy: „*tworzenie i obsługa narzędzi analitycznych umożliwiających ocenę kluczowych procesów, w tym skutków dokonywanej lub potencjalnej interwencji publicznej w różnych perspektywach czasowych*”. Zapis taki wskazuje na konieczność podejmowania działań w celu oceny skutków zdrowotnych planowanych/podejmowanych interwencji i daje formalne podstawy procedurze HIA.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW). Szczegółowe zadania MNiSW i jego departamentów są określone w Statucie i Regulaminie⁷⁶. Z punktu widzenia analizowanej tematyki HIA ważny jest **Zespół ds. Oceny Skutków Regulacji (OSR)**⁷⁷. Zgodnie z zasadami każdy projekt izakożenia projektu aktu prawnego wydawanego przez MNiSW jest poddawany ocenie OSR⁷⁸.

Ministerstwo Sportu i Turystyki (MSiT) - jest ważnym uczestnikiem działań na rzecz zdrowia⁷⁹. Plan działania Ministra Sportu i Turystyki na rok 2016 wśród najważniejszych celów do realizacji w 2016 roku zakłada także cel ważny z punktu widzenia analizowanej w niniejszym dokumencie tematyki, tj. „Kształtowanie warunków dla aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w ramach programu upowszechniania sportu”⁸⁰.

łowego zakresu działania Ministra Edukacji Narodowej. Zadania departamentów MEN zapisane są w Regulaminie Organizacyjnym MEN.

⁷⁴ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. z 2015 poz. 1908).

⁷⁵ Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016r. w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz.Urz.Min. Zdrow., poz. 32).

⁷⁶ Zarządzenie nr 12 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Zadania departamentów Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego zdefiniowano w Zarządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 lutego 2016 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

⁷⁷ Zarządzeniu Dyrektora Generalnego MNiSW w sprawie prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego

⁷⁸ Na podstawie informacji zawartych na stronie www.mnisw.gov.pl [dostęp 30.03.2016]

⁷⁹ Zarządzenie nr 22 Ministra Sportu i Turystyki z dnia 24 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Sportu i Turystyki

⁸⁰ <https://bip.msit.gov.pl/bip/plan-dzialalnoscispraw/1697,Plan-dzialalnosci-Ministra-Sportu-i-Turystyki-na-rok-2016.html> [dostęp 30.03.2016]

Z punktu widzenia zagadnień HIA ważny jest Zespół do spraw Ocen Skutków Regulacji, który pełni te same funkcje, co analogiczne komórki w innych resortach⁸¹.

Instytut Badań Edukacyjnych (IBE)⁸² - jednostka badawcza prowadzącą interdyscyplinarne badania naukowe nad funkcjonowaniem i efektywnością systemu edukacji w Polsce. Instytut uczestniczy w krajowych i międzynarodowych projektach badawczych, przygotowuje raporty, sporządza ekspertyzy oraz pełni funkcje doradcze. Od 1 października 2010 r. Instytut działa w formie instytutu badawczego⁸³. Funkcjonuje pod nadzorem Ministra Edukacji Narodowej. Instytut współpracuje z Głównym Urzędem Statystycznym i Centralną Komisją Egzaminacyjną, samorządami terytorialnymi, szkołami, organizacjami pozarządowymi, uczelniami wyższymi oraz krajowymi i zagranicznymi ośrodkami badawczymi i organizacjami międzynarodowymi. IBE promuje stosowanie zasady podejmowania decyzji w oparciu o wyniki badań naukowych (*evidence-based policy and practice*) i szczególnie dużą wagę przywiązuje do badań, których wyniki mogą zostać wykorzystane w praktyce i polityce edukacyjnej, zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym. Stąd też IBE może być ważnym partnerem w planowaniu i wdrażaniu koncepcji HIA w działaniach edukacyjnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) - Do zadań NFZ, prócz kontraktowania świadczeń, należy także *opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych*, co jest szczególnie istotne z punktu widzenia analizowanej tematyki niniejszego raportu⁸⁴. Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym z 2015 r. NFZ realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na zasadach określonych w art. 48d tej ustawy.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną na mocy ustawy, która weszła w życie w 2009 roku⁸⁵. W strukturze Agencji, z punktu widzenia analizowanych zagadnień, kluczowy jest Dział Programów Zdrowot-

⁸¹ Zarządzenie Nr 18 Ministra Sportu i Turystyki z dnia 9 lipca 2013 r. w sprawie utworzenia Zespołu do spraw Ocen Skutków Regulacji

⁸² Na podstawie informacji zawartych na stronie www.ibe.edu.pl [dostęp 17.02.2016]

⁸³ Ustawa o instytutach badawczych z dnia 30 kwietnia 2010 r.

⁸⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i statutu nadanego rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004

⁸⁵ Ustawa z dnia 25.06.2009 r. „o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach”.

nych⁸⁶. Od 2009 roku projekty programów zdrowotnych przygotowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego muszą być złożone do AOTMiT, która na podstawie szczegółowej analizy przedłożonego projektu wydaje opinię na temat jakości projektu oraz zasadności jego realizacji. Projekt programu zdrowotnego musi być przygotowany zgodnie ze schematem rekomendowanym przez AOTMiT, co oznacza, że prezentując organizację programu w pkt 8. należy opisać **bezpieczeństwo planowanych interwencji** (*AOTMiT sugeruje przedstawienie dowodów naukowych dotyczących bezpieczeństwa działań planowanych w ramach programu zdrowotnego*) oraz **skuteczności planowanych działań**. Analizując rekomendowany przez AOTMiT schemat programu polityki zdrowotnej oraz elementy jego oceny, wydaje się, że otwiera on sprzyjające warunki zastosowania elementów *HIA*, zwłaszcza w odniesieniu do punktu dotyczącego oceny zastosowanych technologii medycznych.

Kuratoria oświaty - jednostki budżetowe z siedzibami we wszystkich miastach wojewódzkich. Kuratorium oświaty wchodzi w skład sektora finansów publicznych⁸⁷. Zadania kuratorów zdefiniowane są w *ustawie z 7 września 1991 roku o systemie oświaty*, rozporządzeniach ministerialnych oraz Karcie Nauczyciela. Kurator w imieniu Wojewody wykonuje zadania i kompetencje w zakresie oświaty na terenie województwa przy pomocy Kuratorium⁸⁸. Statutowym zadaniem kuratora jest nadzór pedagogiczny, przygotowywanie rocznego planu kontrolnego szkół na danym terenie oraz ocenianie placówek oświatowych pod kątem merytorycznym, wychowawczym i funkcjonalnym. Oprócz nadzoru pedagogicznego Kurator realizuje zadania m.in. w zakresie: programów rządowych, obsługi Systemu Informacji Oświatowej, *systemowych działań dotyczących wychowania i profilaktyki dzieci i młodzieży*, prac związanych z letnim i zimowym wypoczynkiem dzieci i młodzieży oraz *promocji zdrowia*. Raporty z pracy kuratoriów przekazywane są wojewodom oraz MEN.

Samorząd terytorialny-zadania jednostek samorządu terytorialnego określone są w. ustawach samorządowych⁸⁹. Ustawy te określając zadania gmin, powiatów i województw, wskazują, że **do ich zadań należy zarówno edukacja publiczna, jak i ochrona i promocja zdrowia**. Oznacza to, że samorząd terytorialny jest

⁸⁶ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2009 w sprawie nadania statutu (DZ. U. nr 133 poz. 1102).

⁸⁷ Ustawa z 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych

⁸⁸ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, w ustawie z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela

⁸⁹ Ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.)

kluczowym interesariuszem w zakresie analizowanej problematyki zastosowania oceny skutków zdrowotnych do działań edukacyjnych. Samorządy terytorialne jako jednostki publiczne prawnie odpowiedzialne za zadania edukacji i promocji zdrowia, powinny być żywo zainteresowane oceną skutków zdrowotnych wszelkich podejmowanych działań, w tym szczególnie działań edukacyjnych.

Decydenci zdrowotni na szczeblach regionalnych i lokalnych, a także kluczowi pracownicy departamentów zdrowia/polityki społecznej samorządu terytorialnego powinni posiadać wiedzę i szerokie kompetencje umożliwiające im podejmowanie międzysektorowej współpracy na rzecz zdrowia w kontekście zagadnień HIA.

Pozostałe instytucje wymienione na liście instytucji interesariuszy potencjalnie zainteresowanych HIA (lub procedurami quasi-HIA) w dziedzinie edukacji to podmioty, które są bezpośrednimi realizatorami działań edukacyjnych (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, licea ogólnokształcące, szkoły zawodowe, technika, uczelnie wyższe, instytucje zajmujące się kształceniem osób dorosłych). Podmioty te mają kluczową rolę do odegrania zarówno w diagnozowaniu obszarów problematycznych, jak i planowaniu i wdrażaniu sposobów przeciwdziałania im. Tak więc kadry zatrudnione w ww. jednostkach powinny być świadome konieczności współpracy z wieloma innymi podmiotami w celu wspólnego prowadzenia działań na rzecz zdrowia.

Identyfikacja źródeł finansowania działań typu HIA, wraz ze wskazaniem miejsca podejmowania decyzji o przeznaczaniu pieniędzy na finansowanie aktywności typu HIA w zakresie działań edukacyjnych: Realizacja samorządowych programów zdrowotnych w zakresie edukacji zdrowotnej, programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Jednym ze źródeł finansowania działań, które mogłyby być realizowane z wykorzystaniem metodologii HIA są samorządowe programy zdrowotne z zakresu edukacji zdrowotnej oraz promocji i profilaktyki. Zadania z zakresu opracowywania, realizacji i oceny efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należą do zadań własnych samorządów gminnych, powiatowych oraz wojewódzkich. Wiele z tych programów ukierunkowanych jest na działania edukacyjne oraz promocję zdrowia i profilaktykę chorób dzieci i młodzieży. Decyzje o wyborze programu są

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576 z późn. zm.)

więc podejmowane przez samorząd terytorialny jako dysponenta środków finansowych, a realizacja programów odbywa się przy udziale sektora edukacji i zdrowia. Dobra współpraca kluczowych interesariuszy z uwzględnieniem oceny skutków zdrowotnych, mogłaby więc przynosić w tym przypadku dobre efekty. Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce uregulowana jest zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r.⁹⁰ Począwszy od 2009 roku, projekty tych programów należy składać do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która przygotowuje stosowną opinię w zakresie poprawności przygotowanego programu oraz zasadności jego realizacji. Opinia niezależnych ekspertów AOTMiT ma jednak tylko charakter doradczy, wskazuje na negatywne i pozytywne strony projektu, elementy wymagające korekty; nie jest jednak wiążąca dla wnioskodawcy. System opiniowania projektów programów zdrowotnych przez niezależnych ekspertów to niewątpliwie duże wsparcie dla samorządów oraz narzędzie poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych.

W oparciu o informacje publikowane na stronie internetowej AOTMiT sporządzono zestawienia projektów programów zdrowotnych z zakresu edukacji zdrowotnej oraz działań promocji i profilaktyki skierowanych do dzieci i młodzieży za lata 2014-2015. Ich lista jest przedstawiona w Tabeli 4 i 5 w Aneksie.

Spośród wszystkich 288 samorządowych projektów programów zdrowotnych przedłożonych do opinii AOTMiT w 2014 roku, 38 programów dotyczyło działań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób kierowanych do dzieci i młodzieży. W tej grupie projektów, ponad połowa - tzn. 21 wniosków (co stanowiło 55,3%) uzyskało pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinię negatywną wydano w przypadku 17 wniosków (44,7%).

Spośród 212 samorządowych projektów programów zdrowotnych przedłożonych do opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w 2015 roku, 39 programów dotyczyło działań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób kierowanych do dzieci i młodzieży. Udział projektów, które uzyskały pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, nie różnił się w znaczący sposób w porównaniu do roku 2014: ponad połowa, tj. 22 wnioski (56,4%) uzyskało opinię pozytywną, zaś negatywną opinię wydano w przypadku 17 wniosków (43,6%).

⁹⁰ Ustawa z dn. 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. Nowelizacja tej ustawy z lipca 2014 wprowadziła zmiany w zakresie przepisów dotyczących realizacji samorządowych programów zdrowotnych, zgodnie z którymi od 1 stycznia 2015 r. jednostki samorządu terytorialnego w miejsce dotychczasowych programów zdrowotnych opracowują, wdrażają, realizują i finansują tzw. „programy polityki zdrowotnej”.

W celu maksymalizowania korzyści wynikających z angażowania samorządów terytorialnych w działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób, konieczne jest jednak zapewnienie odpowiedniego systemu wsparcia. Powyższa analiza pokazuje, że w polskich warunkach kluczowe znaczenie ma zagwarantowanie odpowiednich narzędzi oraz warunków systemowych, które zapewniłyby wsparcie dla jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy zdrowotne. Poprawa realizacji działań w zakresie samorządowych programów zdrowotnych nie ma szans bez zapewnienia stabilnych źródeł finansowania, zarówno w odniesieniu do finansowania systemu narzędzi wspierających samorządy w realizacji programów, jak również zapewnienia funduszy przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych.

Podsumowanie i wnioski

Ze względu na wyraźne wzajemne powiązanie pomiędzy edukacją a zdrowiem, ważne jest aby wszelkie polityki/interwencje i działania w tych obszarach nie były planowane i podejmowane w izolacji. Zalecana jest systematyczna, stała współpraca obu sektorów i odpowiednich departamentów. Poprzez wprowadzenie modelu i narzędzi *Health Impact Assessment* do procesów podejmowania decyzji w tych obszarach, instytucje mogą być wsparte w podejmowaniu lepszych decyzji. Organizacje i instytucje, które są przyjazne procesom *Health Impact Assessment* powinny zatrudniać osoby posiadające kompetencje do wielosektorowej współpracy. Osoby takie powinny posiadać umiejętność szerokiego, wieloaspektowego analizowania problemów, jak również umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne pozwalające na dochodzenie do konsensusu w przypadku spornych interesów.

Wyniki programu *Crossing Bridges*⁹¹ pokazują, że udana współpraca międzysektorowa, która jest konieczna w przypadku HIA, powinna zawierać cztery powiązane ze sobą kluczowe elementy:

- a) Pełnomocnictwa, regulacje, przepisy (w tym dotyczące zagadnień przekrojowych, np. zrównoważony rozwój, dobrostan, solidarność, równość);
- b) Budowanie relacji/Negocjowanie stanowisk (wzajemne dzielenie się wiedzą i umiejętnościami);
- c) Wspólne wdrażanie polityk i programów (silne przywództwo, struktury, czas i zasoby);
- d) Dowody naukowe i ocena (jak inne obszary polityki wpływają na zdrowie, w jaki sposób zdrowie wpływa na inne obszary polityki).

⁹¹ *Zdrowie dla wszystkich polityk - Wspólne działania na rzecz zdrowia i dobrostanu*, Crossing Bridges, 2012

Systematyczne podejście do angażowania innych sektorów w działania na rzecz zdrowia jest łatwiejsze przy silnym przywództwie zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym, osiąganym przez odpowiednie pełnomocnictwa i regulacje. Warunkiem powodzenia jest także **zatrudnienie kadr zaangażowanych w ideę HIA** i posiadających stosowne kompetencje, w tym kompetencje menedżerskie. Niezbędne jest także **bazowanie na twardych dowodach naukowych**, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na zdrowie. Ważna jest więc umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacji i przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie jaki wpływ na zdrowie mają ich działania i nakłonienie do wzięcia na siebie odpowiedzialności.

Obszarem szczególnie ważnym z punktu widzenia analizowanych zagadnień jest **poprawa wdrażania programów zdrowotnych kierowanych do dzieci i młodzieży**. Opracowanie koncepcji i programu poprawy jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i programu profilaktyki w szkole oraz strategii jego wdrażania wymaga woli i decyzji politycznej oraz współpracy wielu partnerów, w tym resortu edukacji, zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego, ośrodków naukowych, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych. Dla istotnej poprawy działań w tym zakresie konieczne jest:⁹²

- zrozumienie i uznanie roli szkoły w ochronie i promocji zdrowia społeczeństwa oraz stworzenie warunków do skutecznego jej podjęcia przez szkoły,
- nowoczesne całościowe podejście do zdrowia w szkole, w którym edukacja zdrowotna i program profilaktyki są wzajemnie powiązane i stanowią ważne, ale nie jedyne elementy działań systemu edukacji na rzecz zdrowia,
- podjęcie skoordynowanych, systemowych, długofalowych działań angażujących do rzeczywistej współpracy wszystkich interesariuszy,
- utworzenia w resorcie edukacji jednostki naukowej zajmującej się programowaniem działań szkoły na rzecz ochrony i promocji zdrowia; zapewnienia środków na koordynację działań i na pilotażowe wdrożenie najważniejszych działań i ich upowszechnienie,
- opracowanie i wdrożenie nowoczesnych programów kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w szkołach wyższych kształcących pedagogów i nauczycieli, szczególnie wychowania fizycznego;
- wykorzystanie, rekomendowanie i upowszechnianie programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej jakości i potwierdzonej naukowo skuteczności. W tych zadaniach ważna mogłaby być rola Instytutu Badań Naukowych.

⁹² Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

Kluczowym obszarem współpracy sektora edukacji i zdrowia jest realizacja programów zdrowotnych kierowanych do dzieci i młodzieży. Programy profilaktyczne realizowane w szkołach powinny odpowiadać na potrzeby danego środowiska szkolnego i być ukierunkowane nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także na problemy zdrowia psychicznego, problemy behawioralne uczniów oraz zapobieganie zachowaniem ryzykownym. **Jeśli program taki jest profesjonalnie przygotowany, oparty na dowodach naukowych, realizowany we współpracy z wieloma interesariuszami, sprzyja poprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży, a przez to zdrowia całej populacji.** Do korzyści jakie przynosi realizacja skutecznych strategii i programów profilaktycznych oraz promocji zdrowia w środowisku szkolnym zaliczamy:

- ograniczania używania przez młodzież substancji psychoaktywnych i towarzyszącym temu różnych problemów (m.in. wypadków, przestępstw i wykroczeń, ryzykownych zachowań i nadużyć seksualnych, destrukcji i samobójstw, uzależnień),
- zmniejszania częstości występowania różnych form agresji (co jest aktualnie narastającym problemem w szkołach),
- ograniczenia częstości występowania i łagodniejszego przebiegu zaburzeń psychicznych (m.in. zaburzeń odżywiania, depresji i zaburzeń nastroju, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw, zaburzeń lękowych).

Należy więc dotożyć szczególnych starań aby programy te były profesjonalnie opracowywane i wdrażane z zaangażowaniem wszystkich zainteresowanych stron. Słabą stroną przeciwdziałania negatywnym zachowaniom zdrowotnym i patologii w polskich szkołach jest niska jakość opracowania i implementacji szkolnych programów profilaktyki. Często programy te są zbyt ogólne i sformułowane w sposób, który nie pozwalał na ocenę ich skuteczności. Zaledwie 20 proc. szkół korzysta z tzw. dobrych praktyk. Ponadto nauczyciele nie są właściwie przygotowani do rozpoznawania zagrożeń i podejmowania szybkich działań. Prawie 30 proc. nauczycieli przyznaje, że nie ma dostatecznej wiedzy na temat ryzykownych zachowań uczniów, a prawie jedna trzecia szkół nie uczy swoich nauczycieli, jak prawidłowo opracowywać i skutecznie wdrażać programy profilaktyczne. Brakuje także odpowiedniego wsparcia dla dyrekcji szkół ze strony władz samorządowych.

Analizy projektów programów przedkładanych do oceny przez jednostki samorządu terytorialnego wskazują iż ogromnym problemem dla wnioskodawców są braki w zakresie monitorowania i ewaluacji programów⁹³. Każdy z realizowanych programów zdrowotnych powinien podlegać ewaluacji. Zgodnie

⁹³ Cianciara D., Rdzany R., *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*, Hygeia Public Health 2015, 50(1):97-103

z procedurą ewaluacji programów zdrowia publicznego - *Framework of Program Evaluation in Public Health*⁹⁴, opracowanej przez amerykańskie Centers for Disease Control and Prevention, ewaluacja programu zdrowotnego powinna obejmować sześć kroków, z których pierwszy dotyczy zaangażowania wszystkich potencjalnych interesariuszy. Charakter i stopień udziału zainteresowanych stron w ewaluacji programów są różne w zależności od kontekstu i otoczenia, perspektywy indywidualnej lub organizacyjnej oraz zakresu kompetencji, możliwości i potrzeb każdego z interesariuszy. Realizator programu zdrowotnego powinien zidentyfikować i zaangażować w działania trzy główne grupy interesariuszy:

1. **Strony zaangażowane w działania programu** - np. sponsorzy lub reprezentanci instytucji finansujących program, administratorzy programu, menedżerowie lub pracownicy zaangażowani w planowanie i wdrażanie.
2. **Uczestnicy programu** - podmioty, do których program jest bezpośrednio lub pośrednio kierowany (np. uczestnicy programu oraz członkowie ich rodzin, organizacje społeczne, urzędnicy, stowarzyszenia zawodowe i organizacje związane z programem, populacje objęte programem).
3. **Główni użytkownicy oceny** - podmioty, które na podstawie uzyskanej oceny podejmą odpowiednie decyzje i działania dotyczące programu. Ważne jest, aby byli zidentyfikowani i zaangażowani już na wstępnych etapach planowania całości procesu ewaluacji, aby zapewnić zaspokojenie ich potrzeb i wszystkich oczekiwań informacyjnych.

Jednym z warunków skutecznej ewaluacji programów zdrowotnych jest włączenie szerokiej grupy interesariuszy, tj. podmiotów, które mogą wpływać na przebieg programu i pozostają pod jego wpływem. Zgodnie z zaleceniami i rekomendacjami WHO w zakresie ewaluacji programów zdrowotnych, perspektywa poszczególnych interesariuszy powinna być uwzględniana na każdym kolejnym etapie postępu prac⁹⁵. Założenia takie stwarzają argumenty za wprowadzeniem metodologii HIA.

Analiza organizacyjna i prawna zagadnień warunkujących możliwości wdrożenia idei HealthImpactAssessmentw odniesieniu do działań edukacyjnych, pokazuje że istnieją formalne regulacje otwierające perspektywy implementacji tej idei (m.in. omówione w raporcie formalne międzysektorowe *Porozumienia o współpracy*; działające w poszczególnych ministerstwach

⁹⁴ Centers for Disease Control and Prevention. (1999, September). *Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(RR-11).

⁹⁵ WHO, Health Promotion Evaluation - recommendations to policy-makers. Report of the WHO European working group on Health Promotion Evaluation, Copenhagen, 1998.

Zespoły oceny skutków regulacji, powielające się w przypadku wielu podmiotów zadania i kompetencje w zakresie odpowiedzialności za promocję zdrowia). Brak należytej współpracy w tym zakresie skutkuje jednak tym, że dotychczasowe działania mają charakter nieskoordynowany, niespójny i nieefektywny, co potwierdzają oceny ekspertów i raporty Naczelnej Izby Kontroli. Szczególnie istotną rolę w działaniach na rzecz poprawy i spójności działań edukacji i zdrowia można przypisać jednostkom samorządu terytorialnego, jako pomiotom prawnie zobligowanym do organizowania, wdrażania i finansowania zadań publicznych zarówno w zakresie edukacji, jak i promocji zdrowia populacji.

Rekomendacje

Analiza organizacyjna i prawna zagadnień warunkujących możliwości wdrożenia idei Health Impact Assessment w odniesieniu do działań edukacyjnych, pokazuje że istnieją formalne regulacje otwierające perspektywy implementacji tej metodologii (m.in. działające w poszczególnych ministerstwach Zespoły Oceny Skutków Regulacji, a także powielające się w przypadku wielu podmiotów zadania i kompetencje w zakresie odpowiedzialności za promocję zdrowia). Brak należytej współpracy w tym zakresie skutkuje jednak tym, że dotychczasowe działania mają charakter nieskoordynowany, niespójny i nieefektywny, co potwierdzają oceny ekspertów i raporty Naczelnej Izby Kontroli.

1. Podjęcie faktycznej współpracy podmiotów reprezentujących oba sektory i wzajemne powiązanie polityki oświatowej i polityki zdrowotnej państwa wymaga praktycznych działań implementacyjnych ze strony sektora edukacji oraz sektora zdrowotnego. W tym celu należałoby wzmocnić współpracę, wzajemną wymianę informacji i stworzyć warunki współpracy właściwych departamentów: odpowiednich komórek organizacyjnych na poziomie centralnym, regionalnym i powiatowym. Należałoby więc wzmocnić działające w ministerstwach Zespoły Oceny Skutków Regulacji, monitorować podejmowane przez nie zadania i stworzyć podobne zespoły na poziomie jednostek samorządowych. Akty prawne z zakresu oświaty powinny być oceniane przez stosowne zespoły oceniające skutki regulacji (OSR) w kontekście skutków zdrowotnych. Rekomenduje się zobowiązanie zespołów oceniających skutki regulacji do identyfikowania skutków zdrowotnych, stosowania HIA w swojej działalności w odniesieniu do działań/polityk edukacyjnych.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, jednostki samorządu terytorialnego.

2. We współpracy obu sektorów powinny być uwzględnione następujące, powiązane ze sobą elementy:
 - e) Pełnomocnictwa, regulacje, przepisy, porozumienia (*w tym dotyczące zagadnień przekrojowych, np. zrównoważony rozwój, dobrostan, solidarność, równość*);
 - f) Budowanie dobrych relacji/negocjowanie stanowisk (*wzajemne dzielenie się wiedzą i umiejętnościami, na poziomie centralnym, regionalnym, powiatowym i lokalnym*);
 - g) Wspólne wdrażanie polityk i programów (*silne przywództwo zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym, zbudowanie odpowiednich struktur, zapewnienie właściwych zasoby kadrowych i finansowych*);
 - h) Dowody naukowe i ocena prowadzonych działań (*jak edukacja wpływa na zdrowie, w jaki sposób zdrowie wpływa na edukację*).

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, jednostki samorządu terytorialnego.

3. Warunkiem powodzenia jest także **zatrudnienie/przeszkolenie kadr zaangażowanych w ideę HIA** i posiadających stosowne kompetencje, w tym kompetencje menedżerskie. Organizacje i instytucje, które są przyjazne procesom HIA powinny więc zatrudniać kadry posiadające kompetencje do wielosektorowej współpracy. Osoby takie powinny posiadać umiejętność szerokiego, wieloaspektowego analizowania problemów, umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne pozwalające na dochodzenie do konsensusu w przypadku spornych interesów. Konieczne jest więc przeszkolenie kadry administracyjnej szczebla rządowego i samorządowego w zakresie narzędzi i metodologii HIA, wdrożenia i upowszechnienia narzędzi HIA.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, jednostki samorządu terytorialnego.

4. Kluczowym obszarem współpracy sektora edukacji i zdrowia jest **realizacji programów zdrowotnych kierowanych do dzieci i młodzieży**. Profesjonalnie przygotowany program, oparty na dowodach naukowych, realizowany we współpracy z wieloma interesariuszami, sprzyja poprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży, a przez to zdrowia całej populacji. Realizacja skutecznych

programów zdrowotnych przynosi szereg korzyści, m.in. ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i towarzyszących temu problemów, zmniejszenie skali występowania różnych form agresji, redukcja częstości występowania i łagodniejszego przebiegu problemów w zakresie zdrowia psychicznego. Obszarem szczególnie ważnym z punktu widzenia analizowanych zagadnień jest więc poprawa wdrażania programów zdrowotnych kierowanych do dzieci i młodzieży. Opracowanie koncepcji poprawy jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i programu profilaktyki w szkole oraz strategii jego wdrażania wymaga woli i decyzji politycznej oraz współpracy wielu partnerów, w tym resortu edukacji, zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego, ośrodków naukowych, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych. Dla istotnej poprawy działań w tym zakresie konieczne jest:⁹⁶

- zrozumienie i uznanie roli szkoły w ochronie i promocji zdrowia społeczeństwa oraz stworzenie warunków do skutecznego jej podjęcia przez szkołę,
- nowoczesne całościowe podejście do zdrowia w szkole, w którym edukacja zdrowotna i program profilaktyki są wzajemnie powiązane i stanowią kluczowe elementy działań systemu edukacji na rzecz zdrowia,
- podjęcie skoordynowanych, systemowych, długofalowych działań angażujących do rzeczywistej współpracy kluczowych interesariuszy,
- utworzenia w resorcie edukacji jednostki naukowej zajmującej się programowaniem działań szkoły na rzecz ochrony i promocji zdrowia; zapewnienia środków na koordynację działań oraz pilotażowe wdrożenie najważniejszych działań, ich ewaluację i upowszechnienie.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, jednostki samorządu terytorialnego, szkoły.

5. Wdrożenie idei HIA wymaga **bazowania na twardych dowodach naukowych**, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na zdrowie. Ważna jest więc umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacja i odpowiednie przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie jaki wpływ na zdrowie mają ich działania i nakłonienie do wzięcia na siebie odpowiedzialności. Istnieje więc potrzeba włączenia instytucji badawczych. W tych zadaniach ważną mogłaby być rola **Instytutu Badań Edukacyjnych**. Rekomenduje się stworzenie **bazy tzw. „dobrych praktyk”**

⁹⁶ Na podstawie przeprowadzonej analizy oraz opinii ekspertów: Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Studia BAS 2014, 38 (2), str. 169-187

programów zdrowotnych poprzez zgromadzenie, rekomendowanie i upowszechnianie programów edukacyjnych i profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności, które zostały z sukcesem wdrożone i poddane ewaluacji. Np. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, rekomenduje kilkanaście programów profilaktycznych, które są przykładami „dobrej praktyki” lub ich skuteczność została potwierdzona w badaniach. Niestety ich wykorzystanie przez polskie szkoły lub samorządy terytorialne jest bardzo ograniczone. Stąd konieczność wzmocnienia idei bazy „dobrych praktyk” w celu wdrażania skutecznych, potwierdzonych dowodami naukowymi programów.

Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego, szkoły, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Instytut Badań Edukacyjnych.

6. Ze względu na rolę programów zdrowotnych w poprawie zdrowia populacji dzieci i młodzieży należy dokończyć szczególnych starań, aby programy te były profesjonalnie opracowywane i wdrażane z zaangażowaniem wszystkich zainteresowanych stron. Przeprowadzone analizy wskazują na braki wiedzy i umiejętności nauczycieli w tym zakresie. Należy więc zapewnić odpowiednie szkolenia w tym obszarze i wsparcia dykcji szkół ze strony władz samorządowych.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Edukacji Narodowej, jednostki samorządu terytorialnego, szkoły.

7. Analizy projektów programów zdrowotnych opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego i przedkładanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) do oceny, wskazują iż ogromnym problemem dla wnioskodawców są braki w zakresie monitorowania i ewaluacji programów. Każdy z realizowanych programów zdrowotnych powinien podlegać ewaluacji. Jednym z warunków skutecznej ewaluacji programów zdrowotnych jest włączenie szerokiej grupy interesariuszy, tj. podmiotów, które mogą wpływać na przebieg programu i pozostają pod jego wpływem. Zgodnie z zaleceniami i rekomendacjami WHO w zakresie ewaluacji programów zdrowotnych, perspektywa poszczególnych interesariuszy powinna być uwzględniana na każdym kolejnym etapie postępu prac (Raport WHO, European working group on Health Promotion Evaluation, *Health Promotion Evaluation - recommendations to policy-makers*). Założenia takie stwarzają argumenty za wprowadzeniem metodologii HIA. Charakter i stopień udziału zainteresowanych stron w ewaluacji programów są różne w zależności od kontekstu i otoczenia, perspektywy indywidualnej lub organizacyjnej oraz zakresu kompetencji, możliwości i potrzeb każdego z interesariuszy. Realizator programu

zdrowotnego powinien zidentyfikować i zaangażować w działania trzy główne grupy interesariuszy:

- *Strony zaangażowane w działania programu* - np. sponsorzy lub reprezentanci instytucji finansujących program, administratorzy programu, menedżerowie lub pracownicy zaangażowani w planowanie i wdrażanie.
- *Uczestnicy programu* - podmioty, do których program jest bezpośrednio lub pośrednio kierowany (np. uczestnicy programu, organizacje społeczne, urzędnicy, stowarzyszenia zawodowe i organizacje związane z programem).
- *Główni użytkownicy oceny* - podmioty, które na podstawie uzyskanej oceny podejmą odpowiednie decyzje i działania dotyczące programu.

Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej.

8. Szczególnie istotną rolę w działaniach na rzecz poprawy i spójności działań edukacji i zdrowia można przypisać jednostkom samorządu terytorialnego, jako podmiotom prawnie zobligowanym do organizowania, wdrażania i finansowania zadań publicznych zarówno w zakresie edukacji, jak i promocji zdrowia populacji. Szczególnie więc na poziomie samorządu (regionu, powiatu, gminy) należałoby zacieśnić współpracę pomiędzy podmiotami realizującymi zadania z zakresu edukacji i zdrowia. Wymaga to jednak odpowiedniego wsparcia zarówno w zakresie szkoleń, jak i narzędzi ułatwiających samorządom wdrożenie idei HIA.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego.

Aneks

Tabela 3.

Bariery w realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej oraz programów profilaktyki i promocji zdrowia

Bariery natury ogólnej	<ul style="list-style-type: none"> • Niski status zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce, koncentracja na medycynie naprawczej, mało skuteczne programy profilaktyczne, z których większość nie jest oparta na wiedzy i dowodach naukowych. • Niski poziom świadomości społecznej większości ludzi dorosłych, w tym rodziców dzieci i młodzieży. • Tradycyjne podejście do edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu, chorobach i czynnikach ryzyka, z koncentracją na zdrowiu fizycznym i dominacją podejścia medycznego. • Niedostrzeganie i niedocenianie przez decydentów i kreatorów polityki oświatowej i polityki zdrowotnej na różnych poziomach (krajowym, regionalnym, lokalnym i szkolnym) związków między edukacją a zdrowiem oraz roli szkoły w działaniach na rzecz zdrowia całego społeczeństwa.
Bariery na poziomie międzyresortowym	<ul style="list-style-type: none"> • Oferowanie szkołom wielu programów profilaktycznych i edukacyjnych o tematyce zdrowotnej opracowywanych ogólnie centralnie lub lokalnie przez: agencje rządowe, Państwową Inspekcję Sanitarną, instytuty naukowe, organizacje pozarządowe oraz firmy komercyjne. Wiele programów powiela te same treści (powszechne jest przekonanie „im więcej, tym lepiej”). Nie ma danych o ich jakości, ewaluacji wyników i empirycznych dowodów skuteczności (dotyczy to także programów, które otrzymały „patronat MEN”. • Większość działań ma charakter akcyjny - szkoły chętnie wykorzystują programy „zewnętrzne” jako dowód swojej aktywności i nie uruchamiają własnych działań wynikających z podstawy programowej oraz programu wychowawczego i profilaktyki. Szkoły przyjmują zewnętrzne „usługi” profilaktyczne na „rynku” w miejsce własnej pracy edukacyjnej i profilaktycznej. • Brak kształcenia przeddyplomowego nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki. • Mało efektywna współpraca międzyresortowa oraz współpraca resortów edukacji i zdrowia z wyspecjalizowanymi agencjami. Brak operacjonalizacji porozumień międzyresortowych. Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z 23 listopada 2009 r. jest kolejnym „martwym” dokumentem, a powołana na jego mocy Rada Programowa jest ciałem „fasadowym”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Słabe zainteresowanie szkół wyższych i instytutów naukowych wspieraniem działań szkół na rzecz zdrowia. Brak placówki naukowej, zajmującej się tą dziedziną, co wynika m.in. z braku odpowiednich kadr i finansowania projektów badawczych tej tematyce. Skutkuje to małą liczbą programów edukacyjnych i profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności i dominują programy autorskie.
Bariera po stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej	<ul style="list-style-type: none"> • Częste reformy programowe, wdrażane szybko do praktyki szkół bez odpowiedniego przygotowania nauczycieli do ich realizacji. • Brak czasu na realizację w szkołach długofalowych programów opartych na wiedzy (dobrych praktykach), dominacja działań akcyjnych (imprezy, festyny, konkursy, teatry profilaktyczne, turnieje) bez sprawdzania ich efektów. • Brak wystarczającego wsparcia metodycznego dla szkół w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i szkolnego programu profilaktyki. • Brak skutecznego systemu rekomendacji przez resort edukacji sprawdzonych w badaniach programów edukacyjnych i profilaktycznych przy jednoczesnym „uznaniowym” przydzielaniu „patronatów” różnym inicjatywom. • Niestabilność statusu programu „Szkoła promująca zdrowie” i brak jego rzeczywistego, systematycznego wspierania, zwłaszcza na poziomie wojewódzkim. • Przeznaczenie dużych środków finansowych na realizację szkolnych projektów o tematyce zdrowia i bezpieczeństwa w ramach konkursów w obszarze zadań publicznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje, Studia BAS 2014, 38 (2).

Tabela 4.

Samorządowe Programy Polityki Zdrowotnej dedykowane działaniom edukacyjnym oraz promocji zdrowia dzieci i młodzieży: Rok 2014

	Nazwa programu	Nazwa samorządu	Opinia
1	Program promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży toruńskich szkół	Miasto Toruń	Pozytywna
2	Edukacja prozdrowotna w ramach Powiatowego Programu Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego	Powiat Legionowski	Negatywna
3	Profilaktyczne badania przesiewowe u dzieci - uczniów II klas szkół podstawowych na terenie Mysłowic	Miasto Mysłowice	Negatywna

4	Profilaktyczna opieka nad uczniami miasta Katowice	Miasto Katowice	Pozytywna
5	Masz oko na zdrowie - badania profilaktyczne wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 6-7 lat oraz 16-17 lat	Powiat Bieruńsko-Lęczyński	Pozytywna
6	Powiatowy program promocji zdrowia na rok 2013 - „Pomóż mi latać”	Powiat Legionowski	Negatywna
7	Program profilaktyki w zakresie wczesnej diagnostyki Helicobacterpylori u młodzieży	Gmina Grudziądz	Negatywna
8	Program skutecznego zwalczania infekcji poprzez szybkie testy do oznaczania CRP dla dzieci z gminy Boguchwała w wieku do 14 roku życia	Gminy Boguchwała	Negatywna
9	Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie miasta Częstochowy na lata 2014-2018”	Miasto Częstochowa	Pozytywna
10	Program profilaktyki próchnicy zębów, skierowany do dzieci z klas I-VI ze szkół Pruszcza Gdańskiego	Gmina Miejska Pruszcza Gdański	Pozytywna
11	Program profilaktyczny dotyczący profilaktyki próchnicy zębów uczniów szkół podstawowych	Gmina Tarnowo Podgórne	Pozytywna
12	Program edukacji zdrowotnej „Jestem zdrowy bo zdrowo jem”	Powiat Ostrowski	Negatywna
13	Zdrowotny program edukacyjny z zakresu zapobiegania otyłości wśród dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na 2014 rok	Gmina Otwock	Negatywna
14	Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych	Gmina Tarnowo Podgórne	Negatywna
15	Program rozpoznawania wad postawy i rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży gminy Siechnice	Gmina Siechnice	Negatywna
16	Profilaktyczna opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na 2014 rok	Miasto Józefów	Negatywna
17	Program promocji zdrowia w szkołach prowadzonych przez powiat wołomiński	Powiat Wołomiński	Negatywna
18	Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Świdnica	Gmina Świdnica	Pozytywna
19	Zdrowotny program edukacyjny w zakresie profilaktyki próchnicy i wad zgryzu u dzieci w wieku 8 lat na 2014 rok	Miasta Otwock	Negatywna
20	Program profilaktyki stomatologicznej dla 5-latków zamieszkałych w Krośnie uczęszczających do krośnieńskich przedszkoli	Miasto Krosno	Pozytywna
21	Profilaktyka grypy - szczepienia ochronne dla dzieci w okresie wczesnoszkolnym oraz seniorów 65+	Miasta Jaworzno	Pozytywna
22	Program profilaktyki otyłości dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych powiatu wołomińskiego	Powiatu Wołomiński	Pozytywna

23	Uczymy się ratować życie - pierwsza pomoc przedmedyczna - Program edukacyjny z zakresu pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych Powiatu Lubińskiego	Powiat Lubiński	Pozytywna
24	Moje dziecko nie chrapie - Miasto Radom 2014 rok	Miasto Radom	Pozytywna
25	Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej z terenu Gminy Śliwice na lata 2014-2018	Gmina Śliwice	Negatywna
26	Program profilaktyki wad postawy u dzieci z klas 0-VI realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański 2014 r.	Gmina Miejska Pruszcz Gdański	Pozytywna
27	Gminny program zdrowotny na lata 2014-2020 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów	Gmina Bodzechów	Negatywna
28	Powiatowy Program Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego na rok 2014 - NIE nowotworom u dzieci	Powiat Legionowski	Negatywna
29	Powiatowy program promocji zdrowia na rok 2014 „Pomóż mi latać” Powiatu Legionowskiego	Powiat Legionowski	Negatywna
30	Program diagnostyczno-edukacyjny „Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym”	Województwo Mazowieckie	Pozytywna
31	Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013-2015 obejmujący dzieci z Gminy Brwinów w wieku 6-9 lat realizowanego w latach 2014-2015	Gmina Brwinów	Pozytywna
32	Powiatowy Program Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego na rok 2014 - „Edukacja prozdrowotna” Powiatu Legionowskiego	Powiat Legionowski	Negatywna
33	Profilaktyka i wczesna diagnostyka astmy, chorób alergicznych u dzieci, mieszkańców Częstochowy na lata 2014-2018	Miasto Częstochowa	Pozytywna
34	Badanie wad postawy uczniów klas I i II gimnazjów z Powiatu Krakowskiego oraz korekta wykrytej wady na lata 2015-2020	Powiat Krakowski	Pozytywna
35	Program edukacyjno-zdrowotny udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej dla uczniów na lata 2015-2017”	Gmina Kwidzyn	Pozytywna
36	Projekt programu profilaktyki próchnicy - lakowanie zębów na lata 2015-2020	Gmina Suszec	Pozytywna
37	Opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym z terenu Miasta Józefowa	Miasto Józefowa	Pozytywna
38	Program profilaktyczny wczesnego wykrywania wad wzroku i schorzeń narządu wzroku dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie Miasta i Gminy Piaseczno	Gmina Piaseczno	Pozytywna

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT www.aotm.gov.pl [dostęp 25.03.2016]

* W zestawieniu nie uwzględniano programów z zakresu szczepień ochronnych.

Tabela 5.

Samorządowe Programy Polityki Zdrowotnej dedykowane działaniom edukacyjnym oraz promocji zdrowia dzieci i młodzieży: Rok 2015

	Nazwa programu	Nazwa samorządu	Opinia
1	Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży województwa łódzkiego	Województwo Łódzkie	Pozytywna
2	Przesiewowe badania wad postawy u dzieci na lata 2015-2020 gminy Pszczyna	Gmina Pszczyna	Negatywna
3	Zdrowotny program edukacyjny z zakresu zapobiegania otyłości wśród dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na 2015 rok gminy Otwock	Gmina Otwock	Negatywna
4	Profilaktyczna opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania miasta Józefów	Miasto Józefów	Negatywna
5	Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku wśród dzieci i młodzieży w Gminie Gogolin na lata 2015-2020	Gmina Gogolin	Pozytywna
6	Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych i gimnazjalnych na terenie Miasta Tarnowskie Góry na lata 2015-2018	Miasto Tarnowskie Góry	Pozytywna
7	Wałbrzyski program profilaktycznej opieki stomatologicznej, zapobiegający rozwojowi próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci i młodzieży z wałbrzyskich szkół podstawowych i gimnazjalnych na lata 2015-2017	Gmina Wałbrzych	Pozytywna
8	Sulmierzyce „Gminny program profilaktyki próchnicy dla dzieci”	Gmina Sulmierzyce	Pozytywna
9	Kleszczów „Profilaktyka stomatologiczna	Gmina Kleszczów	Pozytywna
10	Toruń olśniewa uśmiechem	Gmina Toruń	Pozytywna
11	Program zdrowotny „W zdrowym ciele zdrowy duch” - Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób u dzieci w wieku od 9 miesiąca do 17 lat włącznie”	Miasto Legionowo	Negatywna
12	Program powiatu ostrowskiego „Jestem zdrowy bo zdrowo jem”	Powiat Ostrowski	Negatywna
13	Upowszechnianie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy miejskiej Legionowo” w ramach „Miejskiego programu promocji zdrowia na rok 2015”	Gmina Legionowo	Pozytywna
14	Profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego	Gmina Kleszczów	Pozytywna
15	Program diagnostyczny „Wyjść naprzeciw autyzmowi” - diagnoza funkcjonalna z zakresu integracji sensorycznej” w ramach „Miejskiego programu promocji zdrowia na rok 2015” realizowanego przez gminę miejską Legionowo	Gmina Legionowo	Pozytywna

16	Program rozpoznawania i korekty wad postawy wśród dzieci i młodzieży gminy Siechnice na lata 2015-2017” realizowany przez: Gminę Siechnice	Gmina Siechnice	Pozytywna
17	Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych którego organem założycielskim jest gmina Żary o statusie miejskim”	Miasto Żary	Pozytywna
18	Gminny program profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z terenu gminy Białobrzegi	Gmina Białobrzegi	Pozytywna
19	Program zdrowotny w Gminie Pruszcz Gdański na lata 2015-2017 w zakresie profilaktyki wad postawy ciała u dzieci”	Gmina Pruszcz Gdański	Negatywna
20	Program profilaktyczno-zdrowotny z zakresu stomatologii dla dzieci i młodzieży uczęszczających do plockich szkół podstawowych i gimnazjów w latach 2015-2017	Gmina Płock	Pozytywna
21	Program profilaktyczno-zdrowotny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi okresu rozwojowego Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018	Gmina Kraków	Negatywna
22	Trzymam się prosto - profilaktyka wad postawy u dzieci” realizowany przez powiat Legionowski	Powiat Legionowski	Negatywna
23	Kurs Pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów szkół podstawowych miasta Krakowa pn.: „Nie daj się zaskoczyć - uratuj czyjeś życie”	Gmina Kraków	Pozytywna
24	Zapobieganie wadom postawy u dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Kalisza uczęszczających do I klasy szkoły podstawowej	Miasto Kalisz	Negatywna
25	Medyczne i specjalistyczne działania w zakresie schorzeń i wad narządu ruchu u dzieci i młodzieży”	Gmina Trawnik	Negatywna
26	Uczymy się ratować życie - pierwsza pomoc przedmedyczna	Powiat Bocheński	Pozytywna
27	Program profilaktyczny wczesnego wykrywania wad wzroku i zęza dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie Miasta Lublin	Miasto Lublin	Pozytywna
28	Projekt kompleksowej opieki rehabilitacyjnej dzieci i młodzieży z wadą postawy i skoliozą w gminie Miedziana Góra	Gmina Miedziana Góra	Negatywna
29	Program polityki zdrowotnej na rok 2015 r. obejmujący profilaktykę stomatologiczną dla pięcioletków zamieszkałych w Jaśle, uczęszczających do przedszkoli zlokalizowanych na terenie miasta Jasła	Gmina Jasło	Negatywna
30	Toruń olśniewa uśmiechem	Gmina Toruń	Pozytywna
31	Wieloletni program zdrowotny dla mieszkańców Gminy Kleszczów, obejmujący profilaktykę i wczesną diagnostykę chorób alergicznych	Gmina Kleszczów	Negatywna

32	Edukacyjny program zdrowotny z zakresu profilaktyki, wczesnego kształtowania postaw prozdrowotnych oraz rozwijania prawidłowych nawyków higienicznych u dzieci w wieku 3-5 lat na 2015 rok	Miasto Otwock	Pozytywna
33	Rehabilitacja lecznicza - fizjoterapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ruchowo oraz dzieci i młodzieży z wadami postawy z terenu Gminy Sułkowice	Gmina Sułkowice	Pozytywna
34	„Słyszę i widzę”. Samorządowy program badań przesiewowych słuchu i wzroku dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych powiatu Bocheńskiego	Powiat Bocheński	Pozytywna
35	Program polityki zdrowotnej „Miedziane Dzieci” z zakresu profilaktyki ołowiowej dzieci z terenu Zagłębia Miedziowego	Województwo Dolnośląskie	Negatywna
36	Program Dobry Start - wczesne rozpoznanie i terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi do lat 4	Miasto Kraków	Negatywna
37	Program profilaktyki cukrzycy dla dzieci z gminy miasto Zduńska Wola na lata 2016-2017	Gmina Zduńska Wola	Negatywna
38	Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci z terenu gminy Wieruszów na lata 2016-2018	Gmina Wieruszów	Negatywna
39	Postawa to podstawa - program profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia	Gmina Toruń	Pozytywna

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT www.aotm.gov.pl [dostęp 25.03.2016]

* W zestawieniu nie uwzględniano programów z zakresu szczepień ochronnych.

Rozdział trzeci

PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU RODZINY. INKLUZYJNA FUNKCJA SZKOLNICTWA ZAWODOWEGO W POLSCE. OCENA POTRZEBY STOSOWANIA HIA W KONTEKŚCIE PODNOSZENIA JAKOŚCI KSZTAŁCENIA I SZKOLENIA ZAWODOWEGO I LEPSZEJ ABSORBCJI ABSOLWENTÓW SZKÓŁ ZAWODOWYCH NA RYNKU PRACY

Iwona Kowalska-Bobko, Anna Mokrzycka

1. Wstęp

W krajach wysokorozwiniętych początki badań nad wykluczeniem społecznym datuje się na lata 60-te, kiedy to krytyczna perspektywa socjologiczna inspiruje nowe podejście badawcze. Jedną z pierwszych prób postawienia problemu wykluczenia społecznego było pojawienie się książki R. Lenoira - *Les Exclus*¹, które nadało szczególnego znaczenia temu pojęciu, w związku z identyfikacją grup nieposiadających w latach siedemdziesiątych we Francji uprawnień socjalnych. Należeli do nich niepełnosprawni fizycznie i umysłowo, maltretowane dzieci, inwalidzi w podeszłym wieku, narkomani - przestępcy, osoby samotnie wychowujące dzieci, osoby zmarginalizowane. **W latach osiemdziesiątych do grupy wykluczonych dołączyli absolwenci szkół, którym nie udało się podjąć pracy, a w latach dziewięćdziesiątych imigranci.**

W tej chwili wykluczenie ujmuje się w kategoriach zjawiska społeczno-ekonomicznego, z wyraźnym rysem moralnym. Ten właśnie fakt ma wpływ na to, że do wykluczonych zalicza się głównie „nowych biednych” i długotrwale bezrobot-

¹ Lenoir R., *Les exclus, un français sur dix*, Paris 1974.

nych. Łączą się z tym zjawiska współwystępujące z bezrobociem takie jak: rozpad więzi społecznych, osłabienie społecznej jedności, czy ograniczenie praw. W analizie zjawiska łączono aspekty: polityczny, ekonomiczny, kulturowy i ekologiczny.

W perspektywie Health Impact Assessment (HIA) zjawiska wykluczenia społecznego są zbiorem czynników negatywnie wpływających na zdrowie i liczne badania jednoznacznie potwierdzają tę zależność. Zatem każde działanie, które może zmniejszać zasięg lub głębokość wykluczenia może być oceniane pozytywnie, a jednocześnie wszystko, co wzmacnia wykluczenia jest traktowane jako niekorzystne dla zdrowia. Prowadzona na potrzeby opracowania analiza podporządkowana jest wyróżnieniu faz rozpoznawczych HIA (sreening), identyfikacji zakresu (scoping), szacowania ryzyka (assessment), podejmowania decyzji oraz wdrożenia i monitorowania w odniesieniu do wybranego obszaru zagadnień związanych z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, a szczególnie systemem kształcenie zawodowego i losami absolwentów szkół zawodowych na rynku pracy.

Celem opracowania jest wykazanie na ile przygotowywana w Polsce zmiana dotycząca organizacji i funkcjonowania szkolnictwa zawodowego, może mieć wpływ na zdrowie młodego pokolenia decydującego się na ten rodzaj edukacji, realizując jednocześnie funkcje inkluzyjną młodych pochodzących z rodzin ubogich, dla których do tej pory alternatywą było tzw. dziedziczenie ubóstwa bądź szkoła ogólnokształcąca, której ukończenie skazywało w większości przypadków na bezrobocie. Zdrowie będzie w tym przypadku traktowane bardzo szeroko i ujmowane w kategoriach nie tylko długości życia, ale także poczucia prestiżu zawodowego, pozyskania potrzebnych na rynku usług kwalifikacji i ogólnego dobrostanu - zgodnie z definicją WHO, uwzględniającą społeczno-ekonomiczne wymiary zdrowia. W pracy nacisk położony jest na analizę instytucjonalną oraz istniejących rozwiązań prawnych i organizacyjnych na poziomie krajowym, regionalnym i subregionalnym w Polsce oraz identyfikację i opis narzędzi oraz procedur możliwych do stosowania w modelach HIA.

Zasadnicze pytania stawiane w prowadzonej analizie dotyczą zagadnień skutecznego podejmowania działań/interwencji edukacyjnych wywierających skutki zdrowotne, nie tylko na etapie planowania i implementacji działań, ale także monitorowania dalszego trwania podjętych interwencji w celu osiągnięcia faktycznych skutków zdrowotnych, a nie tylko tych prognozowanych. Niezbędne jest, zatem skonstruowanie modelu działania międzyinstytucjonalnego z wykorzystaniem idei HIA przy wdrażaniu polityk/interwencji edukacyjnych wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostki/populacji w grupie wiekowej 18-24, absolwentów szkół zawodowych. Prowadzony wywód obejmuje zarówno analizę interesariuszy jak i obowiązujących przepisów prawnych, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o systemie oświaty. Zostanie podjęta także ocena planowanych zmian w odniesieniu do szkolnictwa zawodowego w Polsce i ich potencjalnego wpływu na zatrudnialność absolwentów tych kierunków.

Celem jest także wypracowanie **modelu wykorzystania mechanizmów HIA** w działaniach zwiększających zatrudnialność absolwentów szkół zawodowych, zmierzających w kierunku podnoszenia ich prestiżu społecznego w związku z absorpcją na rynku pracy oczekiwanych i pożądaných kwalifikacji oraz wytworzenia w tych grupach zawodowych poczucia trwałej „korporacyjnej” przynależności do zbiorowości zawodowej. Czynnikiem, który ma przynieść wymierny skutek zdrowotny w rozważaniach tego komponentu jest zwiększenie stabilnego, dostosowanego do potrzeb pracodawcy zatrudnienia w grupie wiekowej 18-24 (absolwentów szkół zawodowych).

2. Szkolnictwo zawodowe w Polsce. Ocena potrzeby stosowania HIA w kontekście podnoszenia jakości kształcenia i szkolenia zawodowego oraz lepszej absorpcji absolwentów szkół zawodowych na rynku pracy. Etap SCREENING (SCR)

Zmiany systemowe w Polsce na początku lat 90-tych dotknęły również systemu edukacji, w tym także kształcenia zawodowego. Wiele zakładów produkcyjnych zbankrutowało w tamtym czasie w związku z otwarciem gospodarki i zmianą struktury produkcji, co w konsekwencji doprowadziło do spadku zapotrzebowania na wykwalifikowanych pracowników. Innym efektem transformacji gospodarczej był wzrost popytu na pracę absolwentów szkół wyższych.

Zapotrzebowanie na pracowników umysłowych przekładało się na niskie bezrobocie i wyższe wynagrodzenie absolwentów szkół wyższych². W tej sytuacji preferencje edukacyjne, a także rosnące ambicje edukacyjne Polaków, stały się katalizatorem zmian w kierunku uznania za najbardziej pożądane kształcenia ogólnego w liceach, a następnie na studiach. Doprowadziło to do wyraźnego wzrostu skolaryzacji na poziomie studiów wyższych i coraz rzadszego kontynuowania nauki w szkołach zawodowych przez absolwentów szkół podstawowych, a potem gimnazjalnych. Równolegle, liczba absolwentów techników zmieniła się w niewielkim stopniu: między rokiem 1995 a 2013 udział osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym zmniejszył się z ponad 30% do 15%, zaś absolwentów techników odpowiednio z 25% do 21%. Zmniejszyła się również liczba szkół zawodowych, z prawie 3 tysięcy w roku szkolnym 1990/91 do zaledwie 1,8 tys. w roku 2012/13³. W 2012 roku zaledwie 41% osób w wieku 25-34 lata posiadało

² Bank Światowy 2006. Efektywność budżetowa, a szkolnictwo zawodowe w krajach UE.

³ Mały Rocznik Statystyczny GUS, 2006 oraz 2013.

wykształcenie zawodowe lub policealne zawodowe, podczas gdy w pokoleniu ich rodziców - osób w wieku 55-65 lat - było to aż 62%⁴.

Samo szkolnictwo zawodowe także przechodziło szereg istotnych zmian. W czasach realnego socjalizmu, w warunkach gospodarki centralnie planowanej zasadnicze szkoły zawodowe kształciły klasę robotniczą. Po 1989 roku szkoły te zaczęły być wypierane przez nastawione bardziej na kształcenie ogólne technika. W tym okresie robotnicy przemysłowi, pracownicy sfery budżetowej czy górnicy tracili swoją uprzywilejowaną do tej pory pozycję społeczną, na rzecz managerów, specjalistów z sektora komercyjnego, gdzie liczyły się kompetencje, będące poza zasięgiem kształcenia w szkołach zawodowych, np. znajomości języka obcego⁵.

Następnie, zmiana struktury produkcji, spowodowała wyraźne osłabienie lub wręcz likwidację zakładów do tej pory zatrudniających absolwentów szkół zawodowych. Dodatkowo dezagraryzacja i koncentracja kapitału w innych miejscach niż flagowe inwestycje z okresu gospodarki centralnie planowanej, skutkowały tworzeniem nowych miejsc pracy w dużych aglomeracjach, w których absolwenci kierunków przemysłowych z małych ośrodków nie mogli znaleźć pracy.

2.1. Rynek pracy weryfikatorem jakości szkół

Zasadniczym celem kształcenia zawodowego jest umożliwienie absolwentom znalezienia satysfakcjonującego zatrudnienia. Z prowadzonych badań wynika, że 70 % absolwentów szkół zawodowych w wieku 25-34 lata pracuje, a zatem szkoły te ułatwiają podjęcie zatrudnienia. Jest to wskaźnik niewiele wyższy od odsetka pracujących absolwentów liceów, bez jakichkolwiek kwalifikacji zawodowych. Zauważa się również, że łączenie umiejętności zawodowych z ogólnymi pozwala podjąć zatrudnienia 76% absolwentów techników w wielu 25-34 lata⁶. Oznacza to, że umiejętności zawodowe nie osiągają wyraźnej przewagi nad umiejętnościami ogólnymi. Stosunkowo wysoki odsetek zatrudnionych z wykształceniem zawodowym nie oznacza pełnego sukcesu na rynku pracy. Absolwenci zasadniczych szkół zawodowych zarabiają, bowiem zdecydowanie mniej niż absolwenci techników oraz liceów ogólnokształcących.

Wykształcenie determinuje poziom posiadanych umiejętności. Absolwenci zasadniczych szkół zawodowych w Polsce posiadają umiejętności ogólne na

⁴ Lis M., Miazga A., Lewandowski P., Czas na przyszłość w szkolnictwie zawodowym, Instytut Badań Strukturalnych, Policy Paper 03/2014

⁵ Boni M., (red.). Młodzi 2011, KPRM 2011, Warszawa http://www.nck.pl/media/study/mlodzi_2011.pdf

⁶ Lis M., Miazga A., Lewandowski P., Czas na przyszłość w szkolnictwie zawodowym, Instytut Badań Strukturalnych, Policy Paper 03/2014

poziomie osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym. Niepokojący jest również odsetek absolwentów szkół zawodowych, którzy potrafią poradzić sobie jedynie z najprostszymi zadaniami dotyczącymi rozumienia tekstu czy rozumowania matematycznego oraz wykorzystywania technologii⁷.

Warto zauważyć, że różnica we wskaźniku zatrudnienia między Polską a krajami UE jest w dużym stopniu skutkiem niskiego zatrudnienia wśród absolwentów szkół zawodowych. W grupie wieku 25-34 lata polscy absolwenci średnich szkół zawodowych znajdują zatrudnienie rzadziej niż osoby z analogicznym poziomem wykształcenia w Niemczech (88% pracujących), Wielkiej Brytanii (80%) lub Finlandii (80%)⁸. Polskimi problemami w zakresie szkół zawodowych jest ich niewątpliwa stygmatyzacja, oznaczająca postrzeganie absolwentów tych szkół w kategorii „niefachowca”⁹ oraz słaba oferta edukacyjna, ograniczona między innymi przez uwarunkowania kadrowe czy niewystarczające wyposażenie szkół oraz niedopasowanie do potrzeb rynku pracy.

W szkolnictwie zawodowym widoczny jest deficyt nauczycieli zawodów poszukiwanych na rynku pracy. Narastającym problemem jest pozyskanie nowych nauczycieli - 67% powiatów w Polsce ma problem ze znalezieniem nauczycieli do szkół zawodowych¹⁰. Dodatkowo nauczyciele wykazują niewielką aktywność w podnoszeniu swoich kwalifikacji. W szczególności, znaczna część z nich nie zdobyła minimalnej wiedzy i umiejętności z zakresu nowych technologii¹¹.

Pracodawcy nie są motywowani do przekazywania nowoczesnych technologii do szkół - w 2010 roku w Polsce jedynie, co piąta szkoła współpracowała z pracodawcami w celu poprawy użyteczności nauczanych umiejętności¹². Oferta edukacyjna widoczna w szkołach zawodowych jest determinowana względami praktyczno-organizacyjnymi, takimi jak zaplecze techniczne oraz dostępność wykwalifikowanych nauczycieli. Z tego też powodu najczęściej kształcimy w branży gastronomicznej i mechanicznej, a najmniej w obszarach: chemicznym, ceramicznym i szklarskim oraz górniczym. Niestety podaż absolwentów najczęściej nauczanych zawodów przewyższa popyt zgłaszany przez pracodawców, w związku z czym w branżach mechanicznej i gastronomicznej występuje wysokie bezrobocie.

W związku z ewolucją struktury demograficznej w Polsce czy globalizacją zdolność do przekwalifikowania się będzie jedną z ważniejszych na rynku pracy.

⁷ Ibidem,

⁸ Ibidem,

⁹ Boni M., (red.). Młodzi 2011, KPRM 2011, Warszawa http://www.nck.pl/media/study/mlodzi_2011.pdf

¹⁰ Goźlińska E., Kruszewski A. 2013. Stan szkolnictwa zawodowego w Polsce - Raport, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.

¹¹ Ibidem,

¹² Ibidem,

O ile skutki starzenia się ludności i procesów demograficznych można w pewnym stopniu przewidzieć (na przykład wzrost zapotrzebowania na opiekunów osób starszych), to dużo trudniej precyzyjnie określić wpływ nowych technologii na strukturę zawodową. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć, które zawody zostaną wyparte przez nową technologię, a jakie będą pożądane. To powoduje, że istotnego znaczenia nabierają posiadane przez przyszłych pracowników umiejętności cywilizacyjne, takie jak czytanie ze zrozumieniem czy logiczne rozumowanie. Są one warunkiem koniecznym dla adaptacji do ewoluujących oczekiwań na rynku pracy.

2.2. System dualny - czy odpowiedni?

W obszarze kształcenie zawodowego wyróżnia się kilka modeli, wynikających z doświadczeń organizacji tego poziomu szkolnictwa w różnych krajach. Jeśli czynnikiem klasyfikującym szkolnictwa na poziomie średnim jest struktura kształcenia to możemy wyróżnić: model europejski, z szkołami ogólnokształcącymi i równoległymi ścieżkami szkolnego kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu, oraz model amerykański, w którym większość uczniów kończy szkoły średnie bez wcześniejszego przeszkolenia w zawodzie i od razu podejmuje pracę¹³.

Wollschläger oraz Reuter-Kumpmann, uznając za najważniejsze czynniki kształcenia zawodowego: odpowiedzialność za jego organizację, miejsce jego realizacji, treści kształcenia zawodowego, sposoby finansowania oraz uzyskiwane kwalifikacje, wyróżnili trzy klasyczne modele kształcenia zawodowego: liberalny model rynkowy (przykład Wielkiej Brytanii), państwowy model regulowany (Francja) oraz dualny model korporacyjny (Niemcy)¹⁴. Opis tych modeli znajduje się w tabeli nr 1.

Tabela nr 1.

Modele kształcenia i szkolenia zawodowego

	Liberalny model rynkowy - Wielka Brytania	Państwowy model regulowany - Francja	Dualny model korporacyjny - RFN
Odpowiedzialność za organizację szkolenia i kształcenia zawodowego	Odpowiedzialni za kształcenie wspólnie z pracodawcami	Państwo	Korporacje zawodowe

¹³ Wollschläger, N., Reuter-Kumpmann, H. (2004). From divergence to convergence. A history of vocational education and training in Europe. *European Journal Vocational Training* Nr. 32, 2004/II: 6-17. Luxemburg: Cedefop

¹⁴ Chłoń-Domińczak, D. (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012.

Miejsce organizacji kształcenia i szkolenia zawodowego	Szkoły, firmy. Możliwe jest e-learning	Szkoły zawodowe	Firmy, szkoła
Odpowiedzialność za treści kształcenia i szkolenia zawodowego	Rynek, firmy, korporacje zawodowe	Państwo we współpracy z partnerami społecznymi	Firmy, związki zawodowe i państwo
Odpowiedzialność za finansowanie kształcenia i szkolenia zawodowego	Uczniowie lub firmy	Firmy (specjalny podatek na szkolnictwo zawodowe)	Korporacje zawodowe, firmy, państwo
Osiągane kwalifikacje i możliwości dalszego kształcenia i pracy po zakończeniu kształcenia i szkolenia zawodowego	Brak egzaminów końcowych	Certyfikaty państwowe, wpuszczające na wyższy poziom kształcenia	Kwalifikacje adekwatne do rozpoznawalnych tytułów zawodowych

Źródło: Chłoń-Domińczak D., (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012.

W polskiej debacie publicznej podnoszony jest często postulat wprowadzenia dualnego systemu szkolnictwa zawodowego na wzór niemiecki, co ma dostosować kwalifikacje absolwentów do potrzeb rynku pracy. Należy jednak podkreślić, że system ten znacząco odbiega od rozwiązań przyjętych w większości krajów UE. Jest to, bowiem model charakteryzujący się dużą efektywnością na rynku pracy i jest proponowany, jako antidotum na pokryzysowy wzrost bezrobocia, szczególnie wśród młodych w różnych krajach europejskich.

Według badań w 2012 stopa bezrobocia wśród młodych (25-34 lata) absolwentów szkół zawodowych w Niemczech wyniosła jedynie 6%, przy czym należy pamiętać, że stopa bezrobocia ogółem w tej grupie wieku w Niemczech była generalnie niska i wynosiła 5,5%. Efektywność systemu potwierdza również wysoki odsetek młodych Niemców wybierających tę ścieżkę edukacji - w 2012 roku 47% osób w wieku 25-34 lata posiadało wykształcenie średnie zawodowe, podczas gdy wykształcenie wyższe - 41%¹⁵.

W niemieckim systemie uczniowie w wieku 15 lat wybierają dalsze ścieżki kształcenia. Do wyboru mają dwie- szkołę średnią o profilu zawodowym lub system dualny. Pierwsza propozycja zbliżona jest do polskich techników lub szkół zawodowych. W systemie dualnym nauka teorii w szkole zajmuje około 1/3 czasu, a pozostałą część tygodnia uczniowie spędzają na nauce umiejętności praktycznych w przedsiębiorstwach, za co są wynagradzani. Do wyboru mają kształcenie w ponad 300 zawodach, a po uzyskaniu wykształcenia średniego zawodowego mają możliwość kontynuacji edukacji na poziomie wyższym^{16 17}

¹⁵ Chłoń-Domińczak., D. (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012.

3. Wpływ edukacji na zdrowie

Wpływ poziomu wykształcenia na zdrowie znajduje potwierdzenie w wielu badaniach i raportach. Najbardziej znane są korelacje pomiędzy poziomem edukacji a długością życia, podobnie jak uznanie różnic w stanie zdrowia za pochodną statusu społecznego. Szczególnie dużo prac i analiz dotyczy zróżnicowania umieralności w krajach zachodnich¹⁸. Nierówności społeczne w stanie zdrowia występują również w krajach Europy Wschodniej, co potwierdzają badania rosyjskie¹⁹, estońskie²⁰ oraz litewskie²¹.

Istotnym tematem jest sam pomiar występujących nierówności społecznych w zdrowiu. Jedną z pierwszych prac na ten temat był *Black Report*²². Na szczególną uwagę w kontekście nierówności w zdrowiu zasługują także późniejsze prace Mackenbacha i Kunsta²³.

¹⁶ Boni M., (red.). Młodzi 2011, KPRM 2011, Warszawa http://www.nck.pl/media/study/młodzi_2011.pdf

¹⁷ Kwiatkowski, S.M. (2006). Kształcenie zawodowe - wyzwania, priorytety, standardy. Warszawa: Instytut Badan Edukacyjnych

¹⁸ Huisman M., Kunst A. E., Andersen O., Bopp M., Borgan J.-K., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Desplanques G., Donkin A., Gadeyne S., Minder C., Regidor E., Spadea T., Valkonen T., Mackenbach J.P., 2004, Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations, *Journal of Epidemiology and Community Health* 58; Kunst A. E., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., 2004, Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project, *Demographic Research* S2(9); Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A., 2007, Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. [W:] *Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach. Eurothine Final Report*. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam: 24-48; Kunst A. E., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., 2004, Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project, *Demographic Research* S2(9); Deboosere P., Gadeyne S., Van Oyen H., 2009, The 1991-2004 evolution in life expectancy by education level in Belgium based on linked census and population register data, *European Journal of Population* 25(2)

¹⁹ Shkolnikov V. M, Andreev E. M, Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O. I, McKee M., 2006, The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s., *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(10)

²⁰ Leinsalu M., 2002, Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study, *Social Science and Medicine* 55

²¹ Shkolnikov V.M., Jasilionis D., Andreev E.M., Jdanov D.A., Stankuniene V., Ambrozaityene D., 2007, Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania, *Social Science and Medicine* 64

²² Townsend P., Davidson N., 1982, *Inequalities in health: The Black report*, Penguin, Harmondsworth

Znane są również badania łączące stan zdrowia z zatrudnieniem²⁴. Jeśli zatem planowane działania w zakresie reformy szkolnictwa zawodowego pozytywnie wpłyną na stopę zatrudnienia absolwentów szkół zawodowych (grupa wiekowej 18-24) to będzie to miało pozytywny wpływ na ich zdrowie.

W większości prowadzonych do tej pory badań łączy się zatrudnialność z poziomem wykształcenia, głównie z powodu posiadania bardziej specjalistycznych kwalifikacji przez absolwentów szkół wyższych. A zatem jeśli będziemy mogli wykazać, iż kształcenie na poziomie szkoły zawodowej dostarczy pożądaną na rynku pracy kwalifikacji, to możemy na tej podstawie przewidywać większą zatrudnialność absolwentów tych szkół i pozytywny skutek zdrowotny. Trzeba też podkreślić, że szereg istotnych problemów zdrowotnych wiąże się z bezrobociem (depresja, inne problemy wynikające ze zmiany stylu życia, zaniedbań, czy ubóstwa). W tym względzie istnieje już wystarczająco dużo dowodów naukowych.

Wnioski z przeprowadzonych badań wiążących edukację i zdrowie jednoznacznie wskazują, że decydującym czynnikiem prozdrowotnym jest efektywne szkolnictwo podstawowe i średnie, prawidłowo weryfikujące i rozwijające zdolności, kształtujące umiejętności, co może gwarantować osiągnięcie nie tylko indywidualnych ale także populacyjnych korzyści zdrowotnych. Prawidłowo zorganizowane szkolnictwo średnie w tym szczególnie szkoły zawodowe mogą nie tylko pozytywnie wpłynąć na zdrowie ale także na ogólny dobrostan grup z średnim wykształceniem, często narażonych na wykluczenie skutkujące nierównościami w zdrowiu²⁵.

Aktualnie w Europie szczególnie istotnym pojęciem funkcjonującym w odniesieniu do środowiska pracy, głównie nadzoru nad bezpieczeństwem pracownika, jest samokontrola pracownika w kontekście rozwoju kultury bezpieczeństwa pracy. Chodzi tu o promowanie postawy polegającej na wzroście świadomości pracownika co do ryzyka i zagrożeń występujących w pracy. Oczywiście jest, że im wyższy poziom kwalifikacji zawodowych, lepsze przygotowanie do zawodu i związana z tym znajomość jego specyfiki, także w kontekście miejsca pracy, branży

²³ Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A., 2007, Socio economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. [W:] Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach. Eurothine Final Report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam: 24-48; Kunst A. E., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., 2004, Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project, *Demographic Research* S2(9)

²⁴ Wróblewska, W. (2012) Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce - analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia, *Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych*, Zeszyt 28

²⁵ Ibidem

- tym bezpieczniejszy proces świadczenia pracy przez pracownika. Ponadto można założyć, że poczucie fachowości, znajomości warsztatu pracy powinno pozytywnie wpływać na wzrost tak rozumianej kultury pracy (stąd niezbędne są wdrażane przez pracodawców szkolenia ukierunkowane szczególnie na pracowników niewykwalifikowanych).

Uzasadnieniem podjęcia takiego tematu analizy były wyniki badań społecznych, prowadzonych w różnych krajach europejskich, które wskazują na powiązanie lepszego stanu zdrowia oraz korzystniejszych dla niego zachowań z wyższym poziomem kwalifikacji, co zwykle przekładało się na wyższe wykształcenie. Mówiąc inaczej - im niższy status społeczno-ekonomiczny (w tym szczególnie edukacyjny), tym statystycznie gorsze zachowania zdrowotne, motywacja do wprowadzania zmian w stylu życia, a tym samym zdrowie. Niższy status wykształcenia to wyższe koszty dla państwa (opieka zdrowotna, pomoc społeczna), a także ograniczenia dla samych zainteresowanych - np. mniejsza konkurencyjność na rynku pracy. Stąd szczególnie istotnym wyzwaniem staje się zmniejszenie nierówności w szeroko rozumianym zdrowiu pomiędzy grupami pracujących z wyższym, średnim i niskim poziomem wykształcenia. Efektywną metodą dla poprawy stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz społecznej inkluzji osób z niskim i średnim statusem edukacyjnym jest budowanie i wdrażanie specyficznej strategii edukacji, nakierowanej na kształcenie wykwalifikowanych pracowników/rzemieślników oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, dostosowanej do możliwości i potrzeb tej grupy.

Zwiększenie stabilnego, dostosowanego do potrzeb pracodawcy zatrudnienia w grupie wiekowej 18-24 (absolwentów szkół zawodowych) oraz zwiększeniu prestiżu zawodowego i społecznego pracowników z wykształceniem zawodowym wymaga szerszych analiz w kontekście wpływu tych zmian na stan zdrowia psychicznego (prestiż zawodowy), fizycznego, niwelowania nierówności w zdrowiu, poprawy stylu i jakości życia.

Jeśli chodzi o zachowania, to w literaturze nie brakuje opracowań pokazujących jasną zależność pomiędzy niskim poziomem wykształcenia a częstszym podejmowaniem tych o charakterze antyzdrowotnym (tj. palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, niewłaściwa z punktu widzenia zdrowia dieta czy brak aktywności fizycznej)²⁶.

Z jednej strony częstsze podejmowanie zachowań antyzdrowotnych, a z drugiej rzadsze poddawanie się opiece profilaktycznej przez charakteryzowaną grupę przyczynia się do pogłębiania się różnic w stanie zdrowia pomiędzy nisko i wysoko

²⁶ Wróblewska, W. (2012) Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce - analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia, Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych, Zeszyt 28.

wykwalfikowanymi. I tak, jeśli chodzi o autoocenę zdrowia obywateli UE w zależności od ukończonego poziomu edukacji, to dane Eurostat wskazują, że im niższy status wykształcenia, tym gorsze oceny przypisywane własnemu zdrowiu.

4. Stan prawny szkolnictwa zawodowego w Polsce. Proponowane zmiany. Etap HIA - ASSESSMENT (A)

Tematyka szkolnictwa i kształcenia zawodowego definiowana w kontekście różnych celów w polityce społecznej państwa np. rozwoju kapitału ludzkiego, wykluczenia społecznego czy bezrobocia jest prezentowana w licznych narodowych strategiach i programach. Przykładem może być Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji”. Jest to dokument operacyjno-wdrożeniowy, stworzony w celu realizacji średniookresowych strategii rozwoju kraju - „Strategii Rozwoju Kraju 2020, Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego, Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego oraz innych strategii rozwoju.

Główny celem programu jest trwale zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym o 1,5 mln oraz wzrost spójności społecznej. Koniec programu jest przewidziany na rok 2020.

Jednym z pięciu celów operacyjnych programu jest stworzenie systemu **gwarancji dla przyszłości młodzieży**, głównie w zakresie wejścia na rynek pracy i zakładania rodzin, poprzez stworzenie spójnego systemu działań edukacyjnych, społecznych i zawodowych. Jednym z oczekiwanych rezultatów w zakresie tego celu operacyjnego jest **rozwój szkolnictwa zawodowego, współpracującego z przedsiębiorcami**. Działanie II.3 strategii wprost nawiązuje do doskonalenia modelu kształcenia zawodowego oraz jego promocji w powiązaniu z rynkiem pracy.

Oczekiwania pracodawców w stosunku do absolwentów szkół zawodowych prezentują badania i analizy przedstawione w raporcie Polski Rynek Pracy - wyzwania i kierunki działań na podstawie badań Bilans Kapitału Ludzkiego 2010-2015. Pracodawcy, bez względu na zawód, za najbardziej potrzebne kompetencje u kandydatów do pracy uznali: samoorganizację (zarządzanie czasem, samodzielność, przejawianie inicjatywy, podejmowanie decyzji, odporność na stres oraz chęć do pracy), umiejętności zawodowe (związane z wykonywanym zadaniem) oraz interpersonalne (umiejętność kontaktowania się z ludźmi, bycia komunikatywnym, współpracy w grupie, umiejętność rozwiązywania konfliktów).

Funkcjonowanie systemu kształcenia zawodowego w Polsce regulowane jest przepisami z działu oświata i wychowanie oraz praca. Podstawowym aktem prawnym regulującym sprawy oświaty w Polsce jest ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw²⁷, regulująca między innymi podmioty uprawnione do zakładania i prowadzenia szkół zawodowych. Są nimi: jednostki samorządu terytorialnego (JST), inne osoby prawne, oraz osoby fizyczne.

Szkoły i placówki publiczne mogą być prowadzone jedynie przez jednostki samorządu terytorialnego. Szkoły kształcące mogą być także zakładane przez właściwego ministra. Zakładanie i prowadzenie szkół zawodowych, z wyjątkiem szkół i placówek o znaczeniu regionalnym i ponadregionalnym, należy do zadań własnych powiatu.

Kształcenie w szkołach zawodowych jest zorganizowane w oparciu o ramowe plany nauczania dla określonego typu szkoły. Określają one liczbę godzin dedykowanych kształceniu ogólnemu i kształceniu zawodowemu praktycznemu oraz teoretycznemu. Ramowe plany nauczania określa w formie rozporządzenia minister właściwy do spraw oświaty i wychowania.

Fundamentalnymi dokumentami, według których prowadzone jest kształcenie zawodowe są zatem postawa programowa kształcenia oraz program nauczania, określane odpowiednio przez Ministra Edukacji i szkołę. Praktycznej nauka zawodu regulowana jest przez rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu²⁸.

W dziale oświata zostały ponadto uregulowane takie sprawy jak: zasady egzaminowania w szkołach zawodowych oraz ochotniczych hufcach pracy, klasyfikacje zawodów szkolnictwa zawodowego, standardy kształcenia nauczycieli, uznawanie i uzupełnianie kwalifikacji zawodowych, praktyczna nauka zawodu a także akredytacja placówek doskonalenia zawodowego.

W dziale praca regulowane są kwestie organizacji i czasu pracy, BHP, rzemiosła, rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych, zatrudnienia socjalnego, promocji zatrudniania i instytucji pracy, kwalifikacji zawodowych, przygotowania zawodowego młodocianych i dorosłych oraz zasad ich wynagradzania, organizacji uzupełniającego wykształcenia młodzieży w OHP a także klasyfikacji zawodów i specjalności na rynku pracy.

²⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. Nr 205, poz. 1206

²⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu Dz. U. z 2010 r. Nr 244, poz. 1626

Ramka 1.

Jak wykazano powyżej oraz w licznych opracowaniach naukowych poziom wykształcenia, proces ustawicznego kształcenia, zatrudnianie, bezrobocie, jakość pracy i jej warunki mają wpływ na zdrowie. Niestety żaden z wymienionych aktów prawnych zarówno z działu oświaty czy też pracy nie został oceniony przez zespoły oceniające skutki regulacji (OSR) w kontekście skutków zdrowotnych. Zdziwia również fakt, że oceny skutków rozporządzeń dotyczących np. podstawy programowej kształcenia czy klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego nie prezentują też pogłębionej analizy wpływu regulacji na rynek pracy²⁹. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, postulat zobowiązania zespołów oceniających skutki regulacji do identyfikowania skutków zdrowotnych, stosowania HIA w swojej działalności w każdej polityce wydaje się uzasadniony.

Szczegółowe rozwiązania regulacyjne, z wykazem wybranych aktów prawnych obrazuje tabela A3.

4.1. Zmiany ustawowe w dziedzinie kształcenia zawodowego od września 2012

Zmiany ustawowe w zakresie szkolnictwa zawodowego wprowadzane od 2012 roku mają na celu zwiększenie skuteczności i efektywności tego poziomu kształcenia, głównie w kontekście rynku pracy. Podstawowe kategorie zmian to: nowa podstawa programowa, nowe ramy nauczania, system egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, kwalifikacyjne kursy zawodowe.

Jak wykazują wyniki prezentowanych badań oraz ocena skuteczności nauczania w szkołach zawodowych a także poziom uzyskiwanych kwalifikacji zawodowych i ogólnych na tym poziomie kształcenia są słabe. Tymczasem na rynku pracy rośnie zapotrzebowanie na kompetentnych zawodowo oraz posiadających wiedzę ogólną pracowników. Polska jest także zobowiązana do implementacji praw UE w zakresie edukacji i szkolnictwa (patrz tabela nr 4)

Ustawa o systemie oświaty weszła w życie 1 września 2012 roku. Do ustawy zostały wydane rozporządzenia w sprawie podstawy programowej kształcenia

²⁹ Patrz np. <https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/06/osr-1906.pdf>; Ocena skutków regulacji: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Edukacji Narodowej na rok 2015 r.:108

w zawodach. Po raz pierwszy w jednym akcie prawnym zostały określone opisy kształcenia we wszystkich zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego.

Czynniki te nasiliły potrzebę przeprowadzenia zmian w strukturze i treści kształcenia zawodowego w Polsce. Zmieniona ustawa o systemie oświaty objęła uczniów kończących naukę według nowej podstawy programowej, obowiązującej od roku szkolnego 2012/2013. Proponowane rozwiązania w tym zakresie dotyczą przede wszystkim połączenia szkolnictwa zawodowego z rynkiem pracy poprzez implementację mechanizmów zachęcających szkoły do bardziej trafnego dostosowania oferty edukacyjnej do potrzeb rynku pracy oraz uelastycznienia systemu kształcenia zawodowego i systemu potwierdzania kwalifikacji zawodowych a także poprawy dostępności i efektywności kształcenia zawodowego poprzez włączenie szkół w system zawodowych kursów kwalifikacyjnych.

Szczegółowe rozwiązania to:

- zmiana struktury szkolnictwa zawodowego
- modyfikacja klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego oraz wyodrębnienie w ramach zawodów kwalifikacji,
- implementacja zmodernizowanej podstawy programowej kształcenia w zawodach -zawiera ona zestaw celów i treści kształcenia opisanych w formie efektów kształcenia;
- ujednoczenie cyklu kształcenia w szkole zasadniczej zawodowej do trzyletniego, co wynika z reformy programowej oraz wprowadzenia obowiązku szkolnego od 6 roku życia;
- wygaszanie liceów profilowanych, techników uzupełniających dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych oraz zasadniczych szkół zawodowych dla dorosłych i techników dla dorosłych. Osoby dorosłe będą mogły uzupełniać kwalifikacje zawodowe jedynie w postaci kursów,
- konsolidacja kształcenia zawodowego i ustawicznego w centrach kształcenia zawodowego i ustawicznego. W skład centrum powinna wchodzić co najmniej jedna szkoła prowadząca kształcenie zawodowe.
- uelastycznienie systemu potwierdzania kwalifikacji,
- włączenie szkół prowadzących kształcenie zawodowe w system kształcenia ustawicznego - wprowadzenie nowej formy kształcenia pozaszkolnego, kursu kwalifikacyjnego.

Tabela nr 4.

Wykaz najważniejszych aktów prawnych UE, wpływających na organizację i działanie szkolnictwa zawodowego

Strategia Lizbońska	2000
„Program Edukacja i Szkolenia 2010” Deklaracja kopenhaska - poprawa warunków, atrakcyjności i jakości szkolenia i kształcenia zawodowego	2002
Europass - Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie jednolitych wspólnotowych ram dla przejrzystości i kwalifikacji Konkluzje rady w sprawie wspólnych europejskich zasad identyfikowania i walidacji efektów uczenia się uzyskanych poza edukacją formalną	2004
Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiająca program działań w zakresie uczenia się przez całe życie Zalecenia PE i Rady w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie	2006
Rezolucja Rady w sprawie kształcenia i szkolenia jako sił napędowych strategii lizbońskich Rezolucja Rady „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy”	2007
Rezolucja Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich w sprawie lepszego uwzględniania poradnictwa przez całe życie w strategiach uczenia się przez całe życie Zalecenia Parlamentu Europejskiego i rady w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie	2008
ECVET - Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskiego systemu transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym EQAVET - Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskich ram odniesienia na rzecz zapewnienia jakości w kształceniu i szkoleniu zawodowym ET 2020 - Konkluzje rady w sprawie strategicznych ram europejskiej współpracy w dziedzinie kształcenia i szkolnictwa zawodowego	2009
Europa 2020 - strategia rozwoju UE na lata 2010-2020 Komunikat europejskich ministrów ds. kształcenia i szkolenia zawodowego europejskich partnerów społecznych oraz Komisji Europejskiej, zebranych na posiedzeniu w Brugii, zawierających przegląd strategicznego podejścia i priorytetów procesu kopenhaskiego na lata 2011- 2020.	2010

Źródło: Chłoń-Domińczak (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012

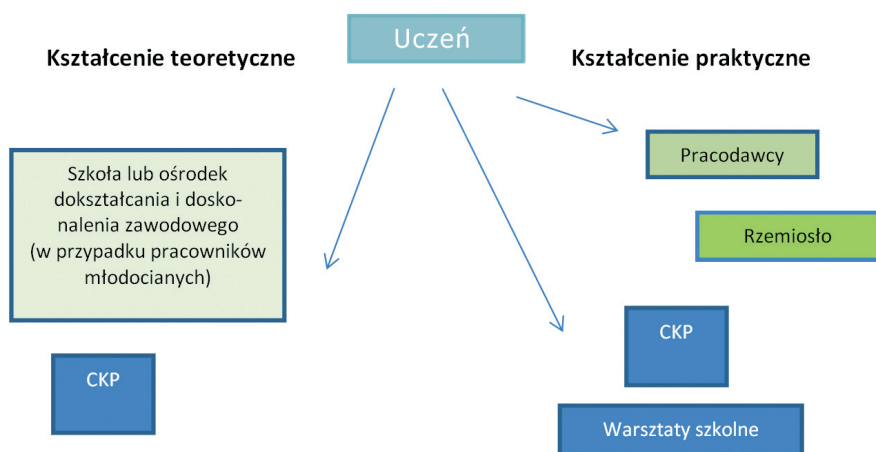
4.2. Propozycja zmian w szkolnictwie zawodowym. Stanowisko Ministerstwa Edukacji w 2016 roku

Celem zmian w szkolnictwie i kształceniu zawodowym zaproponowanym w 2016 roku przez resort Edukacji Narodowej jest stopniowe wprowadzanie systemu dualnego. Priorytetem w tym zakresie jest aktywne włączenie pracodawców w proces tworzenia nowych zawodów oraz podstaw programowych a także utworzenie tzw. branżowej linii, której głównym celem będzie opracowywanie programów nauczania dla zawodu we współpracy ze szkołami przy uwzględnieniu treści kształcenia oraz potrzeb lokalnego i regionalnego rynku pracy. Ważne będzie, zatem praktyczne kształcenie uczniów we współpracy z Centrum Kształcenia Praktycznego (CKP) oraz wyposażenie szkół i centrów kształcenia praktycznego w nowoczesną bazę technologiczną i dydaktyczną. Udział pracodawców w procesie kształcenia ma polegać zarówno na wsparciu kadrowym jak i zaangażowaniu w proces egzaminowania i potwierdzania nabytych kwalifikacji zawodowych oraz promocji kształcenia zawodowego.

Takie podejście ma przede wszystkim doprowadzić do nabywania umiejętności zawodowych przy uwzględnieniu nowoczesnych technik i technologii stosowanych przez pracodawców, realizowania praktycznej nauki zawodu w rzeczywistych warunkach pracy, zdobywania certyfikatów w zakresie umiejętności w wąskich specjalizacjach honorowanych na rynku pracy oraz zwiększenia szans na zatrudnienie dla absolwentów, nie tylko w związku z pozyskaniem nowych kwalifikacji, ale też w związku z większym zainteresowaniem absolwentami wśród pracodawców zaangażowanych we współpracę ze szkołami.

Polska w swoich propozycjach zmian zmierza do wdrożenia dualnego modelu kształcenia zawodowego opartego o dobrze zorganizowany samorząd gospodarczy. Jest to według Ministerstwa Edukacji Narodowej właściwy model nauczania na poziomie szkół zawodowych, ze względu na zmieniającą się sytuację gospodarczą, ponieważ dominujące w naszym kraju na rynku mikro i małe przedsiębiorstwa nie są w stanie prawidłowo diagnozować zapotrzebowania w zakresie zatrudniania pracowników. Szkoły i organy publiczne prowadzące szkoły nie otrzymują danych koniecznych do planowania kształcenia w konkretnych zawodowych. Innym problemem jest brak konieczności zrzeszenia się pracodawców w samorządach gospodarczych, które mogłyby skutecznie wspierać przedsiębiorstwa i być partnerem dla systemu oświaty.

Polski model kształcenia zawodowego opierałby się, zatem na realizacji części kształcenia u pracodawcy na podstawie umowy z CKP - pracodawca (rys. 1). Wsparciem dla systemu dualnego byłyby: umowy o pracę między uczniem a pracodawcą, umowy szkoły z pracodawcą oraz organizacja klas patronackich.

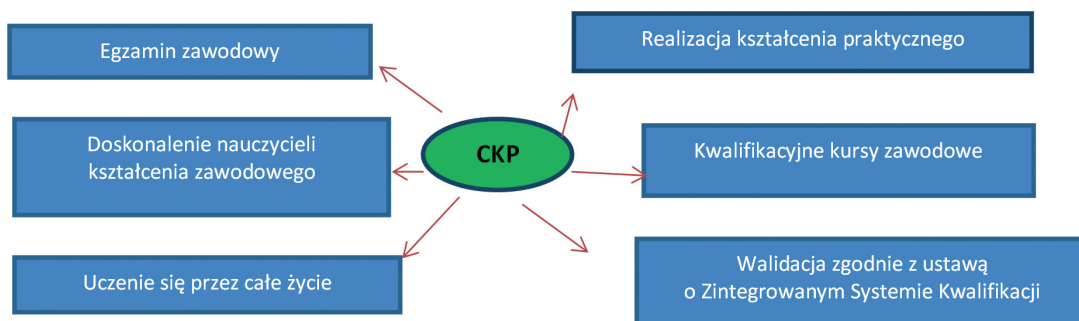


Rys. 1.

Polski model kształcenia zawodowego. Kwalifikacyjne kursy zawodowe

Źródło: Kształcenie zawodowe na rynku pracy, MEN, Wałbrzych 24.06.2016

Propozycja zawiera także nowe umocowanie dla Centrów Kształcenia Praktycznego. Każdy powiat powinien mieć takie Centrum. Ich głównym działaniem będzie realizacja kształcenia praktycznego, współpraca z pracodawcami w realizacji kształcenia praktycznego uczniów, organizacja i prowadzenie egzaminów zawodowych a także koordynacja doradztwa zawodowego w obszarze działania placówki. Centra będą także odpowiedzialne za prowadzenie ustawicznego kształcenia w zakresie branż, w których występuje zapotrzebowanie na pracowników - kwalifikacyjne kursy zawodowe oraz pełnienie roli ośrodków certyfikujących w oparciu o ustawę o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji. Zintegrowany system kwalifikacji to możliwość potwierdzenia kompetencji uzyskanych w drodze uczenia formalnego, poza formalnego i nieformalnego. Elementem niezbędnym jest stworzenie sieci instytucji, w których osoby uczące się będą mogły przystąpić do egzaminu potwierdzającego nabyte kompetencje.

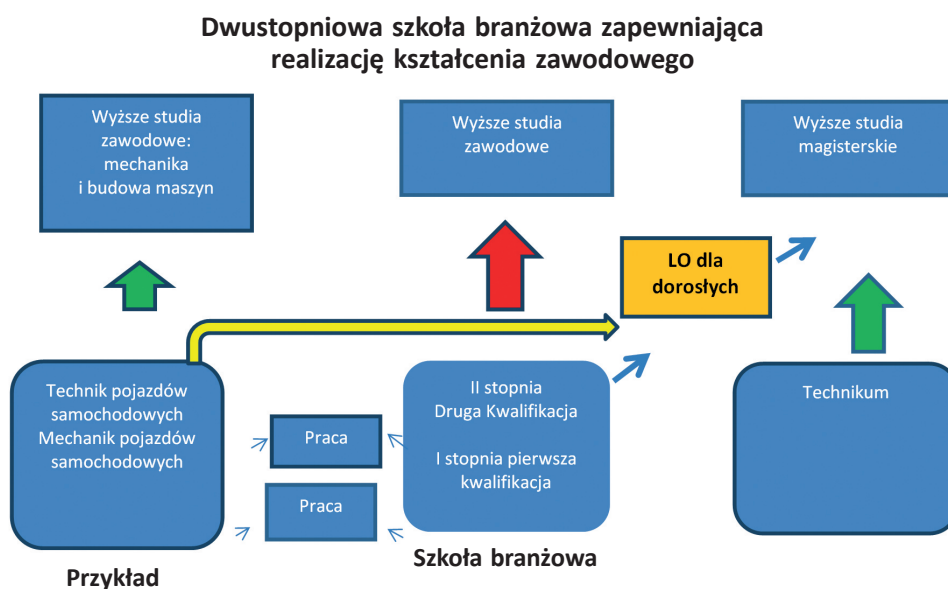


Rys 2.

Centrum Kształcenia Podyplomowego

Źródło: Kształcenie zawodowe na rynku pracy, MEN, Wałbrzych 24.06.2016

W Polsce powstaną szkoły branżowe (rys.3), potwierdzające kwalifikacje zawodowe i umożliwiające zdanie matury zawodowej. W takich szkołach przynajmniej 50% zajęć będzie przeznaczonych na kształcenie zawodowe. Absolwenci tych szkół będą mogli kontynuować kształcenie zawodowe na wybranych studiach w zakresie określonej branży, pod warunkiem zdania matury i uzyskania tytułu technika, a także w liceum dla dorosłych, z możliwością przystąpienia do matury na poziomie podstawowym lub rozszerzonym i kontynuacji kształcenia na studiach wyższych magisterskich.



Rys. 3.

Szkoła branżowa

Źródło: Kształcenie zawodowe na rynku pracy, MEN, Wałbrzych 24.06.2016

Zakłada się także powstanie Funduszu Rozwoju Edukacji Zawodowej, ze środków którego finansowano by szkoły, CKP w zakresie wytworzenia nowoczesnej bazy technologicznej i dydaktycznej, a także pokryto koszty prowadzenia praktycznej nauki zawodu u pracodawcy. Fundusz odpowiadałaby również za organizację i finansowanie staży dla nauczycieli kształcenia zawodowego w celu uaktualnienia wiedzy i umiejętności, finansowanie dodatków motywacyjnych dla nauczycieli kształcenia zawodowego zatrudnionych w szkole czy CKP, dodatkowych uprawnień branżowych dla uczniów szkół zawodowych oraz dofinansowanie doradztwa zawodowego i analizę rynku pracy. Fundusz będzie pozyskiwać pieniądze z Funduszu Pracy, Krajowego Funduszu Szkoleniowego, spółki Skarbu państwa i składek od zrzeszonych przedsiębiorców.

Należy zdawać sobie sprawę z faktu, że wprowadzenie w Polsce systemu analogicznego do dualnego systemu kształcenia zawodowego na wzór niemiecki może okazać się dość trudne i nie musi w konsekwencji wiązać się ze spadkiem stopy bezrobocia wśród osób młodych do poziomów charakteryzujących obecnie gospodarkę niemiecką. Wynika to z następujących faktów: po pierwsze, struktura zatrudnienia w Polsce zasadniczo różni się od struktury niemieckiej. W RFN absolwenci szkół zawodowych najczęściej podejmują zatrudnienie w usługach niepublicznych (sekretarki, średni personel do spraw zdrowia, pracownicy do spraw finansowo-statystycznych) - 50%, a w Polsce w przemyśle (robotnicy budowlani, operatorzy pojazdów, robotnicy przemysłowi) - 53%. Problemem może być również odmienna struktura zatrudnienia według wielkości przedsiębiorstw. W Polsce absolwenci szkół zawodowych, pracujący w przemyśle najczęściej zatrudniani są w małych (11-50 pracowników; 33%) lub średnich firmach (51-250 pracowników; 25%), a w Niemczech w średnich (31%) i dużych firmach (powyżej 250 pracowników; 31%,)³⁰.

System dualny jest tworzony przede wszystkim dla dużych przedsiębiorstw (w których wkomponowanie czasu poświęcanego dla praktykantów w obowiązki pracowników jest łatwiejsze organizacyjnie niż w małych firmach) i wysokiego poziomu współpracy firm między sobą, pomiędzy szkołami a firmami i reprezentantami pracowników. Ze względu na te cechy, system ten jest trudny w implementacji w innym otoczeniu, w szczególności w Polsce, gdzie w przemyśle większą rolę odgrywają małe firmy, a model stosunków pracowniczych i negocjacji zbiorowych cechuje się mniejszą kooperacją i koordynacją

5. Analiza instytucjonalna - SCOPING (SCO): określenie zakresu podmiotowego, wskazanie interesariuszy (identyfikacja potencjalnych partnerów - instytucji) w zakresie wskazanych problemów szkolnictwa zawodowego

Wytworzenie listy instytucji, potencjalnych partnerów HIA nie jest zadaniem prostym i wymaga przeprowadzenia rzetelnej analizy interesariuszy w kontekście analizowanego czynnika.

Wykaz instytucji zaangażowanych w planowanie i rozwój szkolnictwa zawodowego jest zróżnicowany, co wynika ze złożoności problemu. Na potrzeby identyfikacji instytucji zaangażowanych w przedmiotowe problemy badawcze zostało

³⁰ Chłoń-Domińczak (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012.

opracowane modelowe narzędzie badawcze - matryca³¹ obejmujące zestaw tabel do oceny zaangażowania instytucji, w tym część identyfikacyjną i deskryptywną. Do narzędzia można dobudowywać kolejne moduły: część analityczną oraz część rekomendacji.

Matryca ta zawiera kryteria opisu i oceny roli instytucji i dotyczy:

- 1) podmiotów publicznych, takich jak administracja różnych szczebli, w tym szczególnie Ministerstwa: Edukacji Narodowej oraz Pracy i Polityki Społecznej, samorząd terytorialny (głównie powiatowy), instytucje i agencje wyspecjalizowane zaangażowane w zagadnienia szkolnictwa zawodowego
- 2) podmiotów - interesariuszy o określonej społecznie misji, takich jak organizacje pozarządowe, fundacje i stowarzyszenia, samorząd gospodarczy.
- 3) podmiotów - interesariuszy biznesowych, takich jak pracodawcy,
- 4) innych podmiotów odpowiedzialnych, zainteresowanych wdrożeniem technologii z uwzględnieniem modeli HIA w obszarze badawczym.

Analiza instytucjonalna przy zastosowaniu MAI pozwala na nie tylko opis instytucji/instrumentów prawnych funkcjonujących w tym obszarze ale także identyfikację luk czy problemów ukierunkowanych bezpośrednio lub pośrednio na stosowanie modeli HIA. Celem zastosowania takiego narzędzia jest wskazanie tych podmiotów, które są utworzone/ powołane do takich działań, jak:

- a) opracowanie i wdrożenie potencjalnych instrumentów wsparcia organizacyjnego, instytucjonalnego i finansowego dla szkolnictwa i kształcenia zawodowego.
- b) podnoszenie poziomu kompetencji beneficjentów (szkolenia, kursy, wsparcie instytucjonalne) zarówno adresowane do całej grupy absolwentów szkół zawodowych, jak i indywidualnie oraz do nauczycieli szkolenia zawodowego i ogólnego zatrudnionych w szkołach zawodowych.

MAI obejmuje także analizę zakresu odpowiedzialności, kompetencji i uprawnień jednostek lub organów zaangażowanych w HIA. Uwzględniono odpowiednie regulacje oraz dokumenty a także kryteria wskazania możliwości współpracy, obszarów kolizyjnych, realizacji zobowiązań i zaniechań, ram kompetencji i odpowiedzialności.

Analiza interesariuszy, z zastosowaniem opisanych kryteriów, prowadzona w celu wskazania modelu HIA dla analizowanego obszaru stanowi wstępny etap

³¹ Zaproponowane przez Mokrzycka A., Kowalska-Bobko I., w raporcie HIA, Raport cząstkowy nr 2 Problemu niepełnosprawności - prawo dostępu do Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni jako zagadnienie kluczowe dla integracji/ aktywizacji/ partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Potencjalny model HIA w kontekście adekwatnych działań polityki społecznej.

takiej procedury. W pierwszej kolejności takiej analizy bierzemy pod uwagę ustawowe zadania/ cele/ misje wyodrębnionych podmiotów, co pozwala na zidentyfikowanie możliwości podejmowania ich działań w ramach programów i projektów, a także na identyfikację zakresu odpowiedzialności i kompetencji oraz uprawnień jednostek i organów zaangażowanych w HIA.

W odniesieniu do instytucji publicznych, analiza taka powinna być prowadzona począwszy od identyfikacji obowiązków ustawowych organów centralnych i samorządów terytorialnych, w tym również zadań na gruncie prawa wspólnotowego i strategii UE, po sformułowanie rekomendacji w kierunku wzmocnienia tych działań, które mogłyby pozytywnie oddziaływać na skutki zdrowotne i eliminację działań mało efektywnych lub ich poprawie.

Zastosowanie MAI pozwoliło na przeprowadzenie analizy obowiązków ustawowych Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i innych rządowych agend oraz jednostek samorządu terytorialnych w sposób efektywny. Analiza została uzupełniona o adekwatne kryteria w kontekście prawa wspólnotowego i strategii UE. Możliwe było także dokonanie analizy porównawczej przepisów kompetencyjnych dotyczących zadań administracji publicznej. W efekcie wykonanych prac badawczych powstała lista instytucji, obejmująca podmioty administracji publicznej, podmioty edukacyjne, organizacje pozarządowe (NGO's) z obszaru wsparcia absolwentów szkół zawodowych oraz innych.

Szczególne znaczenie mają tu interesariusze o zidentyfikowanej misji, związanej z edukacją zawodową, tworzeniem nowych standardów i zapisów na temat szkolenia i kształcenia zawodowego. Opis tych zaangażowanych instytucji, zwłaszcza ze wskazaniem ich ustawowych zadań, to istotna część analizy instytucjonalnej.

Założenia do opracowania elementów składowych analizy z wykorzystaniem matrycy MAI zostały przyjęte według poniższej listy działań:

1. Identyfikacja podmiotów jako podstawa do opracowania listy właściwych głównych instytucji i interesariuszy
2. Charakterystyka umiejscowienia wskazanych podmiotów w publicznym systemie (systemach)
3. Opracowanie kryteriów podziału dla przygotowania finalnej listy instytucji w podziale na kategorie i podkategorie podmiotów (kategoryzacja, klasyfikacja interesariuszy)
4. Określenie roli/misji, głównych form działalności, rodzajów wsparcia, kompetencyjności w przedmiotowym obszarze
5. Opis statusu instytucji, wskazanie afiliacji, możliwych obszarów współpracy (ujęcie podmiotowe i przedmiotowe)
6. Charakterystyka działań, wskazanie praktyki i konkretnych aktywności

7. Wskazanie szans, możliwości i barier dla działań instytucjonalnych i ich skuteczności
8. Analiza relacji instytucji/ interesariuszy do problemu badanego w obszarze: wpływu w zakresie (HIA) - zasad kształcenia i szkolenia uczniów szkół zawodowych i ich losy na rynku pracy
9. Ocena finalna: potencjał instytucjonalny, waga/siła konkretnych interesariuszy
10. Rekomendacje - propozycja założeń, elementów kluczowych do modelu HIA ze wskazaniem możliwości adaptacyjnych do innych obszarów/ grup.

Analiza interesariuszy odnosi się także do identyfikacji zakresu działań instytucjonalnych. Przedmiotem zainteresowania są tu przede wszystkim projekty i inicjatywy proponowane i realizowane przez poszczególnych interesariuszy, ukierunkowane na pozytywne zmiany. Ponadto kluczowe są przykłady dobrych praktyk, szczególnie w kontekście opracowania wytycznych, zasad i standardów, które mogłyby być upowszechniane/ przenoszone na inne obszary lub grupy.

W stosunku do szkolnictwa zawodowego aktywność instytucjonalną w znaczeniu przedmiotowym wyznaczają takie kwestie, jak przede wszystkim:

1. Projekty, programy i inne formy wsparcia w Polsce (dobre praktyki krajowe)
2. Lista instytucji potencjalnie współpracujących (międzysektorowość) - identyfikacja, analiza, potencjalne możliwości HIA.

A w szczególności następujące działania:

1. Opracowanie i realizacja projektów przeznaczonych dla młodzieży, współfinansowanych ze środków UE, w tym inicjowanie przedsięwzięć w ramach programu „Gwarancje dla młodzieży”;
2. Wspieranie modelu rozwojowego współpracy szkół i placówek kształcenia zawodowego z pracodawcami i szkołami wyższymi (staże i praktyki dla uczniów w przedsiębiorstwach, rozwój współpracy szkół z uczelniami) oraz urzędami pracy, w celu realizacji praktycznej nauki zawodu we współpracy z pracodawcami a także zapoznania uczniów i nauczycieli z najnowszymi rozwiązaniami technicznymi i technologicznymi, co ma podnieść stopę zatrudnialności w tej grupie zawodowej, a co za tym idzie dochody i pozytywnie wpłynąć na status zdrowotny.
3. Wspieranie działań w zakresie praktycznej nauki zawodu, podejmowanych na rzecz młodzieży zagrożonej marginalizacją społeczną przez Ochotnicze Hufce Pracy, zajmujące się młodzieżą w wieku 15-25 lat. Aktywności te pozwolą na inkluzję zawodową, pomogą bowiem młodym ludziom zdobyć kwalifikacje zawodowe w nietypowych formach prawnych poprzez przyuczenie do wykonywania określonej pracy, uczestnictwo w kursach zawodowych bądź naukę zawodu bezpośrednio u pracodawcy w charakterze pracownika młodo-

cianego a także skutecznie przygotowują ich do wejścia na rynek pracy w ramach rozbudowanej sieci jednostek świadczących profesjonalne usługi poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy. Wprowadzenie do praktyki działalności OHP nowoczesnych form komunikacji elektronicznej w zakresie promocji zatrudnienia takich jak portal Elektroniczne Centrum Aktywizacji Młodzieży i zapewniających komunikację z portalami społecznościowymi, jak np. facebook, twitter itp.

4. Działania na rzecz uzupełnienia wykształcenia ogólnego i zawodowego młodzieży w formach szkolnych i pozaszkolnych;
5. Rozszerzenie i aktualizację oferty edukacyjnej o zawody poszukiwane na lokalnych rynkach pracy;
6. Działania opiekuńczo-wychowawcze, pozwalające na usamodzielnianie młodzieży, jej startu w dorosłe życie.
7. Monitorowanie i wspieranie kariery zawodowej absolwentów (OHP, szkół ponadgimnazjalnych,) w życiu społecznym i na rynku pracy;
8. Promocję przedsiębiorczości, samozatrudnienia oraz alternatywnych form pracy wśród młodzieży,
9. Współpracę z instytucjami działającymi na rzecz aktywizacji młodzieży poprzez zawieranie porozumień o współpracy/partnerstwie;
10. Opracowanie i rozpowszechnienie multimedialnych materiałów dydaktycznych do kształcenia zawodowego
11. Promowanie szkolnictwa zawodowego w gimnazjach poprzez promocję wśród dzieci i rodziców efektów tej formy kształcenia, współpracę z doradcami zawodowymi, promowanie dobrych praktyk

Oraz:

12. Wzmocnienie wiedzy/ zasobów informacji;
14. Poprawa rozumienia problemów zdrowotnych;
15. Zmiana nawyków żywieniowych i propagowanie wzrostu poziomu aktywności fizycznej;
16. Poprawa/ poszerzenie możliwości wyjaśnienia i sprawdzenia (weryfikacji) informacji przekazanej przez profesjonalistów;
17. Poprawa komunikacji z profesjonalistami ochrony zdrowia;
18. Wzrost (poprawa) umiejętności dbania o samego siebie

Dla opracowanej matrycy MAI istotne było również odniesienie się do już istniejących i zidentyfikowanych na potrzeby prowadzonych analiz projektowych modeli HIA (model 6 kroków). Poszczególnym etapom procesu HIA przypisano konkretne zadania podejmowane/wykonywane przez instytucje. Oznaczenie adekwatnie do etapu pierwszymi jego literami (por. poniżej) podmiotu wskazanego na liście interesariuszy pozwoli na wskazanie, w jakim charakterze/ roli dana instytucja uczestniczy w procesie HIA:

1. Etap I SCREENING (SCR): ocena potrzeby stosowania HIA z punktu widzenia danej instytucji, prawdopodobieństwa stosowania w kontekście podnoszenia jakości kształcenia i szkolenia zawodowego i lepszej absorpcji absolwentów szkół zawodowych na rynku pracy.
2. Etap II SCOPING (SCO): określenie zakresu - odpowiedź na pytanie, co jest przedmiotem, konsultacje z udziałowcami, podmiotami zainteresowanymi (identyfikacja potencjalnych partnerów - instytucji jako kluczowy element dla konsultacji) w zakresie zidentyfikowanych problemów (ryzyka)
3. Etap III ASSESSMENT (A): ocena, opis statusu zdrowotnego populacji/ wpływu edukacji na zdrowie. (formy, rodzaje szkół zawodowych, stan obecny, planowane zmiany) oraz oczekiwanych skutków zdrowotnych wdrożenia w Polsce systemu dualnego.
4. Etap IV RECOMMENDATIONS (REC): rekomendacje: propozycja rozwiązań praktycznych możliwych do zastosowania (przy świadomości istnienia ograniczeń ekonomicznych, technicznych proponowanej polityki) - podstaw dla możliwych modeli HIA w zakresie szkodnictwa i kształcenia zawodowego (na bazie dobrych praktyk, programów i projektów i aktywności realizowanych i planowanych)
5. Etap V REPORTING (R): raportowanie, etap dysseminacji informacji do decydentów (inne sektory, instytucje, podmioty - potencjalnie mające wpływ), interesariuszy, społeczności (lista partnerów) - adekwatnie do wyników analizy
6. Etap VI MONITORING & EVALUATION (M&E): monitoring, ewaluacja, ocena wpływu na zwiększenie zatrudnialności, zawodowych i ogólnych kompetencji społecznych, identyfikację obszarów tego wzrostu, pól aktywności oraz całego procesu HIA.

Właściwa dla badanego obszaru i uzupełniona matryca MAI to narzędzie rozbudowane przede wszystkim w części opisującej te cechy, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia oceny skutków zdrowotnych organizacji efektywnego szkolnictwa i kształcenia zawodowego.

Poniżej znajduje się lista najważniejszych zidentyfikowanych podmiotów dla analizowanego obszaru.

1. Unia Europejska - Europejski Fundusz Społeczny - W latach 2012-2015 powiaty i szkoły realizowały samodzielnie lub wspólnie z innymi podmiotami projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej. Wpływało to na okresowe podniesienie jakości kształcenia w zawodach i zmniejszenie niedostatków finansowania budżetowego. Dotychczasowe i planowane wsparcie szkolnictwa zawodowego środkami z budżetu UE dotyczy jednak głównie projektów miękkich, takich jak np. różnego typu szkoleń. Brak natomiast jest projektów twardych, czyli doposażenia szkół zawodowych w nowoczesne materiały, sprzęt, narzędzia.

2. Władze centralne (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Rozwoju, Ministerstwo Leśnictwa, Finansów, Środowiska i inne resorty) Ministerstwo jako organ administracji rządowej na szczeblu centralnym jest odpowiedzialne za kształtowanie polityki krajowej - także w relacji do badanego obszaru. Niektóre ministerstwa występują także w roli organu prowadzącego szkoły zawodowe (np. Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Minister Środowiska)
3. **Władze zdecentralizowane**
 - a) Wojewoda (Kuratoria Oświaty), urząd pracy
 - b) Samorząd wojewódzki (funkcja planistyczna)
 - c) **Samorząd powiatowy (właściciel szkół średnich zawodowych, PUP (Powiatowe Urzędy Pracy), PCPR (Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie), Powiatowe Centrum/Centra Edukacji, Powiatowe Centrum/Centra Edukacji Zawodowej) - odpowiada za infrastrukturę, nadzór, kontrolę w tym BHP, jakość kształcenia.**
 - d) Samorząd gminny (pomoc społeczna, akcje społeczne)
4. Centra Edukacji Zawodowej
5. Centra Kształcenia Praktycznego
6. Centra Kształcenia Ustawicznego
7. Centra Kształcenia Ustawicznego i Praktycznego
8. Centra Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
9. Samorządowe Centrum/Centra Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
10. Ośrodek/Ośrodki Doskonalenia i Doskonalenia Zawodowego
11. Okręgowa Komisja Egzaminacyjna
12. Pracodawcy, Stowarzyszenie Pracodawców
13. Organizacje pozarządowe
14. Szkoły średnie (zasadnicze szkoły zawodowe, technika, szkoły policealne)
15. Środki masowego przekazu
16. Kadra dydaktyczna

6. Podsumowanie

Diagnoza sytuacji w zakresie szkolnictwa średniego i wyższego w Polsce wskazuje na wieloletni brak systemowych rozwiązań w zakresie badania popytu i podaży na wykwalifikowane kadry na poziomie lokalnym i regionalnym, co skutkuje podejmowaniem błędnych decyzji w sprawie oferty kształcenia w zawodach.

Konieczna jest zatem nowa diagnoza zapotrzebowania na zawody, a także weryfikacja opinii wydawanych przez powiatowe i wojewódzkie rady rynku pracy, dotyczących wprowadzenia zawodu do kształcenia w szkole. Ich opinia powinna być aktualizowana co dwa lata, w oparciu o badania przeprowadzone przez

wojewódzkie urzędy pracy i rzetelną diagnozę oraz w zakresie zapotrzebowania na pracowników w określonych zawodach.

Brakuje informacji dotyczącej potrzeb oraz możliwości w zakresie kształcenia praktycznego u pracodawców - zarówno po stronie szkoły, jak i pracodawców.

Innym problemem jest system kształcenia kadry nauczycielskiej do nauczania zawodowego, który spowodował lukę pokoleniową.

Zmian wymaga również klasyfikacja zawodów szkolnictwa zawodowego i obudowy programowej. Tworzone podstawy programowe powinny być dostosowane do potrzeb gospodarki i rynku pracy oraz rozwiązań Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji zgodnie z Europejską Ramą Kwalifikacji.

Innym problemem jest niedostateczny i nieadekwatny sposób finansowania szkolnictwa zawodowego z budżetu państwa, nieuwzględniający faktycznych kosztów kształcenia w poszczególnych zawodach, co odwołuje władze samorządowe od podejmowania decyzji o uruchomieniu kosztownych, ale atrakcyjnych rynkowo kierunków kształcenia. Mechanizm podziału części oświatowej subwencji ogólnej nie uwzględnia bowiem faktycznej kosztochłonności kształcenia w poszczególnych zawodach. W algorytmie podziału subwencji oświatowej dla organów prowadzących szkoły zawodowe przyjęto bowiem jednolitą wagę - niezależną od kierunku kształcenia, jego kosztochłonności oraz wymogów podstawy programowej kształcenia zawodowego. W rezultacie, sytuacja ta utrwała model szkolnictwa zawodowego, w którym o uruchomieniu nowego kierunku kształcenia decydują głównie posiadane zasoby infrastrukturalne i kadrowe a nie potrzeby uczniów czy rynku pracy.

Samorząd powiatowy jako organ prowadzący szkoły zawodowe nieprawidłowo wywiązuje się zarówno z obowiązków w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków i infrastruktury do kształcenia zawodowego jak i nadzoru i kontroli podległych mu jednostek. Czynniki te znacząco wpływają na jakość kształcenia i szanse absolwentów na rynku pracy³².

Proponowane przez Ministra Edukacji Narodowej działania na rzecz naprawy systemu szkolnictwa zawodowego dla młodzieży należy ocenić pozytywnie - z zaznaczeniem, że wprowadzone w latach 2012-2015 zmiany systemowe mogą okazać się niewystarczające. Objęły one bowiem reorganizację struktury szkolnictwa zawodowego, zmodyfikowanie klasyfikacji zawodów, wdrożenie zmodernizowanej podstawy programowej kształcenia zawodowego oraz ujednoczenie systemu egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe. W wyniku przeprowadzonej oceny sytuacji i potrzeb dotyczących szkolnictwa zawodowego, Minister Edukacji Narodowej znowelizował rozporządzenie w sprawie praktycz-

³² NIK (2016), System szkolnictwa zawodowego, Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa Narodowego, Nr ew. 15/2016/p/15/029/ KNO

nej nauki zawodu, wdrażając założenia dualnego systemu kształcenia zawodowego. Ocena skutków zmian wprowadzanych w systemie szkolnictwa zawodowego będzie możliwa dopiero po zakończeniu cyklu kształcenia w zawodach, zrealizowanego według nowej podstawy programowej.

Brakuje również dobrego rozpoznania potrzeb zawodowych na rynku pracy. Badania i analizy rynku pracy prowadzone przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w latach 2012-2014 nie dawały pełnej informacji na temat potrzeb pracodawców. Przyjęta przez Ministra metoda zbierania danych na temat zawodów deficytowych i nadwyżkowych opierała się w głównie na informacjach rejestrowanych przez powiatowe i wojewódzkie urzędy pracy. W celu monitorowania i analizy rynku pracy Minister Pracy i Polityki Społecznej od 2015 r. wprowadził nowe narzędzia zbierania informacji, wykorzystując analizy internetowe ofert pracy oraz wyników badań kwestionariuszowych przedsiębiorców, co skutkowało lepszym rozpoznaniem oczekiwań pracodawców.

Pracodawcy pytani o pożądane zmiany w systemie kształcenia zawodowego wskazywali m.in. na konieczność zwiększenia liczby godzin zajęć praktycznych odbywanych w rzeczywistych warunkach pracy, uwzględnienia potrzeb rynku pracy i zwiększenie świadomości tych czynników już na etapie gimnazjum a także unowocześnienie warsztatów szkolnych.

Braki w zakresie skutecznej edukacji zawodowej i zdrowotnej osób dorosłych z grup zmarginalizowanych są wystarczająco dobrze zidentyfikowane. Mimo tego założenia, rozwiązania teoretyczne jak i praktyczne tej edukacji nie są w sposób znaczący proponowane i rozwijane w kontekście potrzeb społecznych i zdrowotnych. Przeprowadzone analizy dotyczące edukacji zawodowej pokazują, że jest to aspekt wymagający pogłębionych badań, których wyniki znajdą przełożenie na działania edukacyjne i prozdrowotne w praktyce.

Wskazywane wzajemne powiązanie pomiędzy edukacją a zdrowiem, implikują konieczność podejmowania działań w tych obszarach w sposób spójny, we współpracy obu sektorów. Konieczne jest eskalacja podejścia na intersektorowe, wielobranżowe, angażujące w proces przywracania istotnego miejsca szkolnictwu zawodowemu podmioty bezpośrednio zainteresowane: zarówno mikro, małych i średnich przedsiębiorców oraz duże firmy. Dwie pierwsze grupy mają w Polsce największy udział w tworzeniu miejsc pracy, ostatnia - największe zasoby i możliwości technologiczne. Takie zmiany - ukierunkowane na podejmowanie lepszych, efektywnych interwencji - wymagają wprowadzenia narzędzi i modelu HIA do procesów podejmowania decyzji. Stosowanie HIA w procesie decyzyjnym wymaga jednak zatrudnienia odpowiednio wykwalifikowanej kadry urzędniczej, zdolnej do podejmowania wielosektorowych, interdyscyplinarnych wyzwań, gwarantujących efektywną współpracę międzysektorową.

Angażowanie innych sektorów w działania na rzecz zdrowia jest łatwiejsze przy silnym przywództwie zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym,

osiąganym przez odpowiednie przekazywanie kompetencji i stosowne regulacje. Niezbędne jest także bazowanie na twardych dowodach naukowych, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na zdrowie. Ważna jest zatem umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacji i przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie, jaki wpływ ich działania mają na zdrowie.

Planowane analizy mają w założeniu doprowadzić do opracowania rekomendacji dotyczących wykorzystania HIA na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu grup zmarginalizowanej młodzieży, która poprzez efektywny system kształcenia zawodowego może zdobyć pożądane na rynku kwalifikacje zawodowe, znaleźć zatrudnienie, zyskać prestiż społeczny, tym samym osiągając lepsze warunki życia i lepszy status zdrowotny.

7. Rekomendacje

1. KONIECZNOŚĆ OCENY SKUTKÓW ZDROWOTNYCH (HIA) PRZY OCENIE SKUTKÓW REGULACJI (OSR) W ODNIESIENIU DO KAŻDEGO AKTU PRAWNEGO PLANOWANEGO, WDRAŻANEGO I OCENIANEGO W TZW. RESORTACH SPOŁECZNYCH.

Jak wykazano w przeprowadzonej analizie poziom wykształcenia, proces ustawicznego kształcenia, zatrudnianie, bezrobocie, jakość pracy i jej warunki mają wpływ na zdrowie. Niestety żaden z podjętych aktów prawnych z działu oświaty czy też pracy nie został oceniony przez zespoły oceniające skutki regulacji (OSR) w kontekście wpływu na zdrowie. **Biorąc pod uwagę powyższe fakty, postulat zobowiązania zespołów oceniających skutki regulacji do identyfikowania jej wpływu na zdrowie, stosowania HIA w swojej działalności w każdej polityce wydaje się uzasadniony.**

2. WYPRACOWANIE MIĘDZYRESORTOWEGO MODELU HIA PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA, STOSOWANEGO OBOWIĄZKOWO PRZY PLANOWANIU, WDRAŻANIU I OCENIANIU INTERWENCJI/ POLITYK SPOŁECZNYCH (GŁÓWNIIE EDUKACYJNYCH, RYNKU PRACY).

Każda polityka pozasektorowa, a szczególnie analizowane (rynku pracy i oświatowa) muszą uwzględniać skutki zdrowotne w procesie podejmowania decyzji. Na poziomie centralnym (rządowym) oznacza to konieczność podjęcia współpracy wyspecjalizowanych departamentów z Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z resortem Zdrowia, odpowiedzialnym za koordynację stosowania procedury HIA w innych resortach na każdym etapie procesu decyzyjnego.

Niezbędne jest wypracowanie przez Ministerstwo Zdrowia modelu działania międzyresortowego z wykorzystaniem idei HIA przy planowaniu, wdrażaniu i ocenianiu polityk/interwencji społecznych (tu: edukacyjnych) wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostek/populacji.

3. WYPRACOWANIE MIĘDZYINSTYTUCJONALNEGO MODELU HIA PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA LUB INNE DELEGOWANE PRZEZ MZ DO TEGO DZIAŁANIA, STOSOWANEGO OBOWIĄZKOWO PRZY PLANOWANIU, WDRAŻANIU I OCENIANIU INTERWENCJI/ POLITYK SPOŁECZNYCH (GŁÓWNIIE EDUKACYJNYCH I RYNKU PRACY). TWORZENIE FORMUM WSPÓLDZIAŁANIA, WYMIANY POGLĄDÓW, DYSKUSJI.

Wskazywane wzajemne powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem, implikują konieczność podejmowania działań w tych obszarach w sposób spójny, we współpracy wszystkich zaangażowanych sektorów. Konieczna jest eskalacja podejścia na intersektorowe, wielobranżowe, angażujące w proces przywracania istotnego miejsca szkolnictwu zawodowemu podmiotów bezpośrednio zainteresowanych: szkoły zawodowe, różne Centra Kształcenia oraz pracodawców.

Podejmowane działania, wymagają identyfikacji interesariuszy, określenia ich stanowiska i potencjalnego wpływu na realizowaną politykę oraz podjęcia szeroko zakrojonej współpracy w zidentyfikowanych sektorach: rynku pracy, edukacji i zdrowia. Stosowanie procedury HIA w środowisku wielodyscyplinarnym wymaga koordynacji procesów decyzyjnych na różnych szczeblach: między jednostkami samorządu terytorialnego (często realizującymi podobne zadania), pomiędzy różnymi typami zaangażowanych w prowadzoną politykę instytucji/ organizacji.

Niezbędne jest wypracowanie przez Ministerstwo Zdrowia modelu działania międzyinstytucjonalnego z wykorzystaniem idei HIA przy planowaniu, wdrażaniu i ocenianiu polityk/interwencji społecznych (tu: edukacyjnych) wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostek/populacji. W każdym resorcie powinien powstać taki zespół, którego praca ostatecznie byłaby oceniana przez międzyresortowy zespół HIA w MZ.

4. UZNANIE PRZEWODNIEJ ROLI NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA PUBLICZNEGO LUB WZKAZANEGO PRZEZ NICH OŚRODKA NAUKOWO-BADAWCZEGO W POLSCE ODPOWIEDZIALNEGO ZA DOSTARCZANIE DOWODÓW NAUKOWYCH W ZAKRESIE PODEJMOWANYCH INTERWENCJI SPOŁECZNYCH (TU: EDUKACYJNYCH) I ICH SKUTKÓW ZDROWOTNYCH.

W procesie decyzyjnych niezbędne jest bazowanie na twardych dowodach naukowych, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na

zdrowie. Ważna jest zatem umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacji i przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie, jaki wpływ ich działania mają na zdrowie.

Tocząca się debata publiczna, planowane reformy czy też implementowane konkretne zmiany dotyczące szkolnictwa zawodowego w całej UE pozwalają na identyfikację tzw. dobrych praktyk z zastosowaniem HIA w procesie decyzyjnym dotyczącym omawianego zjawiska nawet, jeśli nie wprost, to w kontekście zagadnienia bezrobocia, które powinny być skatalogowane i udostępniane, co należałoby do obowiązków NIZP lub wskazanego ośrodka naukowo-badawczego.

W skład zespołów międzyresorotowych HIA w MZ (rekomendacja nr 2) oraz zespołów międzyinstytucjonalnych HIA (rekomendacja nr 3) w danym resorcie obowiązkowo wchodziłby przedstawiciel NIZP odpowiedzialny za dostarczanie naukowych dowodów niezbędnych do podjęcia lub oceny konkretnej decyzji.

5. UZNANIE KOORDYNUJĄCEJ ROLI W ZAKRESIE STOSOWANIA HIA W WARUNKACH ZDECENTRALIZOWANYCH TEMU POZIOMOWI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO, KTÓRY WYSPECJALIZOWAŁ SIĘ W DANEJ POLITYCE

Większość zadań z zakresu polityki społecznej została w Polsce zdecentralizowana. Konieczne jest uznanie koordynującej roli w zakresie tworzenia warunków właściwego wykorzystywania HIA w realizowanej polityce oraz jej monitorowaniu i ocenianiu temu poziomowi samorządu terytorialnego, który wyspecjalizował się w danej polityce.

W przypadku omawianej tematyki jest to powiat i województwo, ponieważ tu koncentrują się działania związane z przeciwdziałaniem bezrobociu oraz szkolnictwem zawodowym.

W ramach takiej koordynacji należałoby powołać zespoły odpowiedzialne za stosowanie HIA w departamentach polityki społecznej i zdrowotnej samorządów wojewódzkich i powiatowych. Ich zadaniem byłoby wypracowywanie modelu działania międzyinstytucjonalnego z wykorzystaniem idei HIA przy planowaniu, wdrażaniu i ocenianiu polityk/interwencji społecznych (tu: edukacyjnych) wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostek/populacji. To wymaga jednak nie tylko przeszkolenia kadry samorządowej w zakresie HIA ale też zatrudnienia wyspecjalizowanych w tym zakresie pracowników (koordynatorów działań).

6. TWORZENIE STUDIÓW PODYPLOMOWYCH DEDYKOWANYCH TEMATYCE HIA W UZNANYCH OŚRODKACH AKADEMICKICH ZAJMUJĄCYCH SIĘ ZDROWIEM PUBLICZNYM.

Odpowiedzialność za szkolnictwo zawodowe w Polsce ponosi powiat. Należy zatem przeszkolić pracowników powiatowych, a docelowo samorządowych każdego szczebla w zakresie możliwości i potrzeby stosowania procedury HIA w prowadzonych politykach, ze szczególnym uwzględnieniem polityki edukacyjnej stopnia średniego, głównie szkolnictwa zawodowego (branżowego). **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego stworzyłby listę ośrodków akademickich z terenu całej Polski, które podjęłyby się organizacji studiów podyplomowych dedykowanych tematyce HIA oraz wytworzył niezbędne standardy kształcenia dla takich studiów.**

Aneks

Tabela nr 3.

Kalendarium najważniejszych aktów prawnych w zakresie szkolnictwa zawodowego w Polsce do 2012 roku.

	Oświata i wychowanie	Praca
USTAWY	Ustawa z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. 1982, Nr 3, poz. 19, tekst ujednolicony - 4.04.2000 r.) z późn. zm.	Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Kodeks pracy, tekst jednolity (Dz.U. 1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm. - art. 17, 94, 10
		Ustawa z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle (Dz. U z 2002 r., Nr 112, poz.979)
	Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004, Nr 256, poz. 2572, z póź. zm.)	Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. 1996, Nr 24, poz. 110
	Ustawa z dnia 27 lipca 2005 Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005, Nr 164, poz. 1365).	Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, Nr 123, poz.776)
	Ustawa z dnia 19 marca 2009 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2009, Nr 56, poz. 458)	Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 o zatrudnieniu socjalnym, (Dz.U. 2003, Nr 122, poz. 1143)
	Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 205, poz. 1206)	2004 Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004, Nr 99, poz. 1001)
	Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011, Nr 84, poz. 455)	Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy (Dz.U.2011, Nr 36, poz. 181).

ROZPORZĄDZENIA	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 lutego 1999 r. w sprawie utworzenia okręgowych komisji egzaminacyjnych oraz określenie ich zasięgu terytorialnego (Dz. U Nr 14, poz. 134 z póź. zm.)	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz.U. 1993, Nr 103, poz. 472) z wraz z późniejszymi nowelizacjami
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej i kształcenia w profilach kształcenia ogólnozawodowego (Dz. U Nr 50, poz. 451, póź. zm.)	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 w sprawie przygotowania zawodowego młodocianych i ich wynagrodzenia (Dz.U. Nr 60, poz.228 z póź.zm)
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 1 lipca 2002 roku w sprawie praktycznej nauki zawodu z późniejszymi zmianami (Dz.U.2002, Nr 113, poz. 988)	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2004, w sprawie sposobu organizacji uzupełnienia wykształcenia ogólnego młodzieży w Ochotniczych Hufcach Pracy oraz zdobywania przez nią kwalifikacji zawodowych (Dz. U. Nr 262, poz. 2604)
	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. z dnia 3 czerwca 2003)	Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2009 w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz.U. 2009, Nr 61,poz. 502)
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 grudnia 2003 r. w sprawie akredytacji placówek doskonalenia nauczycieli (Dz.U. 2003, Nr 227, poz. 2248)	Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz. U. Nr 82, poz. 523)
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 grudnia 2003 r. w sprawie akredytacji placówek i ośrodków prowadzących kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych (Dz.U. 2003, Nr 227,poz. 2247)	Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lipca 2011 r. w sprawie szczegółowych zadań i organizacji Ochotniczych Hufców Pracy (Dz. U. 2011, Nr 155, poz. 920)
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dn.7 września 2004 w sprawie standardów kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2004, Nr 207, poz. 2110).	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 października 2005, w sprawie egzaminów na tytuł czeladnika i mistrza w zawodzie, przeprowadzanych przez komisje egzaminacyjne izb rzemieślniczych (Dz. U Nr 215, poz. 1820)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2006 r. w sprawie uzyskiwania i uzupełniania kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych (Dz. U Nr 31, poz. 216)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 czerwca 2006 r. w sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych (Dz.U , Nr 126, poz. 897)	

ROZPORZĄDZENIA	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 83, poz. 562)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. nr 124, poz. 860, póź. zm.)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 czerwca 2009r. w sprawie publicznych placówek kształcenia praktycznego oraz publicznych ośrodków dokształcania i doskonalenia zawodowego (Dz. U Nr 99, poz. 828)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2009, Nr 50, poz. 400)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie standardowych wymagań będących podstawą przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe (Dz. U Nr 103, poz. 652)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu (Dz. U. z 2010 r. Nr 244, poz. 1626).	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz. 7)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. z 2012 r. poz. 184)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 7 lutego 2012 roku w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 204)	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lutego 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 262).	
	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012 roku w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 186 z późn. zm.)	

Źródło: Opracowanie własna na podstawie: Cichoń-Domińczak (red.) Raport o stanie edukacji 2012, Liczą się efekty, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2012 oraz Mazik-Gorzelańczyk, M. (2016) Kształcenie zawodowe w Polsce. W perspektywie zmian i potrzeb gospodarki, Friedrich Ebert Stiftung

8. Matryca MAI: Analiza instytucjonalna - inkluzyjna funkcja szkolnictwa zawodowego

Nazwa instytucji/organu	Organizacja/ status / afiliacja	Charakterystyka działalności/ cel główny	Rodzaje wsparcia/ główne formy działalności	Działania praktyczne (aktywności)	Relacja do efektywnego szkolnictwa zawodowego.
Unia Europejska	Organizacja międzynarodowa, której celem jest wyrównywanie szans rozwoju społecznego i gospodarczego w krajach członkowskich. Europejski Fundusz Społeczny inne programy tj. Leonardo da Vinci, Erasmus etc.	W Polsce powstała sieć 52 Regionalnych Ośrodków Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem ich działania jest rozwijanie kompetencji potencjalnych projektodawców związanych z wykorzystaniem szans, jaką oferuje Europejski Fundusz Społeczny. Regionalne Ośrodki EFS ułatwiają zainteresowanym osobom i instytucjom dostęp do informacji o możliwościach wykorzystania środków z EFS i fachowo wspierają potencjalnych projektodawców w trakcie przygotowywania projektów.	Organizacja szkoleń, spotkań informacyjnych, konferencji, studiów podyplomowych. Fundusze delegowane są na zadania centralne oraz regionalne. Środki z funduszy unijnych pozyskiwane były od szczebla wojewódzkiego po poziom pojedynczych szkół. Wykorzystanie wsparcia unijnego zobrazować można na przykładzie projektów zrealizowanych w skali kraju i na poziomie regionalnym jednego województwa.	Projekt KOWEZIU „Szkoła zawodowa szkołą pozytywnego wyboru” (http://www.koweziu.edu.pl); http://www.efs.men.gov.pl , data wejścia 20.07.2015); W regionie realizowany był na przykład projekt: „Modernizacja zawodowego kształcenia zawodowego na Dolnym Śląsku” zrealizowany w dwóch etapach w latach 2009-2015 przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego z Dolnośląskim Centrum Informacji Zawodowej i Doskonalenia Nauczycieli w Wałbrzychu oraz w partnerstwie z ośmioma powiatami; (http://www.ciz.walbrzych.pl/modernizacja , data wejścia 10.08.2015 (Maziak - Gorzelańczyk, 2016)	Unia Europejska poprzez Europejski Fundusz Społeczny finansuje i wspiera cały wachlarz aktywności nakierowanej na wsparcie organizacji efektywnego kształcenia i szkolenia zawodowego. Wpływa w ten sposób na uatrakcyjnienie oferty edukacyjnej, podnosi kwalifikacje zawodowe uczniów, słuchaczy oraz nauczycieli tak aby odpowiadały one na potrzeby rynku pracy, niwelując negatywne trendy w bezrobociu w grupie absolwentów szkół zawodowych i wpływając pozytywnie na ich status zdrowotny.

	<p>Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - www.efs.gov.pl - Portal Funduszy Europejskich - strona poświęcona Funduszom Europejskim na lata 2007-2013. Można tu uzyskać informacje na temat aktualnie organizowanych szkoleń finansowanych przez EFS oraz spotkań informacyjnych i konferencji; - www.szkolenia-ue.pl - Szkolenia UE to ogólnopolski portal prezentujący pełne zestawienie aktualnych szkoleń finansowanych z funduszy unijnych; - www.funduszeonline.pl - na stronie znajduje się mapa oraz opis szkoleń i studiów podyplomowych finansowanych z funduszy unijnych; - www.inwestycjawkadry.pl - Podstawowe źródło informacji o realizowanych na terenie całego kraju projektach, które obejmują szkolenia współfinansowane ze środków 				
--	---	--	--	--	--

<p>Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Rozwoju, Ministerstwo Leśnictwa, Finansów, Srodowiska i inne resorty.</p>	<p>Administracja Rządowa, sektor odpowiedzialny za realizację polityki dotyczącej edukacji zawodowej.</p>	<p>Kierowanie działem Edukacja Narodowa w przypadku ME. Kierowanie działem pracy w przypadku M Pi PS. Inne resorty występują jako organy prowadzące szkoły zawodowe. Działania sektorowe na rzecz efektywnego kształcenia i szkolenia zawodowego.</p>	<p>Badania i raporty, regulacje przygotowane w Ministerstwach lub realizowane na ich zlecenie, dotyczące m.in. absorpcji absolwentów na rynku pracy, dostosowania programów nauczania do potrzeb rynku pracy - współpraca za biznesem, klasyfikacje</p>	<p>Monitorowanie bezrobocia i zatrudnienia wśród absolwentów szkół zawodowych. Badania i analizy rynku pracy prowadzone przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w latach 2012 do dziś. Badania MEN na temat systemów kształcenia w UE, w tym systemu</p>	<p>Europejskiego Funduszu Społecznego. Wyszukiwarka umożliwiająca znalezienie ofert według profilu (szkolenia lub studia podyplomowe), terminów realizacji, województw czy miejscowości, w których będą się odbywały zajęcia; - www.efs-szkolenia.com.pl - Baza aktualnych szkoleń dofinansowanych lub finansowanych przez Unię Europejską. Szkolenia EFS (w tym, e-learning) organizowane są dla przedsiębiorców, osób bezrobotnych lub zagrożonych wykluczeniem z rynku pracy³³</p>	<p>Zmiana modelu funkcjonowania szkolnictwa zawodowego na system dualny wpłynie zarówno na ramy programowe i kształcenia w szkołach zawodowych jak iuczyni pracodawców odpowiedzialnymi za uzyskiwane w ramach tego kształcenia kwalifikacje.</p>
---	---	---	---	---	--	---

³³ Więcej patrz: Kształcenie ustawiczne i jego rola w rozwoju zawodowym człowieka, Wojewódzki Urząd Pracy, Kielce (2011) http://www.wup.kielce.pl/images/stories/CIZ/Kształcenie_ustawiczne_www.pdf

<p>To wplynie pozytywnie na zatrudnialnosc absolwentow tych szkot i poprawi ich status zdrowotny.</p> <p>Dodatkowo reforma szkolnictwa zawodowego zwiakszy odpowiedzialnosc organow tworzszych tego typu szkoty za nadzor nad nimi, w tym sanitarny, BHP i w zakresie wyptniania programow oraz wspolpracy z pracodawcami.</p>	<p>dualnego. Róze raporty, wynikajace z badan zleconych przez MEN.</p>	<p>zawodow szkolnictwa zawodowego, standardy ksztalcenia nauczycieli, uznawanie i uzupelnianie kwalifikacji zawodowych, praktyczna nauka zawodu a takze akredytacja placowek doskonalenia zawodowego oraz zasady egzaminowania.</p> <p>W dziale praca regulowane sa kwestie organizacji i czasu pracy, BHP, rzemiosla, rehabilitacji spolecznej i zawodowej oraz zatrudniania osob niepełnosprawnych, zatrudnienia socjalnego, promocji zatrudniania i instytucji pracy, kwalifikacji zawodowych, przygotowania zawodowego mlodych i doroslych oraz zasad ich wygradzania, organizacji uzupelniajacego wyksztalcenia mlodziemy w OHP a takze klasyfikacji zawodow i specjalnoscí na rynku pracy.</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>Władze regionalne, Wojewoda - Kuratorium Oświaty Regionalne Centrum Rozwoju Edukacji.</p> <p>Oraz</p> <p>Samorząd terytorialny - Samorząd województwa - urzędy pracy oraz</p> <p>Samorząd powiatowy - PUP, PCPR. Samorząd gminny - urzędy pracy</p>	<p>Terenowa administracja rządowa i samorządowa. Samodzielny, autonomiczny samorząd terytorialny z wyspecjalizowanymi agencjami pośredniczącej pracy, bogata oferta doszkalania zawodowego i podnoszenia kwalifikacji.</p>	<p>Samorząd województwa jest odpowiedzialny za zakładanie i prowadzenie publicznych placówek kształcenia i doszkalania nauczycieli, bibliotek pedagogicznych oraz wybranych szkół o znaczeniu regionalnym i ponadregionalnym. Powiat i gmina w ramach zadań własnych mogą również zakładać i prowadzić placówki doszkalania nauczycieli, zakłady kształcenia nauczycieli i biblioteki pedagogiczne.</p> <p>Administracja samorządowa jest odpowiedzialna za pośredniczenie w pracy. Głównym aktorem samorządowym dla omawianej tematyki jest powiat, występujący również w roli organu prowadzącego większość szkół zawodowych a także samorządu najbardziej aktywnego w zakresie pośredniczenia w pracy oraz integrację zawodową.</p>	<p>Kuratoria Oświaty - programy, projekty m.in. Comenius Regio, „Uczenie się przez całe życie”. Program Komisji EU w dziedzinie edukacji i doszkalania zawodowego³⁴</p> <p>Samorząd terytorialny prowadzi działania na rzecz dostosowania szkolnictwa zawodowego do aktualnych potrzeb i warunków rozwoju gospodarczego i społecznego.</p> <p>Powiat jako organ prowadzący szkoły dba o zapewnienie odpowiednich warunków i infrastruktury do kształcenia zawodowego, prowadzi nadzór i kontrolę podległych mu jednostek, odpowiada za wyposażenie i dostosowywanie bazy szkoleniowej i dydaktycznej do potrzeb edukacyjnych i rynku pracy.</p> <p>Samorząd terytorialny finansuje również niezbędne placówek,</p>	<p>W Opolu projekt partnerski z czeskim Krajowym Urzędem Stredoceskeho Kraja, Nadrenią - Palatynatem w Niemczech i austriacką Styrią pod nazwą „Kształcenie zawodowe - duże wyzwania nowoczesnej edukacji”. Główne działania to: wzmocnienie europejskiego wymiaru edukacji poprzez promowanie współpracy pomiędzy lokalnymi i regionalnymi władzami oświatowymi w Europie oraz wzajemne uczenie się, wymiany dobrych praktyk, rozwijanie struktur współpracy międzynarodowej, w tym przygranicznej.</p> <p>RCE - Organizacja konferencji, zlecenie badań lub ich prowadzenie, realizacja projektów UE (np. Innowacyjna Szkoła zawodowa 2009-2012), tworzenie sieci współpracy na rzecz nowoczesnego szkolnictwa zawodowego.</p>	<p>Jest to grupa interesariuszy, która ma największy wpływ na nowy kształt szkolnictwa zawodowego. Każdy poziom samorządu terytorialnego, choć powiat najszerszej uczestniczy w zakładaniu i prowadzeniu placówek kształcenia i doszkalania zawodowego bądź doszkalania nauczycieli. W ten sposób samorząd terytorialny (powiat przede wszystkim) przejmując największą odpowiedzialność w kreowaniu nowoczesnego, efektywnego, odpowiadającego na potrzeby rynku pracy szkolnictwa zawodowego.</p> <p>Na tym poziomie krzyżuje się działalność administracji rządowej i samorządowej i jej agend, która powinna współpracować na rzecz identyfikacji potrzeb, w celu wypracowania jednolitych i efektywnych</p>
--	--	--	---	--	--

³⁴ Więcej patrz w: Zmiany w prawie oświatowym w zakresie szkolnictwa zawodowego, obowiązujące od 1 września 2012 roku. Zadania szkół kształcących w zawodach oraz organów prowadzących szkoły w świetle nowelizacji. www.kuratorium.opole.pl

<p>Centra Kształcenia Ustawicznego Centra Kształcenia Praktycznego Centra Kształcenia Ustawicznego i Praktycznego Centra Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Samorządowe Centrum/Centra Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Ośrodek/Ośrodk i Dokształcania i Doskonalenia Zawodowego Centra Edukacji Zawodowej Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji zawodowej i Ustawicznej (KOWEZIU)</p>	<p>CKU - jest publiczną placówką bezpłatną, najczęściej zespołem szkół, zwykle z wieloletnią tradycją, której zadaniem jest ustawiczne kształcenie osób dorosłych oraz umożliwienie im zdobycia zawodu. W wyniku transformacji CKU powstają centra kształcenia zawodowego i ustawicznego (CKZiU) a także centra kształcenia praktycznego (CKP). Z racji szerszego zakresu działalności CKZiU lepiej wpisują się w zmieniający się rynek edukacyjny oraz potrzeby rynku pracy CKZU to organ prowadzący szkoły dla</p>	<p>Dodatkowo powiat prowadzi wsparcie na rzecz rodzin z dysfunkcjami.</p>	<p>zagwarantowane są w dochodach jednostek samorządu terytorialnego działania oświatowe na swoim terenie. Środki na wynagrodzenia nauczycieli oraz utrzymanie szkół.</p>	<p>Współpraca z NGO's np. z Fundacją Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości organizowanie konferencji „Od pomysłu do sukcesu”, w ramach Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości (listopad)</p> <p>Kraków - kurs kwalifikacyjny w zawodzie kucharz, realizowany w ramach Programu Leonardo da Vinci, Projekt „Hospitality Counts!” oparty o założenia „TTT - Train the Trainer”, czyli dzieleniu się wiedzą i doświadczeniami kadry nauczycielskiej.</p> <p>Realizacja: Program Erasmus+ w dziedzinie edukacji, szkoleń,</p>	<p>standardów kształcenia zawodowego, mającego wpływ na rynek pracy i zdrowie.</p>
<p>Przygotowywanie rozwiązań służących rozwojowi kształcenia ustawicznego w systemie oświaty, w szczególności służących uzyskiwaniu lub podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przez osoby dorosłe dla potrzeb rynku pracy; projektowanie i realizowanie przedsięwzięć edukacyjnych dotyczących kształcenia ustawicznego, w tym kształcenia na odległość;</p>	<p>Prowadzenie kwalifikacyjnych kursów zawodowych, działania w zakresie poradnictwa zawodowego i informacji zawodowej. Współpracuje z pracodawcami i organizacjami pracodawców.</p>	<p>Przygotowywanie rozwiązań służących rozwojowi kształcenia ustawicznego w systemie oświaty, w szczególności służących uzyskiwaniu lub podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przez osoby dorosłe dla potrzeb rynku pracy; projektowanie i realizowanie przedsięwzięć edukacyjnych dotyczących kształcenia ustawicznego, w tym kształcenia na odległość;</p>	<p>Przygotowywanie rozwiązań służących rozwojowi kształcenia ustawicznego w systemie oświaty, w szczególności służących uzyskiwaniu lub podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przez osoby dorosłe dla potrzeb rynku pracy; projektowanie i realizowanie przedsięwzięć edukacyjnych dotyczących kształcenia ustawicznego, w tym kształcenia na odległość;</p>	<p>Współpraca z NGO's np. z Fundacją Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości organizowanie konferencji „Od pomysłu do sukcesu”, w ramach Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości (listopad)</p> <p>Kraków - kurs kwalifikacyjny w zawodzie kucharz, realizowany w ramach Programu Leonardo da Vinci, Projekt „Hospitality Counts!” oparty o założenia „TTT - Train the Trainer”, czyli dzieleniu się wiedzą i doświadczeniami kadry nauczycielskiej.</p> <p>Realizacja: Program Erasmus+ w dziedzinie edukacji, szkoleń,</p>	<p>Działania służące aktywizacji osób bezrobotnych i biernych zawodowo, kierowane przede wszystkim do grup znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy. Obejmują one podnoszenie potencjału zawodowego, rozwój oraz zdobywanie nowych kwalifikacji i doświadczeń zawodowych m.in. w drodze szkoleń, praktyk, staży i doradztwa, a także promocję i rozwój przedsiębiorczości i samozatrudnienia.</p>

	<p>dorosłych, szkoły prowadzące szkolenie zawodowe i inne placówki. Można je połączyć w Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego. W skład takiego Centrum powinna wchodzić przynajmniej jedna szkoła kształcenia zawodowego.</p>		<p>służących monitorowaniu procesu kształcenia ustawicznego w systemie oświaty, w szczególności w zakresie uzyskiwania lub uzupełniania umiejętności i kwalifikacji zawodowych;</p> <p>opracowywanie programów i materiałów edukacyjnych do prowadzenia kształcenia ustawicznego, w tym kształcenia na odległość, oraz przygotowanie kadry do realizacji tych programów;</p> <p>opracowywanie programów, materiałów i narzędzi służących do prowadzenia doradztwa zawodowego w systemie oświaty oraz przygotowywanie kadry dla ich realizacji;</p> <p>promowanie innowacyjnych i eksperymentalnych projektów z zakresu kształcenia ustawicznego w systemie oświaty, w szczególności umożliwiających uzyskiwanie lub uzupełnianie umiejętności i kwalifikacji zawodowych;</p>	<p>młodzieży i sportu. Wszedł on w życie 1 stycznia 2014 r. i zintegrował dotychczasowe programy: „Uczenie się przez całe życie” (Erasmus, Leonardo da Vinci, Comenius i Grundtvig), „Młodzież w działaniu” oraz Jean Monnet, Erasmus Mundus, TEMPUS, ALFA, EDUlink.</p> <p>Liczne konferencje, spotkania, meetingi, konkursy, targi itp.</p>	
--	---	--	--	---	--

	<p>Pracodawcy</p> <p>Instytucje rynkowe otoczenia, zainteresowane współpracą z szkołami zawodową i zatrudnianiem absolwentów. Są to np. Stowarzyszenie Pracodawców. Z ang. Corporate Social Responsibility społeczna odpowiedzialność biznesu. MAKRO Cash and Carry Polska S.A., VENTOR Sp. z o.o. w Dębicy, Kompania Węglowa S.A. w Katowicach, Drukarnia Kolejowa Kraków sp. z o.o. w Krakowie, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Kielcach³⁵</p>	<p>Współpraca pracodawców ze szkołami zawodowymi jest od dawna w centrum zainteresowań środowisk związanych z edukacją oraz światem gospodarki. W Polsce wdrażany jest dualny system szkolnictwa zawodowego, polegającego na włączeniu pracodawców w system identyfikacji potrzeb kwalifikacyjno-zawodowych na rynku pracy oraz weryfikacji wymagań kwalifikacyjnych. Spojrzenie takie jest szczególnie cenne, gdy mą wymiar sektorowy. Przykładem takich działań było włączenie pracodawców w proces opracowywania, recenzowania i konsultowania podstaw programowych kształcenia w zawodach.</p>	<p>Współpraca pracodawców z szkołami zawodowymi polegająca na organizacji zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, a także konsultacjach, pozyskiwaniu materiałów szkoleniowych, organizowaniu wycieczek przedmiotowych oraz konkursów, turniejów i olimpiad dla uczniów.</p> <p>Wprowadzane od 1 września 2012 roku zmiany w kształceniu zawodowym rozszerzają ww. katalog form współpracy szkół z pracodawcami m.in. o: współpracę przy opracowywaniu programu nauczania dla zawodu, w tym praktycznej nauki zawodu, przeprowadzanie części praktycznej egzaminu potwierdzającego</p>	<p>Program POWER - Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020 oraz Regionalne Programy Operacyjne. Działania służące rozwojowi tej współpracy zaplanowano zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym. Opisane są one przede wszystkim w Prioryecie inwestycyjnym 10.3. Poprawa dostępności i wspieranie uczenia się przez całe życie. Ważnym aspektem planowanych działań jest współpraca szkół zawodowych z ich otoczeniem, w tym rozwój tzw. partnerstw wiedzy (szkoły, pracodawcy, urzędy pracy, uczelnie). Projekt „Monitorowanie i doskonalenie podstaw programowych kształcenia</p>	<p>Większość polskich pracodawców ma trudności z zrehabilitowaniem odpowiedzialnych im pracowników. Badanie Bilans Kapitału Ludzkiego wykazało, że w 2012 r. aż 76% pracodawców wskazywało na problemy z znalezieniem odpowiednich kandydatów do pracy. Przyczyną tego zjawiska jest niedostosowanie kwalifikacji pracowników do potrzeb rynku pracy.</p>	<p>tworzenie baz danych i zbiorów informacji w zakresie kształcenia ustawicznego w systemie oświaty oraz prowadzenie działalności wydawniczej w tym zakresie.</p>
--	---	--	---	--	---	---

³⁵ Więcej patrz: Współpraca pracodawców ze szkołami zawodowymi. Terazniejszość i przyszłość, KOWEZIU, 2013

<p>Samorząd gospodarczy</p>	<p>Samorząd gospodarczy reprezentuje środowiska przedsiębiorców i poprzez działania na rzecz przedsiębiorczości wspiera rozwój</p>	<p>a. wspieranie rozwoju przedsiębiorczości b. decentralizacja zadań administracji c. odciążenie administracji rządowej</p>	<p>a. samorząd gospodarczy rzemiosła b. samorząd zawodowy niektórych przedsiębiorstwa c. izby gospodarcze</p>	<p>kwifikacje w zawodzie, udział pracodawców jako egzaminatorów w egzaminie potwierdzającym kwalifikacje zawodowe.</p>	<p>w zawodach”, który doprowadził do powstania sieci branżowych. Projekt „Edukacja dla pracy” realizowanym przez KOWEZIU³⁶, w ramach którego do końca 2015 roku przeszkolono 18 000 przedstawicieli gimnazjów. Niemniej ważnym działaniem, zaplanowanym na lata 2014-2020, jest uruchomienie studiów podyplomowych dla doradców zawodowych. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, odpowiada za monitorowanie procesu wdrażania podstawy programowej kształcenia w zawodach i współpracy szkół z pracodawcami. Tworzenie tzw. klas patronackich.</p>	<p>Samorząd gospodarczy rzemiosła promuje działalność gospodarczą i społeczno-zawodową rzemiosła, sprasowuje nadzór</p>
------------------------------------	--	---	--	--	--	---

³⁶ Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji zawodowej i Ustawicznej

		<p>i samorządu terytorialnego</p> <p>d. promowanie gospodarki</p> <p>e. reprezentacja interesów przedsiębiorców</p> <p>f. wspieranie rozwoju gospodarczego kraju</p>	<p>Organizacyjno-prawnymi formami samorządu gospodarczego rzemiosła są:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cechy (organizacje zrzeszające rzemieślników według kryterium terytorialnego lub według rodzaju działalności gospodarczej. Podstawą utworzenia cechu jest uchwalenie statutu przez co najmniej 10 członków) 2. izby rzemieślnicze (organizacje zrzeszające cechy, spółdzielnie rzemieślnicze, rzemieślników niezależnych do cechów a także inne jednostki organizacyjne, jeżeli ich celem jest wspieranie rozwoju gospodarczego rzemiosła. Podstawą utworzenia jest uchwalenie statutu przez co najmniej 5 cechów założycieli) 	<ul style="list-style-type: none"> • Misja do Arabii Saudyjskiej i Omanu • Fundusze unijne dla osób z niepełnosprawnością. <i>Webinarium</i> • Pożyczki w ramach projektu pilotażowego na wspierania innowacji • Strategiczne projektowanie innowacji w biznesie. Konferencja w PARP • Międzynarodowa giełda kooperacyjna w Londynie • Giełda kooperacyjna w Las Vegas 	<p>nad organizacją i przebiegiem procesu przygotowania zawodowego w rzemiośle, udziela pomocy rzemieślnikom i innym przedsiębiorcom zrzeszonym w organizacjach samorządu gospodarczego rzemiosła, reprezentuje interesy środowiska rzemieślniczego wobec organów administracji publicznej, realizuje zadania z zakresu oświaty i wychowania w celu zapewnienia wykwalifikowanych dla gospodarki.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>3. Związek Rzemiosła Polskiego (w ZRP mogą się zrzeszać izby rzemieślnicze, a także cechy o zasięgu ogólnopolskim. ZRP może być utworzony z inicjatywy co najmniej 10 izb rzemieślniczych oraz cechów ogólnopolskich)</p>

Rozdział czwarty

PRAWO DOSTĘPU DO INTERNETU I INNYCH
NARZĘDZI CYBERPRZESTRZENI
JAKO ZAGADNIENIE KLUCZOWE
DLA INTEGRACJI I AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH RODZIN.
POTENCJALNY MODEL HIA, ZASTOSOWANIE
W ADEKWATNYCH DZIAŁANIACH
POLITYKI SPOŁECZNEJ

Anna Mokrzycka, Iwona Kowalska-Bobko

Wstęp

Problematyka oceny skutków zdrowotnych (HIA) w stosunku do różnych działań w obszarze polityki społecznej, czy raczej polityk społecznych, a także w kontekście coraz większych obciążeń powszechnych systemów ochrony zdrowia, zyskuje istotnie na znaczeniu. W zderzeniu z coraz powszechniej występującymi problemami cywilizacyjnymi i systemowymi, a do nich z pewnością należy kwestia niepełnosprawności i jej skutków, a także wobec zdobyczy, ale jednocześnie wyzwań stawianych przez nowe technologie, podjęty niniejszym problem wydaje się niezwykle ważny. **Ocena skutków zdrowotnych dostępności Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni** nie jest zadaniem prostym biorąc pod uwagę specyfikę możliwych w tym względzie metod - szczególnie gdy myślimy o sferze „miękkich” oddziaływań, mierzalnych jedynie za pomocą instrumentarium subiektywnej samooceny własnego stanu zdrowia. Nie powinno to jednak przekreślać możliwości wprowadzania i stosowania procedur, narzędzi, technik - czy ogólnie **modeli oceny HIA** także w tym zakresie, szczególnie **w kontekście problemu usuwania nierówności w zdrowiu**, co aktualnie stanowi istotny problem nie tylko w Europie¹.

¹ Townsend P., Davidson N., (1982), *Inequalities in health: The Black report*, Penguin, Harmondsworth.

Informatyzacja rozumiana jako proces udostępniania technologii cyfrowych, jej wpływ na zdrowie zarówno jednostki, jak i całej populacji to kwestia dziś niezwykle istotna z punktu widzenia systemowego podejścia do zdrowia, które powinno znajdować odzwierciedlenie w działaniach odpowiedzialnych instytucji. Dostęp do danych i informacji systemowych w ochronie zdrowia, nie tylko tych ważnych dla konkretnej osoby, ale i tych kluczowych dla decydentów, do wiedzy o determinantach zdrowia, ryzykach zdrowotnych, działaniach promocji zdrowia i profilaktyce jest dziś możliwy w tak szerokim zakresie dzięki **upowszechnianiu technologii cyfrowych**. Rozwijająca się dziedzina e-health, wdrażania nowych technologii cybernetycznych do sektora zdrowotnego, to nadal tylko część obszernego tematu, jakim jest wykorzystanie technik informatycznych dla zdrowia zarówno jednostki, jak i społeczności. W wielu krajach zostało to zauważone i znalazło odzwierciedlenie w fachowej literaturze odnoszącej się do prowadzonych aktualnie badań. Dzięki wykorzystaniu Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni, informacje takie, jak dane czy wyniki badań, udostępniane są bez przeszkód szerokiemu gronu odbiorców. W przypadku osób niepełnosprawnych Internet, cyberprzestrzeń, jej narzędzia i procedury, w tym odpowiednie oprogramowanie i dostosowany sprzęt komputerowy, stanowią często dla kwestii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu czy reintegracji warunków *sine qua non*. Dotyczy to również sfery **uwarunkowań zdrowia, dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym profilaktyki, promocji zdrowia i informacji prozdrowotnych**². Bez dostępu do Internetu i szeroko rozumianej cyberprzestrzeni z jej narzędziami i procedurami nie można dziś mówić o pełnej partycypacji społecznej.

Zagadnienie odpowiednich dla kwestii oceny wpływu na zdrowie (HIA) rozwiązań modelowych, potwierdzających **przydatność analiz HIA** w tym względzie, ma szczególne znaczenie **w stosunku do inkluzyjnej polityki społecznej adresowanej do osób niepełnosprawnych**. Problem dostrzeżono na poziomie międzynarodowym i uznano, że konieczne jest stworzenie w tym zakresie wspólnych standardów³. Istotne jest pytanie, jaki charakter ma związek między możliwościami oferowanymi dzięki technologiom, procedurom, narzędziom niezbędnym do podejmowania aktywności w cyberprzestrzeni i stanem zdrowia. Pojęcie

² Zarówno WHO, jak i UE wielokrotnie zajmowały się wpływem społecznych determinant na zdrowie, co znajduje wyraz w publikacjach takich jak m.in. w: Health equity through action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of Health, WHO 2007 czy Health inequalities in the EU Final report of a consortium Consortium lead: Sir Michael Marmot, European Commission 2013.

³ 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: <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf> (dostęp grudzień 2016)

zdrowia jest tu rozumiane szeroko, adekwatnie do dobrze już ugruntowanej definicji WHO, nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności, uwzględniając szereg istotnych społecznych czynników wpływających na zdrowie, włącznie z takimi kategoriami, jak samoocena własnego stanu zdrowia czy poczucie zadowolenia ze swojej sytuacji społeczno-zdrowotnej. W kontekście kolosalnego przyspieszenia technologicznego w analizowanym obszarze - **wpływu dostępności Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni na zdrowie** - konieczne jest dopasowanie narzędzi i instrumentów, także w szeroko rozumianej polityce społecznej, do szczególnych potrzeb grup tzw. defaworyzowanych. We współczesnym świecie zarówno obowiązujące powszechnie regulacje międzynarodowe, jak i przepisy krajowe nakazują skutecznie **przeciwdziałać dyskryminacji osób niepełnosprawnych**, co w pełni dotyczy także standardu równego dostępu do zdrowia.

Możliwość przedstawienia propozycji **międzyinstytucjonalnego modelu HIA** w stosunku do kwestii stanowiących przedmiot przeprowadzanych analiz stanowiła jeden z głównych celów podjętych i opisanych badań⁴. Model taki wymagałby uwzględnienia wyników i **rekomendacji z projektu Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji**, jako aktualnie dostępnego i rekomendowanego materiału referencyjnego oraz możliwości zastosowania w kontekście **procedur OSR** w odniesieniu do regulacji potencjalnie dotyczących problematyki zdrowia i warunkujących je technologii cyfrowych. W tym kontekście uwagę należy skoncentrować na **aspektach instytucjonalnych**: to właśnie dla publicznych instytucji zastosowanie ewentualnych modeli oceny wpływu na zdrowie konkretnych działań polityki społecznej ma szczególne znaczenie, nie tylko pod względem efektywności, racjonalności ale i społecznego rozwoju⁵. Dotyczy to w pełni zagadnienia **technologicznych uwarunkowań społecznej polityki integracyjnej adresowanej do osób niepełnosprawnych**, a zatem **dostępności Internetu i jego narzędzi wśród tej grupy osób w kontekście nierówności w zdrowiu**.

Uwarunkowania polityki społecznej integracji osób niepełnosprawnych

Zagadnienie niepełnosprawności, zgodnie z zasadami dobrze już utrwalonymi w unijnych regulacjach, powinno być przedmiotem działań realizowanych **wie-**

⁴ Założono, że chodzi w tym przypadku o szerszy kontekst stosowania HIA: por. Morgan RK. Health impact assessment: the wider context. Bull WHO 2003; 81(6):390

⁵ Przykładem może być np. kierowanie wytycznych do oceny HIA do administracji lokalnej: 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 (dostęp grudzień 2016)

łopłaszczywno i podejmowanych w zakresie różnych polityk. Tradycyjnie problem ten był postrzegany jako należący do zadań z dziedziny polityki społecznej czy zdrowotnej, aktualnie natomiast jest to również jedna z kwestii zasadniczych dla obszaru innych polityk: infrastruktury, transportu, zatrudnienia, czy kultury i edukacji. Nowe podejście, które od przełomowego momentu w 2003 r, ogłoszonym rokiem niepełnosprawności w UE, zyskuje coraz bardziej na znaczeniu, nie jest możliwe do implementowania bez zaangażowania zróżnicowanych instytucji publicznych - należących do różnych sektorów i podlegających innym organom decyzyjnym.

Ramy strategiczne dla działań instytucjonalnych zasadniczo wyznacza **strategia UE na rzecz wzrostu gospodarczego obejmująca pięć celów** (w zakresie zatrudnienia, innowacji, edukacji, włączenia społecznego oraz zmian klimatu/energii - przewidywana realizacja do 2020 r.) - Europa 2020. Wszystkie trzy główne inicjatywy przewodnie: zatrudnienie, sprawy społeczne i inkluzja społeczna w perspektywie rozwoju technologii cyfrowych zyskują nowy wymiar i uzasadniają podjęcie zagadnienia dostępności Internetu oraz cyberprzestrzeni w kontekście HIA i niepełnosprawności. Wyniki analiz jak i opracowane modele HIA w tym zakresie mogłyby stanowić propozycje całkowicie adaptowalne do pozostałej części populacji, biorąc pod uwagę coraz częściej wskazywany problem powszechnych niedoborów w sferze posługiwania się tymi technologiami. Tzw. **niepełnosprawność cyfrowa** może stanowić problem nie tylko osób niepełnosprawnych, ale i populacji osób w wieku podeszłym, o niskim poziomie wykształcenia lub z obszarów o niskiej „gęstości” dostępności tych technologii.

W Polsce takie długookresowe strategie rozwoju społecznego wyznacza **Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Integracji**. W tym miejscu trzeba podkreślić, że niepełnosprawność to jedna z najistotniejszych przyczyn ubóstwa i wykluczenia, a dostępność Internetu i przestrzeni cyfrowej to często wyjątkowo istotne czynniki wspierające (warunkujące) aktywną integrację - nie tylko osób niepełnosprawnych, choć w tym przypadku często kluczowe. Aktualnie same **mechanizmy polityki społecznej adresowane do osób niepełnosprawnych są często uwarunkowane wykorzystaniem technologii i przestrzeni cyfrowych**.

W odniesieniu do podejmowanego w ramach niniejszego komponentu raportu zagadnienia, jakim jest dostęp osób niepełnosprawnych do Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni, w sposób naturalny sektorem zaangażowanym w zakres problemu staje się **grupa instytucji, których przedmiotem działania jest szeroko pojmowana cyfryzacja społeczeństwa**. Chodzi tu w pierwszej kolejności o powszechną cyfryzację, natomiast w kontekście podejmowanej analizy o adekwatne działania skierowane do grup szczególnie narażonych na wykluczenie z dostępu do związanych z tzw. cyberprzestrzenią technologii. Wśród tych ostatnich są oczywiście osoby niepełnosprawne.

Problem dostępu do Internetu osób z niepełnosprawnością, jak stwierdzono wcześniej, jest szczególnie istotny z punktu widzenia wpływu na szeroko rozumiany **dobrostan osób niepełnosprawnych**. Analiza instytucji faktycznie i potencjalnie zaangażowanych w procesy wzmacniania możliwości tych osób i realizacji tej dostępności, instytucjonalnych możliwości, procedur, instrumentów oraz środków w pierwszej kolejności w oczywisty sposób powinna dotyczyć działań ze sfery polityki społecznej. Jak sygnalizowano powyżej, dla problemu szczególnie ważne będą również „**alianse**” instytucyjne, **dzięki którym sektor społeczny i jego jednostki będą mogły uzyskać wsparcie dla kompleksowych działań**, wielokierunkowych (zaangażowanie różnych sektorów) i wielopoziomowych (zaangażowanie na poziomie generalnym - krajowym oraz na poziomach lokalnych). Jest to konieczne w kontekście naturalnego ograniczenia w obszarze polityki społecznej adresowanej do osób niepełnosprawnych - działania tej sfery w pierwszej kolejności są ukierunkowane w oczywisty sposób na zaspokajanie potrzeb socjalnych.

Jak już wcześniej wskazywano, z danych pochodzących z raportu i 2010 - **First Annual Report on the European Information Society**⁶ wynika, że w 2005 roku 57% mieszkańców UE nie korzystało regularnie z Internetu: największą grupę wiekową (67% danej grupy) korzystającą z Internetu regularnie stanowiły osoby w wieku od 16 do 24 lat, najmniejszą z kolei (10% badanej grupy) stanowiły osoby starsze powyżej 65 roku życia. Tylko 3% poddanych analizie publicznych stron internetowych spełniało zaledwie minimalne normy i wytyczne dotyczące dostępności, utrudniając tym samym osobom niepełnosprawnym dostęp do nich. Aktualnie dane te nieco się poprawiły - jednak nie dotyczy to zasadniczo osób niepełnosprawnych. Statystycznie⁷ w roku 2011 według raportu GUS dostęp do Internetu posiadało 67% gospodarstw domowych. Wzrost w okresie jednego roku (w stosunku do 2010) wynosił 3%⁸.

Zgodnie z zebraną informacją jako **przyczyny braku dostępności do Internetu** w tym samym, 2011 roku, wskazywano brak potrzeby posiadania dostępu do sieci w domu (jednak w tym przypadku wskaźnik systematycznie wzrastał,

⁶ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions : i2010 - First Annual Report on the European Information Society {SEC(2006)604} Brussels, 19.5.2006 COM(2006) 215 final, tekst dostępny na stronie: <http://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/i2010-first-annual-report-european-information-society> (dostęp: 10.12.2014)

⁷ Raport GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2006-2011*, red. D. Rozkruta, Raport GUS, Szczecin 2012, http://www.stat.gov.pl/gus/nauka_tech_nika_PLK_HTML.htm (dostęp 11.12.2015)

⁸ Problem cyfryzacji jest też istotny w kontekście Długookresowej Strategii Rozwoju Społecznego do 2030 i Średniookresowej Strategii Rozwoju Społecznego do 2020 oraz dziewięć strategii zintegrowanych.

w 2011 r. wynosił 53,6%), brak wymaganych umiejętności oraz wysokie ceny sprzętu i opłat za dostarczane usługi⁹. Niestety w grupie osób niepełnosprawnych trudno jest określić skalę problemu w tak dokładny sposób - Polskie dane statystyczne nie są spójne już w zakresie wskazania dokładnej liczby osób niepełnosprawnych, co komplikuje dodatkowo zróżnicowanie form niepełnosprawności. Nie wiadomo też, ile jest takich odbiorców usług Internetowych - użytkowników przestrzeni cyfrowej wśród niepełnosprawnych.

Dostępne informacje pochodzą z roku 2002, kiedy przeprowadzono Narodowy Spis Powszechny. Wobec problemu wynikającego z faktu istnienia różnych systemów orzecznictwa o niepełnosprawności i sporej grupy takich osób, które nie zostały w tych systemach „zidentyfikowane” jako niepełnosprawne, można jedynie szacunkowo wskazać pewne wartości w tym względzie. Zakłada się zatem, że w populacji tej zaledwie 20-30 % korzysta z Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni¹⁰. Jak wynika z raportu i2010 tylko 3% poddanych analizie publicznych stron internetowych spełniało zaledwie minimalne normy i wytyczne dotyczące dostępności, utrudniając tym samym osobom niepełnosprawnym dostęp do nich¹¹.

Istotne problemy w kontekście analizowanego zagadnienia odgrywa **problem braku możliwości zakupu sprzętu adekwatnego do specyficznych potrzeb osób niepełnosprawnych** - co stanowi istotną różnicę w stosunku do reszty populacji, gdzie problemem zasadniczo jest brak odpowiednich umiejętności lub wiedzy. Osoby niepełnosprawne napotykają także na **problemy nieadekwatnych treści** - ze względu na specyficzne potrzeby lub dysfunkcje. W tym kontekście i zgodnie z przyjętymi założeniami niezbędnym warunkiem partycypacji społecznej są wspomniane gwarancje prawa dostępu tych osób do Internetu i cyberprzestrzeni. Gwarancje te najczęściej mogą być zrealizowane jedynie przy **wspieraniu ze strony podmiotów instytucjonalnych**. Podobnie kwestia poszukiwania, analizy i dyseminacji przykładów i dobrych praktyk odnoszących się do poruszanego problemu, zwalczania barier w dostępie i wdrażania ułatwień to zadania dla podmiotów nie tylko o odpowiednim potencjale i zasobach, ale też wyraźnie określonej odpowiedzialności lub misji w sferze publicznej.

⁹ „Diagnoza Społeczna 2011”, red. J. Czapiński, T. Panek, Vizja Press & IT, Warszawa 2011

¹⁰ W wyniku spisu powszechnego została wskazana liczba osób niepełnosprawnych w Polsce na poziomie 5, 5 mln.

¹¹ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: i2010 - First Annual Report on the European Information Society {SEC(2006)604} Brussels, 19.5.2006 COM(2006) 215 final, [tekstdostępny na stronie: http://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/i2010-first-annual-report-european-information-society](http://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/i2010-first-annual-report-european-information-society) (dostęp: 10.12.2014) oraz *i2010 eGovernment Action Plan: acceleration of Government in Europe for the benefit of all*. COM(2006) 173.

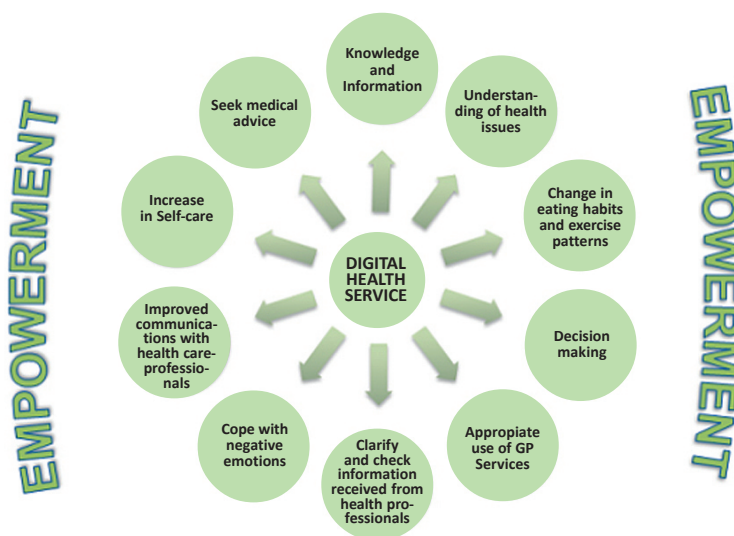
Internet i cyberprzestrzeń, zgodnie z aktualnym podejściem, zostały zdefiniowane jako obszar „dóbr publicznie dostępnych”, stąd sprawa organizacji, zasad i metod ich zagwarantowania powinna należeć do instytucji tejże publicznej sfery. Jak wskazywano, konieczne jest zapewnienie szczególnego wsparcia przede wszystkim ze strony instytucji państwowych. Te z kolei powinny współpracować z innymi podmiotami - twórcami, programistami i innymi profesjonalistami oraz osobami zarządzającymi stronami internetowymi. Wszystkie wskazane zadania i pola aktywności uwarunkowane są koniecznością przyjęcia odpowiednich regulacji prawnych - przepisów adekwatnych do potrzeb i problemów o.n. w sposób precyzyjny odnoszących się do gwarancji dostępu, odpowiedzialności różnych instytucji i podmiotów publicznych¹².

Kwestia dostępności Internetu i cyberprzestrzeni odnosi się zasadniczo do problemu upodmiotowienia w ochronie zdrowia, którego warunkiem w określonych sytuacjach jest zagwarantowanie takiego dostępu dzięki technikom/ serwisom wykorzystującym Internet i cyberprzestrzeń z całym technologicznym instrumentarium w celu przekazywania informacji, kontroli możliwości/ dostępności świadczeń (listy kolejkowe). Można tu mówić o takich kryteriach oceny wpływu na zdrowie, jak:

- Wzmocnienie wiedzy/ zasobów informacji;
- Poprawa rozumienia problemów zdrowotnych;
- Zmiana nawyków żywieniowych i propagowanie wzrostu poziomu aktywności fizycznej;
- Wzmocnienie procesu podejmowania decyzji (racjonalizacja);
- Poprawa adekwatności korzystania ze świadczeń podstawowych;
- Poprawa/ poszerzenie możliwości wyjaśnienia i sprawdzenia (weryfikacji) informacji przekazanej przez profesjonalistów;
- Poprawa umiejętności w sferze radzenie sobie z negatywnym nastawieniem;
- Poprawa komunikacji z profesjonalistami ochrony zdrowia;
- Wzrost (poprawa) umiejętności dbałości o samego siebie;
- Ułatwienia w poszukiwaniu porady medycznej.

Kryteria te zostały zamieszczone na schemacie upodmiotowienia w kontekście „digitalizacji” świadczeń zdrowotnych, co ilustruje model zamieszczony niżej.

¹² Wiele aspektów tzw. wykluczenia cyfrowego, w tym osób niepełnosprawnych, porusza M. Popiółek w materiale pod tym tytułem: Popiółek M., *Wykluczenie cyfrowe w Polsce*, Uniwersytet Opolski oraz R. Mastyk - autor stosuje pojęcie podziałów cyfrowych jako przyczyny nierówności społecznych, Mastyk R., *Obywatel w społeczeństwie informacyjnym*, NOMOS, Kraków 2010, s. 36.



Ryc. 1.

Empowering patients through e-health (Upodmiotowienie w ochronie zdrowia i digitalizacja świadczeń)

Źródło: Empowering patients through e-health, <http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/846/1014>, w: Wright S. H., Ghani I., Parry J., *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Service*, in: The Journal of Community Informatics vol. 9, no 2(2013) (dostęp luty 2016)

W analizie zastosowano Matrycę Analizy Instytucjonalnej (MAI), która została opisana w poprzednim rozdziale. W badaniu został określony zakres działań instytucjonalnych. Przedmiotem zainteresowania są tu przede wszystkim projekty i inicjatywy proponowane i realizowane przez interesariuszy, ukierunkowane na pozytywne zmiany. Ponadto kluczowe są przykłady dobrych praktyk, szczególnie w kontekście opracowania wytycznych, zasad i standardów, które mogłyby być upowszechniane/ przenoszone na inne obszary lub grupy. W stosunku do Internetu i cyberprzestrzeni aktywność instytucjonalną w znaczeniu przedmiotowym wyznaczają takie kwestie, jak:

- Techniczne warunki (parametry) stron internetowych
- Technologie asystujące
- Programy e-Europa (europejskie dobre praktyki)
- Projekty, programy i inne formy wsparcia w Polsce (dobre praktyki krajowe)
- Lista instytucji potencjalnie współpracujących (międzysektorowość) - identyfikacja, analiza, potencjalne możliwości HIA.

Trzeba w tym miejscu zauważyć, że Polska w porównaniu do krajów UE w kontekście dostępności Internetu dla osób niepełnosprawnych wypada bardzo źle: badania wykazały, że **tylko 8% stron internetowych administracji publicznej spełnia standardy UE** (adekwatne do potrzeb osób niewidomych czy głucho-

niemych - inne nie były zasadniczo badane). **Polska tym samym znalazła się w grupie 8 najgorzej ocenionych krajów UE**¹³.

W analizie instytucji wykorzystano również wskazany wcześniej **Model upodmiotowienia w ochronie zdrowia**¹⁴ dzięki technikom / serwisom wykorzystującym Internet/ cyberprzestrzeń w relacji do HIA. W tym przypadku na bazie wskazanych w modelu obszarów, w których odpowiednie działania mogą przyczynić się do wsparcia pacjenta w relacji do systemu ochrony zdrowia, możliwe jest zdefiniowanie kryteriów opisu roli i wpływu oraz obszaru działania danej instytucji. Kryteria te to zgodnie z poniższym:

- Wzmocnienie wiedzy/ zasobów informacji;
- Poprawa rozumienia problemów zdrowotnych;
- Zmiana nawyków żywieniowych i propagowanie wzrostu poziomu aktywności fizycznej;
- Wzmocnienie procesu podejmowania decyzji (racjonalizacja);
- Poprawa adekwatności korzystania ze świadczeń podstawowych;
- Poprawa/ poszerzenie możliwości wyjaśnienia i sprawdzenia (weryfikacji) informacji przekazanej przez profesjonalistów;
- Poprawa umiejętności w sferze radzenia sobie z negatywnym nastawieniem;
- Poprawa komunikacji z profesjonalistami ochrony zdrowia;
- Wzrost (poprawa) umiejętności dbałości o samego siebie;
- Ułatwienia w poszukiwaniu porady medycznej.

Przywołany już wcześniej wielodyscyplinarny model HIA w kontekście analizy istotnych w przedmiotowym obszarze instytucji może być przydatny do wskazania i oceny zaangażowania tychże instytucji w działania ukierunkowane na **wzmocnienie statusu zdrowotnego poprzez działania ukierunkowane na zróżnicowane zagadnienia odnoszące się do niepełnosprawności, cyberprzestrzeni i skutków zdrowotnych**. Odwołuje się on do dwojakiej genezy HIA - zdrowia środowiskowego i promocji zdrowia jako obszarów/ dyscyplin istotnych dla powstania HIA. Ta interdyscyplinarność HIA została określona poprzez wskazanie czterech głównych obszarów (wytyczne International Association of Health Impact Assessment w sferze praktyki HIA): **1) politykę zdrowotności publicznej (healthy public policy), 2) promocję zdrowia (health promotion), 3) badania**

¹³ Raport Polscy niepełnosprawni cyfrowo wykluczeni: <http://www.wprost.pl/ar/312553/Polscy-niepelnosprawni-cyfrowo-wykluczeni> (dostęp 14.03.2016).

¹⁴ Model opublikowany w *The Journal of Community Informatics* vol. 9, no 2(2013): Sue Heather Wright, Irfan Ghani, Jaine Parry, vol 9, *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Service* - Figure 2 Empowering Patients through EHealth: na stronie: <http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/846/1014> (10.04.2016), Autorzy zwracają uwagę na szereg korzyści zdrowotnych wynikających z samego tylko faktu dostępności do serwisu internetowego poprzez aplikacje e-health, co znacząco wpłynęło np. na wzrost motywacji do kontaktu z lekarzem.

systemu zdrowotnego (health system research) oraz 4) regulacje zdrowotne (health regulations). Tak rozgraniczone obszary jednocześnie wyznaczają cztery grupy instytucji wraz z obszarem ich działania/ aktywności).

Obszary identyfikacji instytucji zaangażowanych w problemy niepełnosprawności - kryterium statusu formalnoprawnego

Na wskazane powyżej główne obszary zaangażowania instytucji w sensie rodzaju - typu aktywności nakłada się inne kryterium, odnoszące się do **statusu formalnoprawnego: własności i funkcjonowania w relacji do powinności w sferze publicznej lub interesu własnego (rynkowego)**. W tym świetle przede wszystkim kluczowe jest rozróżnienie na dwa podstawowe katalogi podmiotów: **sferę publicznej i prywatnej**. Poza tym dychotomicznym podziałem należy wskazać - być może znacznie istotniejsze - struktury, organizacje czy gremia. Ostatecznie cała grupa instytucji w tym ujęciu może być uszeregowana następująco:

- **Interesariusze sfery publicznej - zabezpieczenia społecznego niepełnosprawnych:** administracja różnych szczebli, w tym rządowa, szczególnie właściwe ministerstwa, administracja terytorialna, samorządy terytorialne, instytucje i agencje wyspecjalizowane, w tym szczególnie zaangażowane w zagadnienia cyfryzacji, niepełnosprawności, rehabilitacji, innowacyjności
- **Interesariuszeniepubliczni non-profit:** stowarzyszenia, NGO działające na rzecz osób niepełnosprawnych, integracji społecznej i wyrównywania szans, zwalczania wykluczenia społecznego, wspomagania edukacji i zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- **Podmioty biznesowe:** firmy producenckie - producenci sprzętu komputerowego i narzędzi dostosowujących oraz technik (specjalistyczny sprzęt), firmy programistyczne, administratorzy stron internetowych, specjaliści technologii cyfrowych, firmy edukacyjne, wydawnictwa (materiały i pomoce szkoleniowe)
- **Środowisko naukowo-badawcze:** instytuty naukowe i badawcze (wynalazki, patenty, nowe technologie), laboratoria uniwersyteckie, naukowcy i inne podmioty kompetentne/ odpowiedzialne/ potencjalnie wdrażające/ zainteresowane HIA (oceną skutków zdrowotnych) - zarówno w sferze wyspecjalizowanych technologii, jak i zdrowia publicznego.

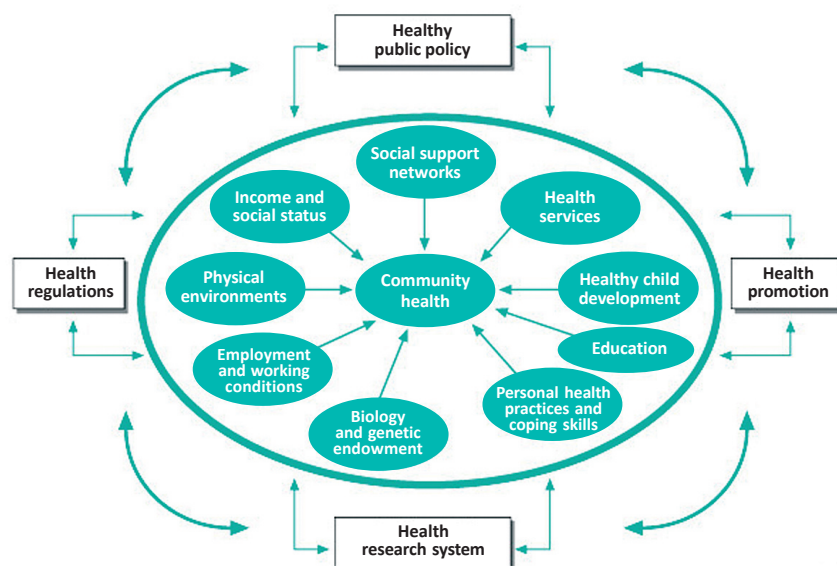
W proponowanym modelu procedury HIA, możliwym do analogicznego stosowania w odniesieniu do innych grup docelowych lub/ oraz innych nowych technologii/ narzędzi, opracowanie listy zainteresowanych instytucji jest etapem wstępnym. W badanym obszarze na liście instytucji zidentyfikowanych w poszczególnych kategoriach w konsekwencji znalazły się **podmioty administracji publicznej z ustawowo określonymi kompetencjami** w zakresie problematyki powiązanej z badanym obszarem, zainteresowane (powołane w tym celu) **NGO**

z obszaru wsparcia niepełnosprawnych, podmioty realizujące misje i zadania związane z informatyzacją, upowszechnianiem kultury cyfrowej oraz dostępności Internetu i innych technologii cyfrowych.

Analiza zaangażowanych podmiotów, z zastosowaniem opisanych kryteriów, prowadzona w celu wskazania modelu HIA dla przedmiotowego obszaru i jednocześnie stanowiąca wstępny etap takiej procedury, powinna być prowadzona począwszy od wskazania ich **ustawowych zadań/celów/ misji** przez analizę ukierunkowaną na zidentyfikowanie możliwości podejmowania działań w ramach programów i projektów, w tym analizę **zakresu odpowiedzialności i kompetencji oraz uprawnień** jednostek i organów zaangażowanych w HIA. Analiza taka, w oparciu o treść obowiązujących regulacji różnych poziomów, aktów wewnętrznych, statutów, regulaminów i dokumentów programowych oraz danych i informacji dotyczących podejmowanych aktywności, pozwoli na **wskazanie możliwości współpracy, obszarów kolizyjnych, realizacji zobowiązań i zaniechań, ram kompetencji i odpowiedzialności**. W kontekście instytucji publicznych, analiza taka powinna być prowadzona począwszy od analizy obowiązków ustawowych organów centralnych i samorządów terytorialnych, w tym również zadań na gruncie prawa wspólnotowego i strategii UE, po sformułowanie rekomendacji w kierunku wzmocnienia tych działań, które mogłyby pozytywnie oddziaływać na skutki zdrowotne i eliminacji działań mało efektywnych lub ich poprawie.

Schemat systemów działań integrujących - wstępna analiza: założenia do Matrycy Instytucjonalnej MAI

Podstawowym założeniem jest konieczność przyjęcia **wielodyscyplinarnego podejścia**, bazującego na już funkcjonujących propozycjach modeli, schematów dla procedur i instrumentów HIA. W pełni dotyczy to analizowanej tu problematyki wpływu dostępności Internetu i cyberprzestrzeni na zdrowie osób niepełnosprawnych. Jednym ze stosowanych modeli jest właśnie **wielodyscyplinarny model HIA**, który mógłby stanowić pierwowzór dla wielu problemów należących do sfery polityki społecznej, po odpowiednich działaniach adaptacyjnych. Schemat prezentowany poniżej z jednej strony wskazuje najistotniejsze czynniki wpływu: **politykę zdrowia publicznego, promocję zdrowia, system badań naukowych w obszarze zdrowia i regulacje dotyczące zagadnień zdrowotnych**, z drugiej - wskazuje te elementy, czy też obszary, gdzie mogą manifestować się skutki podstawowych czynników wpływu, które z kolei konsekwentnie oddziałują na manifestujące się już w populacji potencjalne skutki zdrowotne. Są to zatem: a) sieci wsparcia społecznego; b) świadczenia zdrowotne; c) zdrowy rozwój dziecka; d) edukacja; e) indywidualne (spersonalizowane) nawyki zdrowotne i indywidualne kompetencje; f) czynniki biologiczne i uwarunkowania genetyczne; g) warunki w środowisku pracy i upodmiotowienie (empowerment); h) środowisko fizyczne; i) status społeczny i poziom dochodu.



Ryc. 2.

Model wielodyscyplinarny dla stosowania HIA.

Źródło: <http://www.cqgrd.gatech.edu/research/healthy-places-impact-assessment/history>

Zasadniczym celem - spodziewanym rezultatem stosowania proponowanego narzędzia oceny/ analizy instytucjonalnej w przedmiotowym obszarze było **wskazanie podstawowych obszarów potencjalnej cyfryzacji**. Zestawienie podstawowych kryteriów analizy wynika z przyjętego **podjęcia sektorowego** i bazuje na poniższej liście **cech instytucjonalnych**, która jednak jest listą otwartą i może być uzupełniona o inne, dodatkowe kryteria szczegółowe, stanowiące rozwinięcie podanych cech bazowych: 1) określenie sektora, do którego należy dany podmiot; 2) **opis instytucji** sektorowych, wskazanie głównych grup sektorowych; 3) skazanie i **opis celu** podejmowanych przez instytucje działań; 4) **status/ pozycja i sytuacja beneficjentów** działań podejmowanych przez instytucje; 5) **finansowanie**: źródła, metody; 6) **wskazanie etapu w procesie HIA**, w stosunku do którego dana instytucja wykazuje intensywną aktywność, dla którego jej działania są szczególnie istotne (w konsekwencji identyfikacja znaczenia instytucji dla HIA ze wskazaniem jej etapu).

Opisana lista kryteriów podstawowych to punkt wyjścia do analizy w celu identyfikacji, **jakie konkretnie formy działań można rekomendować w każdym z systemów/ sektorów orazdo jakich podmiotów mogłyby być kierowane wytyczne, jakie wsparcie można uzyskać i jakie instytucje są zaangażowane**, a także wskazanie, **gdzie występują obszary zaniechań /luk**. W stosunku do badanego obszaru matryca bazowa obejmuje tabelę analizy dziewięciu zidentyfikowanych sektorów/ systemów analizowanych przy zastosowaniu sześciu kryte-

riów, została opracowana na podstawie tabeli dotyczącej zasadniczo działań na rzecz równych praw osób niepełnosprawnych¹⁵. Skróty w kolumnie dot. etapu HIA zostały utworzone z anglojęzycznych terminów dla etapów w modelu HIA.

Tab. 1.

Systemy działań integrujących oraz działań na rzecz równych praw - przykład osób niepełnosprawnych.

System/sektor	Instytucje/służby/podmioty aktywizujące	Cel działań aktywizujących	Status/ pozycja o.n.	Finansowanie	Etap HIA
Pomoc społeczna	Służby społeczne OPS i PCPR oraz placówek specjalistycznych (publicznych i niepublicznych)	Usamodzielnienie życiowe, wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych w celu pokonania trudności	Na poziomie gminy (OPS) jedna z grup- adresatów, na poziomie powiatu (PCPR) jedna z kluczowych grup wsparcia	Budżety samorządu terytorialnego i budżetu państwa	SCR, SCO, A, REC, R, M&E
Edukacja	Publiczne podmioty ustawowo odpowiedzialne oraz podmioty sfery niepublicznej (non-profit)	Zdobycie wiedzy, kompetencji i kwalifikacji w sferze wykształcenia, podniesienie umiejętności i zasobów wiedzy	Grupa należąca do grup tzw. wrażliwych, wymagająca szczególnych rozwiązań, wsparcia instrumentalnego i personalnego w procesie zdobywania wiedzy i kwalifikacji	Budżet państwa, budżety terytorialne	REC, M&E
Wsparcie zatrudnienia – system pośrednictwa pracy	Publiczne podmioty wspierające zatrudnienie (PUP) oraz podmioty niepubliczne (agencje pośrednictwa działające w formule non-profit)	Zatrudnienie (pełne i produktywnie, wysoka jakość pracy, wydajność) wzmacnianie solidarności i integracji społecznej	Grupa tzw. kategoriałna, traktowana w systemie marginalnie w placówkach publicznych, adresaci działań nielicznych agencji niepublicznych	Budżet państwa, samorządy terytorialne	SCR, SCO, A, REC, R, M&E
Wsparcie rehabilitacji / inkluzji - PFRON	Podmioty aktywizujące WTZ i ZAZ prowadzone przez podmioty niepubliczne non-profit oraz komercyjne i niekomercyjne ZPCH	Możliwie pełna rehabilitacja społeczna i zawodowa, poprawa funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej	Zasadnicza grupa adresatów działań instytucjonalnych – grupa docelowa	Fundusz celowy – wkłady środków pracodawców (daniiny publiczne)	SCR, SCO, A, REC, R, M&E
System zatrudnienia socjalnego	Podmioty aktywizujące CIS KIS i WISE (publiczne i niepubliczne non-profit)	Reintegracja społeczna i zawodowa, odbudowanie i wzmocnienie, podtrzymanie umiejętności partycypacji w życiu społecznym, pełnienia ról społecznych, samodzielności na rynku pracy	Jedna z grup docelowych, adresatów/ beneficjentów działań (od roku 2007)	Środki EFS	SCR, SCO, A, REC, R, M&E
System gwarancji antidyskryminacyjnych	Podmioty odpowiedzialne – zobowiązane ustawowo (policja, prokuratura, sądy) oraz organizacje pozarządowe, prawnicy	Równe traktowanie, wyrównanie szans, zakaz dyskryminacji	Jedna z wielu grup – adresatów działań ukierunkowanych na egzekwowanie prawa w sferze równości traktowania	Budżet państwa, EFS, środki prywatne	R, M&E
System wsparcia społecznego	Instytucje publiczne (np. poradnie, punkty terapeutyczne) i podmioty sfery niepublicznej, non-profit (fundacje, stowarzyszenia)	Wsparcie terapeutyczne, społeczne, pomoc w funkcjonowaniu samorealizacji	Jedna z grup kluczowych – szczególnie wrażliwych	Budżet państwa, budżety j.s.t., środki publiczne (darowizny, odpisy)	A, R,
System opieki zdrowotnej	Instytucje sektorowe, podmioty lecznicze, płatnicy, inne podmioty w sektorze (profesjonalności)	Dostarczanie adekwatnych świadczeń, adekwatna rehabilitacja, dostarczenie sprzętu medycznego	Grupa szczególnie wrażliwa, status prawny wymagający szczególnej opieki zdrowotnej	Fundusz celowy (NFZ), środki b. państwa, budżety js.t.	A, R,
System zdrowia publicznego	Zróżnicowane instytucje zp (np. orzecznice)	Cele zależne od obszaru działania instytucji	Jedna z grup beneficjentów – grupa szczególnego ryzyka – adresatów zróżnicowanych działań	Finansowanie zróżnicowane (zależnie do instytucji)	SCR, SCO, A, REC, R, M&E

Źródło: opracowanie (rozszerzenie i uzupełnienie) na podstawie tabeli zamieszczonej w Rymsza M., (2013), Aktywizacja osób niepełnosprawnych w Polsce. Cztery systemy, jedna polityka, w: K. Wódcz i in., Nowe priorytety i wytyczne w polityce społecznej - wokół integracji i aktywizacji zawodowej 2013, uzupełnienia RSz.

Właściwa dla badanego obszaru i uzupełniona matryca MAI to narzędzie rozbudowane przede wszystkim w części opisującej te **cechy, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia oceny skutków zdrowotnych dostępności Internetu i cyberprzestrzeni dla osób niepełnosprawnych**, ale z niewielkimi modyfikacjami może być stosowana także dla analiz ukierunkowanych na inne grupy zagrożone wykluczeniem cyfrowym: osoby w podeszłym wieku, z terenów słabo rozwiniętych gospodarczo i technologicznie, o słabej infrastrukturze technicznej, pozbawionych zasięgu sieci lub nie objętych działaniami biznesowymi dostawców usług telefonii komórkowej i Internetu, osoby o niskich kompetencjach w tej dziedzinie (z niskim wykształceniem lub wykształceniem w innych dziedzinach - humaniści).

Szczególnie istotne jest wskazanie sektora i instytucji parasolowych - w przypadku badanego obszaru jest to na poziomie centralnym **Ministerstwo Cyfryzacji** (dawne Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji), któremu podlegają Centrum Cyfrowej Administracji (w likwidacji) oraz Centrum Projektów Polska Cyfrowa. Jednostki nadzorowane to kolejno:

- 1) **Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej;**
- 2) **Centralny Ośrodek Informatyki;**
- 3) **Instytut Łączności - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;**
- 4) **Instytut Maszyn Matematycznych;**
- 5) **Instytut Technik Innowacyjnych EMAG w Katowicach;**
- 6) **Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa w Warszawie**

Aktualnie na stronie oficjalnej Ministerstwa Cyfryzacji widoczna jest informacja dotycząca projektu badania wpływu PEM (emisji pól elektromagnetycznych) na zdrowie populacji, co odnosi się do kwestii bezpieczeństwa samej technologii - **nie ma natomiast informacji na temat badań nad skutkami zdrowotnymi wykluczenia cyfrowego**, choć istnieje wiele źródeł i opracowań zajmujących się samym pojęciem - jego istotą, przyczynami i skutkami społecznymi. Wątek **wpływu digitalizacji** (pojęcie już funkcjonuje na gruncie językowym) na zdrowie jednostki i populacji jest natomiast badany w innych krajach europejskich, choćby w Wielkiej Brytanii, **gdzie dostrzeżono istotny związek nie tylko między dostępnością narzędzi cyfrowych i świadczeń zdrowotnych, wpływ rozwoju technologii e-health na zdrowie populacji, ale i korzyści w sferze dostępu do wiedzy o zdrowiu i zdrowym stylu życia**¹⁶.

¹⁵ Rymśza M., (2013), Aktywizacja osób niepełnosprawnych w Polsce. Cztery systemy, jedna polityka., w: K. Wódcz i in., Nowe priorytety i wytyczne w polityce społecznej - wokół integracji i aktywizacji zawodowej 2013.

¹⁶ Wright S. H., Ghani I., Parry J., *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Service*, in: The Journal of Community Informatics vol. 9, no 2(2013).

MATRCA MAI - analiza instytucjonalna potencjalnego wpływu na problem dostępności Internetu dla osób niepełnosprawnych. Wyniki

Na potrzeby niniejszego opracowania w kontekście badanego obszaru przyjęto kryteria istotne dla analizy instytucjonalnej przy podstawowym założeniu, że chodzi zasadniczo o **podmioty sfery publicznej**, realizujące zobowiązania określone ustawowo, a także podmioty z grupy NGO - realizujące cele określone w aktach statuujących jako zwalczanie i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z tym założeniem **kryteria główne** określono jak w poniższych nagłówkach dla proponowanej tabeli - matrycy.

Nazwa instytucji/ organu/ link & kontakt	Organizacja/ status/ afiliacja	Charakterystyka działalności/ Cel główny	Rodzaje wsparcia/ główne formy działalności	Działania praktyczne/ aktywności	Relacja do problemu cyfryzacji i dostępności Internetu o.n.
---	--------------------------------------	---	--	-------------------------------------	---

Matryca została zbudowana dla instytucji wskazanych kolejno poniżej, pełny opis znajduje się w załączonej w Aneksie Matrycy MAI - w tabeli kolorem niebieskim oznaczono pola dla instytucji **administracji rządowej**, o zasięgu ogólnokrajowym, zielonym - instytucji w terenie: **administracja rządowa w terenie** i **jednostki samorządu terytorialnego** oraz inne podmioty sfery publicznej na tym poziomie, kolorem różowym - **instytucje krajowe powołane dla realizacji celów dotyczących bezpośrednio beneficjentów**, kolorem szarym - **podmioty z grupy NGO** lub inne instytucje powstałe z inicjatywy społeczności lokalnych lub samych beneficjentów lub ich przedstawicieli. Lista instytucji obejmuje:

- 1) **Ministerstwo Cyfryzacji** (dawne Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji) i jego Departamenty: Informatyzacji, Społeczeństwa Informacyjnego i Rozwoju Kapitału Ludzkiego oraz Centrum Projektów Polska Cyfrowa. Ministerstwo jako organ administracji rządowej na szczeblu centralnym jest odpowiedzialne za kształtowanie polityki krajowej - także w relacji do badanego obszaru
- 2) **Pełnomocnik do spraw osób niepełnosprawnych oraz Biuro Pełnomocnika Rządu do spraw osób niepełnosprawnych** - instytucja o zasięgu krajowym, powołana dla realizacji celów dotyczących wspierania beneficjentów w procesie społecznej inkluzji poprzez zróżnicowane działania i formy wsparcia
- 3) **Krajowa Rada Konsultacyjna do Spraw Osób Niepełnosprawnych** - organ doradczy pełnomocnika, działająca na rzecz współpracy zasadniczo wszystkich zainteresowanych podmiotów i sfery administracji publicznej

- 4) **Wojewódzkie społeczne rady ds. osób niepełnosprawnych - działające jako organy opiniodawczo-doradcze marszałków województw**
- 5) **Powiatowe społeczne rady ds. osób niepełnosprawnych działające jako organy opiniodawczo-doradczymi starostów**
- 6) **Pełnomocnicy Miast ds. osób niepełnosprawnych, działający przy Prezydencie Miasta (Wydział Spraw Społecznych)**
- 7) **PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) - instytucja powołana do udzielania celowego wsparcia w zakresie różnych działań i aktywności ukierunkowanych w szczególności na szeroko rozumianą rehabilitację (społeczną, zawodową i medyczną) rehabilitację oraz społeczną inkluzję**
- 8) **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie - instytucja szczebla lokalnego, działania na rzecz rodziny obciążonej problemem niepełnosprawności**
- 9) **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Dział Rehabilitacji - w szczególności podejmowanie i realizacja działań w sferze rehabilitacji beneficjentów.**

W Matrycy część oznaczona kolorem szarym to obszar przeznaczony dla instytucji należących do grupy **podmiotów NGO, fundacji i stowarzyszeń reprezentujących osoby niepełnosprawne**, działających na ich rzecz, zajmujących się problemami wykluczenia społecznego, wsparciem w powrocie do społeczeństwa i samorealizacji oraz szeregiem innych problemów związanych z zagadnieniami istotnymi dla badanego obszaru. W tej części zostały zamieszczone przykładowe, wybrane z długiej listy instytucje. Lista ta (jako wykaz wymagający aktualizacji na bieżąco i uzupełniania o nowo powstające podmioty), razem z przykładowo analizowanymi w tabeli podmiotami, obejmuje m. in.: 1) Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych - Centrum Informacji i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych - punkty Cieszyn, Toruń, Kraków, Szczecin, Zielona Góra, Gorzów Bydgoszcz Status: Organizacja pożytku publicznego (jest związkiem stowarzyszeń i innych osób prawnych); 2) Polskie Stowarzyszenie Diabetyków koło w Jeleniej Górze; 3) Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ruchowo i Intelktualnie Ruchowo „Przyjaciele”; 4) Stowarzyszenie Inwalidów Wzroku; 5) Stowarzyszenie Niedosłyszących „LIRA”; 6) Stowarzyszenie Tłumaczy i Wykładowców Języka Migowego „Gest”; 7) Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów; 8) Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „MOST” w Leśnej; 9) Fundacja „Animus” Złotoryja; 10) Stowarzyszenie Ludzi Ciekawych Życia „Pegaz; 11) Fundacja Aktywizacja (dawna Fundacja Pomocy Matematykom i Informatykom Niepełnym Ruchowo - od 2013 ATYWIZACJA), organizacja pożytku publicznego, prowadzi również działalność gospodarczą, z której cały zysk przeznaczany jest na działania statutowe; 12) Ognisko. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół; 13) „Mimo Wszystko” Fundacja Anny Dymnej; 14) Fundacja Widzialni; 15) Szerokie Porozumienie na Rzecz Umiejętności Cyfrowych.

W odniesieniu do instytucji o statusie organizacji pozarządowych, w szczególności na uwagę zasługuje **działalność fundacji Widzialni**, która w przedmiotowym obszarze wyróżnia się aktywnością ukierunkowaną na tworzenie **szerokiego forum współpracy, koalicji i sieci wsparcia dla upowszechnienia problematyki cyfrowej inkluzji**. W tym obszarze współtworzy „**Szeroką Koalicję na Rzecz Umiejętności Cyfrowych**”, która została zainicjowana przez polskiego Lidera Cyfryzacji (pod Patronatem Prezydenta RP). Celem tej koalicji jest inicjowanie oraz wspieranie działań prowadzących do **powszechnej edukacji cyfrowej, promowanie dobrych praktyk oraz upowszechnianie technologii cyfrowych w Polsce**.

Ponadto w ramach **Szerokiego Porozumienia na Rzecz umiejętności cyfrowych**, Fundacja zainicjowała powstanie **Grupy ds. dostępności zasobów internetowych**. Także w tym przypadku celem było wskazywanie dobrych praktyk, w szczególności w sferze powszechnej dostępności treści internetowych - niezależnie od wieku, niepełnosprawności, sprzętu i oprogramowania. Fundacja promuje rozwiązania poszerzające dostępność Internetu i informacji tam zamieszczanych, w tym celu organizowane są warsztaty i seminaria poświęcone problematyce cyfrowej inkluzji. Fundacja przygotowuje w tym kontekście **rekomendacje dla Rady Cyfryzacji powołanej przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji**.

Do działań, które można wskazać jako realizację modelowego podejścia do badanej problematyki należą następujące formy aktywności:

- **aktywność w ramach Koalicji Cyfrowego Włączenia Generacji 50+** „Dojrzałość w sieci” (z inicjatywy UPC Polska wraz z Akademią Rozwoju Filantropii w Polsce), w celu zjednoczenia firm, organizacji pozarządowych, urzędów i instytucji na rzecz zachęcenia osób starszych do aktywnego korzystania z Internetu
- **inicjatywa partnerstwa „Telewizja bez Barrier”** wspólnie z Telewizją Polską S.A., Polskim Związkiem Głuchych i Towarzystwem Pomocy Głuchoniewidomy, w celu zwiększenia oferty programowej TVP dostępnej dla osób niepełnosprawnych
- **inicjatywa Porozumienia Trójstronnego** pomiędzy Uniwersytetem Śląskim, Microsoft Polska i Fundacją Widzialni, co doprowadziło do zobowiązania się do promowania dobrych praktyk związanych z włączeniem cyfrowym
- **wprowadzenie „Certyfikatu bez Barrier”**, który jest adresowany do telekomów jako wynik współpracy Fundacji z Urzędem Komunikacji Elektronicznej i przyznawany operatorom, którzy uwzględniają w swojej ofercie i działaniach osoby o specjalnych potrzebach
- **założenie Forum Dostępnej Cyberprzestrzeni**, inicjatywy zrzeszającej organizacje pozarządowe, instytucje publiczne, placówki naukowe i uczelnie oraz przedstawicieli sektora komercyjnego, w celu szeroko rozumianej

promocji standardów dostępności w przestrzeni elektronicznej oraz uczestnictwa w pracach nad rozwiązaniami legislacyjnymi dotyczącymi dostępu do informacji oraz przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu

- **członkostwo w European Association for Persons with Disabilities**, aktywności w sferze transferu i wymiany wiedzy i doświadczeń państw w Unii Europejskiej
- **współpraca ze Związkiem Pracodawców Branży Internetowej IAB Polska**, w zakresie propagowania idei Internetu dostępnego dla wszystkich, pomoc w rozpowszechnianiu tworzenia dostępnych stron internetowych

Fundacja realizuje wieloletnie projekty w ramach projektów korzystających z dofinansowania z Funduszy UE, w tym w szczególności:

- Projekt Innowacyjny w ramach priorytetu VII Promocja Integracji Społecznej, Działanie 7.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „**E-learning na rzecz osób niewidomych i niedowidzących**” mający na celu aktywizację osób z niepełnosprawnością wzroku na otwartym rynku pracy
- W ramach priorytetu VII Promocja Integracji Społecznej, Działanie 7.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „**Dostępni dla Ciebie**” mającego na celu aktywizację zawodową i dostarczenie kompetencji pozwalających na podjęcie pracy przez osoby niepełnosprawne
- W partnerstwie z UM Częstochowa realizuje Projekt Innowacyjny „**Samorząd - NGO - dobre praktyki w zakresie przekazywania zadań publicznych**” w ramach Priorytetu V, Działanie 5.4 Rozwój potencjału trzeciego sektora. Celem projektu jest opracowanie, przetestowanie i wdrożenie standardów przekazywania zadań publicznych w obszarze bezdomności.

„Flagowym” projektem Fundacji jest Projekt dofinansowany przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, pod nazwą **Polska Akademia Dostępności**. Jest to projekt realizowany przez Fundację Widzialni we współpracy i ze środków Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji w ramach zadania publicznego: **Działania na rzecz poprawy dostępności zasobów i serwisów internetowych dla osób niepełnosprawnych i seniorów**. Cele projektu koncentrują się na działaniach w kierunku podniesienia społecznej świadomości i wiedzy twórców stron www, administratorów i redaktorów treści zamieszczanych w Internecie na temat dostępności do zasobów cyfrowych.

Fundacja i jej działania mogą stanowić **przykład właściwego podejścia do problemu dostępności Internetu i cyberprzestrzeni**. Po adekwatnym dostosowaniu do kryteriów HIA mogłyby być dobrą podstawą do opracowania etapów w modelu HIA w obszarze oceny skutków zdrowotnych wykluczenia cyfrowego. **Model HIA w tym obszarze powinien uwzględniać dobre praktyki**, a działania Fundacji z pewnością można do takiej kategorii zaliczyć. Niewątpliwie proponowany

model HIA wymagałby szerszego uzasadnienia w wymiarze oceny skutków zdrowotnych pozytywnej zmiany - udostępnienia Internetu, cyberprzestrzeni i narzędzi cyfrowych wszystkim osobom/ grupom wykluczonym, nie tylko osobom niepełnosprawnym. Poniżej w podsumowaniu zamieszczono wzór matrycy (jako systemu „klastrow” obejmujących grupy wyizolowanych systemowo podmiotów) z uzupełnionymi kluczowymi instytucjami.

Należy podkreślić, że opisane wyżej zagadnienia związane z zastosowaniem modelu HIA w stosunku do kwestii dostępności Internetu i cyberprzestrzeni powinny nawiązywać do już opracowanych modeli, stosowanych w innych obszarach oceny skutków zdrowotnych.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy dotyczące identyfikacji zaangażowanych instytucji, potencjalnie zainteresowanych stosowaniem narzędzi umożliwiających ocenę skutków zdrowotnych w kontekście upowszechniania i dostępności Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni wśród tzw. grup defaworyzowanych, w tym przypadku osób niepełnosprawnych, pozwoliły 1) **wskazać główne instytucje** oraz ich **umiejscowienie w cyberprzestrzeni powszechnie dostępnej** - oficjalne, urzędowe strony internetowe, platformy funkcjonalne etc., 2) **określić ich afiliację** (instytucje tworzące, wiodące, nadzorujące, sektory administracji publicznej, organy odpowiedzialne), 3) **scharakteryzować misję** (podstawa działania, np. statut), zasadnicze cele, charakterystykę działalności (determinujące zakres kompetencji i odpowiedzialności), 4) **rodzaj wsparcia** i 5) **główne formy działalności** (badania, publikacje, raporty, opracowywanie wytycznych), 6) **praktyczne działania** (konkretne aktywności np. w terenie, w placówkach, urzędach, punktach dla kontaktu z klientami/ beneficjentami) oraz 7) **powiązanie z problematyką cyfryzacji**, zwłaszcza **dostępności technologii cyfrowych i Internetu dla osób niepełnosprawnych**. Poniżej prezentowana tabela przedstawia zarys analizy z zastosowaniem matrycy MAI dla tej kwestii. Zakładanym celem analizy ma być instytucjonalna charakterystyka obszaru dla działań polityki społecznej ukierunkowanej na przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu osób niepełnosprawnych, w tym w szczególności spowodowanemu brakiem dostępu do Internetu, cyberprzestrzeni, procedur i narzędzi cyfrowych przy założeniu postawionym na wstępie podejmowanych badań, iż **takie wykluczenie stanowi istotny czynnik oddziałujący na zdrowie tej grupy osób**.

Założono, że wskazane i scharakteryzowane w ten sposób instytucje to jednocześnie te podmioty, które z racji przypisanych im zadań i funkcji w działaniach należących do zakresu polityki społecznej, włączając tu także politykę

zdrowotną, czy szerzej - **politykę zdrowia publicznego**, powinny być zaangażowane także w **proces oceny skutków zdrowotnych z wykorzystaniem ewentualnych modeli/ procedur HIA** proponowanych dla tych obszarów działalności.

Wszystkie instytucje, w szczególności realizujące zadania publiczne, powinny funkcjonować w kontakcie ze społeczeństwem w sposób umożliwiający **pełny dostęp nie tylko do informacji czy danych przez nie upowszechnianych, ale i łatwy, prosty i niczym nie ograniczony kontakt z ich przedstawicielami, organami i punktami kontaktowymi**. Konieczne jest tworzenie **jednolitych standardów dostępności dla wszystkich poprzez adaptowanie technologiczne**: dotyczy to np. oficjalnych stron internetowych, platform, innych narzędzi niezbędnych dla prawidłowego ukierunkowania polityki społecznej i jej aktywności oraz dla umożliwienia potencjalnym beneficjentom odniesienia rzeczywistej korzyści z tych działań.

Rekomendacje

Zagadnienie cyfryzacji, szczególnie **dostępności Internetu i narzędzi wykorzystywanych w cyberprzestrzeni w relacji do problemów wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych** nabiera szczególnego wymiaru. Z kolei **wzajemne powiązania między wykluczeniem społecznym, traktowanym jako negatywny czynnik wśród społecznych determinant zdrowia**, w aktualnym podejściu do tych zagadnień są powszechnie uznawane za jedno z najistotniejszych warunkowań. Świadczy o tym szereg danych i wyników badań odnoszących się do **problemu nierówności w zdrowiu**, gdzie uwidoczniło się takie **powiązania między poziomem edukacji, partycypacji społecznej, możliwością pełnienia ról społecznych a zdrowiem**¹⁷. W badaniach w Wielkiej Brytanii dostrzeżono także fakt, że **Internet i jego narzędzia oraz powszechna dostępność cyberprzestrzeni mogą wywierać realny i bezpośredni wpływ na zdrowie**¹⁸. Biorąc pod uwagę specyfikę problemów niepełnosprawności w pełni uzasadnione wydaje się stwierdzenie, że w przypadku osób niepełnosprawnych wpływ ten często jest jeszcze mocniejszy. Sytuacja w Polsce w tym kontekście przedstawia się szczególnie źle¹⁹. Od początku obecności Polski w UE występuje **problem zgodności działań polityki społecznej ze strategią określaną jako tzw. Europejski model**

¹⁷ Shkolnikov i inni 1998, Murphy i inni 2006, Leinsalu i inni 2003, Shkolnikov i inni 2007.

¹⁸ *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Services*, 2013.

¹⁹ Polska znalazła się w grupie 8 najgorzej ocenionych krajów UE w zakresie dostępności do stron Internetowych, w tym stron instytucji administracji publicznej - por. materiał opublikowany na stronie: <http://www.wprost.pl/ar/312553/Polscy-niepelnosprawni-cyfrowo-wykluczeni> (dostęp 14.03.2016).

społeczeństwa informacyjnego²⁰. Uwzględniając zatem związki między różnymi czynnikami społecznymi a zdrowiem, szczególnie poziom ich wpływu mierzony w kontekście danych dotyczących umieralności, wykazywany w wynikach badań wypracowanych w krajach UE²¹, należy stwierdzić, że **problematyka upowszechnienia cyfryzacji to jeden z istotnych obszarów istotnych dla analiz HIA**. W kontekście podejmowanego tematu, odnoszącego się do wybranej grupy - osób niepełnosprawnych - realizacja niekwestionowanego prawa dostępu tych osób do koniecznej wiedzy, umiejętności, przedmiotowych narzędzi i cyberprzestrzeni w ogólności, zajmuje istotne miejsce.

W związku z uzyskanymi wynikami prowadzonych w ramach projektu analiz można twierdzić, że **wszelkie działania ukierunkowane na realizację postulatów powszechnej cyfryzacji i dostępności Internetu będą pozytywnie wpływały na zdrowie populacji**, ze szczególnym wskazaniem na grupy potencjalnie lub realnie wykluczone, w tym osoby niepełnosprawne. Poniżej przedstawiono wynikające z powyższego rekomendacje odnośnie HIA i polityki w sferze cyfryzacji i dostępności Internetu.

1. WIELOSEKTOROWOŚĆ POLITYKI PRZECIWDZIAŁANIA WYKLUCZENIU CYFROWEMU:

Pierwszym warunkiem realnego upowszechnienia dostępności przedmiotowych narzędzi jest **włączenie działań przeciwdziałających cyfrowemu wykluczeniu osób niepełnosprawnych w nurt różnych polityk, nie tylko polityki zdrowotnej**. W szczególności dotyczy to przyjęcia założenia, że polityki te powinny być adresowane do osób niepełnosprawnych na etapie edukacji. Podejście to wymaga **współdziałania i ustalania priorytetów we współpracy międzysektorowej**. Na poziomie organów centralnych przydatne byłyby pomocne narzędzia: na przykład **procedury koordynacji** działań w ramach poszczególnych polityk. Ministerstwo Zdrowia w naturalny sposób powinno w tych działaniach weryfikować zakres i poziom wpływu takich działań na zdrowie.

²⁰ Model przyjęty w strategii to taki wzorzec podejścia, w którym na podmiotach sfery publicznej spoczywają w przedmiotowym obszarze istotne powinności, m.in. z powodu oporu społecznego wobec stosowania nowych technologii - przełamywanie tego oporu poprzez stałe doskonalenie umiejętności jest niezwykle ważne, ale mało prawdopodobne jako działanie inicjowane przez obywateli samodzielnie (ze względu na brak środków, wiedzy, sprzętu etc.), por. Doktorowicz, op.cit.

²¹ Dane te były przywoływane we wcześniejszych raportach (raporty nr 1 i 2: Huisman i inni 2004, Mackenbach i inni 2003, Kunst i inni 2004, Spijker 2004, Mackenbach i inni 1997, Stronks i inni 1997, Lahema i inni 1994, Martikainen i inni 2001, Martikainen i inni 2001a, Preston i Elo 1995, Kunst i Mackenbach 1994, Deboosere i inni 2009, Strand i inni 2010).

2. KONIECZNOŚĆ UZGADNIANIA DZIAŁAŃ NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU DECYZYJNEGO:

Wskazana wyżej konieczność koordynacji polityk powinna być prowadzona zgodnie z założeniem, że **decyzje wymagają uzgadniania na każdym etapie** - od idei, pomysłu zmiany poprzez **etapy projektowania, wdrażania aż po ewaluację bieżącą i ocenę przyjętych rozwiązań w interwałach czasowych**. W kontekście szybkiego rozwoju technologii jest to niezwykle istotne. Ponadto w tym kontekście konieczne jest przeprowadzanie z bezpośrednio zainteresowanymi (lub ich przedstawicielami) nie tylko **konsultacji społecznych** na etapie planowania, ale i w trakcie procesu wdrażania zastosowań technologicznych, ich weryfikacji, oceny ich funkcjonalności, adekwatności do potrzeb, efektywności i przydatności/ przyjazności, jakości/ doskonałości.

3. WYMÓG ZINTEGROWANIA DZIAŁAŃ W SFERZE DOSTĘPNOŚCI INTERNETU Z DZIAŁANAMI POLITYKI SEKTOROWEJ W OBSZARZE SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH:

Kwestia usprawnienia działań w sferze ochrony zdrowia - szczególnie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - w ogromnym stopniu zależy od perspektywy **wprowadzenia dobrze, sprawnie działających systemów informatycznych w samej ochronie zdrowia**. Dostępność i rzetelność danych tam gromadzonych, możliwości ich weryfikacji w kontekście wyzwań systemowych - mapy potrzeb zdrowotnych, rejestry świadczeń, problem kolejek i transparentności procedur, dostępności informacji, kwestia refundacji leków - jako systemowe czynniki wpływu na poprawę ogólnej sytuacji zdrowotnej nie wymaga udawadniania. Konieczne wydaje się w tym kontekście **zintegrowanie tych dwóch obszarów: upowszechnienia cyfryzacji i wdrożenia systemów informatycznych w ochronie zdrowia**. Przydatne byłoby współdziałanie Ministerstwa Zdrowia nie tylko z innymi sektorami, ale konkretnymi instytucjami zaangażowanymi w przedmiotowe procesy (lista wybranych instytucji była m.in. prezentowana w raporcie).

4. POTRZEBA WŁĄCZENIA INSTYTUCJI BADAWCZYCH I POWIĄZANIA ICH Z BIZNESEM - MODEL PARTNERSTWA:

Problematyka przeciwdziałania potencjalnemu wykluczeniu cyfrowemu w kontekście niepełnosprawności stawia przed organami/ instytucjami odpowiedzialnymi za działania w tym obszarze **ogromne wyzwania w zakresie specjalistycznej wiedzy** - nie tylko w zakresie rodzajów, form, niepełnosprawności determinujących potrzeby także w sferze dostępności Internetu i cyberprzestrzeni, ale i aktualnie dostępnych technologii, wpływających na dostosowanie tych narzędzi do konkretnych, nietypowych potrzeb. **Współpraca ośrodków badawczych i firm** potencjalnie zainteresowanych tworzeniem

rynku dla swoich wysoko wyspecjalizowanych produktów (rozwiązań technicznych, oprogramowania dedykowanego, sprzętu etc.) powinna stać się elementem stałej wielosektorowej polityki przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu w kontekście niepełnosprawności. Warto też podkreślić niewątpliwą jej wpływ na inne dziedziny i inne grupy populacyjne (możliwość przełożenia wypracowanych osiągnięć - bezrobotni, osoby w podeszłym wieku, osoby z niskim poziomem wykształcenia, kwalifikacji zawodowych, z deficytami kompetencji społecznych - **transfer sektorowy**²²). Proponowany model partnerstwa powinien bazować na wypracowaniu pożądanego **modelu zachowań biznesowych** - promującego firmy aspirujące do poziomu najlepszych, nowoczesnych, wzorcowych przedsiębiorstw zaangażowanych w aktywne działania na rzecz osób niepełnoprawnych (wspieranie wizerunku firmy z misją oraz jej produktów przy założeniu społecznych instrumentów oceny).

5. ZMIANA PODEJŚCIA SEKTORA ZDROWIA - ZAANGAŻOWANIE W DZIAŁANIA PROMUJĄCE ZDROWIE, PROFILAKTYKĘ I POLITYKĘ SPOŁECZNĄ:

MZ jako organ centralny odpowiedzialny przede wszystkim za właściwe funkcjonowanie instytucji systemowych, nie może skupiać swoich działań wyłącznie na oczywistych problemach opieki zdrowotnej (procesach diagnozowania i leczenia). Podejście to wymaga głębszej zmiany, zmiany uwzględniającej działania traktowane znacznie szerzej i ukierunkowane na obszary dotąd słabo wspierane. Oczywistym problemem jest brak środków, stąd tak istotne jest współdziałanie ze sferą biznesu, przekonanie do zaangażowania na rzecz opisanych zmian. **Rolą MZ byłoby bycie w tych procesach liderem, co wymagałoby opracowania, wdrożenia i zaprezentowania wzorcowych rozwiązań w samym sektorze** (uwidocznienie problemów osób niepełnosprawnych w systemie, wdrożenie rozwiązań cyfrowych powszechnie dostępnych etc.).

6. KONIECZNOŚĆ KOMPLEKSOWEGO PODEJŚCIA - KONTINUUM CZASOWE, ETAPOWE I POZIOMOWE:

Problem przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu osób niepełnosprawnych z punktu widzenia przywództwa ze strony sektora zdrowia wymaga **zaangażowania w perspektywie zarówno kontinuum czasowego - od inicjatywy do ewaluacji - jak i w różnorodne etapy - od legislacji po implementację,**

²² Wątki badawcze opisane w raporcie dotyczą kwestii niepełnosprawności i wykluczenia cyfrowego w kontekście HIA - jednak zarówno same analizy, jak i wypracowane wnioski oraz prezentowane rekomendacje pozwalają na objęcie nimi podobnych problemów: wykluczenia cyfrowego i jego wpływu na zdrowie w kontekście poszczególnych grup szczególnego ryzyka (tzw. wrażliwych), jak i całej populacji.

a także na różnych poziomach decyzyjności. W tym ostatnim przypadku konieczne jest odpowiednie określenie **ram współpracy z samorządem terytorialnym i jego instytucjami** (np. powiatowymi zespołami do spraw orzekania o niepełnosprawności), **wzmocnienie zasobów i odpowiednie wsparcie** (wiedza, kompetencje). Wszystkie trzy wymienione sfery stawiają zróżnicowane wymagania: od **wymogu dobrego prawa** przez wymagania dotyczące **właściwych, adekwatnych narzędzi ewaluacyjnych** aż po sprawne i kompetentne funkcjonowanie instytucji. Szczególnie ważne jest nie tylko stosowne wdrażanie właściwych regulacji czy przekazywanie kompetencji, ale wsparcie poprzez **dostarczenie rzetelnej wiedzy** (dane i dowody naukowe, sprawdzone rozwiązania - dobre praktyki, model procedur). **Wszystko to zawiera się w pojęciu wielowymiarowej koordynacji.**

7. PROPONOWANIE INTERDYSCYPLINARNEGO MODELU HIA W KONTEKŚCIE PROBLEMATYKI WYKLUCZENIA CYFROWEGO - ROLA MZ:

Niezwykle istotne jest **upowszechnienie przekonania** (wśród podmiotów potencjalnie wpływających na zmiany), **że analizowane zagadnienie ma istotny wpływ na zdrowie**, szczególnie poprzez dostarczenie odpowiedniej wiedzy i **proponowanie wypracowanego modelu HIA** w przedmiotowej problematyce. Istotne jest **bazowanie na naukowych podstawach** - dowodach i danych zaczerpniętych z uznanych publikacji, odpowiednie zastosowanie już istniejącej wiedzy i rozwiązań HIA w innych obszarach problemowych, ale i **wzajemne „przenoszenie” uznanych efektów (modeli, procedur, narzędzi)**. W tym kontekście warunkiem sukcesu jest dotarcie do wszystkich zainteresowanych stron: począwszy od konieczności ich identyfikacji, stworzenia interdyscyplinarnej sieci na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu, aż po aktywne uczestnictwo wszystkich podmiotów.

8. KONIECZNOŚĆ USTALENIA PRIORYTETU POLITYKI - ZDROWIE I TECHNOLOGIA:

W obszarze wcześniej wskazanych rekomendacji i potrzeby koordynacji działań i polityk konieczne jest **wskazanie wielowymiarowości zadań podlegających takiej koordynacji**, jednak konieczne jest wyraźne **wskazanie spójności obszarów priorytetowych z punktu widzenia MZ** jako propagatora nowoczesnego podejścia: **priorytetu zdrowia i technologii**. Zaproponowanie i przyjęcie ewentualnych modeli HIA w tym kontekście musi oczywiście bazować na wielodyscyplinarnym środowisku, jednak ze wskazaniem **dwóch „ośrodków” wiodących: sektora zdrowia i nowoczesnych technologii (nauka, biznes).**

9. STANDARDY KOORDYNACJI PROCESÓW DECYZYJNYCH:

W kontekście konieczności dokonywania wyborów na różnych poziomach decyzyjności konieczne jest zapewnienie **właściwej koordynacji** między jednostkami samorządu terytorialnego, wskazanych i zaangażowanych instytucji/ podmiotów/ organizacji. Koordynacja ta powinna obejmować: a) wsparcie poprzez **dostarczenie informacji**; b) wsparcie poprzez **podnoszenie kwalifikacji** (szkolenia, kursy, materiały do samokształcenia); c) **ułatwianie kontaktu** (powiązań dla osiągania zakładanych celów); d) wsparcie poprzez **wykwalifikowaną kadre** (eksperti, specjaliści); e) wsparcie **organizacyjne i technologiczne** (wskazanie kierunków pożądaných zmian struktur, organizacji działania, dostarczenie oprogramowania); f) wsparcie poprzez **dostarczenie konkretnych narzędzi** (wytycznych, schematów procedur, manuali). Ponadto instytucje koordynujące powinny utrzymywać stały kontakt z wszystkimi zainteresowanymi instytucjami poprzez organizację forum wymiany informacji.

10. KONIECZNOŚĆ PRZESzkOLENIA KADRY ADMINISTRACYJNEJ WSZYSTKICH SZCZEBLI:

Niezwykle istotnym standardem działania powinno być **przeszkolenie kadry administracyjnej wszystkich szczebli** - centralnego i lokalnego w kierunku znajomości przedmiotowej problematyki i możliwości stosowania narzędzi przeciwdziałających cyfrowemu wykluczeniu. Założeniem powinna być nie tylko doskonała wiedza teoretyczna w tej dziedzinie, szczególnie na poziomie lokalnym, ale także **efektywne stosowanie niezbędnych narzędzi**, ich znajomość i tzw. codzienne użycie, sprawne i fachowe korzystanie z możliwości dostępnych w cyberprzestrzeni i Internecie w sposób pozwalający na **samodzielne wykrywanie i zgłaszanie problemów związanych z funkcjonalnością** np. stron oficjalnych, innych narzędzi komunikacji z instytucjami publicznymi. Wymaga to nie tylko przeszkolenia kadry samorządowej w zakresie HIA, technologii internetowych, ale też **realnego wdrożenia i upowszechnienia tych narzędzi także wśród kadry urzędniczej**.

11. CYFRYZACJA - PRZEJŚCIE OD POSTULATU DO IMPLEMENTACJI W KAŻDEJ POLITYCE:

Problemem istotnym w kontekście powyższej rekomendacji jest brak zasobów koniecznych do tworzenia systemów informatycznych, jednak **bez realnego wprowadzenia technologii do sfery edukacji, zdrowia i innych obszarów polityki społecznej nie będzie możliwe przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu**. Trzeba w tym miejscu zauważyć także problem marnotrawstwa środków w przeszłości i słabość instrumentarium kontroli w tym obszarze, szczególnie w związku z brakami wiedzy po stronie instytucji. Być

może właściwym podejściem byłoby **większe zaangażowanie ośrodków akademickich i ekspertów** z tego środowiska we **współpracę z biznesem** - firmami w tej sferze usług i pozyskanie środków na wyodrębnione cele: budowa systemów, upowszechnianie narzędzi, wiedzy.

12. POTRZEBA IDENTYFIKACJI I UPOWSZECHNIANIA DOBRZYCH PRAKTYK:

Jak w każdej dziedzinie konieczne byłoby takie poszukiwanie informacji o stosowanych rozwiązaniach, które zapobiegałyby marnotrawstwu środków w efekcie „wyważania otwartych drzwi”. Należałoby zatem wskazywać już **przyjęte i działające rozwiązania jako dobre praktyki**, z zachowaniem koniecznej ostrożności - wszelkie propozycje powinny być weryfikowane ze względu na specyfikę sytuacji w Polsce.

13. CYFRYZACJA JAKO ELEMENT PRZECIWDZIAŁANIA STYGMATYZACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:

Problemy osób niepełnosprawnych, w szczególnie wyraźny sposób ogniskują się wokół takich kwestii jak dyskryminacja i wykluczenie, ograniczenie dostępności lub jej brak (w różnych wymiarach), ograniczenie praw lub ich naruszenie/pozbawienie. Wszystko to wiąże się z pojęciem stygmatyzacji tej grupy. Należałoby **wzmocnić wymowę procesu udostępniania efektów cyfryzacji w tej grupie** jako jednego z najistotniejszych elementów przeciwdziałania stygmatyzacji osób niepełnosprawnych, **szczególnie w kontekście szeroko rozumianego zdrowia i prawa do jego ochrony**.

PODSUMOWANIE:

Problem konieczności cyfryzacji jako istotnego elementu rozwoju społecznego został uwidoczniiony w działaniach podejmowanych na szczeblu centralnym (działania Ministerstwa Cyfryzacji opisane w raporcie), jednak **dotąd nie wskazywano na istotne powiązania tych działań ze zdrowiem**. W kontekście nie tylko długookresowych strategii rozwoju społecznego w Polsce, takich jak Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Integracji²³, ale i w perspektywie UE²⁴ oraz w kontekście dostępnych danych należy podkreślić, że:

²³ Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Integracji, dokument pdf do pobrania na stronie: <https://www.mpips.gov.pl/bip/akty-prawne/programy/krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-wykluczeniu-spolecznemu-2020-nowy-wymiar-aktywnej-integracji/>

²⁴ *i2010 eGovernment Action Plan: acceleration Government in Europe for the benefit of all*. COM, 2006, <http://ec.europa.eu/idabc/servlets/Doc92d2.pdf?id=25286>

- a) niepełnosprawność stanowi jedną z najistotniejszych przyczyn ubóstwa i wykluczenia
- b) dostępność Internetu i przestrzeni cyfrowej to wyjątkowo istotne czynniki wspierające (warunkujące) aktywną integrację
- c) aktualnie mechanizmy polityki społecznej adresowane do osób niepełnosprawnych są często uwarunkowane wykorzystaniem technologii i przestrzeni cyfrowych
- d) wszystkie te okoliczności mają decydujące znaczenie dla zdrowia jako tzw. społeczne determinanty zdrowia
- e) aktualnie coraz częściej na korzystanie z systemowej ochrony zdrowia istotny wpływ ma dostęp do technologii i systemów informatycznych

Mając to na względzie należy poza wskazanymi wyżej rekomendacjami szczególnie podkreślić konieczność różnorodnej oceny działań w tym obszarze, począwszy od oceny inicjatywy (pomysł, projekt), regulacji (OSR), poprzez ocenę procesu wdrażania rozwiązań dotyczących cyfryzacji w kontekście skutków zdrowotnych. Podstawowym narzędziem w kontekście wielowymiarowości i interdyscyplinarności mogłaby być proponowana w raporcie modelowa matryca wstępnej oceny MAI (matryca analizy instytucjonalnej) jako potencjalne narzędzie etapowe w ramach HIA (z możliwością rozbudowy, opracowania wariantów zastosowania dla różnych grup).

Aneks 1. Matryca MAI: Analiza instytucjonalna - dostęp osób niepełnosprawnych do Internetu i cyberprzestrzeni i HIA

Nazwa instytucji/ organu / link & kontakt	Organizacja/ status / afiliacja	Charakterystyka działalności/ cel główny	Rodzaje wsparcia/ główne formy działalności	Działania praktyczne (aktywności)	Relacja do efektyw- nego szkolnictwa zawodowego.
Ministerstwo Cyfryzacji (dawnie Minister- stwo Administracji i Cyfryzacji) - Departamenty: Informatyzacji, Społeczeństwa Informacyjnego i Rozwoju Kapitału Ludzkiego oraz Centrum Projektów Polska Cyfrowa https://mc.gov.pl	Administracja Rządo- wa, sektor odpowie- dzialny za realizację polityki dotyczącej przeciwdziałania wykluczeniu cyfro- wemu	Kierowanie działem Informatyzacji: Działal- nia sektorowe na rzecz cyfryzacji społeczeń- stwa, informatyzacji administracji (szereg jednostek podległych) Działania w ramach współpracy z Komite- tem Rady Ministrów ds. Cyfryzacji i Radą ds. Cyfryzacji	Badania i raporty, przy- gotowane w Minister- stwie lub realizowane na jego zlecenie, doty- czące m.in. kwestii rozwoju cyfrowego społeczeństwa, gospo- darki opartej na wiedzy i elektronicznej admi- nistracji w Polsce, postępowania e-admini- stracji przez internau- tów, telekomunikacji i szerokopasmowego Internetu. Społeczeństwo infor- macyjne w liczbach - publikacja cyfrowa, analiza najważniej- szych danych staty- stycznych dot. rozwoju cyfrowego społeczeń- stwa, gospodarki opar- tej na wiedzy i elektro- nicznej administracji w Polsce. (Źródło: danych: GUS, Eurostat, OECD, Digital Agenda Scoreboard, badania	Monitorowanie stanu informatyzacji urzędów w Polsce, coroczne badanie „Wpływ cyfry- zacji na działanie ad- ministracji publicznej w Polsce”, realizowane we wszystkich urzę- dach administracji samorządowej (gminy, powiaty, urzędy mar- szalkowskie) oraz w administracji pań- stwowej, w tym rządowej. Organizacja publicz- nych punktów dostępu do Internetu (PIAP) - placówek nastawio- nych wyłącznie na świadczanie usług dostępnych do sieci. Aktualnie zakładane zmniejszenie liczby (tak wynika z inwenta- ryzacji przeprowadzo- nej na zlecenie MAC przez firmę ITTI w grudniu 2012 r.)	Zmiana modelu funk- cjonowania PIAP-ów oraz ich transformacji w centra kompetencji cyfrowych, aktywizacji niepełnosprawnych i bezrobotnych, pobu- dzenia aktywności obywatelskiej i budo- wania więzi społecz- nych. W wyniku inwen- taryzacji zidentyfiko- wano ponad 8,5 tysiąca PIAP-ów i zbadano prawie 3 tysiące z nich. Kodeks Konsultacji (opracowany na Kon- gresie Wolności w In- ternecie w 2012 r.). Siedem Zasad Konsulta- cji to: dobra wiara, powszechność, przeje- rzystość, responsywność, koordynacja, przewidywalność i poszanowanie intere- su ogólnego. (zasady zarekomendowane w programie „Lepsze

<p>Pełnomocnik ds. osób niepełnosprawnych i Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych http://www.niepełnosprawni.gov.pl</p>	<p>Administracja Publiczna wykonywanie zadań przy pomocy Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (BON) - wyodrębnionej komórki organizacyjnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej</p>	<p>Reprezentacja interesów osób niepełnosprawnych dysseminacja informacji, współpraca z instytucjami wspierającymi zatrudnienie on i innymi instytucjami zaangażowanymi w problemy o.n., nadzór nad orzecznictwem o niepełnosprawności, opracowanie oraz opiniowanie projektów aktów normatywnych dotyczących zatrudnienia,</p>	<p>Wystąpienia pełnomocników do różnych organów publicznych - w sprawie dostępności Internetu: Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Ministra Administracji i Cyfryzacji Pana Pawła Halickiego z dnia 14 listopada 2014 r. (lista wystąpień - zał. do tabeli) udzielanie informacji w sprawach z zakresu</p>	<p>Publikacja danych (niepełnosprawność w liczbach - dane demograficzne, rynek pracy, stan zdrowia, kultura, turystyka, sport, edukacja, warunki życia) i informacji (dot. zatrudnienia o.n., WITZ, turnusów rehabilitacyjnych, wsparcia finansowego zakupu sprzętu i przedmiotów ortopedycznych, procedur, realizacji Karty Praw Osób</p>	<p>regulacje 2015" jako dokumenty zalecane do stosowania w ministerstwach do czasu wypracowania w administracji jednolitych wytycznych do OSR - ocen i zasad regulacji przeprowadzanych podczas przygotowywania dokumentów rządowych (wtedy Siedem Zasad zostanie zintegrowane z tym dokumentem). Wytyczne do konsultacji - załącznik: Broszura MAC https://mac.gov.pl/files/7_zasad_30-04.pdf</p>
			<p>zlecane przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji oraz Komisję Europejską).</p>		

	<p>Krajowa Rada Konsultacyjna do Spraw Osób Niepełnosprawnych</p> <p>http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p.88,krajowa-rada-konsultacyjna</p> <p>Link do materiałów informujących: http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=88&pdf=1</p>	<p>Organ doradczy Pełnomocnika</p> <p>Dział, na podst. Ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)</p> <p>MPiPS z15.11.2007 r. w sprawie sposobu i trybu działania KRK ds O.N. (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1695)</p>	<p>rehabilitacji oraz warunków życia osób</p>		<p>rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia o.n.</p>	<p>Niepełnosprawnych), publikacja informacji dot. statusu o.n. (orzecznictwo, uprawnień uznawanie dokumentów w UE)</p>	<p>przez organy Unii Europejskiej, Radę Europy i Organizację Narodów Zjednoczonych</p> <p>Samodzielne Stanowisko do Spraw Komunikacji Społecznej - opracowywanie i redagowanie oraz obsługa serwisu internetowego www.niepelnosprawni.gov.pl;</p>
	<p>Forum współpracy na rzecz osób niepełnosprawnych przedstawicieli organów administracji rządowej, samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych.</p>	<p>Inicjatywa w sferze rozwiązań integracyjnych: funkcje opiniodawcze (konsultacje aktów prawnych), inicjowanie prac nad regulacjami</p>	<p>Przedstawianie Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych: propozycji przedsięwzięć zmieniających do integracji osób niepełnosprawnych, propozycji rozwiązań w zakresie zaspokajania potrzeb osób niepełnosprawnych, wynikających z niepełnosprawności, opinii do dokumentów przedkładanych Radzie przez Pełnomocnika, w tym do projektów: aktów prawnych mających lub mogących mieć wpływ na sytuację osób niepełnosprawnych, planów finansowych oraz sprawozdań Funduszu,</p>				

<p>Wojewódzkie społeczne rady ds. osób niepełnosprawnych</p> <p>Skład: 7 osób (powołanych spośród przedstawicieli NGO działających na terenie województwa - fundacji oraz przedstawicieli województwa - fundacji oraz przedstawicieli województwa i jednostek samorządu terytorialnego, powiatów i gmin).</p>	<p>Organy opiniodawczo-doradcze marszałków województw. Dział. na podst. art. 44a ust. 1 ustawy z 27.08.1997 r. (z późn. zm.) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.03.2003 r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych</p>	<p>Działalność w trybie posiedzeń w ramach 4-letniej kadencji</p> <p>Skład: 7 osób, powołowanych spośród przedstawicieli NGO działających na terenie województwa (fundacji) oraz przedstawicieli województwa i jednostek samorządu terytorialnego (powiatów i gmin)</p> <p>Członków wojewódzkich rad powołuje i odwołuje marszałek województwa spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje pozarządowe, fundacje oraz przedstawicieli województwa i jednostek samorządu terytorialnego</p>	<p>Wsparcie dla instytucji zaangażowanych - forum współdziałania organów administracji rządowej, samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych</p>	<p>Do zakresu działania wojewódzkich rad należą:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do: <ol style="list-style-type: none"> a) integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, b) realizacji praw osób niepełnosprawnych, 2) opiniowanie projektów wojewódzkich programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych, 3) ocena realizacji programów, 4) opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez sejmik województwa pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych. 	<p>Opiniowanie w sprawie dostępności serwisów internetowych, możliwości wsparcia technicznego, aparatury wojewódzki</p>	<p>rządowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych oraz informacji o ich realizacji, rocznych informacji o działalności Rady, sygnalizowanie odpowiednim organom potrzeby wydania lub zmiany przepisów dotyczących sytuacji o.n.</p>
--	--	---	--	--	---	--

<p>Powiatowe społeczne rady ds. osób niepełnosprawnych</p>	<p>Organy opiniodawczo - doradczyimi starostów. Dział. na podst. art. 44b ustawy z 27.08.1997 r. (z późniejszymi zm.) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych</p>	<p>Posiedzenia w ramach 4 -letniej kadencji, co najmniej raz na kwartał, w inicjatywy przewodniczącego rady, na wniosek co najmniej połowy członków prezydium rady lub na wniosek co najmniej 1/3 liczby członków rady. Organ wybieralny: członków powiatowych rad powołuje i odwołuje starosta, spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje pozarządowe, fundacje oraz przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego.</p>	<p>Wsparcie dla instytucji zaangażowanych - forum współdziałania organów administracji rządowej, samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych</p>	<p>Działania powiatowych rad należą: 1) inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do: a) integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, b) realizacji praw osób niepełnosprawnych, 2) opiniowanie projektów powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych, 3) ocena realizacji programów, 4) opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez radę powiatu pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.</p>	<p>Opiniowanie w sprawie dostępności serwisów internetowych, możliwości wsparcia technicznego, aparaturyowego - na poziomie powiatu</p>
<p>Pełnomocnicy Miast ds. osób niepełnosprawnych (lista w załączeniu - poniżej pod tabelą, aktualizacja 27.01.2015r.) - na przykładowie Pełnomocnika M. Krakowa</p>	<p>Dział. przy Prezydencie Miasta - Wydział Spraw Społecznych Na podst. Zarządzenia Prezydenta M. Krakowa z 10.01.2014 r. Kier. Referatem ds. problematyki o.n.</p>	<p>Współpraca z komórką Urzędu Miasta Krakowa właściwą do spraw społecznych oraz podmiotami i instytucjami organizacja konferencji, sympozjów, paneli i spotkań poświęconych problematyce o.n., wydawanie wiążących poleceń kierującym</p>	<p>Pełnomocnik współpracuje z jego obszaru merytorycznego, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w tym obszarze. Pełnomocnik podpisuje pisma i dokumenty związane z obszarem</p>	<p>Prowadzenie działań dot. zapewnienia możliwości pełnego funkcjonowania o.n. w społeczności lokalnej na terenie Gminy Miejskiej Kraków: 1) analiza potrzeb o.n., w tym. m.in. dostępu do obiektów użyteczności publicznej, uczestnictwa</p>	<p>Inspirowanie tworzenia i wykorzystania baz danych dotyczących osób niepełnosprawnych realizacja procedury obsługi osób mających trwałe lub okresowe trudności w komunikowaniu się</p>

		<p>komórkami organizacyjnymi Urzędu Miasta Krakowa i miejskimi jednostkami organizacyjnymi biorącymi udział w realizacji zadań.</p> <p>Reprezentowanie Miasta w stosunkach zewnętrznych oraz w kontaktach z podmiotami instytucjami krajowymi i zagranicznymi (w zakresie określonym w odrębnych upowaznieniach lub petnomocnictwach Prezydenta)</p>	<p>swojego działania. Kierujący komórkami organizacyjnymi Urzędu Miasta Krakowa oraz miejskimi jednostkami organizacyjnymi zobowiązani są do współpracy z Petnomocnikiem, w szczególności polegającej na konsultacji z nim działań dotyczących osób niepełnosprawnych realizowanych przez komórki organizacyjne Urzędu Miasta Krakowa i jednostki miejskie oraz zadań, które mają związek z zakresem realizowanym przez Petnomocnika.</p>	<p>w życiu społecznym i zawodowym oraz opracowanie i opiniowanie projektów aktów normatywnych stanowiących przez organy Miasta, dotyczących problematyki o.n. oraz inicjowanie i koordynowanie działań zmierzających do ograniczenia skutków niepełnosprawności i likwidacji barier utrudniających o.n. funkcjonowanie, współpraca z Powiatową Spoleczną Radą ds. O.N. działającą przy Prezydencie Miasta Krakowa, uczestnictwo w zespołach zadaniowych opracowujących dokumenty o charakterze programowym w zakresie problematyki osób niepełnosprawnych</p>	
<p>PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) http://www.pfron.org.pl</p>	<p>Fundusz celowy działający na mocy Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>	<p>Finansowanie wsparcia rehabilitacyjnego o.n. - z PFRON wypłacane są środki przeznaczane na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz ich zatrudnianie</p>	<p>Wsparanie finansowe indywidualnych osób niepełnosprawnych poprzez różnicowane działania ukierunkowane na proces rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz medycznej</p>	<p>Udzielanie dotacji, dofinansowanie likwidacji barier: architektonicznych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz turnusów</p>	<p>Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i barier technicznych (zakup sprzętu, oprogramowania, sprzętu specjalistycznego - dostawci, adaptery etc.)</p>

				rehabilitacyjnych, finansowanie aktywnych instrumentów rynku pracy dla osób zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy (szkolenia, staże, itp.), programy PFRON					
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie www.pcsr.jgo-ra.pl/e-mail: pcpr@pcpr.....pl	Jednostka w ramach struktur samorządu terytorialnego na poziomie powiatu	Wspieranie rodzin w trudnych sytuacjach życiowych	Wsparcie finansowe (zasilki), wsparcie profesjonalne (pomoc specjalistów, opieka terapeutyczna), inne formy wsparcia (rzeczowe, szkoleniowe)	Pomoc pracownika, zasiłki i dofinansowanie w konkretnych problemach	Brak adresowanych - dedykowanych działań programowych (statych)				
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Dział Rehabilitacji dr@mops.....pl	Jednostka w ramach struktur pomocy społecznej	Wspieranie osób niepełnosprawnych w trudnej sytuacji, wspieranie działań w sferze rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej	Wsparcie finansowe, profesjonalne (pomoc specjalistów, opieka terapeutyczna), inne formy wsparcia (rzeczowe, świadczenia rehabilitacji - finansowanie)	Pomoc pracownika, zasiłki i dofinansowanie w konkretnych problemach	Brak adresowanych - dedykowanych działań programowych (statych)				
Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych - CENTRUM INFORMACJI I WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - punkty Cieszyn, Toruń, Kraków, Szczecin, Zielona Góra,	12 inwalidzkich organizacji pozarządowych, 38 członków wspierających, w tym zakłady pracy chronionej, PFRON	<ul style="list-style-type: none"> Działania na rzecz o.n. członków organizacji tworzących Sejmik i nie zrzeszonych w żadnej organizacji inwalidzkiej rzecznictwo interresów o.n. działania na rzecz dzieci i młodzieży 	<ul style="list-style-type: none"> Bezpłatne porady psychologiczne on-line Bezpłatne porady prawne on-line Porady psycho-onkologa Pomoc mediatora Asystent rodziny Rehabilitacja zawodowa i społeczna, integracja zawodowa 	Centrum Informacji - bezpłatne porady i informacje w zakresie problematyki społeczno-zawodowej, porady prawne, porady psychologa, pośrednictwo pracy z możliwością korzystania z ofert pracy, porady Społecznego	Działania w ramach szerzej rozumianej rehabilitacji społecznej i zawodowej - wskazane obok Baza Danych zawiera kompleksowo podstawowe informacje z zakresu: uprawnień osób				

<p>Gorzów Bydgoszcz Status: Organizacja pożytku publicznego (jest związkiem stowarzyszeń i innych osób prawnych) e-mail: biuro@kson.pl</p>	<p>niepełnosprawnej (w zakresie oświaty, wychowania, kultury, nauki i techniki, upowszechniania kultury fizycznej i sportu);</p> <ul style="list-style-type: none"> • udział we wdrażaniu z innymi partnerami strategii i polityki Unii Europejskiej • Inne działania w sferze zadań publicznych, w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> • promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej o.n. • działalności wspomagającej rozwój wspólnot i społeczności lokalnych; • wolontariatu 	<p>i społeczna oraz jej promocja wspieranie działalności organizacji członkowskich</p>	<p>Rzecznika Interesów osób niepełnosprawnych porady mediatora sądowego dla osób niepełnosprawnych, rodzin, opiekunów oraz pracodawców i instytucji zainteresowanych problematyką rehabilitacji społeczno-zawodowej</p>	<p>niepełnosprawnych, ulg przysługujących o.n., uprawnień pracodawcy zatrudniającego osoby niepełnosprawne i praw niepełnosprawnych pracowników, uprawnień dla niepełnosprawnych podejmujących działalność gospodarczą oraz ważniejsze adresy i telefony przydatne osobom niepełnosprawnym</p>	
<p>Fundacja Aktywizacja (dawna Fundacja Pomocy Matematykom i Informatykom Niesprawnym) Rucho - od 2013 ATYWIZACJA organizacja pożytku publicznego (OPP). Prowadzi również działalność gospodarczą, z której cały zysk przeznaczony jest na działania statutowe</p>	<p>Członek sieci Pozarządowych Instytucji Rynku Pracy (PIRP): http://siecpirp.rynekpracy.org Założycielami Fundacji były osoby prywatne - naukowcy i pracownicy Instytutu Informatyki i Instytutu Matematyki Polskiej Akademii Nauk oraz instytucje - Polska Akademia Nauk i Polskie Towarzystwo Informatyczne.</p>	<p>Pomoc przedsiębiorcom w znalezieniu odpowiednich pracowników, doradztwo, jak uzyskać dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Propagowanie pozytywnych wzorców w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Zachęcanie pracodawców do tworzenia nowych miejsc pracy</p>	<p>Wielowymiarowe wsparcie, w tym możliwość zdobywania wiedzy i umiejętności zawodowych, przygotowanie do powrotu na rynek pracy lub zainstancja na nim, fachowa obsługa całego procesu rekrutacji Organizacja Targów Pracy dla pracodawców poszukujących pracowników oraz osób niepełnosprawnych</p>	<p>Szkolenia oraz indywidualna ścieżka doradczą (cykl konsultacji zawodowych, psychologicznych i prawnych) do wynagrodzeń oraz na przystosowanie stanowisk pracy zatrudnianych osób z niepełnościami, dobór odpowiednich kandydatów, wsparcie w uzyskaniu dofinansowania lub adaptacji stanowiska</p>	<p>Prowadzenie szkoleń komputerowych dla osób niepełnosprawnych z terenu Warszawy, które posiadały co najmniej średnie wykształcenie i chciały wejść na rynek pracy Obecnie Fundacja pomaga osobom z wszystkimi rodzajami i stopniami niepełnosprawności, niezależnie od ich profilu zawodowego,</p>

<p>http://www.aktywizacja.org.pl</p>		<p>dla pracowników z niepełnosprawnością lub dostosowywania już istniejących</p> <p>Współpraca z Ochotniczymi Hufcami Pracy, innymi organizacjami pozarządowymi i instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych, z biurami karier, urzędami pracy</p>	<p>szukających zatrudnienia</p>	<p>pracy i wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników, szkolenia oraz bieżąca informacja na temat prawnych aspektów zatrudniania osób niepełnosprawnych</p>	<p>wykształcenia, sytuacji społecznej czy też miejsca zamieszkania</p>
<p>Ognisko. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół www.ognisko.org.pl</p>	<p>Organizacja zrzeszająca osoby niepełnosprawne i ich rodziny</p>	<p>Propagowanie modelu zatrudnienia wspomagane - na otwartym rynku pracy, na dobranym stanowisku z pomocą drugiej (sprawnej) osoby (asystent na stanowisku pracy dla osoby niepełnosprawnej)</p>	<p>Szkolenia, staże, zatrudnienie subdywizyjne dla osób niepełnosprawnych</p>	<p>Działania w celu utrzymania pracy już po zatrudnieniu - w czasie szkolenia intensywnego, które ma na celu wesprzeć pracownika w jak najlepszej adaptacji w miejscu pracy oraz pomoc w tym, żeby nie stracił jej po okresie próbnym, asysta w miejscu pracy</p>	<p>Trening indywidualny umiejętności praktycznych (niezbędnych do wykonywania obowiązków na stanowisku pracy), w tym umiejętności cyfrowych</p>
<p>„Mimo Wszystko” Fundacja Anny Dymnej www.mimowszystko.org</p>	<p>Fundacja działająca na rzecz o.n, ich rodzin i opiekunów</p>	<p>Działania na rzecz integracji i partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych, aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym</p>	<p>Organizacja pomocy finansowej, rzeczowej</p>	<p>Prowadzenie zbiorów na rzecz zabezpieczenia podstawowych potrzeb, organizacja imprez i wydarzeń angażujących osoby niepełnosprawne</p>	<p>Wsparcie w tej dziedzinie udzielane indywidualnie, jako możliwa forma (jedna z możliwości) - adekwatnie do potrzeb jednostki w tej dziedzinie), brak stałej formy pomocy - działaność fundacji nie jest formalnie ukierunkowana na tę sferę</p>

<p>Fundacja Widzialni http://www.widzialni.org/partnerzy-przyjaciele-patroni,m,mg,14,3</p>	<p>Fundacja działająca na rzecz powszechnej dostępności Internetu oraz przestrzeni cyfrowej, w tym przede wszystkim dla osób niepełnosprawnych (dokumenty - odniesienie do pojęcia wykluczenia cyfrowego)</p>	<p>Znoszenie barier w dostępności Internetu i cyberprzestrzeni dla wszystkich obywateli: zagwarantowanie swobodnego dostępu do zasobów internetowych niezależnie od wieku, niepełnosprawności, zamożności, sprężu i oprogramowania, zwracanie uwagi opinii publicznej i administracji państwowej na problem dostępności stron internetowych dla osób zagrożonych zjawiskiem wykluczenia cyfrowego, w tym dla osób niepełnosprawnych</p>	<p>Działania w szerokim rozumianym partnerstwie z podmiotami publicznymi oraz sferą biznesu: wsparcie eksperckie, pomoc w ocenianiu dostępności Internetu rozumianej jako umożliwienie możliwości największej liczbie użytkowników dostępu do zasobów cyfrowych niezależnie od wieku, niepełnosprawności, użytego sprzętu i oprogramowania Eksperti Fundacji są autorami pierwszego w Polsce Podręcznika dobrych praktyk WCAG 2.0, skierowanego do administratorów stron internetowych, webmasterów oraz każdego zainteresowanego działaniami zmierzającymi do umożliwienia jak najszerszego dostępu do stron internetowych. Podręcznik powstał we współpracy z Orange Polska i pod patronatem Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Urzędu Komunikacji Elektronicznej oraz Uniwersytetu</p>	<p>Tworzenie koalicji, porozumień i prowadzenie wspólnych projektów, Projekty i koalicje: Szerokie Porozumienie na Rzecz Umiejętności Cyfrowych, Koalicja „Dojrzałość w sieci”, Forum Dostępnej Cyberprzestrzeni Opracowywanie i udostępnianie narzędzi do oceny dostępności stron internetowych, serwisów i baz - we współpracy z MAC (projekty, opracowanie narzędzi), Wirtualne Biuro Eksperckie, audyty dostępności, opiniowanie w oparciu o normy i standardy UE Uczestnictwo w procesie tworzenia regulacji: prace nad Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, które zobowiązało wszystkie instytucje realizujące zadania publiczne do dostosowania swoich serwisów www do 2015 roku</p>	<p>Realizacja Projektu Polska Akademia Dostępności (wspólnie z IMAC) - prowadzenie strony PD, platformy e-learningowej, badania zasobów internetowych, opracowanie szkoleń i warsztatów dla programistów i osób zajmujących się designem narzędzi Internetowych, opracowanie gotowych wzorców stron internetowych, organizacja konkursów na najlepsze projekty (pod względem dostępności Internetu dla o.n. - wszystkie opracowane systemy, wzorce oraz programy są dostępne dla osób o specjalnych potrzebach, zgodnie ze standardem WCAG 2.0 (AA)). Laureat nagród za działania na rzecz o.n.órd: nagrody specjalnej „Sektor 3.0” przyznanej przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności za wiedzę i skuteczne działania na rzecz likwidacji barier</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Śląskiego, został wydany przez PWN w 2013 roku (ISBN 978-83-01-16873-5).</p>	<p>dla potrzeb osób wykluczonych. Wspólnie z Uniwersytetem Śląskim - opracowanie i powołanie nowego kierunku studiów „Włączenie cyfrowe i społeczne: strony internetowe, audiodeskrypcja, multimedia” (kształcenie przyszłych specjalistów z zakresu włączenia cyfrowego i społecznego). Także wspólnie z Uniwersytetem Śląskim opracowanie kompleksowej metodologii badania stron internetowych w oparciu o standard WCAG 2.0 (Web Content Accessibility Guidelines).</p>	<p>powodujących wykluczenie cyfrowe osób niepełnosprawnych Braźrowy medal w Konkursie Lodołamacze 2014. w kategorii Instytucja - za szczególną wrażliwość społeczną i promowanie aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia (działalność na polu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych Razem z Szerokim Porozumieniem na Rzecz Umiejętności Cyfrowych organizacja ogólnopolskiego Kursu „Strona Internetowa bez Barier” adresowanego do jednostek administracji publicznej, organizacji pozarządowych oraz sektora komercyjnego (cel: propagowanie idei Internetu wolnego od barier i dostępnego dla wszystkich), w tym całoroczna kampania promocyjna oraz konferencja Cyfrowo wykluczeni z udziałem przedstawicieli ministerstw,</p>
---	---	---

<p>Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych (PFON) http://www.pfon.org</p>	<p>Organizacja non-profit o statusie organizacji pożytku publicznego (OPP), zrzeszająca stowarzyszenia i związki stowarzyszeń osób niepełnosprawnych w Polsce. Od 2004 roku należy do Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych (European Disability Forum - EDF).</p>	<p>Misja: jednoczenie sił społecznych oraz instytucjonalnych dla tworzenia warunków wyrównywania szans, równoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz walki z wszelkimi przejawami dyskryminacji osób niepełnosprawnych[...]</p>	<p>Tworzenie płaszczyzny współpracy i jednolitej reprezentacji stowarzyszeń o.n. oraz rodzin [...] wplywanie na politykę społeczną państwa oraz rozwiązania prawne decydujące o jakości życia o.n. w wymiarze osobowym, społecznym i ekonomicznym oraz o ich równym traktowaniu [...] umacnianie organizacji pozarządowych o.n. [...] oraz partnerska współpraca tych organizacji i ich związków</p>	<p>Opracowywanie projektów dokumentów, przygotowywanie i wydawanie publikacji Wdrażanie konwencji o prawach osób niepełnosprawnych - wspólna sprawa Opracowanie Rekomendacji dla włączającej edukacji wyższej i zawodowej dla osób z niepełnosprawnościami Działania na rzecz wdrożenia trenera pracy jako sposobu na zwiększenie</p>	<p>Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, uczelni wyższych oraz organizacji pozarządowych (pod patronatami: Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Urzędu Komunikacji Elektronicznej)</p>	<p>Działania na rzecz partycypacji społecznej i nowych perspektyw dialogu: model deliberacji i narzędzia IT w procesach decyzyjnych Opracowanie modułów szkoleniowych dotyczących niepełnosprawności dla kadr instytucji kształcenia zawodowego i wyższego (pod hasłem Uczmy się!)</p>
--	---	---	--	---	--	---

			<p>z władzą ustawodawczą i wykonawczą i samorządowego, współpraca z organizacjami pozarządowymi</p>	<p>zatrudnienia osób niepełnosprawnych Organizacja Międzynarodowej Konferencji nt. Konwencji ONZ i Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności Wsparcie działalności PFON służącej aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych Opracowanie modelu lokalnego systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych intelektualnie Monitoring dostępu do funduszy Unii Europejskiej Upowszechnianie wiedzy na temat roli gminy w aktywizacji zawodowej o.n.</p>	
--	--	--	---	---	--

Aneks

Interesariusze - autorzy stron internetowych

W ramach analizy instytucjonalnej w przypadku zagadnienia dostępu osób niepełnosprawnych do Internetu istotne było także wskazanie witryn Internetowych tworzonych i utrzymywanych przez istotne w tym kontekście podmioty. Znalazły się tu wymienione poniżej podmioty (Witryny użytkowników serwera IdN1):

- 1) Centrum Niezależnego Życia - Ciechocinek
- 2) Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, ich Rodzin i Przyjaciół OGNISKO
- 3) Dom dla Niepełnosprawnych - Piekoszów
- 4) Fundacja Aware Europe
- 5) Fundacja Linia Życia - Warszawa
- 6) Fundacja Sztuki Osób Niepełnosprawnych - Kraków
- 7) Hemofilia i inne skazy krwotoczne
- 8) Kieleckie Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane
- 9) Łódź w oczach niepełnosprawnych
- 10) Małopolski Związek Osób Niepełnosprawnych - Bochnia
- 11) Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Poznaniu
- 12) Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Niestyszających i Słabostyszających w Lublińcu
- 13) Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Niestyszających i Słabostyszających w Raciborzu
- 14) PC bez B@rier
- 15) Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych
- 16) Problemy Osób Niepełnosprawnych - Limanowa
- 17) Pruszków Niepełnosprawni
- 18) Regionalne Stowarzyszenie Szachowe Osób Niepełnosprawnych SKORPION
- 19) Rozpoznawanie mowy dla każdego - SPEECO
- 20) Słuch i Hałas
- 21) Stowarzyszenie Działające Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych HELP
- 22) Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Partnerstwo - Radomsko
- 23) Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym w Zamościu
- 24) Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA”
- 25) Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niestyszających „Mów paluszku”
- 26) Stowarzyszenie Reumatyków i ich Sympatyków

- 27) Stowarzyszenie Świętego Celestyna - Mikoszków
- 28) Stowarzyszenie Wspierania Niestyszających SWN - Przemyśl
- 29) Technologie *Bez Barrier*
- 30) Towarzystwo Muzyczne im. Edwina Kowalika
- 31) Warszawskie Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”
- 32) XI Olimpiada Szachowa Niewidomych
- 33) Zespół Szkół przy Klinicznym Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie Leśnym oraz witryny w domenie idn.org.pl poza serwerem IdN1:
- 34) Polska Fundacja Pomocy Dzieciom Niedostyszającym ECHO
- 35) Stowarzyszenie Osób Dotkniętych Padaczką i Przyjaciół „Spokojna głowa”
- 36) Szukanie w sieci o niepełnosprawnych narzędziami GOOGLE

Aneks

Interesariusze - kluczowe instytucje

Na potrzeby analizy instytucjonalnej dokonano również przeszukania stron Internetowych według klucza - glosariusza pojęć istotnych dla badanego obszaru. Opracowany glosariusz stanowi istotną część narzędzia. Lista słów, fraz i pojęć kluczowych objęta m.in. następujące: niepełnosprawność, inwalidztwo, wykluczenie społeczne, wykluczenie cyfrowe, cyfryzacja, dostęp do Internetu, cyberprzestrzeń i bariery w cyberprzestrzeni, inkluzja społeczna, sieci elektroniczne, rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych, edukacja i Internet, e-learning, szkolenie zawodowe przez Internet, praca dla niepełnosprawnych w Internecie, programy i projekty cyfrowe, elektroniczne narzędzia edukacji, edukacja osób niepełnosprawnych, wsparcie osób niepełnosprawnych, wsparcie cyfrowe, działania na rzecz podnoszenia kwalifikacji osób niepełnosprawnych, szkolenia cyfrowe, programy i technologie cyfrowe ułatwiające dostęp, dostosowanie narzędzi, Internetu, cyberprzestrzeni do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W efekcie zastosowania glosariusza zostały wyszukane następujące, wybrane linki do stron prowadzonych przez kluczowe instytucje:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Biuro Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- Stołeczne Centrum Osób Niepełnosprawnych
- Ogólnopolska Federacja Organizacji Osób Niepełnosprawnych Ruchowo
- Polski Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych - Zarząd Główny
- Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym, Fundacja „Fuga Mundi”

- OTWARTE SERCA - Centra Doradcze
- „Otwarte Biura Karier. Poradnictwo zawodowe dla studentów niepełnosprawnych.”
- Portal niepełnosprawni.pl
- Portal ipon.pl
- Portal Organizacji Pozarządowych - ngo.pl
- SiePomaga - Internetowa Platforma Pomagania
- DOBRE PRAKTYKI - Magazyn Społeczno-Kulturalny
- Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi
- Polski Związek Głuchych
- Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym
- Krajowe Towarzystwo Autyzmu
- Fundacja Synapsis
- FAR (Fundacja Aktywnej Rehabilitacji)
- Fundacja Fuga Mundi
- Ogólnopolska Federacja Organizacji Osób Nieprawych Ruchowo
- Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
- Fundacja Aktywizacja
- Polskie Stowarzyszenie Ludzi Cierpiących na Padaczkę
- Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
- Polski Związek Jąkających się
- Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem
- Towarzystwo Przyjaciół Dzieci
- Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji
- SPINKA (Stowarzyszenie Pomocy Niepełnosprawnym Kierowcom)
- Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „Start”
- Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów
- Inclusion Europe
- Fundacja TUS
- Koalicja na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością
- Fundacja Widzialni
- Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego
- Fundacja Szansa dla Niewidomych
- Krok po kroku Fundacja na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Rozwoju i ich Rodzin
- Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”
- Fundacja na rzecz Osób Niewidomych Labrador-Pies Przewodnik
- Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci Specjalnej Troski im. Leszka Grajka
- Stowarzyszenie „Twoje Nowe Możliwości”

- Stowarzyszenie „SPOZA”
- Fundacja Eudajmonia
- Fundacja Inkluzja-Edukacja Włączająca

Na liście znalazły się także **kluczowe organizacje pracodawców**

- KIG-R (Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna)
- Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych
- Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych (POPON)
- Porozumienie Branżowe
- Ogólnopolska Baza Pracodawców Osób Niepełnosprawnych (OBPON)
- Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Aktywności Zawodowej i Innych Przedsiębiorstw Społecznych

Do istotnych podmiotów w przedmiotowym obszarze należą także **pełnomocnicy miast**, których lista zamieszczona została poniżej (aktualizacja 27.01.2015):

- **Bydgoszcz** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Andrzej Ofczyński
ul. Niedźwiedzia 4, 85-102 Bydgoszcz, pok. 6A
tel.: 52 585 89 13
- **Częstochowa** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Małgorzata Krason
ul. Jana III Sobieskiego 9, 42-217 Częstochowa
tel.: 34 322-91-44
e-mail: m.krason@czestochowa.powiat.pl
- **Elbląg** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Barbara Dyrła
ul. Kosynierów Gdyńskich 42, 82-300 Elbląg, pok. 2
tel.: 55 239 30 21
- **Gdańsk** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Maria Podgórnica
ul. Kartuska 5, 80-103 Gdańsk, pok. 201
tel.: 58 323 67 91
e-mail: maria.podgornica@gdansk.gda.pl
- **Gdynia** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Beata Wachowiak-Zwara
al. Marszałka Piłsudskiego 52/54, 81-382 Gdynia, pok. 114
tel.: 58 668 87 90
e-mail: niepelnosprawni@gdynia.pl

- **Katowice** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Stefania Gowda
ul. Rynek 1, 40-003 Katowice, VIII piętro, pok. 805 A
tel.: 32 259 32 12 i 32 259 32 07
e-mail: pn@um.katowice.pl
- **Kielce** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Anna Sowa
ul. Szymanowskiego 6, 25-701 Kielce, pok. 28
tel.: 41 367 65 28, 607 455 574
- **Koszalin** - pełnomocnik ds. Osób Niepełnosprawnych w Urzędzie Miejskim
Anna Ginda
ul. Rynek Staromiejski 6-7, 75-007 Koszalin
tel.: 94 34 88 717
e-mail: anna.ginda@um.man.koszalin.pl
- **Kraków** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Bogdan Daśal
ul. Stachowicza 18, 30-103 Kraków
tel.: 12 616 50 27
e-mail: bogdan.dasal@um.krakow.pl
- **Lublin** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Joanna Olszewska
ul. Stanisława Leszczyńskiego 23, 20-068 Lublin
tel.: 81 466 20 65, 81 466 30 68
e-mail: ion@lublin.eu
- **Łódź** - rzecznik osób niepełnosprawnych
Ewa Ściborska
ul. Piotrowska 104, 90-962 Łódź
tel.: 42 638 45 74
e-mail: ron@um.lodz.pl
- **Mysłowice** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Krzysztof Marciniak
ul. Powstańców 1, 41-400 Mysłowice, pokój 05
tel.: 32 317 11 40
e-mail: um_niepelnosprawni@myslowice.pl
- **Opole** - Wydział Polityki Społecznej Urzędu Miasta
ul. Budowlanych 4, 45-005 Opole
tel.: 77 443 57 50
- **Poznań** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Dorota Potejko
ul. 3 maja 46, 61-728 Poznań
tel.: 61 878 54 75, 61 878 52 22
e-mail: dorota_potejko@um.poznan.pl

- **Ruda Śląska** - pełnomocnik Prezydenta Miasta ds. Osób Niepełnosprawnych
Halina Ignor
ul. Markowej 20, 41-709 Ruda Śląska (Nowy Bytom), pok. 1
tel.: 32 344 03 23, wew. 365
e-mail: hignor@mops.rsl.pl
Godziny przyjmowania stron: od poniedziałku do piątku w godz. od 9.00 do 14.00
- **Siemianowice Śląskie** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Edyta Świątczak-Gurzęda
ul. Michałowicka 105, 41-103 Siemianowice Śląskie, pok. D
tel.: 32 760 54 45
- **Starogard Gdański** - pełnomocnik prezydenta ds. osób niepełnosprawnych
Sylwia Ossowska
ul. Gdańska 6, 83-200 Starogard Gdański
tel.: 58 530 61 34
e-mail: sylwia.ossowska@um.starogard.pl
- **Szczecin** - Zespół Do Spraw Obsługi Osób Niepełnosprawnych przy Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego, kierownik Zespołu:
Beata Andruszkiewicz
ul. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin
tel.: 91 424 56 70, fax: 91 424 56 76
e-mail: bandrusz@um.szczecin.pl
- **Toruń** - Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, koordynacją działań na rzecz osób z niepełnosprawnością zajmuje się:
Waldemar Katlewski
ul. Fałata 39, 87-100 Toruń, pok. 15
tel.: 56 611 84 53
- **Włocławek** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Anna Nowak
ul. Zielony Rynek 11/13, 87-800 Włocławek
tel.: 54 414 40 00
- **Wrocław** - rzecznik miasta ds. osób niepełnosprawnych
Bartłomiej Skrzyński
ul. G. Zapolskiej 4, 50-032 Wrocław, piętro III, pok. 342
tel.: 71 777 86 99, fax: 71 777 79 94
e-mail: bartlomiej.skrzynski@um.wroc.pl
Rzecznik spotyka się z mieszkańcami, po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu, w każdą środę w godz.: 10:00-12:00
- **Zabrze** - pełnomocnik prezydenta miasta ds. osób niepełnosprawnych
Halina Breczko
ul. Wolności 286, pok. 311, 41-800 Zabrze
tel.: 32 373 34 67
e-mail: hbreczko@um.zabrze.pl

- **Zielona Góra** - biuro ds. osób niepełnosprawnych
ul. Zachodnia 6 A, 65-552 Zielona Góra
tel.: 68 453 20 65
e-mail: niepełnosprawni@um.zielona-gora.pl

Aneks

Standardy dotyczące dostępności treści internetowych, wytycznych w tym zakresie podmiotów odpowiedzialnych, co znajduje odzwierciedlenie w zidentyfikowanych i wskazanych poniżej źródłach - wybranych publikacjach i wystąpieniach zainteresowanych podmiotów.

Wybrane publikacje Internetowe oraz wystąpienia Pełnomocnika rządu

1) Publikacje rekomendowane przez Pełnomocnika ds. Osób niepełnosprawnych:

- Wytyczne dla dostępności treści internetowych 2.0 (WCAG 2.0) (dokument w serwisie Forum Dostępnej Cyberprzestrzeni)²⁵
- „WCAG 2.0 Podręcznik Dobrych Praktyk” pdf 3.9 Mb²⁶ - Fundacja Widzialni opublikowała opracowanie, w którym wyjaśnia, w jaki sposób serwisy internetowe powinny być przygotowywane, aby były dostępne dla jak największej liczby użytkowników wykluczonych cyfrowo. Książka uzyskała patronat Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Urzędu Komunikacji Elektronicznej i Uniwersytetu Śląskiego. Partnerem projektu jest Orange Polska. Projekt jest również wspierany przez Microsoft Sp. z o.o.
- „DOSTĘPNOŚĆ SERWISÓW INTERNETOWYCH. Dobre praktyki w projektowaniu serwisów internetowych dostępnych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności” pdf 2,78 Mb - Publikacja w formatach ePub, Mobi i Daisy dostępna na stronie internetowej: dostepnestrony.pl²⁷

²⁵ Materiał do pobrania w: Web Content Accessibility Guidelines WCAG 2.0, <http://fd.org.pl/wcag2/> (dostęp grudzień 2016)

²⁶ Wytyczne zostały wprowadzone do regulacji w trybie rozporządzenia MZ: Rozporządzenie MZ z dnia 16.05.2012r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych, Dz.U 2012, nr poz. 526

²⁷ Paszkiewicz d. Dębski J. (2013), Dostępność serwisów internetowych, Dobre praktyki

- „Dostępne WWW” pdf 438 kb - Publikacja Fundacji Instytutu Rozwoju Regionalnego²⁸
- „Narzędzia do badania dostępności i tworzenia dostępnych treści” pdf 2,41 Mb - Publikacja Fundacji Instytutu Rozwoju Regionalnego²⁹. Autorzy: Grzegorz Kozłowski, Mikołaj Rotnicki, Mariusz Trzeciakiewicz, Piotr Witek, Jacek Zadrożny. Pod redakcją Jolanty Piwowońskiej.

2) Wystąpienia Pełnomocnika, MZ i innych podmiotów:

- Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Ministra Zdrowia Pana Bartosza Arłukowicza z 30 stycznia 2015 r. pdf³⁰
- Skan wystąpienia do Ministra Zdrowia z 30 stycznia 2015 r. pdf 103 kb³¹
- Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2015 r. na wystąpienie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych pdf 418 kb³²
- Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Ministra Administracji i Cyfryzacji Pana Pawła Halickiego z dnia 14 listopada 2014 r. pdf 111 kb
- Odpowiedź Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji w sprawie standardów WCAG 2.) z dn. 30.01.2015 r. pdf 116 kb
- Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Ministra Infrastruktury i Rozwoju Regionalnego Pani Marii Wasiak z dnia 3 października 2014 r. pdf 113 kb

w projektowaniu serwisów internetowych dostępnych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, Integracja, Warszawa.

²⁸ Zadrożny J. (2009), Dostępne WWW, Fundacja Instytutu Rozwoju Regionalnego, <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/publikacje/dostepnosc-serwisow-internetowych/Dostepne%20www.pdf> (dostęp grudzień 2016)

²⁹ Kozłowski, G., Rotnicki M., Trzeciakiewicz M., Witek P., Zadrożny J., Piwowska J. (red.), (2014), Narzędzia do badania dostępności i tworzenia dostępnych treści, Warszawa, http://www.fdc.org.pl/gallery/Narzedzia_do_badiania_i_tworzenia_dostepnych_treści.pdf (dostęp grudzień 2016)

³⁰ Wystąpienie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_Pelnomocnika_Rzadu_ds_Osob_Niepelnosprawnych_ws_rozwiazan_prawnych_dotyczacych_osob_niepelnosprawnych.pdf (dostęp grudzień 2016)

³¹ Wystąpienia Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych do Ministra Zdrowia <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,119,wystapienia-pelnomocnika> (dostęp grudzień 2016)

³² <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/zespol-ds.-konwencji/wystapienia-pelnomocnika/Odpowiedz%20Ministerstwa%20Administracji%20i%20Cyfryzacji%2030.01.2015.pdf> (dostęp grudzień 2016)

- Skan wystąpienia do Ministra Infrastruktury i Rozwoju Regionalnego Pani Marii Wasiak z dnia 3 października 2014 r. pdf 476 kb
- Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania Pani Małgorzaty Fuszary z dnia 6 sierpnia 2014 r. pdf 159 kb
- Skan wystąpienia do Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania z dnia 6 sierpnia 2014 r. pdf 803 kb
- Wystąpienie Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Pana Jarosława Dudy do Ministra Infrastruktury i Rozwoju Regionalnego Pani Elżbiety Bieńkowskiej z dnia 4 lipca 2014 r. pdf 142 kb
- Skan wystąpienia do Ministra Infrastruktury i Rozwoju Regionalnego z dnia 4 lipca 2014 r. pdf 256 kb

Aneks

Wybrane programy dotyczące dostępu osób niepełnosprawnych do Internetu

1. *Inauguracja projektu pn. „Wsparcie osób niepełnosprawnych w swobodnym dostępie do informacji i usług umieszczonych w Internecie”*.
Adres: http://www.pfron.org.pl/portal/pl/309/1094/Inauguracja_projektu__pn_quotWsparcie_osob_niepelnosprawnych_w_swobodnym_dostepi.html (dostęp: 6.11.2014)
2. *i2010 - First Annual Report on the European Information Society*
3. *Materiał informacyjny dla osób niepełnosprawnych ubiegających się o dofinansowanie w ramach programu „Komputer dla Homera 2010”* <http://www.pfron.org.pl/portal/pl/78/945/?poz=3> (dostęp 10.10.2013)
4. *Materiał informacyjny dla osób niepełnosprawnych ubiegających się o wsparcie w ramach programu „Pegaz 2010*, http://www.pfron.org.pl/portal/pl/253/832/Pegaz_2010.html (dostęp 12.12.2013)
5. *Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej. Szanse i zagrożenia*: <http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=159-9> (dostęp 12.12.2013)
6. *Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu osób niepełnosprawnych w Warszawie. Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka* <http://europa.um.warszawa.pl/projekty-miejskie/przeciwdzialanie-wykluczeniu-cyfrowemu-osob-niepelnosprawnych-w-warszawie> (dostęp 10.12.2014)

7. Szafranek K., *Dostępność usług internetowych dla osób niepełnosprawnych. Praca projektowa*. Adres: <http://szafranek.net/works/articles/accessibility-law> (dostęp 10.12.2013)
8. Ślusarczyk C., *Dostępność stron internetowych dla osób niepełnosprawnych - problemy i trudności techniczne*. E-mentor nr 2 (9), 2005 Adres: http://www.e-mentor.edu.pl/_pdf/ementor9.pdf (dostęp 10.12.2013)
9. Wytyczne Dotyczące Ułatwień Dostępu Do Zawartości Sieci 2.0, <http://www.fdc.org.pl/gallery/Informacja-dla-wszystkich.pdf> (dostęp 7.01.2015)
10. WCAG 2,0 <http://dostepnestrony.pl/artukul/wcag-2-0-w-skrocie/> (dostępny 1.12.2014)
11. Understanding WCAG2.0 oraz Techniques for WCAG2.0. wszystkie te dokumenty wskazano na stronie Ministerstwa Administracji I Cyfryzacji <https://mac.gov.pl/dostepnosc>
12. *Założenia do ustawy o standaryzacji publicznych stron internetowych. Widzialni.eu. Strony internetowe bez barier*. Częstochowa 2009
13. Kowalczyk A.: *UE w Internecie. Przewodnik dla osób niepełnosprawnych. Publikacja powstała we współpracy Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej ze Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji* [http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/D6E6067B521CFE03C1256FF70037D266/\\$file/UE_w_Internecie_Poradnik-83-89218-44-5.pdf](http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/D6E6067B521CFE03C1256FF70037D266/$file/UE_w_Internecie_Poradnik-83-89218-44-5.pdf) (dostęp 10.10.2013)

Rozdział piąty

ANALIZA OBSZARU DZIAŁAŃ Z UWZGLĘDNIENIEM KONCEPCJI HIA DOTYCZĄCYCH NIEOGRANICZONEGO DOSTĘPU DZIECI I MŁODZIEŻY DO WYSOKIEJ JAKOŚCI WODY PITNEJ W SZKOŁACH

Beata Piórecka

Wstęp

Polska wdraża wytyczne międzynarodowe dotyczące ograniczenia rozpowszechnienia zaburzeń w stanie odżywienia (tj. nadwagi i otyłości, czy niedożywienia) w różnych grupach osób, są to m.in. *Globalna strategia w sprawie diety, aktywności fizycznej i zdrowia* (WHO, 2004)¹, czy *Globalny Plan Działań WHO na rzecz Zapobiegania i Kontroli Chorób Niezakaźnych (NCDs) na lata 2013-2020*².

Zgodnie ze wskazaniem programu „Zdrowie 2020”, istotnym dokumentem polityki UE jest *European Food and Nutrition Action Plan* na lata 2015-2020³ w ramach, którego przedstawiono strategię zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych oraz poprawy żywienia. Zleca się rządzącym, poprzez tworzenie środowiska wspierającego, angażowanie się w działania ułatwiające jednostkom i społecznościom korzystne dla zdrowia wybory żywieniowe, w tym również dotyczące płynów, szczególnie w instytucjach edukacyjnych, a także opieki czy

¹ WHO, *Global strategy on diet, physical activity and health*, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

² WHO, *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

³ WHO, *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

innych instytucjach publicznych. Wskazano w nim również zalecenie ustanowienia odpowiednich regulacji, które mogą sprzyjać zmniejszeniu nierówności społecznych. Przykładami tych działań realizowanymi już teraz w Polsce są programy finansowane ze środków UE zwiększające spożycie owoców i warzyw oraz produktów mlecznych przez dzieci i młodzież szkolną⁴.

Polityki UE wspiera przygotowany rok wcześniej plan działań w sprawie zmniejszenia występowania otyłości dziecięcej na lata 2014-2020⁵. W tym dokumencie wśród ośmiu kluczowych obszarów działań zawarto również promowanie odpowiedniego środowiska, zwłaszcza w szkołach i przedszkolach, w których wybór korzystniejszych zachowań dla zdrowia ma być łatwiejszy.

Kształtowanie prawidłowego stylu życia jest promowane w UE jako element ważnych kompetencji społecznych oraz obywatelskich i jest rozwijane w ramach strategii uczenia się przez całe życie. Komisja zaproponowała w 2009 roku strategię na rzecz młodzieży, w której podkreślono podatność młodzieży na określone zagrożenia i wskazano działania mające na celu przeciwdziałanie tym zagrożeniom. Najczęściej zdrowie młodzieży jest zagrożone z powodu stresu, złej diety, braku aktywności fizycznej, spożywania alkoholu oraz innych zachowań antyzdrowotnych. Na zły stan zdrowia młodzieży w UE wpływają także szersze czynniki środowiskowe i społeczno-ekonomiczne, które mogą jej utrudniać aktywne uczestnictwo w życiu społecznym⁶.

W powiązaniu z wytycznymi światowymi i europejskimi opracowano krajowe zalecenia dla polityki zdrowia publicznego ujęte w kolejnych odstępach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). W programie opracowanym na lata 2007-2015 jednym z celów dotyczących czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia przedstawiono cel operacyjny 3, który wskazywał na konieczność poprawy sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości, także wśród uczniów spożywających posiłki w szkołach⁷.

W Polsce realizowano również Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia

⁴ Agencja Rynku Rolnego, *Informacja o programie „Owoce i warzywa w szkole”*, <http://www.arr.gov.pl/owoce-i-warzywa-w-szkole> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁵ *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶ *An EU Strategy for Youth : Investing and Empowering - A renewed open method of coordination to address youth challenges and opportunities*, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0200&from=PL> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/za_urm_npz_90_15052007p.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską. Program ten był zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do realizacji w latach 2007-2011⁸ (I etap) i kontynuowany w latach 2012-2014⁹. Był on realizowany jako część Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. Program POL-HEALTH opierał się na działaniach na rzecz zwiększania świadomości społeczeństwa o roli żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu otyłości. Zakładał edukację różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia oraz edukacją dzieci i młodzieży¹⁰.

W aktualnym NPZ na lata 2016-2020 celem podejmowanych działań przez organy władzy publicznej i współpracujące z nimi podmioty ma być wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Temat mojej analizy łączy się z realizacją 1 i 4 celu operacyjnego NPZ dotyczącego poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa oraz ograniczenia ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, w tym również środowisku nauki. W NPZ wskazano podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych działań, w tym wiodącą rolę przypisano Ministerstwu Zdrowia¹¹.

Stan zdrowia młodzieży w Polsce podlega ciągłym zmianom. Pojawiają się nowe problemy zdrowotne związane ze zmianą trybu życia młodych ludzi oraz zmianami społecznymi i środowiskowymi. Należą do nich przede wszystkim: nadwaga i otyłość, zmniejszenie się poziomu aktywności fizycznej, co skutkuje obniżeniem sprawności i dysfunkcjami układu mięśniowo-szkieletowego, zaburzenia psychiczne, alergie oraz negatywne skutki zachowań ryzykownych¹².

Odmienne niż na przykład w Wielkiej Brytanii, gdzie od 1992 roku prowadzone są co 4 lata badania NDNS (ang. *The National Diet and Nutrition Survey*), które

⁸ Ministerstwo Zdrowia (2007) *Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) na lata 2007-2011*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/otylosc_06012010.pdf, [data wejścia 08.03.2017r.]

⁹ Ministerstwo Zdrowia (2012) *Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) na lata 2012-2014*. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/mod1progrnadwaga_201210301313.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰ Jarosz M. (2009) *Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości*. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, Szczecin Materiały II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością

¹¹ Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020*. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹² Woynarowska B., Oblacińska A. (2014). *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*. „Studia BAS” 2(38) s. 41-64

mają na celu ocenę diety¹³, w Polsce brakuje wyników regularnie prowadzonych badań populacyjnych dotyczących oceny sposobu żywienia oraz stanu odżywienia wszystkich grup wiekowych dzieci i młodzieży. Ostatnie badanie populacyjne zostało przeprowadzone w Polsce przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie w 2000 roku¹⁴.

Z reprezentatywnych dla populacji polskiej badań prowadzonych przez Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” (Projekt OLAF) pod koniec dekady wynikało, że 18,6% chłopców i 14,5% dziewczynek w przedziale wiekowym 7-18 lat cierpi na nadwagę lub otyłość. Najczęściej problem z nadmiarem masy ciała miały dzieci mieszkające w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (szczególnie, gdy oboje rodzice pracowali) i wsiach (regiony rolnicze)¹⁵.

Otyłość jest określana jako forma niedożywienia, gdyż często osoby z nadmiarem masy ciała, przy zbyt dużym w odniesieniu do zapotrzebowania, pobraniu energii wraz z dietą, mają niedobory określonych witamin, czy składników mineralnych (niedożywienie jakościowe). Z drugiej strony niedobór masy ciała i niedożywienie są istotnymi problemami dla zdrowia publicznego w Polsce. Dane Głównego Urzędu Statystycznego z 2011 roku¹⁶ podają, że 30% biednych mieszkańców Polski to dzieci i młodzież, która nie ukończyła jeszcze 18 lat. Co piąte dziecko, które wychowało się w ubóstwie do końca życia zmagają się z trudnościami życia w nędzy. Największy problem z głodem pojawia się w dużych miastach.

Spożycie posiłków w szkołach jest oceniane w ramach międzynarodowych badań HBSC (ang. Health Behaviour in School-aged Children - A WHO Collaborative Cross-national Study), w których od 1990 roku uczestniczy również Polska. Anonimowym badaniem ankietowym objęta jest młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat, w tym badaniu młodzież proszona jest też o wpisanie swojego aktualnego wzrostu i masy ciała, które są wykorzystane do obliczenia wskaźnika masy ciała - BMI (ang. Body Mass Index). Przykładowo w krajowym raporcie z omawianych badań za 2010 r. spożywanie śniadań we wszystkie dni szkolne zgłaszało ok. 60% badanych i spożycie to malało wraz z przyrostem wieku badanych¹⁷. Według

¹³ *National Diet and Nutrition Survey* <https://www.gov.uk/government/statistics/national-diet-and-nutrition-survey-results-from-years-1-to-4-combined-of-the-rolling-programme-for-2008-and-2009-to-2011-and-2012> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁴ Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. i wsp. (2003): *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Prace IŻŻ 101, Warszawa

¹⁵ Kułaga Z. i wsp. (2011) *Polish 2010 growth references for school aged children and adolescents*. „Eur.J. Pediatr.” 170, 599-609

¹⁶ GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia (2012): *Ubóstwo w Polsce w 2011 r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych)*, Główny Urząd Statystyczny http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2011.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁷ Mazur J. (2015) *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie*

opublikowanego w maju 2012 roku międzynarodowego raportu z badań HBSC¹⁸, odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała w Polsce był większy niż w uczestniczących w badaniu krajach europejskich, szczególnie dotyczyło to młodszych grup wiekowych. Przyjmując za podstawę wskaźnik masy ciała - BMI oraz ujednolicone kryteria definiowania nadwagi (wg IOTF - International Obesity Task Force) w latach 2002-2010 stwierdzono rosnący odsetek uczniów z nadwagą w Polsce.

Natomiast według wyników omawianych badań HBSC z 2014 r. nadwaga i otyłość dotyczyły 14,8% ogółu ankietowanych uczniów. W porównaniu z poprzednimi badaniami HBSC 2010, z uwzględnieniem tych samych kryterium oceny, częstość występowania nadwagi i otyłości w Polsce uległa obniżeniu z poziomu 17% ($p=0,006$), co wskazuje na zahamowanie poprzednio obserwowanej tendencji wzrostowej¹⁹.

Światowe, europejskie oraz krajowe zalecenia dotyczące odpowiedniego nawodnienia dzieci i młodzieży

Woda jest niezbędnym składnikiem każdej zdrowej diety. Zapotrzebowanie na wodę dzieci w wieku szkolnym i młodzieży jest zróżnicowane i zależy zarówno od czynników wewnętrznych (stan zdrowia, aktywność fizyczna), jak i zewnętrznych (klimat, czy nawyki żywieniowe). Aby utrzymać organizm w optymalnej sprawności należy dążyć do utrzymania odpowiedniego bilansu wodnego w organizmie²⁰. Dodatni bilans wodny obserwuje się jedynie w okresie dojrzewania oraz u kobiet w ciąży²¹.

badania HBSC 2010. <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁸ WHO *Social determinants of health and well-being among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 survey.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1 [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁹ *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

²⁰ Woś H. (red.) (2011), *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież.* „Standardy Medyczne. Pediatria”, 8 (1), s. 27-35

²¹ Niemiec T. (red.) (2009), *Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące spożycia wody pitnej przez kobiety w okresie rozrodczym, ciężarne oraz karmiące piersią.* „Ginekologia po Dyplomie”, 4(62) s. 103-113

W raporcie opracowanym w 2006 r. w Wielkiej Brytanii „*Wise up on water!*” podkreślono, że wypijanie wystarczającej ilości wody ma znaczenie w profilaktyce wybranych chorób przewlekłych m.in. nowotworów (piersi, jelita grubego, dróg moczowych), choroby niedokrwiennej serca, zakrzepicy, udaru, kamicy pęcherzyka żółciowego oraz kamicy nerkowej²². Zaznaczono też rolę nawodnienia w profilaktyce próchnicy i prawidłowym funkcjonowaniu przewodu pokarmowego.

W prospektywnym badaniu kohortowym, które zostało przeprowadzone na 20 297 dorosłych osobach (8 280 mężczyzn i 12 017 kobiet) wykazano związek między poborem wody i innych płynów a rozwojem choroby niedokrwiennej serca. Obserwacje uczestników badania trwały 6 lat i na ich podstawie stwierdzono, że u mężczyzn, którzy wypijali 5 szklanek wody dziennie ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwinną serca zmniejszyło się o 54%, a u kobiet o 41%. Spożycie innych napojów niż woda powodowało wzrost ryzyka w obu grupach płci²³.

Prawidłowe nawodnienie organizmu jest też istotnym czynnikiem ochronnym w infekcjach dróg moczowych, które nieleczone mogą prowadzić do rozwoju przewlekłej choroby nerek²⁴.

W materiałach WHO opracowanych w ramach panelu ds. produktów dietetycznych, żywienia i alergii Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA)²⁵ podano prawidłowe ilości płynów w codziennej diecie. Dla dziewcząt powyżej trzynastego roku życia oraz kobiet jest to 2000 ml, natomiast dla chłopców po trzynastym roku życia i mężczyzn - 2500 ml (tabela 1).

Tabela 1.

Zalecane normy spożycia wody przez EFSA²⁶.

	DZIECI 9- 13 LAT	MŁODZIEŻ 14-18 LAT	DOROŚLI
mężczyźni/ chłopcy	2,1 litra dziennie	2,5 litra dziennie	2,5 litra dziennie
kobiety/ dziewczęta	1,9 litra dziennie	2 litry dziennie	2 litry dziennie

²² *Water UK. Wise Up on water ! Water in the workplace* https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/70380/3.3_Wise_Up_-_Water_in_the_Workplace_Final.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

²³ Chan J., Knutsen S.F., Blix G.G., Lee J.W., Fraser G.E. (2002) *Water, Other Fluids and Fatal Coronary Heart Disease*. “*American Journal of Epidemiology*”, 155(9), s. 827-833

²⁴ Lotan Y, Buendia Jimenez I, Lenoir-Wijnkoop I, Daudon M, Molinier L, Tack I, Nuijten MJ (2013): *Increased water intake as a prevention strategy for recurrent urolithiasis: major impact of compliance on cost-effectiveness*. “*The Journal of Urology*”; 189, s. 935-939

²⁵ EFSA (2010) *Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water*, “*EFSA Journal*”, 8(3):1459 Parma Italy <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/j.efsa.2010.1459/pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

W tabeli 2 podano aktualne zalecenia Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) dotyczące spożycia wody i wybranych elektrolitów dla populacji polskiej.

Tabela 2.

Zalecenia dziennego spożycia wody oraz podstawowych elektrolitów dla populacji polskiej²⁷.

Grupa	Wiek (lata)	Woda (ml/d)*	Sód (mg/d)	Potas (mg/d)	Chlor (mg/d)
Niemowlęta	0-0,5	100-190**	120	400	190
	0,5-1	800-1000	370	700	570
Dzieci	1-3	1250	750	2400	1150
	4-6	1600	1000	3100	1550
	7-9	1750	1200	3700	1850
Dziewczęta	10-12	1900	1300	4100	2000
	13-15	1950	1500	4700	2300
	16-18	2000	1500	4700	2300
Kobiety	19-30	2000	1500	4700	2300
	31-50	2000	1500	4700	2300
	51-60	2000	1400	4700	2150
	66-75	2000	1300	4700	2000
	>75	2000	1200	4700	1850
Cięża		2300	1500	4700	2300
Laktacja		2700	1500	5100	2300

* Woda pochodząca z napojów i produktów spożywczych.

** W przeliczeniu na kg masy ciała.

Zapotrzebowanie na wodę znacznie wzrasta przy podwyższonej temperaturze otoczenia i obniżonej wilgotności gdyż zwiększa się utrata wody wraz z potem. Przebywanie w niskich temperaturach ze względu na wyższy wydatek energetyczny również może zwiększać straty wody i wymagać większej podaży płynów. Wydalanie wody z potem, a także przez płuca nasila się podczas aktywności fizycznej, której odpowiednio wysoki poziom powinien charakteryzować dzieci i młodzież. Dodatkowego spożycia płynów wymaga także zwiększenie wartości energetycznej pożywienia ze względu na nasilony metabolizm, dieta

²⁶ Tamże

²⁷ Jarosz M. (red.)(2012) *Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacja*, Warszawa: Wyd. Instytutu Żywności i Żywienia

bogatobiałkowa powodująca zwiększenie diurezy, a także duże spożycie sodu zwiększające stratę wody wraz z moczem^{28,29}.

Zalecenia dotyczące spożycia wody przez dzieci i młodzież zawarto również w ogólnopolskim programie edukacyjnym „Trzymaj formę” współorganizowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia. W ramach programu opracowano talerz zdrowia, gdzie zaleca się młodzieży wypijanie minimum 2 litrów wody dziennie³⁰.

W opublikowanej w roku 2017 nowej „piramidzie” zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży zawarto zalecenie mówiące o picu wody do posiłku oraz między posiłkami, jednak bez wskazania ilości wypijanej wody dziennie³¹.

Wodę należy spożywać w małych ilościach przez cały dzień, aby utrzymać prawidłowy stan nawodnienia organizmu. Pojawienie się uczucia pragnienia jest już traktowane jako objaw odwodnienia. Do wczesnych objawów odwodnienia, oprócz uczucia pragnienia można zaliczyć zgaę, ból brzucha oraz głowy, które często są mylone z napadami głodu. W stanowisku grupy ekspertów dotyczących zaleceń spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież określono, że dla dzieci starszych bezpieczne są czyste pod względem bakteriologicznym i chemicznym naturalne wody mineralne i wody źródlane - niskosodowe, niskozmineralizowane oraz średnizmineralizowane³².

W przypadku młodzieży aktywnej ruchowo w czasie wysiłku fizycznego i w upalne dni zalecane jest wybieranie wód chlorkowo-sodowych, co pozwala na uzupełnienie ubytków tych składników mineralnych oraz wpływa pozytywnie na samopoczucie i wydolność organizmu³³.

²⁸ Jarosz M. (red.) (2012) *Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacja*, Warszawa, Wyd. Instytutu Żywności i Żywienia

²⁹ Niemiec T. (red.) (2009), *Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące spożycia wody pitnej przez kobiety w okresie rozrodczym, ciężarne oraz karmiące piersią*. „Ginekologia po Dyplomie”, 4(62) s. 103-113

³⁰ *Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj formę”* http://www.trzymajforme.pl/index/?lang_id=2 [data wejścia 08.03.2017r.]

³¹ *Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej* <http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidowego-ywienia> [data wejścia 08.03.2017r.]

³² *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież* <http://www.wodanastart.pl/arttykul/stanowisko-grupy-ekspertow-w-sprawie-zalecen-dotyczaczych-spozycia-wody-i-innych-napojow-przez-niemowleta-dzieci-i-mlodziez> [data wejścia 08.03.2017r.]

³³ Ziemiański Ś. Rola gospodarki wodno-mineralnej w organizmie. Program „Woda dla zdrowia” <http://www.wodadlazdrowia.pl/pl/318/0/rola-rownowagi-wod-min-.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

Woda ma nie tylko znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania fizycznego organizmu. Już łagodne odwodnienie wpływa negatywnie na stan psychiczny. Powoduje wzrost uczucia zmęczenia i zmniejsza sprawność umysłową, poprzez wpływ na pamięć, uwagę, czy koncentrację oraz czas reakcji. Zmniejsza koordynację wzrokowo-ruchową, co jest szczególnie ważne w procesie nauczania. Badania wykazały, że dzieci i młodzież w Europie nie piją wystarczającej ilości wody³⁴.

Przykładowo włoskie badania przedstawiają problem występowania odwodnienia wśród dzieci szkolnych w wieku 9-11 lat. W grupie 515 uczniów oceniono pobranie płynów podczas śniadania, a następnie pobrano próbkę moczu, w której sprawdzono osmolarność. Prawie u 2/3 badanych dzieci obserwowano niedobory płynów i wnioskowano, że takie poranne pobranie płynów nie zapewnia prawidłowego nawodnienia podczas zajęć szkolnych³⁵.

Znaczenie spożycia wody w utrzymaniu prawidłowej wagi i redukcji masy ciała

Wypijanie odpowiedniej ilości wody wspomaga redukcję masy ciała. Wypijana przed posiłkami woda wypełnia żołądek i zmniejsza apetyt. Woda stanowi korzystną alternatywę dla napojów słodzonych i nie zawiera kalorii. Stwierdzono, że wypijanie 500 ml wody może zwiększyć tempo metabolizmu o około 30%³⁶.

Badania potwierdzają, że regularne picie wody sprzyja wśród osób dorosłych utracie zbędnych kilogramów, a spożycie wody przed oraz w trakcie posiłku zmniejsza uczucie głodu³⁷.

Ponadto woda w porównaniu do innych napojów nie pobudza wydzielania insuliny w naszym organizmie a nawet powoduje obniżenie jej stężenia³⁸.

³⁴ Sichert-Hellert W, Kersting M, Manz F. (2001) *Fifteen year trends in water intake in German children and adolescents: results of the DONALD Study. Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study*. "Acta Paediatr.", Jul;90(7) s. 732-737

³⁵ Assael BM, Cipolli M, Meneghelli I, Passiu M, Cordioli S, et al. (2012) *Italian Children Go to School with a Hydration Deficit*. "J Nutr Disorders Ther" 2:114, doi:10.4172/2161-0509.1000114

³⁶ *Water UK. Wise Up on water ! Water in the workplace* https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/70380/3.3_Wise_Up_-_Water_in_the_Workplace_Final.pdf [[data wejścia 08.03.2017r.]

³⁷ Dennis E.A., Dengo A.L., Comber D.L. i wsp. (2010) *Water Consumption Increases Weight Loss During a Hypocaloric Diet Intervention in Middle - aged and Older Adults*. "Obesity", 18, s. 300-307

³⁸ Stookey J.D. (2010) *Drinking water and weight management*. "Nutr. Today", 45, s. 7-12

W badaniu przeprowadzonym w 2014 roku wśród uczniów gimnazjum i liceum w Polsce przedstawiono, że w ostatnich latach struktura spożycia płynów przez dzieci i młodzież uległa zmianie. Do grupy napojów, które młodzież częściej spożywa dołączają słodzone napoje gazowane, napoje izotoniczne i energetyczne. Zwiększona konsumpcja napojów zawierających w swoim składzie cukry proste wpływa na dzienną ilość przyjmowanych kalorii co może przyczyniać się do wystąpienia problemów z utrzymaniem odpowiedniej masy ciała³⁹.

W badaniu Wuenstel i wsp. opublikowanym w 2015 r. wykazano, że spożycie soków owocowych i słodzonych napojów było znacząco związane z wiekiem i płcią. Dziewczynki spożywały soki owocowe i napoje słodzone częściej niż chłopcy. Wśród dziewcząt zaobserwowano również zmniejszenie częstości spożycia soków owocowych i słodzonych napojów wraz z wiekiem. U chłopców wraz z wiekiem zmniejszyła się tylko częstotliwość spożycia soków owocowych. Ponadto w badaniu wykazano również, że częstość występowania nadwagi u młodzieży była związana z częstotliwością konsumpcji napojów słodzonych⁴⁰.

W badaniu obserwacyjnym trwającym 21 lat, wzięły udział fińskie dzieci w wieku 3-18 lat. Celem badania było określenie związku między zwiększoną konsumpcją słodzonych napojów w dzieciństwie i/lub w wieku dojrzewania, a pojawieniem się nadwagi w dorosłości. Wyniki tej pracy potwierdzają taki związek szczególnie wśród kobiet⁴¹.

Spożycie określonych rodzajów płynów zależne jest oprócz płci i wieku od poziomu aktywności ruchowej. Osoby aktywne fizycznie spożywały więcej wody, mleka pełnego lub o zmniejszonej zawartości tłuszczu, soków 100% i napojów owocowych oraz sportowych. Natomiast młodzież bierna fizycznie stanowiła wyższy odsetek wśród konsumentów mleka o niskiej zawartości tłuszczu, słodzonych napojów gazowanych, kawy i herbaty. Dzielne spożycie napojów przez badaną młodzież było niższe niż zalecane. Należy zawsze uwzględniać poziom aktywności fizycznej przy ocenie spożycia napojów przez dzieci i młodzież⁴².

³⁹ Marcinkowska U., Gąteczka M., Kukowka K., Kania M., Lau K., Joško-Ochojska J. (2014) *Zmiany w konsumpcji napojów wśród młodzieży*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 95 (4), s. 907-911

⁴⁰ Wuenstel J.W., Wądołowska L., Słowińska M.A., Niedźwiedzka E., Kowalkowska J., Antoniak L. (2015) *Consumption Frequency of Fruit Juices and Sweetened Beverages: Differences Related to Age, Gender and the Prevalence of Overweight Among Polish Adolescents*. “Polish Journal of Food and Nutrition Sciences”, 65 (3), s. 211-221

⁴¹ Nissinen K., Mikkilä V., Männistö S., Lahti-Koski M., Räsänen L., Viikari J., Raitakari O.T. (2009) *Sweets and sugar-sweetened soft drink intake in childhood in relation to adult BMI and overweight. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study*. “Public Health Nutrition”, 12(11), s.2018-2026

⁴² Bibiloni M., Özen AE, Pons A., González-Gross M., Tur JA. (2016) *Physical Activity and Beverage Consumption among Adolescents*, “Nutrients”, 8, 389: doi:10.3390/nu8070389

W badaniach Bajerskiej i wsp. grupę badawczą stanowiło 620 uczniów w wieku od 16-20 lat z poznańskich liceów. Wyniki otrzymane w tej grupie świadczą o tym, że uczniowie ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością znacznie rzadziej spożywali wodę mineralną, a trzykrotnie częściej pili napoje słodzone, bez dodatków stymulujących ($p < 0,001$) niż badani z prawidłową masą ciała. Największą różnicę zaobserwowano odnośnie konsumpcji napojów energetyzujących, które były spożywane przez młodzież z nadmierną masą ciała ok. 8,5-krotnie częściej w porównaniu z pozostałymi rówieśnikami ($p < 0,001$). Wyniki pracy sugerują, że napoje energetyzujące zajmują istotną pozycję w diecie młodzieży z nadwagą i otyłością⁴³.

Dzieci i młodzież z nadwagą i otyłością powinny wyłączyć ze swojej diety napoje słodzone, a wszystkie dzieci powinny mieć ograniczony dostęp do tych produktów na terenie swojej szkoły. Głównym źródłem płynów dla młodzieży i dzieci powinna być czysta woda. Największe powinno być spożycie wody źródlanej i mineralnej o obniżonej zawartości sodu⁴⁴.

W raporcie NIK oceniającym realizację zadań w zakresie zapobiegania nadwadze oraz otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, kontrolą objęto działania 52 szkół publicznych z lat 2009 - 2011. Raport bardzo krytycznie ocenia te działania. W 87% szkół prowadzących sklepiki oraz 75% posiadających automaty spożywcze oferowano produkty o niskiej wartości odżywczej, 1/3 badanych szkół nie zapewniała uczniom możliwości zjedzenia obiadu w szkole. Sklepiki z produktami zaliczanymi wyłącznie do korzystnej dla zdrowia żywności funkcjonowały jedynie w 16% skontrolowanych szkół. Nie oceniono dostępu uczniów do źródeł wody pitnej⁴⁵.

Należy też przedstawić odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej na interpelację jednego z posłów w sprawie wprowadzenia obowiązku zapewnienia uczniom stałego i bezpłatnego dostępu do wody pitnej oraz działań podejmowanych przez resort edukacji w zakresie propagowania w szkołach i wśród rodziców zdrowych nawyków żywieniowych, gdzie przedstawiono, że zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy o systemie oświaty⁴⁶ rada rodziców może występować do dyrektora z wnioskami i opiniami we wszystkich sprawach szkoły lub placówki

⁴³ Bajerska J., Woźniewicz M., Jeszka J., Wierzejska E. (2009) *Częstość spożycia napojów energetyzujących a aktywność fizyczna i występowanie nadwagi i otyłości wśród młodzieży licealnej*; „ŻYWNOSĆ. Nauka. Technologia. Jakość”, 4(63), s. 211-217

⁴⁴ Socha J. (red.) (2007) *Sprawozdanie z sympozjum: „Woda jako podstawowy składnik pokarmowy”*. „Standardy Medyczne”, 2(4), s. 212-215

⁴⁵ NIK (2011) Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Najwyższa Izba Kontroli, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁴⁶ *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 listopada 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie oświaty* (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)

m.in. z wnioskiem o zmianę asortymentu w sklepiku szkolnym oraz zapewnienie wody pitnej uczniom na terenie szkoły. W odpowiedzi podano też, że Ministerstwo Edukacji Narodowej nie posiada informacji o braku dostępności w szkołach wody do picia⁴⁷.

W pracy Wolnickiej i wsp. oceniono w 2013 roku asortyment sklepików szkolnych i automatów z żywnością oraz napojami przeznaczonymi do sprzedaży na terenie polskich szkół podstawowych w miastach i na wsi. Badanie przeprowadzono w 85 szkołach podstawowych z pięciu losowo wybranych województw tj. mazowieckiego, pomorskiego, opolskiego, podkarpackiego oraz wielkopolskiego. Sklepiki szkolne funkcjonowały jedynie w 60% szkół, w tym 64,3% szkół miejskich oraz w 55,8% szkół wiejskich. Ponad 70% dyrektorów uczestniczących w badaniu zadeklarowało wprowadzenie pewnych ograniczeń dotyczących asortymentu sprzedawanych produktów w sklepikach szkolnych⁴⁸.

Również w 2013 roku Inspektor Sanitarny w Krakowie przedstawił wyniki oceny zakresu proponowanych produktów żywnościowych i płynów w sklepikach szkolnych i jego wpływu na jakość żywienia dzieci i młodzieży, na terenie miasta Krakowa i powiatu krakowskiego. Skontrolowano 51 sklepików i bufetów szkolnych. W przypadku oferowanych napojów zimnych dotyczył on szerokiego asortymentu soków i napojów owocowych, napojów gazowanych, a także wód mineralnych. Należy jednak podkreślić, że wybór oferowanych wód mineralnych był mniejszy w porównaniu z asortymentem napojów gazowanych⁴⁹.

W opracowanym w ramach projektu HEPS (ang. Healthy Eating and Physical Activity in School) przewodniku dla szkół, dotyczącym tworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej również nie uwzględniono przykładów działań związanych z zapewnieniem uczniom stałego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej⁵⁰.

⁴⁷ *Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 16439 w sprawie wprowadzenia obowiązku zapewnienia uczniom stałego i bezpłatnego dostępu do wody pitnej w szkołach* <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=6E20DF53> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁴⁸ Wolnicka K., Taraszewska A., Jaczewska-Schuetz J. (2015) Ocena asortymentu sklepików szkolnych i automatów z żywnością przeznaczoną do sprzedaży w szkołach podstawowych miejskich i wiejskich w Polsce w 2013 roku. „Żywność człowieka i metabolizm”, 42, 4, s. 209-216

⁴⁹ Undas B. *Nadzór sanitarny asortymentu sklepików szkolnych będących pod nadzorem tut. Inspektora Sanitarnego*. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie <http://pssekrakow.wsse.krakow.pl/index.php/dzialania/nadzor-sanitarny/86-zywnosc/306-asortymentu-sklepikow-szkolnych-bedacych-pod-nadzorem-tut-inspektora-sanitarnego> [[data wejścia 08.03.2017r.]

⁵⁰ Ośrodek Rozwoju Edukacji <http://www.ore.edu.pl/phocadownload/pracownie/narzdzia%20dla%20szk%20heps.pdf> [data wejścia 14.01. 2015r.]

W meta-analizie dotyczącej efektywności strategii zapobiegania nadwadze i otyłości realizowanych w szkołach dowody na temat ich skuteczności określono jako umiarkowane. Interwencje dotyczące aktywności fizycznej oraz diety realizowane w szkołach połączone z jednoczesnymi działaniami w środowisku rodzinnym i społecznym uczniów uznano jako najbardziej skuteczne⁵¹.

Przykłady dobrych praktyk dotyczące nieograniczonego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej

Większość opisanych skutecznych działań mających na celu kontrolę masy ciała u dzieci zależy od wielu uwarunkowań i różnych działań zainteresowanych stron. Jednak według niektórych autorów obiecującą interwencją jest umieszczanie dystrybutorów wody w szkołach celem zmniejszenia zakupu napojów słodzonych cukrem.

Celem badania przeprowadzonego w Holandii było zbadanie skuteczności wprowadzania dystrybutorów wody na sprzedaż napojów słodzonych przez młodzież ze szkół średnich (wiek 12-18 lat) w mieście Zwolle. W szkołach z interwencją (3 szkoły) dystrybutory wody postawiono w stołówce, a także monitorowano sprzedaż napojów słodzonych przed i po interwencji, podobnie jak w 3 szkołach kontrolnych. W uczestniczących w badaniu szkołach przeprowadzono po zakończeniu interwencji kwestionariusz na temat nawyków dotyczących spożywania płynów. Umieszczenie dystrybutorów wody określono jako możliwą do wykonania interwencję w szkołach średnich. Jednak wg autorów pracy nie miała ona wpływu na sprzedaż napojów słodzonych cukrem w szkołach. Wnioskowano, że umieszczenie dystrybutora wody na stołówce w szkołach średnich nie powinno być priorytetem w walce z otyłością⁵².

W randomizowanych badaniach przeprowadzonych w Niemczech analizowano wpływ wprowadzenia dystrybutorów wody oraz programu edukacji promującej spożycie wody na występowanie nadwagi wśród dzieci w wieku szkolnym. Wśród 2950 uczniów klas drugich i trzecich z 32 szkół podstawowych w ubogich dzielnicach dwóch niemieckich miast biorących udział w badaniu losowym (sierpień

⁵¹ Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, Showell N, Fawole O, Lau B, Segal J. (2013) *Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis*. "Comparative Effectiveness Review" No. 115. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148737/pdf/Bookshelf_NBK148737.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁵² Visscher TLS, van Hal WCW, Blokdijs L., Seidell JC, Renders CM., Bemelmans WJE (2010). *Feasibility and Impact of Placing Water Coolers on Sales of Sugar-Sweetened Beverages in Dutch Secondary School Canteens*. "Obes Facts", 3, s.109-115

2006-czerwiec 2007). W szkołach objętych badaniem (n=17) zostały zainstalowane dystrybutory wody (fontanny), a każde dziecko otrzymało butelkę na wodę. W ramach programu edukacji nauczyciele przeprowadzili zajęcia dotyczące zwiększenia spożycia wody. W szkołach kontrolnych (n = 15) nie przeprowadzono żadnych działań. Wzrost i masa ciała były mierzone na początku badania oraz w trakcie i po interwencji w celu oszacowania zmian w rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości. Mierzono też regularnie przepływ wody w fontannach. Oceniono spożycie napojów przez dzieci z wykorzystaniem 24-godzinnego wywiadu żywieniowego. Oceniono, że postęp przyrostu nadwagi był znacząco niższy w grupie badanej (3,8%) niż w grupie kontrolnej (6,0%, $p = 0,018$), natomiast nie obserwowano różnic między badanymi szkołami w przypadku zmniejszenia rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. Zmierzony przepływ wody z fontanny wskazał na trwałe z niej korzystanie przez uczniów. Wnioskowano, że prosta interwencja dietetyczna z naciskiem na promocję spożycia wody skutecznie zmniejsza postęp nadmiaru masy ciała wśród dzieci w wieku szkolnym⁵³.

W analizie przeprowadzonej na powyżej opisanej grupie młodzieży w Niemczech oceniano wskaźnik BMI, ilość spożytej wody oraz poziom aktywności fizycznej w obu badanych grupach (interwencja/kontrola). Po wprowadzeniu interwencji obserwowano wzrost spożycia wody w szkole oraz wzrost dobowego spożycia napojów, w tym również wody, a także zmniejszenie dobowego spożycia napojów słodzonych. W grupie badanej określono spadek ryzyka występowania nadwagi o 31% w porównaniu do grupy kontrolnej⁵⁴.

Od wielu lat w USA realizowane są działania zwiększające dostępność do wody pitnej w szkołach. W raporcie dotyczącym poprawy dostępu do wody pitnej w szkołach wydanym przez Centers for Disease Control and Prevention (CDC) możemy znaleźć zalecenia przygotowania określonej liczby punktów dostępu wody w stosunku do liczby studentów (najczęściej, bo w 31 stanach 1 fontanna na 100 uczniów). Szkoły mogą mieć również inne rodzaje rozwiązań związanych ze zwiększeniem dostępu uczniów do wody pitnej, w tym umożliwiając uczniom przynoszenie pojemników z wodą do klasy, czy zapewniając kubki na wodę w punktach dostępu i wiele innych⁵⁵.

⁵³ Muckelbauer R., Libuda L., Clausen K., Reinehr T., Kersting M. A (2009) *Simple Dietary Intervention in the School Setting Decreased Incidence of Overweight in Children*. "Obes Facts" 2, s. 282-285

⁵⁴ Muckelbauer R., Libuda L., Clausen K., Toschke AM, Reinehr T, Kersting M (2009) Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial. "Pediatrics", 123(4), s. 661-667

⁵⁵ Center for Disease Control and Prevention (2014) *Increasing Access to Drinking Water and Other Healthier Beverages in Early Care and Education Settings*. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/early-childhood-drinking-water-toolkit-final-508reduced.pdf> [data wejścia 8.03.2017r.]

W Niemczech realizowany jest PROGRAM „TRINKFIT-MACH MIT” - jako wspólna inicjatywa przedsiębiorstw wodno-kanalizacyjnych na terenie Niemiec zrzeszonych w BDEW /Bundesverband der Energie-und Wasserwirtschaft e. V. Program ten został rozpoczęty w 2005 r.⁵⁶ i oprócz zwiększenia dostępu uczniów do wody pitnej, ma on na celu edukację uczniów na temat cyklu wody w przyrodzie oraz innych tematów związanych ze spożyciem wody⁵⁷. Realizowane są też inne działania w Niemczech dotyczące zwiększenia spożycia wody, przykładowo stowarzyszenie „Wasser für menschen”, prowadzi projekt trinx, w którym dostarczana jest darmowa woda dla szkół i przedsiębiorstw⁵⁸.

Od 2000 roku realizowany jest program edukacyjny zainicjowany przez pielęgniarki w Anglii ‘Water in school is cool’⁵⁹, który został uznany jako jeden z najlepszych programów zwiększających spożycie płynów przez dzieci⁶⁰.

W Polsce podjęto również działania zwiększające dostęp uczniów do wody pitnej poprzez zakładanie dystrybutorów wody w szkołach. Przykładowo kampania „Zawodniacy”, miała na celu promowanie picia wody wśród dzieci, ich rodziców i opiekunów oraz dostarczenie informacji o zaletach wody, a także zachęcenie do jej spożywania przez dzieci w wieku szkolnym oraz dorosłych. Promowano picie wody przez dzieci, także tej prosto z kranu, zamiast słodzonych napojów. Powyższa inicjatywa była współfinansowana ze środków Ministerstwa Zdrowia. W ramach tej kampanii Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych dzięki wsparciu Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Gdańsku zrealizowało program edukacyjno-informacyjny pt. „Woda w szkole”. Program skierowany był do szkół podstawowych z terenu województwa pomorskiego. W szkołach został przeprowadzony całościowy proces projektowania i montażu źródeł wodnych, aby zapewnić stały dostęp do wody z kranu dla uczniów. Do szkół przekazano materiały informacyjne i edukacyjne dla dzieci i ich rodziców. Ze ścieżki e-learningowej skorzystało 3837 uczniów z 87 szkół podstawowych w województwie pomorskim. Przeprowadzonych zostało 5 spotkań z nauczycielami, w których uczestniczyło łącznie blisko 150 nauczycieli. Do szkół przekazano 5 000 ulotek i broszur informacyjnych dla rodziców i nauczy-

⁵⁶ Schulkommunikation Wasser https://www.bdew.de/internet.nsf/id/8DGG2N-DE_Schulkommunikation [data wejścia 08.03.2017r.]

⁵⁷ Wasser macht schule <http://www.wasser-macht-schule.com/> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁵⁸ Rasfeld M. Das Schulkonzept http://www.trinx.info/downloads/WfM_Projektskizze.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁵⁹ UK Health Centre (2010) *School Water Campaign for Continence* <http://www.health-centre.org.uk/incontinence/news/school-water-campaign-for-continence-5003.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶⁰ ERIC The Children’s Bowel & Bladder Charity <http://www.eric.org.uk/> [data wejścia 08.03.2017r.]

cieli oraz 1000 bidonów dla dzieci celem zwiększenia efektu ekologicznego zrealizowanego zadania⁶¹.

Podobne działania dotyczące zakładania dystrybutorów wody podjęto również w Lublinie, gdzie od września 2014 r. uczniowie szkół podstawowych, gimnazjum i liceum mogą ugasić swoje pragnienie korzystając ze specjalnych źródełek. W sumie źródelka z wodą zaplanowano w czternastu szkołach. Źródelka w formie darowizny przekazało placówkom miejskie przedsiębiorstwo wodno-kanalizacyjne⁶². Również w innych miastach w Polsce podjęto podobne inicjatywy np. w Bydgoszczy w 20 szkołach zamontowane zostaną poidelka wody⁶³.

Jednak nie wszystkie polskie programy popierają spożycie wody wodociągowej. Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Magnezologicznego im. prof. Juliana Aleksandrowicza od 2006 r. działa program i portal edukacyjno-informacyjny „Woda dla zdrowia”, którego celem jest popularyzacja prawidłowej wiedzy na temat zdrowotnych walorów wody oraz wyjaśnianie różnic między poszczególnymi rodzajami wód. Program ten promuje spożycie wód butelkowanych⁶⁴.

Uwarunkowania prawne i instytucjonalne dostępu do wysokiej jakości wody pitnej w szkołach w Polsce

Zapewnienie uczniom dostępu do wody pitnej przedstawiono w stanowisku Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów z 2011r.⁶⁵, gdzie podano, że wszystkie szkoły mają wspierać działania zawarte w tym dokumencie.

⁶¹ Główny Inspektoriat Sanitarny <http://www.gis.gov.pl/?go=news&id=124> [data wejścia 30.12.2014r.]

⁶² *W lubelskich szkołach zamontowano źródelka z wodą* (2014) „Kurier Lubelski” 27.08.2014 <http://www.kurierlubelski.pl/artukul/3552451,w-lubelskich-szkolach-zamontowano-zrodelka-z-woda-zdjecia-wideo,id,t.html?cookie=1> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶³ Słomska K. (2014) *W bydgoskich szkołach i urzędach będzie można napić się wody ze specjalnych poidelek* „Ekspress Bydgoski” 17.06.2014 <http://express.bydgoski.pl/312248,W-bydgoskich-szkolach-i-urzedach-bedzie-mozna-napic-sie-wody-ze-specjalnych-poidelek.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶⁴ Program „Woda dla zdrowia” <http://www.wodadlazdrowia.pl/pl/1059/0/o-programie.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶⁵ *Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów* <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=737&ml=pl&mi=737&mx=0&ma=18594> [data wejścia 08.03.2017r.]

Porównywanie wody wodociągowej i wody butelkowanej nie jest możliwe ze względu na odmienne regulacje prawne oraz różną jakość tych wód. Zarówno woda wodociągowa, jak też butelkowana ma być bezpieczna dla zdrowia. Zgodnie ze stanowiskiem NIZP - PZH należy promować bezpośrednie spożycie wody wodociągowej, jednak w przypadku gdy mamy pewność, że jej jakość jest monitorowana nie tylko w stacji wodociągowej, ale również bezpośrednio w punktach dystrybucji wody⁶⁶.

A. Regulacje prawne i organizacyjne dotyczące dostępności wody wodociągowej

Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi ma być bezpieczna pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym. Nadzór nad jakością wody dostarczanej przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i inne podmioty prowadzące działalność gospodarczą zgodnie z przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej jest prowadzony przez **organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej** na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁶⁷ oraz ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków⁶⁸.

Jakość wody przeznaczonej do spożycia ma odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi⁶⁹, w tym uwzględniać zmiany zawarte w kolejnym rozporządzeniu z 2015 roku⁷⁰.

Woda bezpieczna jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia człowieka. Z tego określenia nie wynika jednak, że woda ma być akceptowalna w znaczeniu organoleptycznym. Istotne jest aby była wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych, czy też substancji mogących wpływać bezpośrednio na zdrowie ludzi⁷¹.

⁶⁶ NIZP-PZH (2015) *Zasady udostępniania wody wodociągowej dzieciom w placówkach szkolno-wychowawczych - bezpieczne formy i zalecenia higieniczno-sanitarne*. <http://gis.gov.pl/images/bw/zrodelka.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁶⁷ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412)

⁶⁸ Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2015 r. poz. 139 i 1893)

⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.)

⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. 2015 poz. 1989)

⁷¹ Parametry z załącznika nr 1, 2 i 3 Rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z 2015 roku. Parametry mikrobiologiczne z załącznika

Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stosownie do ustawy z dnia 7 czerwca 2001r. z późn. zmianami o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (**Dz.U. 2015 poz. 139**) i są to raporty roczne.

Według raportu GIS z 2014r. ocena jakości wody jest sporządzana osobno dla każdego wodociągu. Poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadmierne rozproszenie przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące mniej niż 1000 m³ wody na dobę stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują one około 11,6 mln ludności, co stanowi 32% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Centralizacja podmiotów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest kluczowa z uwagi na częsty brak możliwości wprowadzania specyficznych drogich technologii a także renowacji i wymiany sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności. Przekroczenia wartości parametrów organoleptycznych tj.: mętność, barwa, żelazo, mangan i amoniak, stwierdzone są najczęściej w małych wodociągach. Są to jednak parametry z grupy tzw. parametrów wskaźnikowych, m.in. potencjalnej obecności zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na zdrowie i mogą też sygnalizować zmiany w jakości wody ujmowanej, nieprawidłowości w procesie uzdatniania lub wskazywać na tendencję do tworzenia się ubocznych produktów w procesach dezynfekcji. W 2014 r. około 98% ludności w Polsce miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Pozostałe 2% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczonej do spożycia na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy GIS. Na podstawie danych gromadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnotowano, w porównaniu z rokiem 2013, poprawę jakości dostarczanej konsumentom wody przeznaczonej do spożycia (z 96% wzrost do 98% ludności). W roku 2014 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 23 odstępstwa dla wodociągów na 12 parametrów. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów - 6 udzielonych odstępstw. Skażenie wody azotanami zachodziło poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych oraz ze ścieków komunalnych do wód powierzchniowych i gruntowych. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów, odnotowano 17 odstępstw, na parametry

nr 1 nie mogą być obecne w wodzie dopuszczonej do spożycia. Załącznik nr 2 do rozporządzenia określa dopuszczalne stężenia wybranych parametrów chemicznych (łącznie 27 parametrów) o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W załączniku nr 3 zawarte są dodatkowe wymagania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, radiologiczne, a także organoleptyczne jakim powinna odpowiadać woda przeznaczona do spożycia przez ludzi.

takie jak: arsen, azotyny, benzo(a)piren, bor, fluorki, nikiel, ołów, pestycydy, Σ pestycydów, selen i Σ WWA.

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźnikach organoleptycznych pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej. Najczęściej stwierdzone przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi odnotowano dla następujących parametrów: mangan, żelazo, mętność, pH oraz jon amonowy. W roku 2014 największą ilość przekroczeń wykazano dla manganu. Najliczniejsze przekroczenia parametrów tj. mętność, żelazo i mangan stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody. Ponieważ w 70% woda przeznaczona do spożycia w Polsce pochodzi z ujęć podziemnych, może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu⁷².

Wody ujmowane do celów wodociągowych w Polsce są na ogół ubogie we fluorki, a ich stężenie nie przekracza 0,5 mg/dm³. Jedynie w nielicznych ujęciach w rejonach północnej Polski woda może zawierać więcej tego pierwiastka, przykładowo w Gdańsku 1,2-1,4 mg/dm³⁷³.

Według raportu GIS „Stan Sanitarny Kraju w roku 2015” na przestrzeni ostatnich lat obserwowana jest stała tendencja wzrostowa dotycząca wykorzystania wody z ujęć podziemnych. W przypadku ujęć powierzchniowych pobierają z nich wodę najczęściej duże wodociągi, które zaopatrują aglomeracje miejskie i przemysłowe. Obserwuje się, że od 2009 roku stopniowo maleje ogólny pobór wody na cele zaopatrzenia, na co może mieć wpływ wprowadzenie wodomierzy, podwyżki cen wody, jak również wzrost wiedzy społeczeństwa dotyczącej oszczędzania wody.

W 2015 r. około 99% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Pozostałe 1% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczonej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw. Przypadki przekroczeń dotyczących występowania *Escherichia coli* oraz występowania enterokoków miały miejsce głównie w małych wodociągach. Pogorszenia jakości wody w zakresie mikrobiologicznym były spowodowane głównie awariami urządzeń, przeciekami na sieci, brakiem właściwej dezynfekcji po dokonanej konserwacji, złym stanem technicznym instalacji wewnętrznej, małym poborem wody, brakiem regularnego

⁷² GIS, Stan sanitarny kraju w roku 2014. Główny Inspektorat Sanitarny http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan_sanitarny_kraju.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁷³ Brzozowska A., Gawęcki J. (red.) (2015) *Woda w żywieniu i jej źródła*. Poznań, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu

ptukania sieci, co mogło być skutkiem wtórnego zanieczyszczenia w związku z odkładaniem się w przewodach związków żelaza i manganu.

W roku 2015 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, udzieliły 12 odstępstw dla wodociągów na 9 parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów - 3 udzielone odstępstwa. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów, odnotowano 9 odstępstw, na parametry takie jak: arsen, azotyny, benzo(a)piren, bor, fluorki, nikiel, ołów, i ? WWA.

W roku 2015 największą ilość przekroczeń zgodnie z załącznikiem nr 3 ww. Rozporządzenia wykazano dla manganu. Najliczniejsze przekroczenia parametrów tj. mętność, żelazo i mangan stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody. Obecność manganu oraz żelaza w wodzie do spożycia, może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Również mikroorganizmy powodują odkładanie manganu w komórkach, co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Podwyższona mętność może wskazywać zarówno na zmiany jakości wody ujmowanej, jak i na nieprawidłowości w procesie jej uzdatniania. W wodach podziemnych bardzo często spotyka się również przekroczone stężenia amoniaku. Ten parametr występujący w większych ilościach w wodzie, może zmniejszać skuteczność procesów dezynfekcji chlorem, w wyniku powstawania chloroamin - produktów ubocznych dezynfekcji oraz przyczyniać się do powstawania azotynów w wodzie wodociągowej oraz powodować nieskuteczne usuwanie manganu.

W obowiązującym rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z 2015 r. dookreślono miejsca pobierania próbek wody do badań wskazując, iż ocena przydatności wody przeprowadzana przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne w ramach wewnętrznej kontroli jakości wody obejmuje prowadzenie badań jakości wody w urządzeniach wodociągowych - ujęciach wody, miejscach, w których woda jest wprowadzana do sieci, sieci wodociągowej, punktach czerpalnych, znajdujących się w urządzeniach wodociągowych, zainstalowanych na stałe, używanych do pobierania wody przez odbiorcę usług - zlokalizowanych najbliżej przed wodomierzem głównym lub przyłęczem wodociągowym (§ 5 w zw. z § 9 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia)⁷⁴.

W odniesieniu do podmiotów korzystających z wody w budynkach użyteczności publicznej, w zakładach prowadzących działalność związaną z produkcją lub obrotem żywnością, w budynkach mieszkalnych - nie wprowadzono zmian w tym zakresie, gdyż zgodnie z art. 61 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2013 r. poz. 1409, z późn. zm.), właściciel lub zarządca obiektu

⁷⁴ GIS, *Stan sanitarny kraju w roku 2015*. Główny Inspektorat Sanitarny http://gis.gov.pl/images/gis_stan_2015_internet_jb.pdf [[data wejścia 8.03.2017r.]

budowlanego jest obowiązany utrzymywać i użytkować obiekt w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska oraz utrzymywać w należyłym stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej, w szczególności w zakresie m. in. spełnienia wymagań dotyczących odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych, czy też zaopatrzenia w wodę.

Poziom zanieczyszczenia środowiska wpływa na jakość wody w systemach wodociągowych. Jest to problem stale aktualny i charakterystyczny dla krajów wysoko uprzemysłowionych, w tym też dla Polski. Groźne dla zdrowia ludzkiego substancje pochodzące z rolnictwa (nawozy sztuczne zawierające azotany) oraz wszelkiego rodzaju nieczystości produkowane przez fabryki i prywatnych konsumentów przedostają się i osadzają w wodach powierzchniowych, skąd pobierana jest woda do sieci wodociągowych. Obecne systemy uzdatniania wody potrafią je wyeliminować, jednakże samo uzdatnianie, dokonywane w Polsce przede wszystkim za pomocą procesu chlorowania wody, zdecydowanie pogarsza jej jakość w stosunku do wody naturalnie czystej. Sam chlor w dużych dawkach nie sprzyja ludzkiemu zdrowiu, a związki pochodne, które powstają w wyniku reakcji chloru w wodzie z innymi substancjami są toksyczne. Szczególnie niebezpieczne są trihalometany (THM). Według WHO ryzyko śmierci w wyniku raka wywołanego THM jest rzędu 1/100- 1/1000 ryzyka śmierci spowodowanej bakteriami obecnymi w wodzie niezdezynfekowanej^{75,76}.

Na jakość wody wodociągowej wpływa min. pochodzenie wody surowej, stosowana technologia uzdatniania i stosowane środki dezynfekcyjne, korozyjność wody, rodzaj użytych materiałów instalacyjnych, sposób eksploatacji oraz stan techniczny instalacji i urządzeń, a także czas przebywania wody w sieci wodociągowej. Po odpowiednio przeprowadzonym procesie uzdatniania wody, na jakość wody dostarczanej konsumentowi może mieć wpływ jej wtórne zanieczyszczenie podczas transportu siecią dystrybucyjną. Przyczyną zmian w jakości wody są produkty korozji, osady oraz tzw. biofilm (m.in. bakterie i składniki mineralne). Przerwy w przepływie wody, jak również rodzaj materiału z jakiego wykonano sieci dystrybucyjne (np. stal, rury żeliwne oraz miedziane) mogą mieć wpływ na jakość wody. Nie obserwowano tego wpływu w przypadku wykorzystania przewodów z tworzyw sztucznych. W pracy Gąterskiej i wsp. oceniano wpływ sieci wodociągowej na jakość sensoryczną wody pitnej pochodzącej z różnych ujęć. Zbadano jakość sensoryczną (zapach i smak) wody pitnej pochodzącej z różnych

⁷⁵ Komosińska J. (2012) *Raport na temat stanu gospodarki wodnej w Polsce: jakość wody pitnej*. <http://kngap.uek.krakow.pl/wp-content/uploads/2012/01/Raport-na-temat-stanu-gospodarki-wodnej-w-Polsce.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁷⁶ Kłós L. (2015) *Jakość wody pitnej w Polsce*. „Acta Universitatis Lodzianensis Folia Oeconomica” 2 (313), s. 195-205

punktów w obrębie olsztyńskiej sieci wodociągowej. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż transport wody siecią wodociągową w okresie zimowym nie wpływa na pogorszenie zapachu i smaku wody dostarczanej konsumentowi. W wyniku transportu wody siecią wodociągową możliwe jest obniżenie intensywności pewnych cech zapachowych i smakowych do poziomu niewykrywalnego dla konsumenta⁷⁷.

W latach 1999-2000 Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła kontrolę zaopatrzenia w wodę ludności dużych aglomeracji miejskich o liczbie mieszkańców powyżej 200 tys., uwzględniającą w pierwszym rzędzie jakość wody dostarczanej dla gospodarstw domowych i czynniki na nią wpływające. W wynikach raportu stwierdzono, że w ponad 2/3 kontrolowanych miast jakość wody wodociągowej dostarczanej ludności oraz woda czerpana w większości ogólnodostępnych zaworów studni publicznych, nie odpowiadała wymaganiom wody pitnej według aktualnych wtedy regulacji prawnych, o czym świadczy analiza wyników badań jakości wody przeprowadzonych przez laboratoria przedsiębiorstw wodociągowych oraz badan Inspekcji Sanitarnej. Potwierdziły to również wyniki pomiarów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, wykonanych na wniosek NIK w 20 miastach w okresie prowadzonej kontroli w czerwcu 2001 r. NIK ocenił jako niewłaściwe działania podmiotów w procesie uzdatniania, skutkujące występowaniem ponadnormatywnych zawartości wskaźników w wodzie podawanej do sieci⁷⁸.

Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP w 2009 r. wynika, że ponad 60% Polaków nie ma zaufania do wody wodociągowej i boi się ją pić bez przegotowania. Woda płynąca z kranów, chociaż powszechnie dostępna oceniana jest jako zbyt zanieczyszczona, nadmiernie nasycona chlorem lub nieposiadająca odpowiednich walorów konsumpcyjnych, czyli niekorzystne cechy organoleptyczne (kolor, zapach i smak)⁷⁹.

W odpowiedzi na wspomniane wyżej wyniki badań firma BRITA producent filtrów do wody postanowiła przeprowadzić w 2010 roku niezależne badania jakości wody w Polsce. Obserwowano różnice w wynikach dotyczących jakości wody w zależności od miast oraz nawet w dzielnicach danego miasta, jednak

⁷⁷ Gątorska A., Smoczyński S., Wypyska M. (2010) *Wpływ sieci wodociągowej na jakość sensoryczną wody do picia*. „Roczn. PZH”, 61(3), s. 253-257

⁷⁸ NIK (2002) *Informacja o wynikach kontroli zaopatrzenia w wodę ludności aglomeracji miejskich*. Najwyższa Izba Kontroli http://www.ietu.katowice.pl/wpr/Dokumenty/Raport_NIK_w_sprawie_wody_pitnej.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁷⁹ Wydział Badań i Analiz Centrum Komunikacji Społecznej Urząd m.st. Warszawy (2014) *Raport z badania ilościowego pt. „Ocena jakości wody dostarczanej z miejskiej sieci wodociągowej oraz ogólna ocena jakości usług świadczonych przez Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji*. https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/o-warszawie/woda_mpwik_2009-2014_0.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

nigdzie nie wykryto odstępstw od normy. Największe różnice w badanych próbkach wody dotyczyły parametrów użytkowych wody tj. stopnia jej twardości, a także zapachu i smaku. Wszystkie pobrane próbki wody były bezbarwne. Jeśli chodzi o smak wody, to pozytywnie wyróżnia się Zakopane, Łódź i Gdańsk. Najlepiej według walorów zapachowych oceniona została woda w Gdańsku i Zakopanem, gdzie uzyskała oceny powyżej średniej, ponieważ jej zapach był bardzo słabo wyczuwalny. Najgorzej w ocenie zapachu wypadła woda w Lublinie, Wrocławiu, Katowicach i Poznaniu. Badania wykazały, że najmniej twardą wodę mają mieszkańcy Katowic. Stosunkowo miękką wodę mają też mieszkańcy Krakowa i Zakopanego. Z kolei najwyższy stopień twardości, zależny od zawartość magnezu i wapnia oraz opcjonalnie żelaza i manganu, miała woda w Gdańsku. Twarda woda płynie też w lubelskich, poznańskich i wrocławskich kranach. Mieszkańcy Warszawy, Łodzi i Białegostoku mają wodę o średnim stopniu twardości. Ocena wyników badań pięćdziesięciu próbek wody pozyskanych z wodociągów w uczestniczących w badaniu miastach pozwala stwierdzić, że woda ta spełnia wszystkie wymagania normatywne. W żadnej z dostarczonych próbek nie stwierdzono obecności bakterii *Escherichia coli* oraz *Enterokoków*. Wszystkie pozostałe parametry mieściły się w normie i były zgodne z przepisami⁸⁰, a więc uznać można, że jakość wody była właściwa. Z badań tych wynika, że woda w kraju jest bezpieczna, nie ma bakterii chorobotwórczych, więc można ją pić bez przegotowania, aby zoptimalizować jej jakość (cechy organoleptyczne) wystarczy ją przefiltrować⁸¹.

W 2009 roku TNS OBOP przeprowadził również badanie dotyczące świadomości oszczędzania wody przez Polaków. Zdecydowana większość badanych (72%) słyszała o globalnym problemie wyczerpujących się zasobów wody na świecie, jednak 28% osób nie zwraca na to uwagi. Brak świadomości dotyczącej deficytu wody deklarują przede wszystkim osoby w gorszej sytuacji materialnej (68%), rolnicy (66%), a także osoby najstabilniej wykształcone (63%), pracownicy administracji i usług (62%), jak również mieszkańcy regionu centralnego Polski (60%). Dwóch na pięciu respondentów (42%) jest zdania, że to rodzina powinna uczyć jak oszczędnie gospodarować wodą, natomiast jedna trzecia badanych (31%) sędzi, że obowiązek ten spoczywa na instytucjach publicznych, natomiast 17% respondentów wskazuje na organizacje pozarządowe, jako edukatorów w zakresie oszczędzania wody⁸².

⁸⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku (Dz. U. z 2007 r. Nr 61, poz. 417) z późniejszymi zmianami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2010 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

⁸¹ Brita Polska (2010) *Raport z wyników badania jakości wody z kranu w Polsce w 2010 roku*. http://www.sng.com.pl/Portals/2/dok/Raporty%20i%20komunikaty/raport_brita_2010.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁸² National Geographic Channel (2009) *Polacy a świadomość oszczędzania wody*. <http://>

Jedno z ostatnich badań dotyczące jakości wody wodociągowej w dużym mieście zostało przeprowadzone przez Urząd M.St. Warszawy. Badaniem tym objęto dorosłych mieszkańców 18 dzielnic Warszawy, mieszkańców domów jednorodzinnych, mieszkańców Piastowa oraz Pruszkowa. W badaniu nie brały udziału osoby korzystające z własnych ujęć wody. Na picie surowej wody decydował się co piąty warszawiak i mieszkaniec domu jednorodzinnego oraz co czwarty mieszkaniec Piastowa oraz Pruszkowa. Odnotowano stopniowy wzrost liczby osób spożywających wodę z kranu bez przegotowania. Największe zastrzeżenia dotyczące picia wody z kranu budził rdzawy, żółty kolor wody, jej brudny, mętny wygląd, a także brzydki zapach oraz nieprzyjemny smak. Stwierdzono, że występowanie negatywnych cech wody nie uległo poprawie od ostatniego badania⁸³.

Celem jednej z ostatnio przeprowadzonych przez NIK kontroli, którą objęto lata 2013-2015 była ocena prawidłowości i skuteczności działań wybranych gmin oraz lokalnych dostawców wody do spożycia z województwa lubuskiego. Ocena dotyczyła prawidłowości oraz rzetelności planowania remontów i kierunków rozwoju sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, a także skuteczności działań służących zapewnieniu nieprzerwanych dostaw wody. Ujawniono, że gminy oraz przedsiębiorstwa wodociągowe nieprawidłowo i nieskutecznie realizowały zadania w zakresie zbiorowego zaopatrzenia mieszkańców w wodę przeznaczoną do spożycia. Przedsiębiorstwa wodociągowe nie w pełni wywiązały się z obowiązku ciągłego dostarczenia mieszkańcom wody przeznaczonej do spożycia. Każde z nich średnio przez ponad miesiąc (w okresie objętym kontrolą) posiadało problemy z zachowaniem odpowiednich parametrów wody (mikrobiologicznych lub fizyko-chemicznych). Najczęściej stwierdzano występowanie groźnych bakterii grupy coli. W sposób nieefektywny gospodarowano też zasobami wodnymi, co skutkowało znacznymi stratami wody, a w skrajnych przypadkach wręcz jej rażącym marnotrawstwem. Sześć z dziewięciu kontrolowanych przedsiębiorstw wodociągowych nie posiadało wszystkich wymaganych pozwoleń wodnoprawnych na pobór wód podziemnych. Samorządy w większości rzetelnie diagnozowały najistotniejsze potrzeby inwestycyjne, jednak ich zaspokojenie przekraczało wielokrotnie możliwości finansowe gmin⁸⁴.

/www.orsza.nazwa.pl/szkola/images/articles/swieta/03-22-woda-raport.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁸³ Wydział Badań i Analiz Centrum Komunikacji Społecznej Urząd m.st. Warszawy (2014) *Raport z badania ilościowego pt. „Ocena jakości wody dostarczanej z miejskiej sieci wodociągowej oraz ogólna ocena jakości usług świadczonych przez Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji*. https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/o-warszawie/woda_mpwik_2009-2014_0.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁸⁴ NIK (2016) *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja zbiorowego zaopatrzenia w wodę mieszkańców gmin województwa lubuskiego*. Najwyższa Izba Kontroli <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11755,vp,14121.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

Zgodnie z art. 3 ust. 1 o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, zaopatrzenie w wodę **jest zadaniem własnym gminy**. Zadanie to zostało również wskazane w ustawie o samorządzie gminnym⁸⁵, zgodnie z którą zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, doprecyzowując jednocześnie, iż zadania własne obejmują w szczególności sprawy wodociągów i zaopatrzenia w wodę. Dlatego należy również uwzględnić regulacje lokalne, w tym przykładowo miejskie lub gminne regulaminy dostarczania wody i odprowadzania ścieków.

Działalność podmiotów dostarczających wodę pitną (przedsiębiorstwa wodno-kanalizacyjne) jest ściśle uregulowana^{86, 87}. Wszystkie podmioty aktywne w dziedzinie gospodarowania wodą obowiązane są przestrzegać przepisy dotyczące ochrony środowiska⁸⁸.

⁸⁵ Ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446)

⁸⁶ Rozporządzenie Ministra Budownictwa z dnia 28 czerwca 2006 r. w sprawie określenia taryf, wzoru wniosku o zatwierdzenie taryf oraz warunków rozliczeń za zbiorowe zaopatrzenie w wodę i zbiorowe odprowadzanie ścieków (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858) Rozporządzenie Ministra Budownictwa z dnia 14 lipca 2006 r. w sprawie sposobu realizacji obowiązków dostawców ścieków przemysłowych oraz warunków wprowadzania ścieków do urządzeń kanalizacyjnych (Dz. U. Nr 136, poz. 964), w tym ostatnia obowiązująca zmiana Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 25 sierpnia 2015r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu realizacji obowiązków dostawców ścieków przemysłowych oraz warunków wprowadzania ścieków do urządzeń kanalizacyjnych (Dz.U. 2015 poz. 1456).

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 14 stycznia 2002 r. w sprawie określenia przeciętnych norm zużycia wody. (Dz.U. 2002 nr 8 poz. 70)

⁸⁷ Ustawa prawo wodne z dnia 18 lipca 2001 r. (**Dz.U. 2001 nr 115 poz. 1229**) wraz z Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 27 listopada 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać wody powierzchniowe wykorzystywane do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia. (**Dz.U. 2002 nr 204 poz. 1728**) oraz Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 18 listopada 2014r. w sprawie warunków, jakie należy spełnić przy wprowadzaniu ścieków do wód lub do ziemi, oraz w sprawie substancji szczególnie szkodliwych dla środowiska wodnego. (**Dz.U. 2014 poz. 1800**), Rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dopuszczalnych mas substancji, które mogą być odprowadzane w ściekach przemysłowych (**Dz.U. 2015 poz. 521** z dnia 23 marca 2015 r.), Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 maja 2004 r. w sprawie wzorów tablic informacyjnych o strefie ochronnej ujęcia wody. (**Dz.U. 2004 nr 136 poz. 1457**).

⁸⁸ Prawo ochrony środowiska (**Dz.U. 2013 poz. 1232**), Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 lutego 2014 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat (**Dz.U. 2014 poz. 274**) oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2005 r. w sprawie wysokości jednostkowych stawek kar za przekroczenia warunków wprowadzenia ścieków do wód lub do ziemi (**Dz.U. 2005 nr 260 poz. 2177**), Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 30 października 2014 r. w sprawie wymagań w zakresie prowadzenia pomiarów wielkości emisji oraz pomiarów ilości pobieranej wody (**Dz.U. 2014 poz. 1542**).

W zakresie szeroko rozumianej gospodarki wodnej najważniejszym aktem prawnym w Unii Europejskiej jest Ramowa Dyrektywa Wodna (RDW) nr 2000/60 WE, według niej celem było osiągnięcie dobrego stanu wszystkich wód do 2015 roku, której zaleceń Polska nie spełniła w całości. Natomiast zgodnie z zaleceniami RDW zmieniono funkcjonujący w Polsce system oceny czystości i użyteczności gospodarczej wód, zastępując go oceną stanu ekolo gicznego. Wody mają spełniać też kryteria zawarte w dyrektywie 91/676/EWG dotyczącej ochrony wód przed zanieczyszczeniami powodowanymi przez azotany pochodzące ze źródeł rolniczych. Wody są monitorowane przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska⁸⁹.

Zdaniem wielu badaczy w Polsce należy wykonać jeszcze wiele działań, aby osiągnąć cele wskazane w RDW. Szczególnie w zakresie ochrony ekosystemów wodnych, lądowych i terenów podmokłych przed dalszą degradacją oraz zakresie propagowania zrównoważonego korzystania z wód. Należy dążyć do ochrony i poprawy stanu środowiska wodnego, m.in. przez ograniczenie i eliminowanie zrzutów oraz emisji substancji niebezpiecznych; redukcję zanieczyszczeń wód podziemnych, a także zmniejszenie skutków powodzi i suszy, jak również należy dostosować sposoby oceny środowiska w Polsce tak, aby były kompatybilne ze stosowanymi w innych krajach Unii Europejskiej⁹⁰.

GIS w Raporcie pt. „Stan sanitarny kraju w roku 2014” podkreśla się, że bezpieczeństwo zdrowotne wody wodociągowej wymaga współpracy i udziału wielu podmiotów (organów samorządowych, przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, resortów zdrowia, środowiska i infrastruktury) oraz wskazuje warunki poprawy jakości wód w Polsce. Jednym z nich jest zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były one przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli tych instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody⁹¹.

W przypadku organizacji dostępu wody dla uczniów w szkole należy też uwzględnić regulacje związane z funkcjonowaniem środowiska szkolnego, w tym ustawę o systemie oświaty i inne przepisy tego resortu⁹². W statutach przed-

⁸⁹ Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, *Monitoring wód* <http://www.gios.gov.pl/pl/stan-srodowiska/monitoring-wod> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁹⁰ Śliwa-Dominiak J., Deptuła W. (2012) *Przepisy dotyczące monitoringu wód powierzchniowych w Polsce*, „Ochrona Środowiska i Zasobów Naturalnych” nr 54, s. 39-50

⁹¹ GIS, Stan sanitarny kraju w roku 2014. Główny Inspektorat Sanitarny http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan_sanitarny_kraju.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

⁹² Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 oraz z 2016 r. poz. 35, 64 i 195).; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach oraz placówkach. (Dz.U. 2003 nr 6 poz. 69). Ostatnia aktualizacja tego aktu wykonawczego to Rozporządzenie Ministra Edukacji

szkoli i szkół publicznych można opracować regulacje dotyczące zasad zapewnienia uczniom wody do picia z uwzględnieniem specyfiki danej szkoły⁹³.

W regulacjach dotyczących dostępu uczniów do wody pitnej w placówkach edukacyjnych istotne są również regulacje prawne dotyczące żywienia zbiorowego⁹⁴.

Należy jednak podkreślić, że w znowelizowanej ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia, jak również w aktualnym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia **nie ma zapisu o zapewnieniu dostępności bezpłatnej wody pitnej dla uczniów**⁹⁵.

Ważną regulacją organizacji żywienia w placówkach oświatowych był wprowadzony 1 września 2015 r. przepis Ministra Zdrowia⁹⁶. W jednym z załączników do tego Rozporządzenia Ministra Zdrowia wskazano dostęp w sklepikach szkol-

Narodowej z dnia 22 lipca 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. (Dz.U. 2011 nr 161 poz. 968). Według tej regulacji za jakość wody w wewnętrznej instalacji wodnej, odpowiada zarządca budynku, czyli w przypadku jednostki oświatowej - dyrektor. § 2 wspomnianego Rozporządzenia określa, że dyrektor zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pobytu w szkole lub placówce, a także bezpieczne i higieniczne warunki uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez szkołę lub placówkę poza obiektami należącymi do tych jednostek. Zapis ten wspierają Ramowe statuty szkół lub placówek oraz pozostałe ogólne przepisy w zakresie bhp.

⁹³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz. U. nr 61 z 2001 r., poz. 624) zobowiązuje do szczegółowego opracowania zasad bhp w szkole, w tym np. określenia regulaminów dyżurów.

⁹⁴ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (ogłoszenie jednolitego tekstu w Dz. U. z dn. 30 kwietnia 2015r. poz. 594.) z późniejszymi zmianami w tym istotna zmiana została zawarta w Ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. o zmianie ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. 2015 poz. 35), gdzie w art. 1 dodano w ust. 3, że Ustawa reguluje również: 1) zasady sprzedaży, reklamy i promocji środków spożywczych, 2) wymagania w zakresie żywienia dzieci i młodzieży w ramach żywienia zbiorowego - w przedszkolach, innych formach wychowania przedszkolnego, szkołach, z wyłączeniem szkół dla dorosłych, a także w placówkach systemu oświaty, o których mowa w art. 2 pkt 3, 5 i 7 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm., zwanych dalej „jednostkami systemu oświaty”). Dodano również dział IIA pt. Środki spożywcze oraz żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty.

⁹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. z 2016 r., poz. 1154)

⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. z 2015 r. poz. 1256)

nych do naturalnej wody mineralnej nisko- lub średnio zmineralizowanej, wody źródlanej i wody stołowej, w opakowaniach jednostkowych. W kolejnym załączniku zamieszczono wykaz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. Określono, że w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży stosuje się wśród napojów naturalną wodę mineralną nisko- lub średnio zmineralizowaną, wodę źródlaną lub wodę stołową.

W aktualnym Rozporządzeniu z 2016 roku potwierdzono, że w przypadku dostępności wody dla dzieci i młodzieży ma to być naturalna woda mineralna nisko- lub średnio zmineralizowana, woda źródłana i woda stołowa. Podano również uzasadnienie przyjętej regulacji⁹⁷.

Zachęcanie dzieci do korzystania z wody wodociągowej do bezpośredniego spożycia wymaga zapewnienia odpowiedniej jej jakości, co w związku z przedstawionymi wynikami dotyczącymi stanu wody wodociągowej w Polsce budzi pewne wątpliwości. Woda ma być w pełni bezpieczna dla zdrowia, a zarazem akceptowalna pod względem sensorycznym (smak, zapach i wygląd nie może budzić zastrzeżeń, czy niechęci dzieci). Według Instrukcji opracowanej przez NIZP-PZH wymaga to zwrócenia uwagi na następujące kwestie:

1. odpowiednia jakość wody zasilającej urządzenia dystrybucyjne,
2. wybór optymalnego rodzaju urządzeń dystrybucyjnych,
3. lokalizacja, rozmieszczenie i ilość urządzeń bezpośrednio udostępniających wodę wodociągową do picia,
4. fachowe podłączenie wybranych urządzeń, z zastosowaniem materiałów nie wpływających negatywnie na jakość wody,
5. stały nadzór nad bieżącym stanem higienicznym urządzeń, z okresowym czyszczeniem i sanizacją/dezynfekcją urządzeń,
6. okresowa kontrola jakości wody, ze szczególnym uwzględnieniem jej jakości mikrobiologicznej.

W przypadku stwierdzenia nieodpowiedniej jakości wody należy podjąć działania naprawcze zmierzające do poprawy sytuacji jeszcze przed instalacją urządzeń dystrybucyjnych. Najczęściej stosowane rozwiązania udostępniające dzieciom i młodzieży w placówkach oświatowo-wychowawczych wodę wodociągową do bezpośredniego spożycia obejmują: fontanny z wodą do picia, dystrybutory wody, urządzenia do napełniania butelek, a także pojemniki/ dzbanki z wodą. W Instrukcji NIZP-PZH opisano uwarunkowania stosowania poszczególnych rodzajów udostępniania wody wodociągowej, jak również podano lokalizację, warunki

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016r. poz. 1154)

rozmieszczenia i ilość urządzeń w budynku szkolnym. Podano również zalecenia dotyczące prawidłowego montażu urządzeń dystrybuujących wodę. Podkreślono, że zainstalowanie urządzeń wyposażonych w podzespoły do oczyszczania/poprawy jakości wody nie wystarczy dla rozwiązania problemu. Ich zainstalowanie wymaga też bardziej starannej i kłopotliwej obsługi z uwagi na konieczność nadzoru oraz stałej kontroli stanu złóż filtracyjnych oraz ścisłego przestrzegania terminowej ich wymiany lub regeneracji. Zdecydowanie odradzane są dystrybutory wody wyposażone w urządzenia podgrzewające wodę oraz nasycające ją dwutlenkiem węgla. Urządzenia udostępniające wodę wodociągową do picia w placówkach szkolno-wychowawczych powinny w chwili zakupu i montażu posiadać aktualny Atest Higieniczny lub Świadczenie Jakości Zdrowotnej NIZP-PZH. Wprowadzając program udostępniania w placówkach oświatowo-wychowawczych wody wodociągowej do picia, zakładający zwiększenie ilości wody spożywanej przez dzieci trzeba wziąć pod uwagę częstsze korzystanie przez dzieci z toalet i zadbanie o ich odpowiedni stan sanitarny. Urządzenia dystrybucyjne wody winny być stale nadzorowane, a jakość wody kontrolowana szczególnie w przypadku okresowego ich wyłączenia lub niekorzystnych warunków pogodowych (ulewy, powodzie itp.). Należy też analizować korzystanie z tych urządzeń przez dzieci oraz ocenić potrzebę wprowadzenia dalszych rozwiązań poprawiających dostępność wody wodociągowej do picia lub zwiększających jej atrakcyjność. Celowa jest także analiza opinii dzieci na temat działających w placówce urządzeń udostępniających wodę wodociągową do picia i wyciągnięcie wniosków z ewentualnych krytycznych uwag, ze szczególnym zwróceniem uwagi na rzeczywistą możliwość korzystania z urządzeń (dostępność) oraz ich stan higieniczny. Ważne jest systematyczne i przy wielu okazjach przekazywanie nauczycielom, dzieciom i rodzicom informacji o korzyściach dla zdrowia płynących z właściwego stanu nawodnienia organizmu i zastępowania słodzonych napojów odpowiedniej jakości wodą. Zawsze alternatywą dla instalowania urządzeń udostępniających dzieciom bezpośrednio wodę wodociągową do picia jest dostarczanie do placówek szkolno-wychowawczych wody butelkowanej - źródlanej lub mineralnej⁹⁸.

Zastanawia dlaczego w stanowisku NIZP-PZH (czas publikacji wrzesień 2015r.) podano określone parametry oceny jakości wody w szkołach, zamiast uwzględnić regulacje wynikające z obowiązującego już wtedy Rozporządzenia Ministra Zdrowia⁹⁹.

⁹⁸ NIZP-PZH (2015) *Zasady udostępniania wody wodociągowej dzieciom w placówkach szkolno-wychowawczych - bezpieczne formy i zalecenia higieniczno-sanitarne*. <http://gis.gov.pl/images/bw/zrodelka.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

⁹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. 2010 nr 72 poz. 466).

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2015 roku przeprowadzili 46 616 kontroli w 32 187 placówkach (73,5%), tj. szkół wszystkich typów. W wyniku kontroli prowadzonych w 2015 r. stwierdzono, iż ogółem nieprawidłowości dotyczyły 1 580 (4,9%) skontrolowanych placówek. Uchybienia dotyczące zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i sanitarno-technicznego obiektu, w którym mieści się placówka dla dzieci i młodzieży stwierdzono w 421 obiektach, podczas gdy 262 skontrolowane placówki były w niewłaściwym stanie sanitarno-higienicznym, natomiast 897 w złym stanie technicznym.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie kontroli placówek dla dzieci i młodzieży odnotowali, iż 97% placówek posiadało podłączenie do sieci wodociągowej, z własnego ujęcia wody korzystały 899 (2,6%) placówek. W 693 (2%) obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych, najczęściej ze względu na zbyt wielu uczniów w obiekcie. Niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej stwierdzono w 1 158 placówkach (3,4%) w tym w 103 placówkach stwierdzono zaniedbania w zakresie stanu czystości i porządku sanitariatów, natomiast w 848 przypadkach urządzenia sanitarne okazały się niesprawne technicznie. W 9 placówkach edukacyjnych dostępne były jedynie ustępy zewnętrzne. Skontrolowano również szkoły pod względem realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach. Pomimo znacznej poprawy nadal w 133 obiektach nie wywiązano się ww. obowiązku. W 161 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki elektrycznej do suszenia rąk oraz mydła w płynie w dozownikach). W porównaniu z rokiem 2014 zdecydowana większość nadzorowanych placówek edukacyjnych zapewniła bezpieczne oraz higieniczne warunki dzieciom i młodzieży. W roku 2015 nieprawidłowości w zakresie stanu higienicznego oraz technicznego obiektu odnotowano w 305 skontrolowanych placówkach, podczas gdy w 2013 r. stwierdzono je w przypadku 138 placówek. Zgodnie z wynikami kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w 1 126 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej, natomiast w 2013 roku stwierdzono 1 004 przypadki przedmiotowych uchybień. Sukcesywnie zmniejsza się liczba placówek, w których brak jest dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów. W 2015 r. takich placówek było 164 w porównaniu z 206 placówkami w roku 2013¹⁰⁰.

Dostęp do wysokiej jakości wody wodociągowej w szkołach może wpłynąć również na zmniejszenie wagi plecaków uczniów, ponieważ butelka wody 500 ml

¹⁰⁰ GIS, *Stan sanitarny kraju w roku 2015*. Główny Inspektorat Sanitarny http://gis.gov.pl/images/gis_stan_2015_internet_jb.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

to ciężar o wadze 0,5 kg. Polskie ustawodawstwo nie reguluje kwestii maksymalnej wagi plecaka dzieci i młodzieży szkolnej. Przyjmuje się, że powinno to być od 10% do 20% masy ciała ucznia. W badaniu przeprowadzonym przez GIS w 2009r. obserwowano przypadki, że waga plecaka dochodziła do 40% ciężaru dziecka, które go nosiło. Problem nadmiernego obciążenia tornistrów widoczny był szczególnie w klasach I-III w szkołach podstawowych¹⁰¹.

Kolejnym argumentem za dostępem do wysokiej jakości wody wodociągowej w szkołach i placówkach organizacji publicznych są aspekty ochrony środowiska. Uważa się, że produkcja plastikowych opakowań przewyższa możliwości selektywnej zbiórki odpadów, a zalegające na wysypiskach lub w zbiornikach wodnych zużyte butelki PET stanowią problem wszystkich wysoko uprzemysłowionych krajów. Samorządy w Polsce domagają się wprowadzenia kaucji na opakowania PET. Wskazują, że kaucjonowanie plastikowych butelek funkcjonuje m.in. w Holandii, Norwegii, Niemczech czy Chorwacji. Zdaniem Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Samorządowych (OPOS) wprowadzenie kaucji spowoduje „...ograniczenie ilości odpadów z tworzyw sztucznych w pojemnikach i workach do segregacji odpadów komunalnych, co przeloży się na zmniejszenie częstotliwości ich odbioru, a tym samym obniżenie opłat z tytułu wytwarzania odpadów komunalnych”. Wszystkie kraje członkowskie UE do 2030r. mają przygotować do ponownego użycia i recyklingu 65 proc. odpadów komunalnych (w tym 75 proc. opakowaniowych). W lutym 2016 roku marszałkowie województw otrzymali od resortu środowiska projekt aktualizacji krajowego planu gospodarki odpadami, gdzie postawiono wymóg osiągnięcia 50 proc. poziomu recyklingu odpadów do 2020 r. Zdaniem samorządów taki wynik jest niemożliwy do osiągnięcia¹⁰².

Krajowa Izba Gospodarcza Przemysłu Rozlewniczego, podobnie jak program „Woda dla zdrowia”, uważa, że kampanie zachęcające do picia wody z kranu są szkodliwe i niebezpieczne dla zdrowia publicznego oraz przedstawia sprawozdania z podejmowanych działań przedstawiających różnice w jakości wód wodociągowych w porównaniu do wód butelkowanych¹⁰³.

¹⁰¹ GIS, *Tornistry ciężkie jak trzy wieloryby* <http://gis.gov.pl/o-nas/aktualnosci/410-tornistry> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰² Żóciak T. *Nowy pomysł ministra środowiska. Kaucja od plastikowych butelek? Podrożej napoje*. „Dziennik Gazeta Prawna” <http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/518526,nowy-pomysl-ministra-szyszko-kaucja-od-plastikowych-butelek-pet-podrozeja-napoje.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰³ „Krajowa Izba Gospodarcza Przemysł Rozlewniczy” w odpowiedzi na bezzasadne porównania wody wodociągowej z wodą butelkowaną *Sprawozdanie z działań* http://www.kigpr.pl/files/fck/File/Prawda_i_mity_o_wodzie_wodociagowej/Sprawozdanie_KIG_PR_dotyczace_wody_wodociagowej.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

B. Regulacje prawne i organizacyjne dotyczące wody butelkowanej

Zgodnie z tzw. Ramową Dyrektywą Wodną UE „woda nie jest produktem handlowym takim jak każdy inny, ale raczej dziedzicznym dobrem, które musi być chronione, bronię i traktowane jako takie”¹⁰⁴.

Wyodrębnioną regulacyjnie częścią rynku napojów niealkoholowych jest segment wód (tj. naturalne wody mineralne, wody źródlane i wody stołowe), w szczególności w zakresie zabezpieczenia tych wód przed zanieczyszczeniem lub zmianą ich charakterystycznego składu mineralnego, obejmując zakresem ujęcia naturalnych wód mineralnych oraz instalacje i urządzenia służące do wydobywania, transportu i rozlewu tych wód, a także opakowania. Ponadto aby „naturalne wody mineralne” (lub odpowiednio „wody mineralne”, „wody źródlane” lub „wody stołowe”) mogły zostać wprowadzane legalnie do obrotu na terytorium Polski, muszą być uznane za takie wody przez właściwy organ krajowy lub unijny, w szczególności przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Rozstrzygnięcie dokonywane jest w drodze decyzji administracyjnej wydawanej na wniosek zainteresowanego podmiotu, przy czym do wniosku załącza się m.in. ocenę i kwalifikację rodzajową przedmiotowej wody przeprowadzoną przez jednostkę naukową lub inny podmiot do tego upoważniony¹⁰⁵.

W przypadku porównania wód butelkowanych dostępnych w USA a w Polsce, nasze krajowe wody, zgodnie z przepisami, muszą pochodzić z podziemnych źródeł i być pierwotnie czyste, co wyklucza butelkowanie wód pochodzących z sieci wodociągowej czy np. oczyszczonej wody z rzek, jak to może mieć miejsce w USA¹⁰⁶.

Zgodnie z Ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia¹⁰⁷ „naturalna woda mineralna to **woda podziemna** wydobywana jednym lub kilkoma otworami naturalnymi lub wierconymi, różniąca się od wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi pierwotną czystością pod względem chemicznym i mikrobiologicznym oraz charakterystycznym stabilnym składem mineralnym, a w określonych przypadkach także właściwościami mającymi znaczenie fizjologiczne, powodującymi korzystne oddziaływanie na zdrowie ludzi”.

¹⁰⁴ Ramowa Dyrektywa Wodna 2000/60/WE (RDW) z dnia 23 października 2000 r. http://geoportal.pgi.gov.pl/css/powiaty/prawo/ue_ramowa_dyrektywa_wodna [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰⁵ KPMG (2016) *Rynek napojów bezalkoholowych w Polsce*. <https://home.kpmg.com/pl/pl/home/insights/2016/09/raport-rynek-napojow-bezalkoholowych-w-polsce.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰⁶ Program „Woda dla zdrowia” <http://www.wodadlazdrowia.pl/pl/1059/0/o-programie.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰⁷ Ustawa z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (ostatnia aktualizacja Dz.U. z 2015 r. poz. 594 z późn. zm.)

Zmiana w definicji wody mineralnej wprowadzona w nowelizacji Ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia z 2011 r. według T. Wojtaszek ma zasadnicze znaczenie. Według tego zapisu każda woda podziemna spełniająca określone warunki pierwotnej czystości, rozlewana do butelek może być nazwana „*naturalną wodą mineralną*”, ale tylko niektóre z nich mogą mieć korzystny wpływ na zdrowie. Zależać to będzie przede wszystkim od zawartości i ilości w wodzie poszczególnych składników mineralnych mających znaczenie fizjologiczne. W praktyce oznacza to, że w dużej części wód, które mogą się nazywać „*naturalnymi wodami mineralnymi*”, nie będzie odpowiedniej ilości składników mineralnych i mogą one nie mieć znaczenia fizjologicznego¹⁰⁸.

W przepisie wydanym przez Ministra Zdrowia stwierdzono, że woda jest źródłem określonych składników mineralnych, dlatego szczególnie wody mineralne należy dobierać według indywidualnych potrzeb i kierować się ilością poszczególnych składników mineralnych w niej zawartych¹⁰⁹. Dlatego należy dokładnie zwracać uwagę na informacje zamieszczone na etykiecie kupowanych wód. Wykaz naturalnych wód mineralnych ogłaszany jest przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie obwieszczenia (wydawane raz do roku, aktualnie z 2016 r.)¹¹⁰.

Ocena i kwalifikacja rodzajowa wody przeprowadzana jest przez jednostkę naukową lub inny podmiot, które zostały upoważnione przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Obecnie jednostką upoważnioną przez Głównego Inspektora Sanitarnego do wydawania oceny i kwalifikacji rodzajowej wody jest *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny*. W przypadku produkcji wód znaczenie mają też inne przepisy dotyczące obrotu żywnością¹¹¹, a także inne¹¹².

¹⁰⁸ Wojtaszek T. (2011) *Teraz tylko niektóre wody mineralne będą miały korzystne oddziaływanie na zdrowie ludzi* <http://www.wodadlzdrowia.pl/pl/786/0/rewolucja-w-wodach-mineralnych.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2011 r. w sprawie naturalnych wód mineralnych, wód źródłanych i wód stołowych (Dz.U. nr 85, poz. 466)

¹¹⁰ Obwieszczenie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wód uznanych jako naturalne wody mineralne (Dz. Urz. MZ poz. 113)

¹¹¹ Ustawa z 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 469 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. Prawo geologiczne i górnicze (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 1131). Należy również uwzględnić regulacje prawne dotyczące znakowania i sprzedaży wody butelkowanej, w tym m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016r. poz. 1154).

¹¹² Ustawa z 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz.U. z 2016 r. poz. 639 z późn. zm.) a także Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z 25 października 2011r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności.

Obserwuje się, że spożycie wód butelkowanych na osobę w Polsce w latach 2008-2013 zwiększa się, ale nadal jest niższe niż w krajach UE¹¹³. Konsumentów w Polsce najczęściej wybierają naturalną wodę mineralną (ponad 55% w 2013 roku), nieco mniej (44% w 2013r.) wodę źródlaną, zaś wodę stołową niecały 1 procent. Jeśli chodzi o wybór konsumentów w Unii Europejskiej, to proporcje te wyglądają zupełnie inaczej: w 2013 r. aż 82,52% Europejczyków wybrało naturalną wodę mineralną, 14,42% wodę źródlaną, a 3% wodę stołową. W 2013 r. ponad 56% polskich konsumentów wybrało wodę niegazowaną. Na przestrzeni badanych lat można zauważyć, że z roku na rok coraz mniej konsumentów wybierało wodę gazowaną. Taki sam trend można zauważyć w UE - w 2013 roku w UE ponad 58% konsumentów wybrało wodę niegazowaną¹¹⁴.

W raporcie KPMG przedstawiono, że spożycie wody ogółem zwiększa się, a jej rosnące znaczenie w prowadzeniu zdrowego trybu życia wśród Polaków ma odzwierciedlenie w zmianach sprzedaży wody butelkowanej na przestrzeni ostatnich lat. Od 2011 roku rynek wody w Polsce nieustannie rośnie, osiągając średni roczny wskaźnik wzrostu (CAGR) dla ostatnich pięciu lat na poziomie 2,7%. Prognozy zakładają, że ta tendencja wzrostowa kolejnych lat będzie jeszcze większa. Szacuje się, że do 2020 roku wartość sprzedaży detalicznej wody butelkowanej w Polsce przekroczy poziom 6 mld złotych. Woda niegazowana stanowi niemal połowę (49%) wartości sprzedaży detalicznej wody butelkowanej w Polsce. Drugą co do wielkości kategorią jest woda gazowana, odpowiadająca za 30% wartości sprzedaży detalicznej, natomiast 20 % udział w sprzedaży mają wody smakowe, natomiast tylko 1% wody funkcjonalne, czyli woda wzbogacona o składniki mineralne, witaminy, ekstrakty ziołowe lub inne składniki funkcjonalne. KPMG w raporcie z 2016r. na podstawie badania konsumenckiego podaje, że 67% konsumentów twierdzi, że dostrzega znaczące różnice między wodami źródlanymi, mineralnymi i funkcjonalnymi. Polscy konsumenci najbardziej cenią sobie lokalność i najchętniej sięgają po rodzime produkty w odniesieniu do wód butelkowanych. Woda niegazowana jest najchętniej spożywanym przez konsumentów napojem bezalkoholowym. Aż 85% badanych zadeklarowało, że sięga po nią co najmniej kilka razy w miesiącu, a jednocześnie 64% pije ją codziennie. Jedna trzecia badanych spożywa wodę gazowaną codziennie lub prawie codziennie. Należy jednak w związku z planowanymi zmianami Ustawy prawo wodne liczyć się z podwyżkami cen wód butelkowanych¹¹⁵.

¹¹³ Krajowa Izba Gospodarcza Przemysł Rozlewniczy <http://kigpr.pl/pl/263/0/rynek-wody-butelkowanej-w-polsce-w-latach-28-213.html> [data wejścia 15 09 2016r.]

¹¹⁴ Tamże

¹¹⁵ KPMG (2016) *Rynek napojów bezalkoholowych w Polsce*. <https://home.kpmg.com/pl/pl/home/insights/2016/09/raport-rynek-napojow-bezalkoholowych-w-polsce.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

Wody mineralne dostępne w obrocie różnią się znacznie pod względem składu mineralnego. Analiza wód dostępnych w warszawskich sklepach wykazała, że zawartość w nich wapnia, czy magnezu może się różnić. Wiele wód zawiera poniżej 20 mg/l sodu, spełniając kryteria dla wód do stosowania w dietach niskosodowych. Optymalna podaż składników mineralnych wraz z dietą jest niezbędnym elementem prawidłowego żywienia. Woda mineralna może stanowić istotne źródło niektórych pierwiastków, jeśli ich stężenie jest odpowiednio wysokie oraz jest ona wypijana w odpowiednich ilościach. Niektóre badania wskazują, iż woda mineralna może dostarczać nawet 25% ilości wapnia i 17% magnezu spożytego w ciągu dnia. Codzienne wypijanie wody bogatej w te składniki może mieć znaczenie dla prewencji osteoporozy w przypadku wapnia oraz nadciśnienia i innych chorób układu krążenia w przypadku magnezu¹¹⁶.

Jednak podstawowym źródłem warunkującym odpowiednie pobranie składników mineralnych jest prawidłowo zbilansowane żywienie, uwzględniające zalecaną podaż produktów zbożowych pełnoziarnistych, orzechów i nasion strączkowych, warzyw zielonych w przypadku magnezu oraz mleka i jego przetworów, jak również ryb w przypadku wapnia. W tabeli 3 przedstawiono wybrane wody dostępne na polskim rynku i uszeregowano je względem zawartości magnezu.

¹¹⁶ Respondek W., Traczyk I. (2007) *Wody mineralne jako źródło wybranych składników mineralnych w diecie*. „Standardy medyczne”, 4, s.86-90

Tabela 3.Zawartość składników mineralnych w mg/litr wybranych rodzajów wód¹¹⁷.

	magnez Mg	wapń Ca	sód Na+	chlorki Cl ⁻	wodorowę- glany HCO ₃
1. Muszynianka	182	138	57	11	1446
2. Piwniczanka	121	235	12	–	1898
3. Sądecka	100	200	14	219	342
4. Zamościanka	100	200	4	50	386
5. Galicjanka	91	467	89	12	2151
6. Zdroje Piwniczna	91	131	194	7	1342
7. Multi-Vita	86	214	80	5	981
8. Ostromecko Magnezowa	70	150	8	90	170
9. Staropolanka 2000	66	271	136	10	1550
10. Kryniczanka	65	548	67	11	2172
11. Krystynka	63	174	950	1655	470
12. Anka	56	92	345	51	1216
13. Muszyna Zdrój	49	242	66	4	1159
14. Buskowieńska	47	121	320	496	404
15. Muszyna Minerale	46	473	39	7	1763
16. Krynica Zdrój	43	12	2	4	159
17. Jurajska	37	67	9	9	346
18. Krynica Minerale	35	360	58	7	1372
19. Skarb Życia	34	374	12	2	1290
20. Dobrawa	30	55	1	5	287
21. Kazimierska	29	88	10	7	387
22. Vita	25	164	5	2	597
23. Cisowianka	23	133	10	5	523
24. Nałęczowianka	23	115	12	9	496
25. Staropolanka	22	159	46	12	702

¹¹⁷ Wojtaszek T. - Polskie Towarzystwo Magnezologiczne <http://www.ptmag.pl/pl> [data wejścia 12.05.2014r.]

Identyfikacja instytucji, interesariuszy i innych podmiotów stosujących/zainteresowanych HIA - lub procedurami quasi-HIA

Ministerstwo Zdrowia - któremu przypisano wiodącą rolę w realizacji celów NPZ. Do organów podległych i nadzorowanych przez MZ należy Główna Inspekcja Sanitarna, która szczególnie powinna zainteresowana wdrażaniem i oceną działań w zakresie bezpieczeństwa i higieny w szkołach¹¹⁸. Do wybranych jednostek nadzorowanych lub podległych MZ potencjalnie zainteresowanych wdrażaniem procedur HIA w badanym temacie należą m.in.:¹¹⁹

- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
- Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła
- Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej
- Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej.

Ministerstwo Zdrowia współpracuje w realizacji celów NPZ z innymi instytucjami rządowymi, w tym szczególnie w zakresie badanego tematu z Ministerstwem Edukacji Narodowej¹²⁰, które zakłada prowadzenie edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wszystkich typów szkół. Jednym z celów edukacji zdrowotnej w szkołach jest zrozumienie przez uczniów, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego oraz jak należy o nie dbać, a także przygotowanie uczniów do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, czy społeczności lokalnej. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej zostały uwzględnione w wielu przedmiotach m.in. wychowaniu fizycznym, biologii, wychowaniu do życia w rodzinie, wiedzy o społeczeństwie, edukacji dla bezpieczeństwa i innych¹²¹. Na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej przedstawiono wspomniane wspólne Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów oraz uwzględniono porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profi-

¹¹⁸ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. 2015 poz. 1908)

¹¹⁹ Obwieszczenie Ministra zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie wykazu wybrane jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia

¹²⁰ Ministerstwo Edukacji Narodowej <https://men.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²¹ Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej* <https://men.gov.pl/zwiekszenie-szans/promocja-zdrowia/edukacja-zdrowotna.html> [data wejścia 08.03.2017r.]

laktacji problemów dzieci i młodzieży z dn. 23 listopada 2009 r.¹²². Na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej znajduje się również link do Banku Dobrych Praktyk, w ramach którego szkoły mogą promować sprawdzone przez siebie rozwiązania oraz upowszechniać zastosowane strategie w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach. Ministerstwo Edukacji Narodowej prowadzi Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE), który jest publiczną placówką doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym i na jego stronach znajduje się wspomniany Bank Dobrych Praktyk¹²³.

Prawidłowe żywienie, w tym pobranie płynów, zawsze powinno być realizowane w powiązaniu z odpowiednim poziomem aktywności ruchowej. Poprawa poziomu sprawności ruchowej dzieci i młodzieży w Polsce to jedno z zadań Ministerstwa Sportu i Turystyki¹²⁴ Ministerstwo to na podstawie wydanego rozporządzenia¹²⁵ pobiera opłatę z tytułu reklam napojów alkoholowych na wyodrębniony rachunek Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów. Opłata jest pobierana miesięcznie m.in. od agencji reklamowych, właścicieli restauracji lub pubów, a także firm, które w miejscu prowadzenia swojej działalności prezentują logo danego rodzaju alkoholu lub jego szyld reklamowy. Ministerstwo Sportu i Turystyki określa też warunki utworzenia publicznej i niepublicznej szkoły mistrzostwa sportowego oraz ośrodków szkolenia sportowego dla młodzieży realizujących szkolenie młodzieży uzdolnionej ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej (FRKF). Odpowiednia podaż płynów szczególnie powinna dotyczyć osób aktywnych ruchowo.

Ministerstwo Zdrowia w zakresie ochrony wód przez zanieczyszczeniami pochodzącymi z środków ochrony roślin oraz zapewnienia odpowiedniej jakości produkowanej żywności współpracuje z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi¹²⁶ oraz Ministerstwem Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej¹²⁷.

¹²² Ministerstwo Zdrowia (2009) *Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia, Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. http://www2.mz.gov.pl/www-files/ma_struktura/docs/porozumienie_matka_16072010.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²³ Ośrodek Rozwoju Edukacji <https://www.ore.edu.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²⁴ Ministerstwo Sportu i Turystyki <http://www.msport.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²⁵ Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 1 marca 2011r. w sprawie wzoru zbiorczej deklaracji miesięcznej dotyczącej opłaty wnoszonej przez podmioty świadczące usługę będącą reklamą napojów alkoholowych. (Dz.U. 2011 nr 61 poz. 311)

¹²⁶ Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi <http://www.minrol.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²⁷ Ministerstwo Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej <https://www.mgm.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi odpowiada również za realizację w szkołach programów wsparcia z UE tj. „Mleko w szkole” oraz „Owoce i warzywa w szkole”. W ramach rocznych kwot przewidzianych z budżetu UE państwa członkowskie mogą, oprócz finansowania dostaw produktów mlecznych oraz owocowo-warzywnych do placówek oświatowych, wykorzystać do 15% przyznanych im środków finansowych na towarzyszące im działania edukacyjne na przykład: organizowanie degustacji, zakładanie i prowadzenie ogródków przyszkolnych, organizowanie wizyt w gospodarstwach i podobnych działań służących zainteresowaniu dzieci rolnictwem. Ponadto, do 10% otrzymanych środków budżetowych mogą przeznaczyć na sfinansowanie kosztów powiązanych z realizacją programu, takich jak: materiały informacyjne i promocyjne oraz koszty monitorowania i oceny skuteczności realizowanego programu dla szkół¹²⁸.

Ministerstwo Środowiska¹²⁹ podejmuje decyzje dotyczące ochrony i racjonalnego wykorzystywania zasobów środowiska, w tym wody. Natomiast **Inspekcja Ochrony Środowiska**¹³⁰, która podlega ministrowi właściwemu ds. środowiska jest odpowiedzialna za koordynowanie i prowadzenie monitoringu środowiska, w tym prowadzenie badań i gromadzenie danych o jakości środowiska. Egzekwuje ona również obowiązki wynikające z ochrony środowiska, spoczywające na podmiotach prowadzących działalność gospodarczą, w tym m.in. poprzez kontrole w zakresie gospodarki wodno-ściekowej w celu ochrony zasobów wód.

Krajowy (Regionalny) Zarząd Gospodarki Wodnej to jednostka administracji rządowej odpowiedzialna za wdrażanie Ramowej Dyrektywy Wodnej jest ona zobligowana do prowadzenia i inicjowania działań mających na celu kształtowanie właściwych postaw w odniesieniu do korzystania ze środowiska naturalnego¹³¹. Krajowa Rada Gospodarki Wodnej jest organem opiniodawczo-doradczym Prezesa Krajowego Zarządu Gospodarki Wodnej¹³².

¹²⁸ Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, *Program wsparcia z UE dla szkół: mleko oraz owoce i warzywa w szkołach* <http://www.minrol.gov.pl/Ministerstwo/Biuro-Prasowe/Informacje-Prasowe/Program-wsparcia-z-UE-dla-szkol-mleko-oraz-owoce-i-warzywa-w-szkolach> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹²⁹ Ministerstwo Środowiska <https://www.mos.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³⁰ Główny Inspektorat Ochrony Środowiska <http://www.gios.gov.pl/pl/o-urzedzie/zadania-inspekcji-ochrony-srodowiska> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³¹ Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej <http://www.kzgw.gov.pl> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³² Na mocy art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 469).

Samorządy lokalne - w części dotyczącej regulacji prawnych dostępu do wody wodociągowej oraz finansowania działań w badanym obszarze tematycznym przedstawiono wybrane zadania samorządów lokalnych w omawianym temacie.

Krajowa Izba Gospodarcza Przemysłu Rozlewniczego¹³³ wśród licznych jej działań należy wyróżnić promowanie dobrych jakościowo wód, napojów i soków oraz ich rzetelnych producentów. Jest ona zainteresowana współpracą i reprezentowaniem interesów członków Izby z organami administracji państwowej oraz organizacjami społeczno-zawodowymi i samorządowymi. Do jej zadań należy też analizowanie i opiniowanie przepisów prawnych dotyczących działalności gospodarczej przemysłu rozlewniczego, a także ustanawianie ekspertów Izby w dziedzinach związanych z produkcją wód, napojów smakowych i soków oraz ich dystrybucją. Ma również na uwadze oddziaływanie na poprawę jakości wód, napojów smakowych i soków. Współpracuje z zagranicznymi organizacjami działającymi w gospodarce napojowej, a w szczególności: EFBW (Europejska Federacja Producentów Wód Butelkowanych) i WE (Europejski Związek Producentów Wód w Dużych Opakowaniach).

Izba Gospodarcza „Wodociągi Polskie” jest jedyną organizacją samorządu gospodarczego w branży wodno-kanalizacyjnej oraz jedną z najliczniejszych izb branżowych w Polsce. W jej skład wchodzi 449 członków zwyczajnych i 30 stowarzyszonych. W dużej części są to firmy zajmujące się odprowadzaniem ścieków i zaopatrywaniem w wodę miast i gmin. Działalność Izby opiera się na kilku płaszczyznach: doradczej, prawnej, międzynarodowej, wydawniczej, szkoleniowej i lobbingowej. Jednym z podstawowych jej zadań jest również działanie na rzecz ochrony środowiska. Izba jest Członkiem Krajowej Izby Gospodarczej w Warszawie oraz Europejskiej Unii Krajowych Stowarzyszeń Dostawców Wody i Usług Odprowadzania Ścieków EUREAU w Brukseli¹³⁴.

Firmy/produccenci wody - głównie przedsiębiorstwa wodno-kanalizacyjne lub przedsiębiorstwa inżynierii komunalnej.

Polskie Towarzystwo Magnezologiczne im. prof. Juliana Aleksandrowicza¹³⁵ jest dobrowolnym, samorządnym, stowarzyszeniem naukowym, zrzeszającym osoby fizyczne i prawne, zainteresowane badaniami i popularyzacją zasad ochrony

¹³³ Krajowa Izba Gospodarcza Przemysł Rozlewniczy <http://www.kigpr.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³⁴ Izba Gospodarcza „Wodociągi polskie” <http://www.igwp.org.pl/index.php/o-nas> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³⁵ Polskie Towarzystwo Magnezologiczne im. prof. Juliana Aleksandrowicza <http://www.ptmag.pl/pl> [data wejścia 08.03.2017r.]

zdrowia społecznego w oparciu o wykorzystanie działania na organizm człowieka i jego środowisko magnezu i innych pierwiastków oraz przeciwdziałaniu szkodliwemu wpływowi pierwiastków toksycznych. Realizuje wspomniany wcześniej program „Woda dla zdrowia”.

Państwowa służba hydrogeologiczna¹³⁶ (PSH) została powołana na mocy ustawy *Prawo wodne* i jej funkcje pełni aktualnie Państwowy Instytut Geologiczny - Państwowy Instytut Badawczy (PIG-PIB). Wykonuje ona zadania Państwa w zakresie rozpoznawania, bilansowania i ochrony wód podziemnych na potrzeby ich racjonalnego wykorzystania przez społeczeństwo i gospodarkę. Celem funkcjonowania PSH jest ograniczenie degradacji oraz dążenie do prawidłowego gospodarowania zasobami wód podziemnych, stanowiących podstawę zaopatrzenia w wodę do spożycia ok. 70% ludności Polski. PSH prowadzi systematyczne obserwacje ilości i jakości wód podziemnych, gromadzi informacje o ilości zasobów i poborze wód podziemnych oraz analizuje i prognozuje ich zmiany. Wykonuje również mapy hydrogeologiczne - główne źródło wiedzy niezbędnej dla racjonalnego administrowania i planowania gospodarki wodnej. Prawidłowo wykonywane zadania PSH. pozwalają na dostarczenie społeczeństwu i gospodarce odpowiedniej ilości wody o dobrej jakości przy jednoczesnym zapewnieniu skutecznej ochrony zasobów wód podziemnych.

Polska Izba Ekologii¹³⁷ jej celem jest reprezentowanie zrzeszonych w niej podmiotów w działalności na rzecz ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju. Członkami są zarówno duże przedsiębiorstwa z górnictwa i energetyki zawodowej, jak i jednoosobowe firmy, instytuty naukowo-badawcze, czy uczelnie. Polska Izba Ekologii konsultuje oraz przekazuje władzom różnego szczebla wnioski, opinie i postulaty m.in. dotyczące recyklingu opakowań.

Identyfikacja źródeł finansowania działań typu HIA, wraz ze wskazaniem miejsca podejmowania decyzji o przeznaczaniu pieniędzy na finansowanie aktywności typu HIA

Środki budżetowe tj. zasoby finansowe państwa, województw, powiatów i gmin. Wydatki na ochronę środowiska są rozproszone w różnych częściach i działach budżetu, w układzie ministerstw i urzędów centralnych, rezerw celo-

¹³⁶ Państwowa Służba Hydrogeologiczna <http://www.psh.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹³⁷ Polska Izba Ekologii <http://www.pie.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

wych, inwestycji centralnych finansowanych z dotacji celowych na zadania własne gmin i inne. Budżet państwa również pośrednio finansuje działalność na rzecz ochrony środowiska udzielając tzw. subsydiów dla gmin¹³⁸. W przypadku instalowania urządzeń dystrybuujących wodę w szkołach finansowanie można uzyskać w ramach tzw. **budżetu obywatelskiego** (budżet partycypacyjny), który umożliwia mieszkańcom gminy, czy województwa bezpośredni wpływ na decyzje o przeznaczeniu części budżetu publicznego na przedsięwzięcia zgłoszone bezpośrednio przez obywateli.

Środki własne inwestorów w przypadku finansowania instalacji poididek w szkołach mogą one pochodzić, że środków przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, które firmy te pokrywać mogą ze środków bieżących lub pożyczek i kredytów (często preferencyjnych np. z Banku Ochrony Środowiska). Przedsiębiorcy mogą ponosić także nakłady inwestycyjne finansowane ze specjalnie wydzielonych środków inwestycyjnych¹³⁹.

Fundusze ochrony środowiska, w tym Narodowy (lub wojewódzki) Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej (NFOŚiGW), który został utworzony w 1989 r. jest głównym ogniwem polskiego systemu finansowania ochrony środowiska i gospodarki wodnej, dysponując największym potencjałem finansowym. Narodowy Fundusz jest ważnym narzędziem realizacji polityki ochrony środowiska oferuje pożyczki, dotacje oraz inne formy dofinansowania projektów realizowanych m.in. przez samorządy, przedsiębiorstwa, podmioty publiczne, organizacje społeczne a także osoby fizyczne. W sektorze finansów publicznych Narodowy Fundusz jest również największym w Polsce partnerem międzynarodowych instytucji finansowych w obsłudze środków zagranicznych przeznaczonych na ochronę środowiska¹⁴⁰.

Bank Ochrony Środowiska, którego akcjonariuszem strategicznym jest NFOŚiGW prowadzi tzw. politykę środowiskową, która oznacza respektowanie prawa w zakresie ochrony środowiska, racjonalizację w zakresie zużycia wody, energii elektrycznej, ciepła i paliw, gospodarowanie odpadami oraz popularyzację wiedzy na temat proekologicznych rozwiązań¹⁴¹.

¹³⁸ Barczak A., Kowalewska E. (2014) *Źródła finansowania zadań z zakresu ochrony środowiska w Polsce - przegląd stosowanych rozwiązań*. „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu”, 1 (2), s. 37-58.

¹³⁹ Tamże

¹⁴⁰ Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki wodnej <https://www.nfosigw.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁴¹ BOŚ BANK *Ramowa Strategia Rozwoju Banku Ochrony Środowiska S.A. na lata 2016-2020* <https://www.bosbank.pl/o-banku/strategia-bos> [data wejścia 08.03.2017r.]

Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy aktualna edycja na lata 2014-2021 (tzw. EOG i fundusze norweskie) są formą bezwrotnej pomocy zagranicznej przyznanej Polsce oraz 15 państwom członkowskim Unii Europejskiej przez Norwegię, Islandię i Liechtenstein. Wybór projektów do dofinansowania w znacznej mierze odbywa się na podstawie konkursów (naborów wniosków). Konkursy ogłaszane są oddzielnie dla każdego z programów (obszarów tematycznych). Opracowane projekty finansowane z tych źródeł mogą dotyczyć również ochrony środowiska¹⁴².

Program UE Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 - to krajowy program wspierający gospodarkę niskoemisyjną, ochronę środowiska, przeciwdziałanie i adaptację do zmian klimatu, transport i bezpieczeństwo energetyczny, w ramach których realizowane są tzw. duże projekty. Środki unijne z programu przeznaczone są również w ograniczonym stopniu na inwestycje w obszary ochrony zdrowia i dziedzictwa kulturowego¹⁴³.

Zakończenie

Funkcjonowanie środowiska szkoły znacząco wpływa na stan zdrowia uczniów oraz na powstawanie prawidłowych nawyków żywieniowych, a tym samym na kształtowanie ich stylu życia w przyszłości, dlatego zapewnienie uczniom nieograniczonego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej w szkołach jest korzystne w zakresie wyrównywania nierówności społecznych w zdrowiu oraz kształtowania zgodnej z zaleceniami UE polityki zdrowia publicznego w Polsce.

1. **Należy wzmocnić działania umożliwiające realizację nieograniczonego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej dla dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce - adresat: organy centralne.** Potrzebny jest wzrost świadomości oraz uregulowania prawne dotyczące zapewnienia nieograniczonego dostępu uczniów do wysokiej jakości wody pitnej w szkole. Pomimo wspólnego stanowiska Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki z 2011 r.¹⁴⁴ zawierającego postulat dostępności uczniów do wody

¹⁴² EOG i fundusze norweskie <http://www.eog.gov.pl/> [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁴³ Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 https://www.pois.gov.pl/media/10900/POiS_2014-2020_04112015.pdf [data wejścia 08.03.2017r.]

¹⁴⁴ *Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów* <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=737&ml=pl&mi=737&mx=0&ma=18594> [data wejścia 08.03.2017r.]

pitnej w szkołach, nie może on być w pełni realizowany. Ministerstwo Edukacji Narodowej nie posiada informacji o braku dostępności w szkołach wody do picia¹⁴⁵. Jednak na podstawie wyników badań z 2013 r. w około 40% szkół w Polsce nie funkcjonowały sklepiki szkolne, w których uczniowie potencjalnie mogli kupić wodę do picia. Pracodawca w Polsce zgodnie z istniejącymi regulacjami prawnymi jest zobowiązany do zapewnienia pracownikom dostatecznej ilości wody nadającej się do picia, dlatego podobne zapisy powinny dotyczyć dostępności wody pitnej dla dzieci i młodzieży w placówkach edukacyjnych.

2. **Należy uzupełnić zapisy w istniejących już regulacjach prawnych - adresat: Ministerstwo Zdrowia** dotyczy to uzupełnienia Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154), gdzie określono, że w placówkach tych ma być dostępna naturalna woda mineralna nisko- lub średnio zmineralizowana, woda źródłana oraz stołowa. W regulacji tej nie zawarto zapisu, że mają one być dostępne w opakowaniach jednostkowych, co było uwzględnione we wcześniejszym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r., zatem można wnioskować, że należy i można wybierać dostępną wodę wodociągową, a niekoniecznie butelkowaną.
3. **Kontynuacja i zwiększenie intensywności edukacji społeczeństwa, w tym szczególnie młodzieży szkolnej, dotyczącej znaczenia odpowiedniego spożycia wody oraz jej bezpieczeństwa zdrowotnego, jak również konieczności podejmowania różnorodnych działań związanych z ochroną środowiska wodnego. Adresat: organy centralne.** Należy zwrócić uwagę na zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej ograniczonego i stale zmniejszającego się dostępu do zasobów wody pitnej na świecie. Trzeba również kontynuować różnorodne działania sprzyjające ochronie wód w Polsce, co przełoży się na jej lepszą jakość. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzi stały nadzór nad jakością wody dostarczanej przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne, czy inne podmioty dostarczające wodę pitną. Natomiast w przypadku wód butelkowanych obowiązują regulacje prawne przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 16439 w sprawie wprowadzenia obowiązku zapewnienia uczniom stałego i bezpłatnego dostępu do wody pitnej w szkołach <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=6E20DF53> [data wejścia 08.03.2017r.]

4. **Należy wraz z analizą wpływu na zdrowie prowadzić działania dotyczące oceny oddziaływania wprowadzonej regulacji na środowisko. Adresat: organy centralne** Argumentem za wykorzystaniem wody wodociągowej w placówkach edukacyjnych będzie ograniczenie użytkowania opakowań typu PET, czy szklanych, co wpisuje się w działania ochrony środowiska w Polsce, jak również samorządów lokalnych mających na celu ograniczenie ilości odpadów komunalnych. Ministerstwo Zdrowia poprzez działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitoruje oraz włącza się w działania społeczne sprzyjające ograniczaniu wagi tornistrów, co jest kolejnym argumentem za propagowaniem nieograniczonego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej w szkołach. Dostępność do wody dla dzieci i młodzieży w szkole może mieć korzystny wpływ na zmniejszenie wagi przeciążonych tornistrów szkolnych. Państwowa Inspekcja Sanitarna ocenia też działania prowadzone w placówkach edukacyjnych w zakresie higieny i bezpieczeństwa uczniów.
5. **Samorząd lokalny i podlegające mu jednostki edukacyjne przy współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej muszą indywidualnie podjąć decyzję dotyczącą sposobu organizacji nieograniczonego dostępu uczniów do wysokiej jakości wody pitnej w szkole. Adresat: władze lokalne** Należy zwrócić uwagę na właściwe funkcjonowanie i poprawę stanu instalacji wodno-kanalizacyjnej w szkołach oraz zwiększoną i stałą kontrolę nad funkcjonowaniem zainstalowanych urządzeń dystrybuujących wodę, co zostało przedstawione w opracowanej przez NIZP-PZH instrukcji pt. „Zasady udostępniania wody wodociągowej dzieciom w placówkach szkolno-wychowawczych - bezpieczne formy i zalecenia higieniczno-sanitarne”¹⁴⁷. Będzie się to wiązać z odpowiednimi zapisami w statucie szkół oraz nakładami finansowymi związanymi z założeniem i funkcjonowaniem przyjętego sposobu zapewnienia dostępu dzieci i młodzieży do wody pitnej.
6. **Kontynuacja działań promujących prawidłowe zachowania żywieniowe w placówkach edukacyjnych i jednocześnie wpływających korzystnie na stan nawodnienia uczniów. Adresat organy centralne** Aktualnie są realizowane w szkołach 2 programy finansowane przez UE i budżet państwa tj. „Owoce i warzywa w szkole” oraz „Mleko w szkole”, które od roku szkolnego 2017/2018 mają zostać zastąpione jednym wspólnym programem, którego celem

¹⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2011 r. w sprawie naturalnych wód mineralnych, wód źródlanych i wód stołowych (Dz.U. nr 85, poz. 466)

¹⁴⁷ NIZP-PZH (2015) *Zasady udostępniania wody wodociągowej dzieciom w placówkach szkolno-wychowawczych - bezpieczne formy i zalecenia higieniczno-sanitarne*. <http://gis.gov.pl/images/bw/zrodelka.pdf> [data wejścia 08.03.2017r.]

będzie udostępnianie dzieciom w szkołach produktów świeżych, jak najmniej przetworzonych, bez dodatków, co dotyczy owoców, warzyw oraz mleka.

Nie odnaleziono przykładów stosowania procedur HIA (lub zbliżonych do HIA) w obszarze związanym z wpływem odpowiedniego spożycia wody przez dzieci i młodzież na profilaktykę nadmiaru masy ciała (nadwagi/otyłości). W raporcie WHO dotyczącym społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce z 2011 r.¹⁴⁸ podkreślono, że istnieje wyraźna potrzeba opracowania nowych lub wdrożenia już przygotowanych, długookresowych krajowych programów ukierunkowanych na problemy otyłości, cukrzycy i innych zaburzeń metabolicznych. Powinny one zapewnić wyrównywanie społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu, w co wpisuje się propozycja zapewnienia nieograniczonego dostępu do wysokiej jakości wody pitnej dla uczniów w szkołach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej będą potencjalnie zainteresowane wykorzystaniem procedur HIA w wybranym obszarze tematycznym, ponieważ już aktywnie włączają się w działania sprzyjające poprawie funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym. Również w przypadku postulowanej oceny oddziaływań na środowisko pełnią one rolę uzgadniającą. Implementacja procedur HIA może mieć znaczący wpływ na współpracę międzysektorową, szczególnie resortów zdrowia, ochrony środowiska i edukacji.

¹⁴⁸ WHO (2011) Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce [http://wsse.krakow.pl/stro-
na/attachments/article/41/Spoeczne%20nierownosci%20w%20zdrowiu%20w%20Pol-
sce.pdf](http://wsse.krakow.pl/stro-
na/attachments/article/41/Spoeczne%20nierownosci%20w%20zdrowiu%20w%20Pol-
sce.pdf) [data wejścia 08.03.2017r.]

Rozdział szósty

POTENCJALNY MODEL HIA W KONTEKŚCIE ADEKWATNYCH DZIAŁAŃ POLITYKI SPOŁECZNEJ W ODNIESIENIU DO WPŁYWU REKLAMY ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REKLAMY TELEWIZYJNEJ

Maciej Rogala, Paweł Kawalec

Wprowadzenie

Nie ma wątpliwości, że przekaz telewizyjny wywiera przemożny wpływ na poglądy i zachowania ludzi. W nieodległej przeszłości sądzono nawet, że jest to wpływ decydujący i choć ostatnio uważa się, że wpływ „nowych mediów” może być większy podmioty zainteresowane zachowaniami szerokiego kręgu ludzi nie rezygnują z wykorzystywania telewizji celem realizowania własnych dążeń. W praktyce dążenia te są realizowane poprzez reklamę. Reklama może służyć celom merkantylnym, kiedy akcja promowania produktu służy zwiększaniu jego sprzedaży, ale może mieć także cele szlachetne, kiedy służy sprawom szlachetnym. W tym opracowaniu interesuje nas z jednej strony, reklama leków, a z drugiej to, co wpływa na zachowania związane ze zdrowiem.

Przegląd badań

Liczne badania naukowe potwierdzają wpływ reklamy leków na takie zjawiska, jak otyłość, spożycie alkoholu czy palenie papierosów. Reklama ma dwojaki wpływ na zachowania: pozytywne bądź negatywne, w zależności od treści przekazu.

Wśród dostępnych badań na uwagę zasługują doniesienia dotyczące doświadczeń amerykańskich i australijskich odnośnie reklamy leków przepisywanych na receptę. W badaniu 2004 roku¹ analizowano dane uzyskane w latach 1996-2000

¹ Jong G.W., Stricker B.H.C., Sturkenboom M.C.J.M. (2004), Marketing in the lay media

od 150 lekarzy. Badano wpływ reklamy na sprzedaż leków stosowanych w leczeniu grzybicy paznokci i stwierdzono, że po kampanii reklamowej zaobserwowano wzrost liczby recept na reklamowane specyfiki o prawie 50%. Co ciekawe po zakończeniu emisji reklamy, ilość przepisywanych recept na te leki spadła 3-krotnie. W innym badaniu Zachry i współpracownicy² wykazali korelację pomiędzy reklamą leków obniżających poziom cholesterolu, a ilością zdiagnozowanych przypadków hiperlipidemii. Wykazano również dużą liczbę przepisywanych na te leki recept w trakcie trwania emisji reklamy i stwierdzono, że każde 1000 dolarów wydane na reklamę wiązało się z zdiagnozowaniem 32 nowych przypadków hiperlipidemii oraz dodatkowymi 47 receptami na leki obniżające poziom cholesterolu w ciągu miesiąca. Ponadto stwierdzono, że każde 1000 dolarów wydane na reklamę konkretnego leku obniżającego poziom cholesterolu wiąże się z preskrypcją dodatkowych 23 recept na ten lek. Powyższe wnioski potwierdzono w innym badaniu, dotyczącym wpływu reklamy na preskrypcję leków antyhistaminowych. Każde 1000 dolarów wydanych na reklamę tych leków wiązało się z wzrostem liczby recept nawet do 24 w ciągu miesiąca. W jednym z badań³ wykazano, że pokazanie pacjentom reklamy leku przed spotkaniem z lekarzem wiąże się z przepisaniem reklamowanego leku 76% chorych, podczas gdy w grupie kontrolnej jedynie 31% chorych. Dodatkowo stwierdzono, że lekarze byli bardziej skłonni zdiagnozować depresję wśród pacjentów, którzy poprosili o reklamowany lek. W kolejnym badaniu⁴ potwierdzono, że reklama wiąże się ze zwiększeniem liczby recept na reklamowany lek, a także z większą liczbą zdiagnozowanych przypadków choroby, w której lek jest stosowany. W innym badaniu⁵ zaobserwowano, że reklama związana z lekiem na astmę wiąże się z 2% wzrostem sprzedaży danego leku oraz większą częstotliwością rozpoznawanych przypadków choroby. Ogólnie sądzi się, że reklamy mają silny wpływ na postawę pacjentów, ponieważ po obejrzeniu reklamy dotyczącej konkretnej choroby pacjenci zastanawiają się nad własnym stanem zdrowia i zgłaszają do

and prescriptions of terbinafine in primary care: Dutch cohort study, „BMJ”, 328: 931.

- ² Zachry W.M., Shepherd M.D., Hinich M.J., et al. (2002), Relationship between direct-to-consumer advertising and physician diagnosing and prescribing, „Am J Health Syst Pharm”, 59, s. 42-9.
- ³ Kravitz R.L., Epistein R.M., Feldman M.D., Franz C.E., Azari R., i wsp. (2005), Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomised controlled trial, „JAMA”, 293 (16), s. 1995-2002.
- ⁴ Parnes B., Smith P.C., Gilroy C., Quintela J., Emsermann C.B., i wsp. (2009), Lack of impact of direct-to-consumer advertising on the physician-patient encounter in primary care: a SNOCAP report, „Ann Fam Med”, 7 (1), s. 41-6.
- ⁵ Daubresse M., Hutfless S., Kim Y. i wsp. (2015), Effect of Direct-to-Consumer Advertising on Asthma Medication Sales and Healthcare Use, „Am J Respir Crit Care Med”, 192 (1), s. 40-6.

lekarza, co jednocześnie wiąże się z większą liczbą zdiagnozowanych przypadków choroby.

W badaniach stawiano problem wpływu reklamy na zachowania związane z paleniem papierosów. W jednej z analiz⁶ potwierdzono wysoką skuteczność reklam, w których rozpoznawalni społecznie i sławni ludzie rzucają palenie. Udowodniono, że reklama taka została zauważona przez 88% palaczy, natomiast 45% może odtworzyć nazwę lub opis jednego z elementów kampanii. Zaobserwowano również, że 31% palaczy postanowiło rzucić palenie, natomiast długotrwała abstynencja została trzykrotnie zwiększona. W innym badaniu⁷ stwierdzono, że w wyniku kampanii reklamowej około 50% palaczy podjęło próbę rzucenia palenia, a reklama może wzmocnić krótko- i długoterminową abstynencję. Na podstawie uzyskanych wyników sugerowano, że najwyższą skuteczność wykazały reklamy zawierające emocjonalne i osobiste doświadczenia⁸, oraz reklamy, które ukazywały negatywne skutki palenia tytoniu^{9, 10}. Stwierdzono, że humor zastosowany w reklamie może być skuteczny w przekazywaniu jej przesłania na trzy sposoby: przez poprawę nastrojów ludzi, przyciągając uwagę i pomagając w zrozumieniu oraz w zwiększeniu pozytywnych postaw widzów odnośnie reklamy¹¹.

W badaniu, oceniającym wpływ reklamy alkoholu na zdrowie, stwierdzono, że zakaz reklamy alkoholu oraz kampanie przeciwko piciu alkoholu wiążą się z zmniejszeniem kosztów leczenia chorób związanych z piciem alkoholu¹².

⁶ Mudde A. N., & DeVries H. (1999), The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in The Netherlands, „American Journal of Public Health”, 89 (3), s. 346-350.

⁷ McAfee T., Davis K.C., Shafer P., Patel D., Alexander R., Bunnell R. (2015), Increasing the dose of television advertising in a national antismoking media campaign: results from a randomised field trial, „Tob Control”, s. 1-10, doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052517 (dostęp 08.03.2017).

⁸ Mudde A. N., & DeVries H. (1999), The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in The Netherlands, „American Journal of Public Health”, 89 (3), s. 346-350.

⁹ Mudde A. N., & DeVries H. (1999), The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in The Netherlands, „American Journal of Public Health”, 89 (3), s. 346-350.

¹⁰ Duke J.C., Nonnemaker J.M., Davis K.C., Watson K.A., Farrelly M.C. (2014), The impact of cessation media messages on cessation-related outcomes: results from a national experiment of smokers, „Am J Health Promot”, 28 (4), s. 242-50.

¹¹ Hanewinkel R., Isensee B., Sargent J.D., Morgenstern M. (2011), Cigarette advertising and teen smoking initiation, „Pediatrics”, 127 (2), s. 271-8.

¹² Cobiac L., Vos T., Doran C., Wallace A. (2009), Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia, „Addiction”, 104 (10), s. 1646-55.

Badania wpływu reklamy na aktywność fizyczną przeprowadzono w Australii, Szkocji, Kanadzie oraz USA. Dotyczyły efektywności kampanii medialnych (m.in. narodowych i stanowych), w tym z wykorzystaniem reklamy telewizyjnej, zachęcających do intensyfikacji aktywności fizycznej dorosłych, w tym także skierowanych do dzieci^{13, 14, 15, 16, 17, 18}. Wykazały, że reklama spowodowała wzrost wiedzy i świadomości na temat wpływu kultury fizycznej na zdrowie, choć nie zawsze przekładał się on na zmianę postaw i zachowań w tym zakresie lub zmiana ta miała charakter krótkotrwały. W jednym z badań wykazano, że reklamy propagujące szczupłe sylwetki osób ćwiczących mają istotny wpływ przede wszystkim na kobiety. Reklamy promujące ćwiczenia fizyczne istotnie wpływały na zmiany postaw i zachowań w zakresie aktywności fizycznej¹⁹. Wykazano, że reklamy ukazujące negatywne skutki otyłości dzieci oraz wpływ aktywności fizycznej na ograniczenie tego zjawiska miały silny wpływ na postępowanie matek²⁰. Zgadzały się z twierdzeniem, że brak aktywności fizycznej wśród dzieci jest problemem, jednak nie wszystkie dostrzegały go w odniesieniu do swoich dzieci. Należy zwrócić również uwagę na obszerne badanie wykonane w Australii, w którym wykorzystano reklamę telewizyjną do promocji aktywności fizycznej społeczeństwa i zauważono istotny wzrost świadomości wraz ze zmianą zachowań populacji. Stwierdzono, że prawdopodobieństwo zwiększenia aktywności fizycznej pod wpływem kampanii reklamowej podwoiło się. Świadomość dotycząca potrzeby aktywności fizycznej wzrosła o 50%, natomiast umiarkowana aktywność fizyczna w badanej populacji była deklarowana istotnie częściej²¹.

¹³ Bauman A.E., Bellew B., Owen N., Vita P. (2001), Impact of an Australian Mass Media Campaign Targeting Physical Activity in 1998, „Am J Prev Med”, 21 (1), s. 41-7.

¹⁴ Wimbush E., MacGregor A., Fraser E. (1998), The effects of a national mass media campaign on walking in Scotland, „Health Prom Int”, 13, s. 45-53.

¹⁵ Young D.R., Haskell W.L., Taylor C.B., Fortmann S.P. (1996), Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior, „Am J Epidemiol”, 144 (3), s. 264-74.

¹⁶ Booth M., Bauman A., Oldenburg B., Owen N., Magnus P. (1992), Effects of a national mass-media campaign on physical activity participation, „Health Promot Int”, 7, s. 241-7.

¹⁷ Owen N., Bauman A., Booth M., Oldenburg B., Magnus P. (1995), Serial mass-media campaigns to promote physical activity: reinforcing or redundant?, „Am J Public Health”, 85, s. 244-8.

¹⁸ Williams D., Matthews C., Rutt C. i wsp. (2008), Interventions to Increase Walking Behavior, „Med Sci Sports Exerc”, 40 (7 Suppl), s. 567-573

¹⁹ Berry T.R., Shields C. (2014), Source attribution and credibility of health and appearance exercise advertisements: relationship with implicit and explicit attitudes and intentions, „J Health Psychol”, 19 (2), s. 242-52

²⁰ Berry T.R., Craig C.L., Faulkner G. i wsp. (2014), Mothers' intentions to support children's physical activity related to attention and implicit agreement with advertisements, „Int J Behav Med”, 21 (1), s. 131-8

Reklamy w telewizji mogą pełnić rolę negatywną, jeśli promują niskiej jakości lub niezdrowe pożywienie i napoje. Wykazano, że reklama ma wpływ na preferencje żywieniowe, wzory konsumpcyjne, jest jednym z głównych czynników wpływających na niezdrową dietę i nadkonsumpcję u dzieci produktów z wysoką zawartością tłuszczu, soli i cukru. W przeprowadzonym przeglądzie systematycznym²² wykazano, że dzieci sięgają po reklamowane szkodliwe produkty. Wykazano również istotną korelację pomiędzy wyższą liczbą godzin oglądania telewizji przez dziecko, a chęcią zakupu reklamowanego produktu. Intensywniejsze oglądanie telewizji przez dzieci jest związane z wyższym spożyciem tłuszczu, słodkich i słonych przekąsek i napojów gazowanych oraz niższym spożyciem owoców i warzyw. W innym badaniu²³ stwierdzono, że szansa na wystąpienie nadwagi i otyłości wzrastała wraz z liczbą godzin spędzonych przed telewizorem. Dzieci i młodzież, które oglądały często telewizję częściej spożywały reklamowaną niezdrową żywność tj. napoje owocowe, słodkie, niezdrowe przekąski. W kolejnym badaniu²⁴ stwierdzono, że reklamy produktów niezdrowych były emitowane najczęściej podczas oraz pomiędzy programami dla dzieci. W kolejnym badaniu²⁵ wykazano istotnie wyższy wskaźnik BMI wśród dzieci, które oglądały dużo telewizji. Wyniki badań pokazują, iż telewizja propagując szczupłe sylwetki u nastolatków w efekcie wpływa w istotny sposób na samopostrzeżenie odbiorców tych reklam, co zaowocowało u nich zdiagnozowanymi zaburzeniami łaknienia w postaci jadłowstrętu²⁶. W przeglądzie wykonanym przez Lobstein i współpracowników²⁷ stwierdzono korelację pomiędzy odsetkiem dzieci z nadwagą a intensywnością reklam podczas programów dla dzieci. Dotyczyło to reklam produktów niezdrowych. Nie stwierdzono natomiast korelacji pomiędzy nadwagą a liczbą reklam zdrowej żywności. W kolejnym badaniu²⁸ potwierdzono

²¹ Coon K..A., Tucker K.L. (2002), Television and children's consumption patterns. A review of the literature, 54 (5), s. 423-36

²² Coon K..A., Tucker K.L. (2002), Television and children's consumption patterns. A review of the literature, 54 (5), s. 423-36

²³ Utter J., Scragg R., Schaaf D. (2006), Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents, „Public Health Nutr”, 9 (5), s. 606-12

²⁴ Effertz T., Wilcke A.C. (2012), Do television food commercials target children in Germany?, „Public Health Nutrition”, 15 (8), s. 1466-1473.

²⁵ Zimmerman F.J., Bell J.F. (2010), Associations of television content type and obesity in children, „Am J Public Health”, 100, s. 334-340.

²⁶ Verri A.P., Verticale M.S., Vallero E., Bellone S., Nespoli L. (1997), Television and eating disorders. Study of adolescent eating behavior, „Minerva Pediatr”, 49 (6), s. 235-43.

²⁷ Lobstein T., Dobb S. (2005), Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight, „Obes Rev”, 6 (3), s. 203-8.

²⁸ Gortmaker S.L., Must A., Sobol A.M., Peterson K., Colditz G.A., Dietz W.H. (1996),

silną zależność pomiędzy występowaniem nadwagi i liczbą godzin oglądania telewizji. Ryzyko nadwagi było prawie 5 razy wyższe wśród młodzieży, która oglądała telewizję dłużej niż 5 godzin dziennie w porównaniu z tymi, którzy oglądają telewizję 0-2 godzin dziennie. Płeć różnicowała wpływ reklamy. Wykazano, że oglądanie reklamy przez kobiety może być powodem ich złego nastroju, obniżonej pewności siebie i braku satysfakcji z własnej sylwetki w porównaniu do modelek uczestniczących w reklamach natomiast w grupie mężczyzn nie stwierdzono takich zależności²⁹.

Konkludując można stwierdzić, że reklama telewizyjna ma istotny wpływ na zachowania zdrowotne zarówno dorosłych jak i dzieci. Analiza raportów i badań dotyczących wpływu reklamy telewizyjnej na zdrowie pozwala wyodrębnić kilka zależności. Przede wszystkim można potwierdzić skuteczność reklamy i jej pozytywny lub negatywny wpływ na zdrowie. Siłą reklamy, działającej poprzez perswazję, jest umiejętność wpływania na przekonania i postawy społeczeństwa. Reklama wpływa na sferę emocjonalną człowieka, pragnienia oraz tworzenie potrzeb. Dla polityki zdrowotnej ważna jest możliwość i umiejętność wykorzystania reklamy w sposób pozytywny, czyli użycie jej do wywołania prozdrowotnych zachowań wśród społeczeństwa.

Polska sytuacja

Według danych Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, jedna czwarta reklam w telewizji to reklamy suplementów diety i leków bez recepty. W radiu odsetek ten może sięgać nawet 70%, skala reklamy odnośnie tego segmentu rynku jest więc ogromna. Należy również zwrócić szczególną uwagę na ograniczenia związane z reklamami produktów leczniczych. Problem związany z reklamą i regulacjami dotyczącymi leków OTC czy suplementami diety jest w ostatnim czasie nagłaśniany w mediach; nadużywanie leków wydawanych bez recepty stwarza potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzi, szczególnie w przypadku konsumpcji wysokich dawek leku przez długi czas. Ministerstwo Zdrowia pracuje aktualnie nad zmianami dotyczącymi regulacji odnośnie reklam leków. Planuje się wprowadzić kontrolę następczą, dzięki której jedna z instytucji (Główna Inspekcja Sanitarna, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych lub Agencja Oceny

Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-90, „Arch Pediatr Adolesc Med”, 150, s. 356-362.

²⁹ Hargreaves D., Tiggemann M. (2002), The Effect Of Television Commercials On Mood And Body Dissatisfaction: The Role Of Appearance-Schema Activation, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 21, s. 287-308.

Technologii Medycznych i Taryfikacji) otrzyma prawo karania wysokimi mandataми podmiotów odpowiedzialnych za fałszywe treści przekazane w mediach. Dodatkowo resort zdrowia planuje ograniczenie sprzedaży pozaaptecznej leków. W planie jest przede wszystkim ograniczenie asortymentu leków do sprzedaży pozaaptecznej. Według doniesień, branża farmaceutyczna stanowi aktualnie największą część polskiego rynku reklamowego, o wartości rocznie około 1 miliarda złotych; ograniczenie możliwości reklamy leków OTC i suplementów diety budzi więc niepokój i sprzeciw branży. Według zapowiedzi Ministerstwa zdrowia rozważa się nawet całkowity zakaz takiej reklamy, co ma spowodować ograniczenie nadużywania takich produktów przez Polaków^{30, 31}.

Skala sprzedaży leków bez recepty i suplementów diety jest ogromna. Rocznie w obrocie pozaaptecznym sprzedaje się w Polsce ponad 500 mln tabletek przeciwbólowych. W 2014 roku Polacy wydali na leki bez recepty 11,4 mld zł, natomiast na suplementy diety - 2,5 mld zł, co daje w sumie 670 mln opakowań leków bez recepty³². Zgodnie z raportem Pharma Expert, w marcu tego roku sprzedano o 8,4 proc. więcej leków niż w analogicznym okresie 2015 roku, przy czym najbardziej - bo aż o blisko 14 proc. - wzrosła sprzedaż leków wydawanych bez recepty. Wartość sprzedaży leków w marcu br. wyniosła 2,785 mld zł - w tym 999 mln refundowanych i 1,149 leków OTC. Sprzedaż leków refundowanych wzrosła o 3 proc. w porównaniu z tym samym okresem w roku ubiegłym. Znacząco wzrosła natomiast sprzedaż leków OTC - aż o 13,9 proc. Z ustaleń Naczelnej Izby Kontroli wynika, że nadzór nad suplementami jest pozorny, a konsumenci z powodu agresywnej promocji powszechnie mylą te produkty z lekami. W USA, dane przedstawione przez Federalną Agencję Żywności i Leków wykazały, że suplementy diety odpowiadają za 23 tysiące wizyt na oddziałach ratunkowych oraz ponad 2 tysiące hospitalizacji rocznie³³. Żaden organ w naszym kraju nie wie co zawierają suplementy diety, za ich bezpieczeństwo i zgodność deklaracji na opakowaniu ze stanem faktycznym odpowiada producent, natomiast Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) kontroluje suplementy podobnie jak inne artykuły spożywcze, co wiąże się z tym, że może sprawdzić jedynie ich niewielką część. Działanie GIS ogranicza się do przyjęcia zgłoszenia od producenta i umieszczenia go na liście takich produktów. Produkty te funkcjonują jako suplementy,

³⁰ Zakaz reklamy leków? Promocja znajdzie inny sposób (2016), <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/zakaz-reklamy-lekow-promocja-znajdzie-inny-sposob,13411.html> (dostęp 08.03.2017).

³¹ Będzie zakaz reklam leków i suplementów? (2016), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/bedzie-zakaz-reklam-lekow-i-suplementow,13307.html> (dostęp 08.03.2017).

³² *Rosnie sprzedaż leków OTC*, <http://www.politykazdrowotna.com/8271,rosnie-sprzedaz-lekow-otc> (dostęp 08.03.2017).

³³ *Rosnie sprzedaż leków OTC*, <http://www.politykazdrowotna.com/8271,rosnie-sprzedaz-lekow-otc> (dostęp 08.03.2017).

jednak w reklamie przedstawiane są już jako produkty lecznicze. Reklamy suplementów są konstruowane w taki sposób, aby przekonać konsumentów do ich właściwości leczniczych, których często nie mają. O tym, czy reklama wprowadza w błąd bądź narusza podstawowe wartości społeczne decyduje Komisja Etyki Reklamy, w skład której wchodzi przedstawiciele reklamodawców, agencje reklamowe i media. W 2014 roku zarejestrowano 39 skarg na leki i suplementy diety, z czego w 13 przypadkach Komisja uznała skargi za zasadne, 16 skarg zostało oddalonych, natomiast 10 skarg nie było rozpatrywanych z powodów formalnych (np. zarzuty nie mieściły się w zakresie Kodeksu Etyki Reklamy)³⁴. W ograniczenie sprzedaży leków OTC praktycznie włączył się również Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF). Do sądu administracyjnego wystąpiła ze skargą właścicielka sklepów ogólnodostępnych, w których sprzedawano również leki OTC. GIF nakazał właścicielce dostosowanie swojej działalności do przepisów ustawy Prawo Farmaceutyczne. Jednak sąd administracyjny nie podzielił argumentacji właścicielki sklepów, dodatkowo odmawiając wstrzymania wykonania przez zaskarżoną decyzji Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego (GIF)³⁵. Według aktualnych doniesień opisany przypadek nie jest jedyny - GIF włączył się więc aktywnie w ograniczenie pozaaptecznej sprzedaży leków³⁶.

Wytwórcy produktów leczniczych próbują oprócz reklam promować swoje produkty na zasadzie sponsoringu programów telewizyjnych. Nie muszą wtedy dodawać obowiązkowej formułki o konieczności zapoznania się z ulotką, ponieważ formalnie to nie jest reklama. W 2009 roku GIS nakazał natychmiastowe zaprzestanie promowania w podobny sposób tabletek Acatar. Do GIS wpływa miesięcznie od 300 do 500 powiadomień o wprowadzeniu do sprzedaży suplementów diety. Aktualnie w Polsce można wybierać spośród 25 tysięcy suplementów diety, natomiast w pierwszej lidze jest ok. 800 marek, które dostępne są praktycznie w każdej aptece i generują 80% sprzedaży suplementów w kraju^{37, 38}.

³⁴ Sudak I. (2015), *Brała 31 różnych „witaminek” i wylądowała u lekarza. Cudowne właściwości suplementów to ściema?*, http://wyborcza.biz/biznes/1,147881,17953715,Brała_31_roznych_witaminek_i_wyladowala_u_lekarza_.html#MT (dostęp 08.03.2017).

³⁵ *GIF bierze się za obrót pozaapteczny* (2016), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/gif-bierze-sie-za-obrot-pozaapteczny,13439.html> (dostęp 08.03.2017).

³⁶ *Czy rzeczywiście GIF walczy ze sprzedażą pozaapteczną leków?* (2015), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/czy-rzeczywiscie-gif-walczy-ze-sprzedaza-pozaapteczna-lekow,7413.html> (dostęp 08.03.2017).

³⁷ Sudak I. (2015), *Brała 31 różnych „witaminek” i wylądowała u lekarza. Cudowne właściwości suplementów to ściema?*, http://wyborcza.biz/biznes/1,147881,17953715,Brała_31_roznych_witaminek_i_wyladowala_u_lekarza_.html#MT (dostęp 08.03.2017).

³⁸ Jakubiak L. (2016), *Państwo powinno reagować na reklamę niosącą fałszywe treści*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Panstwo-powinno-reagowac-na-reklamie-niosaca-falszywe-tresci,161054,14,2.html> (dostęp 08.03.2017).

Główni interesariusze

Zidentyfikowano i poddano analizie grupę najważniejszych w Polsce interesariuszy pośrednio lub bezpośrednio zainteresowanych obszarem wpływu reklamy na obszar ludzkiego zdrowia. Wykorzystano przy tym założenia teoretyczne jakie w sposób uniwersalny przedstawił Edward Freeman w roku 1984 w książce „Strategic Management. A stakeholder Approach”. W analizie teorii interesariuszy i modelu zarządzania interesariuszami istotny jest element budowania wartości dla wszystkich interesariuszy danego projektu („creating value for all stakeholders”) i w tym sensie łączony jest z innym pojęciem mającym również zastosowanie praktyczne określanym jako społeczna odpowiedzialność biznesu („corporate social responsibility”). Niezwykle istotne w budowaniu relacji z interesariuszami jest poznanie organizacji jako całości, procesów i standardów, wyznawanych przez nich wartości, postaw a także zrozumienie kontekstu społecznego, w jakim funkcjonują. Przenosząc tę koncepcję na grunt analizowanego zagadnienia wybrano te instytucje, które z jednej strony mają wpływ na kształt reklamy jako organy nadzoru a z drugiej poddano analizie te instytucje, które z racji pełnionych ról winny kształtować lub mieć wpływ na treść reklam o charakterze prozdrowotnym w zakresie budowania świadomości w tym obszarze. Głównym obszarem analizy jest zakres przepisów prawnych, w tym na poziomie ustawowym, jak również działań samoregulacyjnych. Podczas identyfikacji instytucji, interesariuszy oraz innych podmiotów, które stosują lub są potencjalnie zainteresowane HIA pod względem reklamy wpływającej na zdrowie w Polsce zostało wyróżnionych kilka instytucji: Minister Zdrowia, Minister Edukacji, Minister Sportu i Turystyki, Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego oraz Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji a także Rada Etyki Reklamy i Naczelna Izba Lekarska. W niniejszym raporcie zostały omówione aspekty prawne dotyczące wszystkich z wyżej wymienionych interesariuszy.

Minister Zdrowia uczestniczy w ustalaniu polityki państwa w zakresie zdrowia. Ma on zasadniczy wpływ na regulacje dotyczące reklamy leków. Minister Edukacji odpowiada za regulacje dotyczące kształtowania pozytywnych nawyków żywieniowych wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Minister Sportu i Turystyki natomiast odpowiada za upowszechnienie sportu wśród dzieci i młodzieży. Jednym z głównych interesariuszy w zakresie tworzenia przepisów dotyczących oddziaływania reklamy telewizyjnej na obszar zdrowia człowieka jest Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, która z uwagi na swoje umocowania prawne jest instytucją pełniącą nadzór w zakresie zgodności z przepisami treści przekazywanych za pośrednictwem mass-mediów. Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF) odpowiada za kontrolę obrotu produktami leczniczymi, w czym swoje miejsce

zajmuje również reklama. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) odpowiada za kontrolę obrotu suplementami diety, które uznawane są według prawa do dodatki do żywności; kontrolę w odniesieniu do produktów spożywczych sprawuje GIS wraz z wojewódzkimi oraz powiatowymi stacjami sanitarnymi. Naczelna Izba Lekarska jest organem samorządu lekarzy i dentystów a do jej zadań, na podstawie przepisów Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich należy m.in. ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie; sprawowanie pieczy nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza a także opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie.

Aktualne akty prawne oraz rozwiązania dotyczące reklamy

Jednym z ważnych interesariuszy, który powinien brać pod uwagę wpływ regulacji na zdrowie obywateli jest Ministerstwo Zdrowia. Istotne aspekty dotyczące HIA ze strony Ministerstwa Zdrowia można znaleźć przede wszystkim w regulacjach dotyczących reklam produktów leczniczych. Zgodnie z art. 2 ust 32 ustawy Prawo Farmaceutyczne³⁹ „W rozumieniu ustawy **produktem leczniczym** - jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. Nadmierna reklama niektórych produktów może wpływać na zbyt dużą konsumpcję w niektórych grupach leków czego wyrazem jest coraz większa konsumpcja leków sprzedawanych bez recepty oraz suplementów diety w naszym kraju. Odnaleziono dwie regulacje prawne, w których zawarte są aspekty dotyczące reklam leków:

- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne oraz
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych.

W pierwszej z wymienionych regulacji odniesienie do reklamy produktów leczniczych zawarte jest w Rozdziale 4. Art. 53 i mówi o tym, że reklama produktu leczniczego nie może wprowadzać odbiorców w błąd, oraz że powinna prezentować produkt leczniczy obiektywnie i informować o jego racjonalnym stosowaniu. Ponadto artykuł zawiera takie zapisy jak: „reklama produktu leczniczego nie może polegać na oferowaniu lub obiecywaniu jakichkolwiek korzyści w spo-

³⁹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

sób pośredni lub bezpośredni w zamian za nabycie produktu leczniczego lub dostarczanie dowodów, że doszło do jego nabycia”, „nie może być kierowana do dzieci ani zawierać żadnego elementu, który jest do nich kierowany”. Na powyższe zapisy ustawy należy zwrócić szczególną uwagę ponieważ mimo regulacji prawnej dotyczącej reklam produktów leczniczych kierowanych do dzieci, firmom farmaceutycznym skutecznie udaje się pominąć ten zapis. Aktualne reklamy dotyczące produktów leczniczych i suplementów dla dzieci zachęcają je przede wszystkim formą, w jakich produkty są sprzedawane (lizaki, misie). Dodatkowo w reklamach takich występują dzieci lub zabawne postacie z bajek, co również przyciąga ich uwagę. Dzieci niekoniecznie odbierają dany produkt jako lek, bądź suplement diety, tylko jako słodczyce, bądź inne produkty, które je interesują. Dodatkowo w art. 53 ustawy został zawarty zapis dotyczący skrótu reklamowego. Powinien on zawierać tylko nazwę własną oraz znak towarowy bez odniesień do wskazań leczniczych, postaci farmaceutycznej, dawki, hasła reklamowych lub innych treści reklamowych. Zawarte są tu główne ograniczenia, którym musi podlegać każda reklama produktów leczniczych.

Innym ważnym aspektem ustawy są wymogi, które mają zastosowanie w reklamie kierowanej do informacji publicznej. Art. 55 ustawy wprowadza kilka ograniczeń⁴⁰. Jednym z nich jest zakaz prezentowania produktu leczniczego oraz odwoływanie się do zaleceń osób publicznych, naukowców oraz osób mających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne bądź w taki sposób prezentowane (osoby takie cieszą się zaufaniem społecznym stąd ich udział w reklamie mógłby zachęcać do zakupu prezentowanego produktu leczniczego). Zgodnie z kodeksem lekarskim lekarze nie powinni wyrażać zgody na używanie swojego wizerunku do celów komercyjnych. Tymczasem w reklamach leków pojawiają się autentyczni lekarze, podpisani imieniem i nazwiskiem oraz legitymujący się prawem do wykonywania zawodu. Aktualnie Naczelna Izba Lekarska apeluje do resortu zdrowia o zmiany w prawie, które mają wpłynąć na całkowity zakaz prezentowania produktu leczniczego przez lekarzy i farmaceutów oraz osób sugerujących, że mają takie wykształcenie. W artykule 55 ustawy Prawo Farmaceutyczne wymieniony został również zakaz reklam, które sugerują uniknięcie porady lekarskiej lub zabiegu chirurgicznego, zakaz reklam, które sugerują, że przyjmowanie danej substancji wiąże się z korzyścią również dla osoby zdrowej, bądź nieprzyjmowanie substancji może powodować pogorszenie zdrowia, oraz takich reklam, które gwarantują skutek zdrowotny przyjmowania substancji i pomijają możliwe wystąpienie działań niepożądanych. Reklamy produktów nie wskazują na konkretne działania niepożądane, które mogą wystąpić wskutek zażywania danego leku. Co prawda, nie występują w nich żadne zapewnienia, że takie działania

⁴⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

nie wystąpią, jednak nie ma też jakiegokolwiek wzmianki chociażby o najczęściej występujących działaniach niepożądanych⁴¹.

W art. 56 i art. 57 ustawy wprowadza się zakaz reklam produktów leczniczych niedopuszczonych do obrotu na terenie kraju, dopuszczonych do obrotu jednak nie wymagających pozwolenia oraz reklam kierowanych do informacji publicznej, zawierających produkty lecznicze sprzedawane wyłącznie na receptę, zawierających środki psychotropowe i/lub odurzające oraz leków umieszczonych na listach leków refundowanych⁴².

Art. 94a ustawy Prawo Farmaceutyczne wprowadza zakaz reklamy aptek i punktów aptecznych. Dodatkowo w *Ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, art. 38a wprowadza zakaz reklamowania leków w aptekach.

Szczegółowe zasady reklamowania produktów leczniczych określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych⁴³. W Rozporządzeniu określone zostały warunki i formy reklamy produktów leczniczych kierowanych do wiadomości publicznej, osób uprawnionych do wystawiania recept i osób prowadzących obrót produktami leczniczymi; niezbędne dane jakie powinna zawierać reklama, sposób jej przekazywania oraz dokumentację będącą podstawą do wprowadzenia na terytorium Polski próbek produktów leczniczych przeznaczonych do dostarczania w ramach reklam⁴⁴. W rozdziale 2, §6.1 określa, jakie dane musi zawierać reklama produktu leczniczego kierowana do wiadomości publicznej, a mianowicie: nazwę produktu leczniczego; nazwę powszechnie stosowaną substancji czynnej, a w przypadku produktu leczniczego zawierającego więcej niż 3 substancje czynne określenie „produkt złożony”; dawkę substancji czynnej lub stężenia substancji czynnej, z wyłączeniem produktu złożonego; postać farmaceutyczną; wskazanie lub wskazania terapeutyczne do stosowania; przeciwwskazania; wskazanie podmiotu odpowiedzialnego. Istotną regulację w Rozporządzeniu stanowi §7, który mówi o ostrzeżeniu, które musi być zawarte w reklamie audiowizualnej o treści: „*Przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany*

⁴¹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

⁴² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

⁴³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 nr 210 poz. 1327).

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 nr 210 poz. 1327).

zagroza Twojemu życiu lub zdrowiu”⁴⁵. Dodatkowo zostały określone zasady, dotyczące miejsca, w którym musi się znajdować ostrzeżenie (w dolnej części reklamy, na powierzchni stanowiącej nie mniej niż 20% powierzchni reklamy), wygląd tego ostrzeżenia (powinien się wyróżniać od tła, być widoczny, czytelny, nieruchomy, umieszczony poziomo), sposób odczytania ostrzeżenia (wyraźny, w języku polskim) oraz czas, przez jaki ostrzeżenie powinno się ukazywać (nie krótszy niż 8 sekund).

W art. 62 ustawy Prawo Farmaceutyczne określono, że za kontrolę reklam leków odpowiada Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF). Według zapisu, GIF ma prawo wpływać na ich treść lub ograniczać czy zakazywać ich emisji. Decyzje GIF mają rygor natychmiastowej wykonywalności. Podmiot odpowiedzialny obowiązany jest na żądanie organów Inspekcji Farmaceutycznej udostępnić wzór każdej reklamy skierowanej do wiadomości publicznej, wraz z informacją o sposobie i dacie jej rozpowszechnienia, a także informację o każdej reklamie skierowanej do profesjonalistów (w tym lekarzy i farmaceutów). Według art. 127 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego, środkiem odwoławczym od decyzji o wstrzymaniu reklamy jest wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten należy złożyć w terminie 14 dni od daty doręczenia decyzji. Naruszenie przepisów o reklamie produktów leczniczych jest przestępstwem, za które karą przewidzianą przez ustawę jest grzywna⁴⁶. W 2015 roku GIS wstrzymał emisję 8 reklam. Dodatkowo, zgodnie z zapisami rozporządzenia, GIS odpowiada za zebranie dokumentacji dotyczącej próbek leków wprowadzanych na terytorium Polski w ramach reklamy⁴⁷.

Aby ograniczyć spożycie leków OTC, należałoby wprowadzić dodatkowo nakaz informowania o głównych działaniach niepożądanych, co mogłoby skutkować zmniejszeniem „atrakcyjności” tych leków dla potencjalnych konsumentów oraz zakaz skrótów reklamowych związanych z produktami leczniczymi, ponieważ pominięte w nich niektóre informacje mogą wprowadzić odbiorcę w błąd.

Ważne są również regulacje prawne dotyczące reklamy suplementów diety. Zgodnie z art. 3 ust 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia⁴⁸: „*suplement diety to środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej*

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 nr 210 poz. 1327).

⁴⁶ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 nr 210 poz. 1327).

⁴⁸ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 594).

diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, pojedynczych lub złożonych, wprowadzany do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, saszetek z proszkiem, ampułek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożycia w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego”. Suplementy diety nie są regulowane przez prawo farmaceutyczne oraz wyżej wymienione Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Nie podlegają one również kontroli Ministerstwa Zdrowia.

Podstawowe akty prawne regulujące zagadnienia związane z suplementami diety zawarte są przepisach przedstawiony w ramce.

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności,
- rozporządzenie Komisji (UE) nr 432/2012 z dnia 16 maja 2012 r. ustanawiające wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności, innych niż oświadczenia odnoszące się do zmniejszenia ryzyka choroby oraz rozwoju i zdrowia dzieci (Dz.U. L 136, 25.5.2012, p.1 ze zm.),
- ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. z 2005 r. nr 179, poz. 1485 ze zm.),
- ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r. nr 153, poz. 1503)
- ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Według wyżej wymienionych przepisów reklamy suplementów diety nie mogą zawierać między innymi treści, które:

- przypisują suplementom diety właściwości lecznicze,
- przedstawiają stan faktyczny rzeczy w sposób, który może wprowadzać konsumenta w błąd,
- sugerują, że suplementy diety stanowią niezbędny element codziennej diety, będący remedium na liczne dolegliwości i potrzeby,
- wykorzystują stereotypy,
- wzbudzają lęk,
- obiecują szybkie osiągnięcie celu,
- wykorzystują niewiedzę, nieświadomość, brak doświadczenia klientów, nadużywają zaufania odbiorców,

- odwołują się do konieczności zaspokojenia przy ich użyciu podstawowych potrzeb człowieka - fizjologicznych, bezpieczeństwa, potrzeby afiliacji (np. potrzebę rodzica do zapewnienia dziecku bezpiecznego dzieciństwa i prawidłowych warunków rozwoju, także zabezpieczenia przed chorobami),
- wykorzystują dualizm produktowy - korzystają z faktu istnienia pod tą samą lub zbliżoną nazwą zarówno produktu leczniczego, jak i suplementu diety,
- nie ostrzegają o możliwych negatywnych skutkach stosowania preparatu,
- wprowadzają w błąd, co do właściwości reklamowanego produktu (np. syrop na różne rodzaje kaszlu).

Innym ważnym aspektem HIA związanym z Ministerstwem Zdrowia jest promocja zdrowia regulowana przez przepisy przedstawione w ramce.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

W *Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* Rozdział 4 reguluje opracowywanie, finansowanie, wdrażanie oraz realizowanie programów zdrowotnych⁴⁹. Według art. 48 ust. 1 programy zdrowotne może opracowywać, realizować i wdrażać Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast programy polityki zdrowotnej mogą być wdrażane, opracowywane i finansowane przez ministrów i jednostki samorządów terytorialnych. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje programy polityki zdrowotnej, które zostały mu zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia⁵⁰. Nie znajdują się w niej żadne regulacje dotyczące bezpośrednio reklamy, jednak jest ona jedną z alternatyw realizacji programów zdrowotnych. Jednym z takich programów zdrowotnych realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia jest Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Celem tego programu jest upowszechnienie wiedzy w społeczeństwie na temat idei dawstwa narządów od osób żywych i zmarłych. Program prowadzony jest poprzez akcje promocyjne i edukacyjne oraz program telewizyjny o zasięgu ogólnokrajowym „Operacja

⁴⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁵⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

życie”. Inną kampanią realizowaną również poprzez reklamę jest kampania na temat zdrowia psychicznego pt. „Co czwarty z nas miał lub będzie miał problemy ze zdrowiem psychicznym”. Kampania ta realizowana była w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Miała ona za zadanie sprzyjać podstawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałać dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Kampania obejmowała dystrybucję materiałów reklamowych w postaci ulotek, plakatów oraz banerów internetowych. Emitowano również spoty radiowe, spoty telewizyjne na ulicznych ekranach LED oraz w środkach komunikacji publicznej. Elementy kampanii opierały się na wyliczance, w której ukazane zostało jak wiele osób zmagających się z problemami zdrowia psychicznego, z wyszczególnieniem autyzmu, demencji, depresji, nerwicy i schizofrenii.

Kolejną regulacją dotyczącą HIA oraz obejmującą Ministerstwo Zdrowia jest *Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*. W art. 8 tej ustawy mówi się o całkowitym zakazie reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych oraz produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe. Zabrania się również reklamy symboli związanych z używaniem tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem telewizji, radia, kina, podmiotów leczniczych, szkół, placówek oświatowo-wychowawczych, prasy dziecięcej i młodzieżowej, terenów obiektów sportowo-rekreacyjnych, plakatów oraz środków usług informatycznych. Natomiast w art. 3 mówi się o promowaniu zdrowia poprzez propagowanie życia wolnego od nałogu palenia papierosów⁵¹. Nie został dokładniej sprecyzowany sposób promocji życia wolnego od palenia papierosów, ale może to również być reklama. Antynikotynowe programy zdrowotne finansowane są z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych (art. 4.3). Jako skuteczny przykład można podać reklamę antynikotynową emitowaną w USA, po której 1,5 mln Amerykanów rzuciło palenie papierosów. Aktualne kampanie antynikotynowe w Polsce opierały się głównie na materiałach edukacyjnych rozdawanych w szkołach, plakatach oraz konkursach szkolnych.

Następną regulacją jest *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. W art. 13 zabrania się reklamy i promocji napojów alkoholowych z wyjątkiem piwa. Zmianą, która powinna nastąpić, jest wprowadzenie zakazu reklamy i promocji wszystkich napojów alkoholowych (łącznie z piwem)⁵². Art. 3 ustawy określa jako organ właściwy do profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych Państwową Agencję Roz-

⁵¹ Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 nr 10 poz. 55).

⁵² Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230).

wiązywania Problemów Alkoholowych. Art. 4 ustawy natomiast, kieruje prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych do zadań własnych gmin. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 zawiera prowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnych z wykorzystaniem środków masowego przekazu⁵³. Według ustawy, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych finansuje zadania związane z rozwiązywaniem problemów alkoholowych, natomiast zarząd województwa finansuje wszystkie zadania związane z wojewódzkim programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Środki finansowe na opłacenie tych zadań zarząd województwa pozyskuje poprzez opłaty za zezwolenia na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18% alkoholu w kraju. Środki finansowe uzyskane z tych opłat, wg. Art. 9 ustawy mogą być przeznaczone wyłącznie na finansowanie zadań określonych w Programie Wojewódzkim o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego w ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych⁵⁴.

Ostatnią regulacją dotyczącą Ministerstwa Zdrowia jest *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*. W art. 20 ustawy „zabrania się reklamy i promocji substancji psychotropowych lub środków odurzających”. Jako organ odpowiedzialny za działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii uznano Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (art. 6)⁵⁵. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 również zawiera przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnych z wykorzystaniem środków masowego przekazu, propagujących postawy abstynenckie wśród dzieci, młodzieży i dorosłych oraz informujących o ryzyku związanym z używaniem narkotyków.

Również wpływ Krajowej Rady Radiofonii i Telewizyjnej można uznać za istotny z uwagi na istniejące uregulowania mówiące, iż Krajowa Rada, po zasięgnięciu opinii Ministra Zdrowia, może określić, w drodze rozporządzenia m. in.:

- 1) rodzaje artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana,
- 2) sposób umieszczania w telewizji reklam dotyczących tych artykułów, tak aby reklamy te nie towarzyszyły audycjom dla dzieci, - dążąc do zachęcenia nadawców do przeciwdziałania promowaniu niezdrowego odżywiania wśród dzieci oraz uwzględniając charakter programów, ich wpływ na kształtowanie opinii

⁵³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230).

⁵⁴ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230).

⁵⁵ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

publicznej i oddziaływanie na interesy odbiorców, bez nakładania nieuzasadnionych obowiązków na nadawców⁵⁶.

To niezwykle istotny element, zapisany w Ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji pokazujący, jak ustawodawca zabezpieczył sferę wpływu na treść reklamy. Z drugiej strony zapisy tej samej ustawy pokazują również obszar zakazanych praktyk w zakresie reklamy, który dotyczy:

- 1) wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych, produktów imitujących wyroby tytoniowe lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu,
- 2) napojów alkoholowych, w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- 3) świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza,
- 4) produktów leczniczych, w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne,
- 5) substancji psychotropowych lub środków odurzających oraz środków spożywczych lub innych produktów, w zakresie uregulowanym ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁵⁷.

Kwestia reklamy w działalności Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji (KRRiT) ma rolę szczególną z uwagi, iż to właśnie KRRiT prowadzi monitoringi wynikające z ustawowego obowiązku kontroli nadawców w odniesieniu do realizowania przepisów zawartych w art. 16b ust. 3a ustawy o radiofonii i telewizji. Zgodnie bowiem z powyższym artykułem audycjom dla dzieci nie powinny towarzyszyć przekazy handlowe dotyczące artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność, w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana⁵⁸. Należy podkreślić, iż przeprowadzony najnowszy monitoring ze strony KRRiT przynosi bardzo obiecujące wiadomości w kontekście HIA. Wyniki tego monitoringu zamieszczone na oficjalnej stronie KRRiT i opatrzone tytułem „Znika niepożądana społecznie reklama” mówią, iż przeprowadzona przez KRRiT analiza przekazów handlowych występujących w programach dla dzieci oraz w programach uniwersalnych wykazała spadek liczby reklam tzw. niezdrowej żywności. Monitoringiem objęto reklamy produktów spożywczych wyemitowane w godz. 6:00-20:00 od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2015 r. w wybranych

⁵⁶ Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji.

⁵⁷ Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji.

⁵⁸ KRRiT (2014), *Ograniczenie reklam tzw. niezdrowej żywności przy audycjach dla dzieci*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,1725,ograniczenie-reklam-tzw-niezdrowej-zywnosci-przy-audycjach-dla-dzieci.html> (dostęp 08.03.2017).

programach nadawców, którzy podpisali pierwsze w Polsce porozumienie regulujące emisje reklamy telewizyjnej skierowanej do dzieci, co można uznać za przykład tzw. dobrej praktyki o charakterze samoregulującym⁵⁹. Sytuacja taka jest bowiem efektem obowiązującego od 1 stycznia 2015 roku porozumienia zawartego przez głównych nadawców takich jak: Telewizja Polska, TVN, Telewizja Puls, Telewizja Polsat, ITI Neovision, VIMN Poland, The Walt Disney Company (Polska) w ramach którego sygnatariusze zobowiązali się by audycjom dla dzieci do lat 12 lat nie towarzyszyły reklamy artykułów spożywczych i napojów, które nie spełniają kryteriów żywieniowych zawartych w dokumencie opracowanym na zlecenie Polskiej Federacji Producentów Żywności i zaakceptowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Na liście zakazanych produktów do reklamowania znalazły się: cukier i produkty na bazie cukru obejmujące: czekoladę i wyroby czekoladowe, dżem lub marmoladę, nieczekoladowe słodycze i inne produkty cukrowe, napoje bezalkoholowe oraz chipsy ziemniaczane i przekąski na bazie ziemniaków oraz produkty z ciasta⁶⁰. Porozumienie nadawców jest z jednej strony odpowiedzią na podnoszoną wielokrotnie przez KRRiT potrzebę zapewnienia skutecznej, szczególnej ochrony dzieci przed szkodliwymi dla nich treściami reklam mogącymi negatywnie wpływać na prawidłowy fizyczny, psychiczny i moralny rozwój osób małoletnich a z drugiej strony jest przykładem działania samoregulacyjnego nadawców uwzględniającego zalecenia zawarte w ustawie o radiofonii i telewizji⁶¹.

Kolejnym ważnym interesariuszem jest Ministerstwo Kultury, które w sprawie reklamy telewizyjnej wydało w lutym 2015 roku - w związku z planowanymi zmianami w ustawie o radiofonii i telewizji - swoje stanowisko, w którym zawarto dwa istotne elementy. Pierwszy dotyczy zmiany w ustawie polegającej na ograniczeniu przerwy w audycji na reklamę, telesprzedaż i autopromocję do 15 minut w ciągu godziny zegarowej oraz ustanowienia jednoznacznego zakazu reklamowania niezdrowej żywności w audycjach skierowanych do dzieci do lat 12⁶².

⁵⁹ KRRiT (2015), Znika niepożądana społecznie reklama, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,2122,znika-niepozadana-spoecznie-reklama.html> (dostęp 08.03.2017).

⁶⁰ KRRiT (2014), KRRiT chroni dzieci przed reklamami tzw. niezdrowej żywności, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,1641,krrit-chroni-dzieci-przed-reklamami-tzw-niezdrowej-zywnosci.html> (dostęp 08.03.2017).

⁶¹ KRRiT (2014), Ograniczenie reklam tzw. niezdrowej żywności przy audycjach dla dzieci. Available at: <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,1725,ograniczenie-reklam-tzw-niezdrowej-zywnosci-przy-audycjach-dla-dzieci.html>.

⁶² *Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 4 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji*, http://bip.mkidn.gov.pl/media/docs/konsultacje_pub/2015/20150209uzasadnienie_do_projektu_4-02-2105.pdf (dostęp 08.03.2017).

Pomysł dotyczący zmiany długości czasowej komunikatów reklamowych spotkał się z krytyką, gdyż wzmiankowane przez Ministerstwo Kultury ograniczenie w efekcie zostało odczytane jako powiększenie czasu reklamowego z dotychczasowych 12 minut, zapisanych ustawowo do 15 minut, jak zaproponowało wówczas Ministerstwo Kultury^{63, 64}. Niedawnym pomysłem w tym zakresie jest jednak ograniczenie reklamy do 4 minut z dotychczasowych 12 minut. Są to plany, które na razie nie wiadomo, kiedy zostaną wprowadzone w życie w formie zmiennej ustawy⁶⁵.

Ministerstwo Sportu jest również istotnym interesariuszem z uwagi na wyniki przedstawionych w raporcie badań, które wyraźnie pokazują, iż reklama może odegrać charakter prozdrowotny jeśli dotyczy szeroko pojętej aktywności fizycznej.

Ministerstwo Edukacji Narodowej może również odgrywać istotną rolę z uwagi na możliwy wpływ na edukację żywieniową poprzez propagowanie odpowiednich zachowań w ramach przekazu reklamowego. Jednak ani w zakresie działań Ministerstwa Sportu ani Ministerstwa Edukacji Narodowej nie zidentyfikowano żadnych regulacji pozwalających na zdiagnozowanie czy ocenę działań w zakresie HIA. Elementem wartym zauważenia jest jednak m.in. wspólne stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów⁶⁶.

W stanowisku tym ministrowie podkreślili rolę żywienia, jako jedną z podstawowych potrzeb człowieka i warunków prawidłowego rozwoju, dobrego samopoczucia oraz pełnej dyspozycji do uczenia się a nieprawidłowości w żywieniu są przyczyną wielu zaburzeń, w tym nadwagi i otyłości. Ministrowie podkreślili wagę tego problemu przytaczając, że w Europie otyłe jest co czwarte dziecko a w Polsce na nadwagę cierpi 18% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. *W stanowisku tym podniesiono kwestię podejmowania działań w zakresie edukacji żywieniowej jako elementu edukacji zdrowotnej, której praktycznym skutkiem jest projekt „Szkoła Promująca Zdrowie”*. Powyższe działania zostały opracowane w wyniku współpracy Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Zdrowia oraz Mini-

⁶³ Połowianiuk M. (2015), *Ministerstwo Kultury chce widzom zgotować piekło. Przygotuj się na jeszcze więcej reklam w telewizji i radiu*, <http://www.spidersweb.pl/2015/02/telewizja-radio-czas-reklam.html> (dostęp 08.03.2017).

⁶⁴ NF, *30 minut reklam w telewizji na godzinę*, <http://nf.pl/manager/30-minut-reklam-w-telewizji-na-godzine,50234,81> (dostęp 08.03.2017).

⁶⁵ NF, *30 minut reklam w telewizji na godzinę*, <http://nf.pl/manager/30-minut-reklam-w-telewizji-na-godzine,50234,81> (dostęp 08.03.2017).

⁶⁶ MEN, *Edukacja zdrowotna*, <https://men.gov.pl/zwiakszanie-szans/promocja-zdrowia/c164-informacje-materialy/edukacja-zdrowotna.html> (dostęp 08.03.2017).

sterstwa Sportu i Turystyki podjętej na podstawie podpisanego w dniu 23 listopada 2009 r. Porozumienia o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży⁶⁷.

Ważnym interesariuszem jest również Naczelna Izba Lekarska, która z uwagi na przypadki występowania lekarzy i lekarzy dentyistów w reklamach telewizyjnych i radiowych dotyczących promowania leków, produktów leczniczych oraz suplementów diety wystosowała w tej kwestii dosyć restrykcyjny komunikat o następującej treści „Zgodnie z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 63) lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swojego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych. Oznacza to, że lekarze i lekarze dentyści nie mogą brać udziału w reklamach - dotyczy to nie tylko reklamy leków (produktów leczniczych), co do których jest to zabronione na mocy przepisów Prawa farmaceutycznego, ale także wszelkich innych produktów, włącznie z produktami będącymi wyrobami medycznymi czy suplementami diety. Lekarze i lekarze dentyści naruszający ww. przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) muszą się liczyć z tym, że poniosą za to odpowiedzialność zawodową - postępowania w takich przypadkach są wszczynane przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, którzy następnie kierują wnioski o ukaranie do sądów lekarskich. Postępowania, które już zostały przeprowadzone, zakończyły się orzeczeniem winy, a najczęściej orzeczoną karą były upomnienia i kary pieniężne (...)” informował Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej NIL dr Grzegorz Wrona⁶⁸. Komunikat ten został wydany w efekcie spraw prowadzonych w oparciu o naruszenia art. 63 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dotyczącego zgody na używanie nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych) - przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Rzecznicy ci w latach 2013-2015 prowadzili 42 sprawy, które 26 przypadkach zakończyły się wnioskami o ukaranie skierowanymi do okręgowych sądów lekarskich⁶⁹.

Kolejnym ważnym z punktu HIA aspektem jest wychowanie fizyczne oraz zdrowe odżywianie wśród dzieci i młodzieży, które to problemy mogłyby stawać się

⁶⁷ Porozumienie z 23 listopada 2009 r. o współpracy między ministrami: edukacji narodowej, zdrowia oraz sportu i turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/porozumienie_matka_16072010.pdf (dostęp 08.03.2017).

⁶⁸ Bala M. (2016), *Lekarze w reklamach - komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-w-reklamach-komunikat-naczelnego-rzecznika-odpowiedzialnosci-zawodowej> (dostęp 08.03.2017).

⁶⁹ Bala M. (2016), *Lekarze w reklamach - komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-w-reklamach-komunikat-naczelnego-rzecznika-odpowiedzialnosci-zawodowej> (dostęp 08.03.2017).

przedmiotem reklamy telewizyjnej. Akty prawne regulujące obowiązek szkoły w tym zakresie są przedstawione w ramce.

- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół,
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli,
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach,
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2011 r. w sprawie dopuszczalnych form realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego,
- Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 23 sierpnia 2010 r. w sprawie dofinansowania zadań ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej,
- Porozumienie z 23 listopada 2009 r. o współpracy między ministrami: edukacji narodowej, zdrowia oraz sportu i turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży zakłada podział ról między resortami w sprawie promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży.

W przepisach nie odnaleziono jednak żadnych regulacji umożliwiających ocenę działań w zakresie HIA. Brak jest również jednoznacznych sposobów promocji sportu wśród dzieci i młodzieży. Minister Edukacji Narodowej publikuje na stronie internetowej ministerstwa poradniki dotyczące promowania zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2011-2015 cel strategiczny 8 zawierał wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży. Zostały tu również ujęte środki masowego przekazu, których zadaniem jest prowadzenie kampanii społecznych propagujących aktywność fizyczną, wprowadzanie zasad racjonalnego żywienia, ograniczanie prezentowania w środkach masowego przekazu programów oraz reklam zwiększających ryzyko podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych. Należałoby wprowadzić te działania w obszary Ministerstwa Edukacji Narodowej, Minister-

stwa Zdrowia oraz Ministerstwa Turystyki i Sportu aby rozpowszechnić prowadzenie tych kampanii.

W przepisach nie odnaleziono żadnych wzmianek dotyczących reklamy w celu rozpowszechnienia zdrowego odżywiania się wśród dzieci i młodzieży. Jedną z kampanii społecznych, dotyczących dzieci i stosujących reklamę emitowaną w TV była akcja o hasło „pij mleko, będziesz wielki”. Jej głównym celem było zachęcenie do picia mleka i wskazanie jak wielkim problemem zdrowotnym jest osteoporoza. Należałoby upowszechnić stosowanie mediów w kampaniach społecznych jako jedną ze skuteczniejszych form.

Podsumowanie oraz rekomendacje sektorowe

Reklama w Polsce jest relatywnie dobrze regulowana. Przede wszystkim widoczne jest to w reklamie produktów leczniczych, wyrobów tytoniowych, alkoholu lub środków odurzających i substancji psychotropowych. Widoczne są również pierwsze istotne dobre praktyki samoregulacyjne ze strony nadawców mediów telewizyjnych mające na celu ochronę dzieci i młodzieży przed komunikatami mogącymi wpłynąć na zachowania czy nawyki antyzdrowotne. Znacznie mniej jest natomiast regulacji prawnych dotyczących stosowania tzw. reklamy społecznej w promocji zdrowia i jest to jeden z ważniejszych elementów zmian, które powinny być wprowadzone w polskim ustawodawstwie. Przykładami dobrych praktyk w Polsce, gdzie można zauważyć wyraźny wpływ reklamy telewizyjnej na zdrowie są kampanie społeczne zachęcające do pewnych zachowań prozdrowotnych lub wskazujące na postawy zdrowotnie niepożądane (np. kampania „pij mleko, będziesz wielki”). Ponadto, prowadzone badania efektywności niektórych takich akcji reklamowych, czy ich treść wywarła oczekiwane efekty na odbiorcach, dostarczają niezbędnej wiedzy na temat postaw czy zachowań związanych z obszarem ludzkiego zdrowia.

Dużym wyzwaniem wydaje się problem dotyczący reklam leków, które często wprowadzają odbiorcę w błąd i są przyczyną obserwowanego od kilku lat w Polsce wzrostu konsumpcji leków OTC i suplementów diety, co w przypadku nadużywania tych leków lub nieprawidłowego zastosowania może prowadzić do negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Przykładem jest intensywne promowanie w środkach masowego przekazu syropu na kaszel palacza. Kaszel jest mechanizmem obronnym organizmu przed zaleganiem ciał smolistych oraz różnych szkodliwych związków w organizmie. Gdyby nie ten kaszel, mogłoby dojść do powikłań związanych z zaleganiem flegmy, więc bezzasadne jest hamowanie go. Preparat hamujący ten kaszel opóźnia wizytę u lekarza, może wpłynąć na zbyt późne

rozpoznanie choroby i przez to przyczynić się do uzyskania gorszych wyników leczenia. Kolejnym przykładem jest reklama leku Polocard Magnez. Zdarza się, że cała linia leków produkowanych przez daną firmę wytwarzana jest pod jednym znakiem towarowym. W takiej sytuacji znalazła się firma produkująca lek Polocard. Po wypuszczeniu na rynek suplementu Polocard Magnez (który jest suplementem), firma rozpoczęła reklamę, która skończyła się wstrzymaniem zarówno reklamy jak i sprzedaży suplementu. Poza produktem Polocard Magnez firma sprzedaje lek OTC Polocard zawierający kwas acetylosalicylowy. Pacjenci błędnie zakładają, iż Polocard Magnez zawiera dwie potrzebne substancje w jednej tabletkie co rodziło zagrożenie, że chorzy nieświadomie, zamiast kwasu acetylosalicylowego będą stosować magnez⁷⁰. Zdarzają się również reklamy, z których odbiorca dowiaduje się, że po zastosowaniu jakiegoś preparatu w ciągu tygodnia może schudnąć 10 kg, co w zupełności nie jest prawdą. Analogicznie, w reklamach popularnych leków przeciw grypowych, przedstawiane są one jako remedium na wszystkie kłopoty zdrowotne, jednak takiego działania nie mają. Przykładem reklamy, która może zwrócić uwagę odbiorców jest reklama suplementu diety Insulan, w której dwie postaci jednym pstryknięciem palca „zapewniają prawidłowy poziom cukru we krwi”. Zauważyć tu można pewność bijącą z wypowiedzi „mamy na to rozwiązanie” co może z kolei skłaniać do nadmiernego samoleczenia.

Aktualnie toczą się prace nad zmianami ustawowymi odnośnie większej kontroli reklam dotyczących leków; w Polsce nie funkcjonuje spójny i efektywny schemat procesu podejmowania decyzji dotyczącego reklam leków. Główny Inspektorat Farmaceutyczny monitoruje emitowane reklamy dotyczące leków, które powinny spełniać wymagania zawarte w ustawodawstwie. W momencie naruszenia ustawodawstwa GIF wydaje decyzję o wstrzymaniu emisji. W związku z istotnym wpływem reklamy - co dobrze obrazuje reklama leków - istnieje potrzeba implementacji do całego procesu podejmowania decyzji nowoczesnych narzędzi takich jak właśnie HIA. Ministerstwo zdrowia nie planuje żadnych zmian w zakresie ograniczenia reklamy aptek, mimo podejrzeń o niekonstytucyjności tych przepisów. Leki refundowane mają tą samą cenę w każdej aptece, dlatego reklama apteki jest pod tym względem bezprzedmiotowa. Dodatkowo Ministerstwo zauważyło tak zwane zjawisko „mimikry” obecne na rynku - upodobnianie się preparatów reklamowanych do leków sprzedawanych na receptę - co wprowadza odbiorców w błąd i również przyczynia się do wzrostu sprzedaży leków OTC⁷¹. Występują dwie możliwości kontroli reklamy: a priori, czyli kontrola prewencyjna,

⁷⁰ Jakubiak L. (2016), *Jak uchronić pacjentów przed reklamami leków wprowadzającymi w błąd*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Jak-uchronic-pacjentow-przed-reklamami-lekow-wprowadzajacymi-w-blad,164774,6.html> (dostęp 08.03.2017).

⁷¹ Jakubiak L. (2016), *Państwo powinno reagować na reklamę niosącą fałszywe treści*,

oraz posteriori, czyli kontrola następcza. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie kontroli reklam leków przeprowadzanej a posteriori. Do opracowania planowanej kontroli został powołany Zespół ekspertów do spraw uregulowania reklamy leków, suplementów diety i innych środków spożywczych oraz wyrobów medycznych. Celem pracy Zespołu jest opracowanie raportu, w którym zawarty zostanie w szczególności projekt założeń do zmian aktów prawnych dotyczących reklamy leków, suplementów diety, innych środków spożywczych oraz wyrobów medycznych, a także innych produktów, które są prezentowane jako posiadające ich właściwości. Pojawiają się propozycje wprowadzenia wysokich mandatów dla podmiotów odpowiedzialnych za fałszywe treści przekazywane w mediach, nawet po długim czasie od zaprzestania danej serii reklamy⁷².

Głównym elementem całego procesu powinno być wydanie zezwolenia na emisję takiej reklamy. Aktualnie, według art. 62 ustawy Prawo Farmaceutyczne, GIF monitoruje reklamy, które są już emitowane i może wpływać na ich treść lub ograniczać czy zakazywać ich emisji. Niestety, w związku z tym, że reklama jest już emitowana, wpływa na odbiorców i ich decyzje dotyczące zakupu leków. Wydaje się że proces oceny zasadności reklamy powinien zacząć się wcześniej, tak aby uniknąć skutków emisji szkodliwej i wprowadzającej w błąd reklamy; propozycje reklam powinny być oceniane również pod kątem ich wpływu na zdrowie populacji. Dodatkowo, reklamy leków i ich wpływ powinny być stale monitorowane, w celu wprowadzenia działań ograniczających sprzedawanie leków OTC oraz suplementów diety.

Mimo aktualnych regulacji prawnych, które obejmują przede wszystkim zapis, że reklama nie może być kierowana do dzieci często zdarza się, że ograniczenia są omijane. Jak przedstawiono w analizowanych badaniach, dzieci są najbardziej podatne na oddziaływanie reklamy i przez to najbardziej narażone na negatywne ich skutki.

Ważnym aspektem wykorzystania HIA powinna być ścisła współpraca pomiędzy Ministerstwem zdrowia, GIF oraz aptekami. Rolą aptek jest dostarczanie rzetelnych, comiesięcznych raportów do GIF, który mógłby zbierać dane dotyczące zarówno reklam dla leków bez recepty jak również monitorować sprzedaż poszczególnych preparatów. Ministerstwo mając tego typu dane, jak również analizy dotyczące skutków zdrowotnych poszczególnych preparatów mogłoby znacznie bardziej elastycznie i sprawnie reagować wpływając na zmiany w sprzedaży i konsumpcji leków przepisywanych bez recepty.

<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Panstwo-powinno-reagowac-na-reklame-niosaca-falszywe-tresci,161054,14,2.html> (dostęp 08.03.2017).

⁷² Jakubiak L. (2016), *Jak uchronić pacjentów przed reklamami leków wprowadzającymi w błąd*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Jak-uchronic-pacjentow-przed-reklamami-lekow-wprowadzajacymi-w-blad,164774,6.html> (dostęp 08.03.2017).

Przeprowadzone analizy, wyniki badań, analiza stanu prawnego i stopnia zaangażowania różnych interesariuszy, którzy poprzez mass-media mogą mieć wpływ na obszar zdrowia upoważniła autorów raportu do wyciągnięcia następujących wniosków:

1. Istnieje wyraźna zależność pomiędzy wpływem rozmaitych środków masowego komunikowania w postaci mediów tradycyjnych i nowoczesnych a ich pośrednim wpływem na zdrowie w postaci zarówno pozytywnej, jak i negatywnej wynikającej z siły oddziaływania medialnego na indywidualne jednostki jak i zbiorowiska ludzkie tworzące społeczności lokalne, jak i konkretne grupy społeczne.
2. W przestrzeni społecznej, jak i państwowej funkcjonuje wiele instytucji, które za pomocą środków masowego przekazu mogą i powinny wywierać określony wpływ na ludzkie zdrowie w wymiarze jednostkowym, jak i globalnym.
3. Ocena sytuacji prawnej na poziomie aktów prawnych, jak i praktyk samoregulacyjnych powoduje, iż coraz częściej mamy do czynienia z sytuacją, w której informacja na temat zdrowia, jak i treść komunikatów o charakterze reklamowym jest względnie uporządkowana w zakresie produktów leczniczych, wyrobów tytoniowych, alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych, co ma niewątpliwie wpływ na zmniejszenie ryzyk w postaci negatywnego wpływu mass-mediów na zdrowie.
4. Luką do wypełnienia jest z kolei obszar regulacji prawnych dotyczących stosowania komunikatów reklamowych na temat promocji zdrowia i jest to jeden z ważniejszych elementów zmian, które powinny być zastosowane w polskim ustawodawstwie.
5. Przeprowadzona analiza kluczowych interesariuszy mogących mieć realny wpływ na obszar zdrowia publicznego i wykorzystująca do tych celów media skłania do poglądu, iż działania tych instytucji (poza nielicznymi wyjątkami) nie mają charakteru wspólnego i są raczej realizowane w postaci rozproszonych akcji bez znamion szeroko pojętej współpracy interinstytucjonalnej i interdyscyplinarnej, co skutkuje brakiem skonsolidowanej strategii międzysektorowej na rzecz zdrowia na poziomie jednostkowym i populacyjnym.

Stwierdzone zależności dają podstawy do zaproponowania co najmniej kilku rekomendacji:

1. Istnieją realne potrzeby zdrowotne - wynikające m. in. z uwarunkowań epidemiologicznych i demograficznych i zapisane w mapach potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych typów chorób oraz województw - do tworzenia działań i interwencji medialnych nakierowanych na prewencję pierwotną i wtórną z udziałem zarówno mediów nowoczesnych (internet) jak i tradycyjnych

(radio, prasa, telewizja). Wyniki wielu badań potwierdzają, iż media są efektywnym narzędziem oddziaływania głównie poprzez informację oraz perswazję na ludzi w różnym wieku - dzieci, dorosłych oraz osoby starsze po 65 roku życia - i mogą prowadzić do zmian w zakresie świadomości, postaw i zachowań prozdrowotnych i w efekcie zdrowego stylu życia.

2. Działania z udziałem środków masowej komunikacji powinny być „wspólnym produktem” stworzonym w efekcie wspólnych konsultacji i konsensusu kluczowych interesariuszy w ochronie zdrowia uwzględniającym złożoność problematyki zdrowia publicznego. Ten rodzaj rekomendacji winien być poprzedzony bliską i długofalową współpracą, której efektem będzie stworzenie skonsolidowanych celów w zakresie trzech głównych obszarów: informacji, edukacji oraz poradnictwa o zdrowiu.
3. Z uwagi na charakter mediów i w trosce o efektywność działań, powinny one mieć charakter cykliczny i być skierowane do konkretnych społeczności lub grup społecznych, co podkreśli ich bardziej zindywidualizowany charakter oraz dopasowanie do potrzeb i percepcji w zależności od np. wieku.
4. Przy tworzeniu akcji medialnych należy uwzględnić treść maksymalnie dopasowaną do audytorium, interaktywny charakter tych działań uwzględniający nie tylko monolog ale komunikację obustronną oraz spersonalizowaną treść, która pozwoli na utożsamienie się odbiorców przekazów medialnych z propagowaną treścią.
5. Przy tworzeniu nowych akcji służących szeroko pojętej promocji zdrowia należy zawsze uwzględniać zmiany i aktualne trendy w zakresie potrzeb zdrowotnych, które powinny wyznaczać główne kierunki działań promocyjnych z udziałem mass-mediów. Przy planowaniu programów, akcji i interwencji z udziałem mass-mediów należy również uwzględnić, iż - co wynika ze statystyk - osoby w wieku starszym (po 60 roku życia) częściej używają tradycyjnych mediów takich jak telewizja czy radio lub prasa drukowana a osoby młodsze oraz dzieci i młodzież częściej używają nowoczesnych mediów łączących różne formy przekazu jak np. telewizja, radio czy serwisy informacyjne dostępne w internecie.
6. Ważnym elementem dla instytucji, organizacji i innych podmiotów planujących kampanie medialne może być również fakt, potwierdzony wynikami różnych badań, że do lokalnych społeczności - na poziomie np. gminy czy powiatu - efektywnie docierają właśnie lokalne mass-media, w tym telewizja, radio i prasa przekazując różne informacje na temat zdrowia, co można wykorzystywać w ramach akcji czy kampanii promujących zdrowie.

7. Istnieje konieczność stałego analizowania obecnie funkcjonującego stanu prawnego w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych i tworzenia nowych rozwiązań, które z jednej strony będą odpowiedzią mediów na te zmiany a z drugiej uwzględnią szybki rozwój technologiczny mediów. Ciągłe zmiany technologiczne i nowe trendy w obrębie samych mediów związane ze zjawiskiem nazywanym przez medioznawców konwergencją (transmedialnością) czyli przenikaniem się różnych mediów i rozmyciem tradycyjnych i ostrych podziałów na media tradycyjne i nowoczesne. Należy również pamiętać, iż rozwój IT spowodował, iż obecnie istnieje praktycznie nieograniczony dostęp do treści, które mogą mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na zdrowie (np. reklamy w urządzeniach mobilnych), co winno być z kolei jednym z czynników mających wpływ na tworzenie efektywnych rozwiązań prawnych uwzględniających regulacje w zakresie reklamy dotyczącej promocji zdrowia.
8. Pozytywnym zjawiskiem są praktyki samoregulacyjne w zakresie reklamy dla dzieci i osób nastoletnich w telewizji, których celem jest ograniczenie pola do nadużyć w zakresie nieuczciwej reklamy działającej na podświadomość osób małoletnich. Należy jednak również rozważyć na poziomie lokalnym, regionalnym i państwowym inicjowanie podobnych działań samoregulacyjnych, jako wspólnej inicjatywy ze strony nadawców mediów publicznych i niepublicznych reprezentujących różne media, ze szczególnym naciskiem na media nowoczesne, których kontrola jest dużo trudniejsza. W dobie wręcz nieograniczonego dostępu do internetu przez dzieci i młodzież, reklamy w sieci mogą być szczególnie niebezpieczne w zakresie kształtowania zachowań czy nawyków antyzdrowotnych.

W toku realizacji projektu zdecydowano się na pogłębienie analizy w odniesieniu do reklamy leków bez recepty i suplementów diety; zidentyfikowano liczne problemy w zakresie obecnych praktyk reklamowych takie jak np. brak efektywnych środków nadzorczych nad reklamą (suplementów diety i leków bez recepty) czy częste przypadki wprowadzającej w błąd reklamy polegającej na upodabnianiu leków bez recepty czy suplementów diety do produktów leczniczych. Obecne warunki prowadzenia reklamy produktów leczniczych i suplementów diety uzasadniają konieczność wprowadzenia działań mających na celu poprawę efektów zdrowotnych ludności poprzez zwiększenie efektywności nadzoru nad reklamą dzięki wprowadzeniu możliwości natychmiastowego wstrzymania reklamy i / lub bardziej dotkliwych sankcji za prowadzenie reklamy naruszającej przepisy prawa.

W związku z istotnym wpływem reklamy - co dobrze obrazuje reklama leków OTC lub suplementów diety - istnieje potrzeba implementacji do całego procesu

podejmowania decyzji nowoczesnych narzędzi takich jak ocena skutków zdrowotnych (HIA) przejawiająca się w następujących działaniach:

a) w odniesieniu do leków przepisywanych bez recepty (OTC):

W ramach kontroli prewencyjnej ocena skutków zdrowotnych powinna dotyczyć oceny wpływu potencjalnej reklamy leków OTC na jej odbiorców, co może być realizowane poprzez organy **Główniej Inspekcji Farmaceutycznej**; ocena skutków zdrowotnych reklam leków przepisywanych bez recepty wymagałaby określenia czy reklama w proponowanym kształcie mogłaby być wykorzystana w środkach masowego przekazu; dotyczyłaby również wykazania koniecznych zmian, których wprowadzenie umożliwiłoby emisję takiej reklamy. Z drugiej strony wprowadzenie następczej oceny skutków zdrowotnych wiązałoby się z egzekwowaniem kar dla podmiotów odpowiedzialnych za fałszywe treści przekazywane w mediach, nawet po długim czasie od zaprzestania danej serii reklamy (szczegóły schemat numer 1).

Głównym elementem całego procesu powinno być wydanie zezwolenia na emisję przedmiotowej reklamy dla leku OTC. Aktualnie, według art. 62 ustawy **Prawo Farmaceutyczne**, GIF monitoruje reklamy, które są już emitowane i może wpływać na ich treść lub ograniczać czy zakazywać ich emisji, w praktyce jednak korzysta z tego prawa rzadko. Niestety, w związku z tym, że reklama jest już emitowana, w ograniczonym stopniu ocena GIF wpływa na odbiorców i ich decyzje dotyczące zakupu leków przepisywanych bez recepty. Wydaje się że proces oceny zasadności reklam powinien zacząć się jak najwcześniej, tak aby uniknąć skutków emisji szkodliwej i wprowadzającej w błąd reklamy; propozycje reklam powinny być oceniane również pod kątem ich wpływu na zdrowie populacji. Dodatkowo, reklamy leków i ich wpływ powinny być stale monitorowane, w celu wprowadzenia działań ograniczających sprzedawanie leków OTC.

Realizacja powyższych postulatów wymagałaby wzmocnienia roli instytucji sektora ochrony zdrowia (szczególnie **Główniej Inspekcji Farmaceutycznej**) w całym systemie oceny reklam leków OTC i ich wpływu na zdrowie; wzmocnione powinno zostać wykorzystanie już istniejących struktur inspekcji farmaceutycznej (w tym również struktur regionalnych). Powyższe zmiany wymagają wprowadzenia poszerzonych i uaktualnionych zapisów w ustawie **Prawo Farmaceutyczne**.

b) w odniesieniu do suplementów diety:

W odniesieniu do reklamy, szczególnie reklamy telewizyjnej, mającej najczęściej wymiar ogólnokrajowy dla suplementów diety (traktowanych przez prawo jak dodatki do żywności) należy wzmocnić ustawodawstwo dotyczące kontroli w tym względzie realizowane przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)

oraz wojewódzkie lub powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. W wymiarze ogólnokrajowym zmiany powinny dotyczyć szerszego zakresu uprawnień oraz bardziej efektywnej egzekucji prawa przez **Głównego Inspektora Sanitarnego** (w ramach **ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej**). Ocena skutków zdrowotnych reklam suplementów wymagałaby określenia czy reklama w proponowanym kształcie mogłaby być wykorzystana w środkach masowego przekazu; dotyczyłaby również wykazania koniecznych zmian, których wprowadzenie umożliwiłoby emisję takiej reklamy. Z drugiej strony wprowadzenie następczej oceny skutków zdrowotnych wiązałoby się z egzekwowaniem kar dla podmiotów odpowiedzialnych za fałszywe treści przekazywane w mediach, nawet po długim czasie od zaprzestania danej serii reklamy (szczegóły schemat numer 1).

Proponowane zmiany można odnieść do warunków lokalnych; regulacje mogą dotyczyć również instytucji samorządowych. Ustawy samorządowe, które opisują zadania gmin, powiatów i województw obejmują zapisy dotyczące roli jednostek samorządu terytorialnego w planowaniu i realizowaniu poszczególnych strategii, w tym wypadku odnośnie lepszej kontroli reklam, mogłyby odnieść się do ustawodawstwa regulującego działalność powiatowych i wojewódzkich **stacji sanitarnych** nadzorowanych przez **Głównego Inspektora Sanitarnego** (w ramach **ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej**) oraz zwiększyć ich rolę w kontroli reklam suplementów diety emitowanych przez lokalne środki masowego przekazu, w tym czasopisma lokalne lub regionalne stacje telewizyjne czy radiowe.

c) w odniesieniu do leków przepisywanych bez recepty oraz suplementów diety:

Zastosowanie oceny skutków zdrowotnych w analizowanym obszarze powinno dotyczyć przede wszystkim bardziej efektywnej kontroli reklamy, która może być realizowana „a priori”, czyli w ramach kontroli prewencyjnej, lub / oraz „a posteriori”, czyli jako kontrola następcza; zalecenia te dotyczą zarówno reklam leków sprzedawanych bez recepty (OTC) jak i suplementów diety przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny (w przypadku leków OTC) oraz Główny Inspektorat Sanitarny (w przypadku suplementów diety).

Alternatywnym rozwiązaniem wydaje się przekazanie poszerzonych kompetencji **Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK)**, który mógłby przejąć całość lub część obowiązków **Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego** w zakresie kontroli i oceny wiarygodności i rzetelności proponowanych reklam odnośnie leków przepisywanych bez recepty czy **Głównego Inspektoratu Sanitarnego** odnośnie suplementów diety. Wymagałoby to wprowadzenia odpowiednich zmian prawnych w zakresie ustawodawstwa dotyczącego regulacji

działania **UOKiK** oraz **GIF** czy **GIS**, przede wszystkim implementacji zmian w ustawie **Prawo Farmaceutyczne** (określające zasady działania GIF oraz wojewódzkich i powiatowych stacji inspekcji farmaceutycznej), w ustawie o **Państwowej Inspekcji Sanitarnej** oraz w **Ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów**, w której z kolei wskazane byłoby przedstawienie szczegółów dotyczących działania w tym nowym obszarze **Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów**.

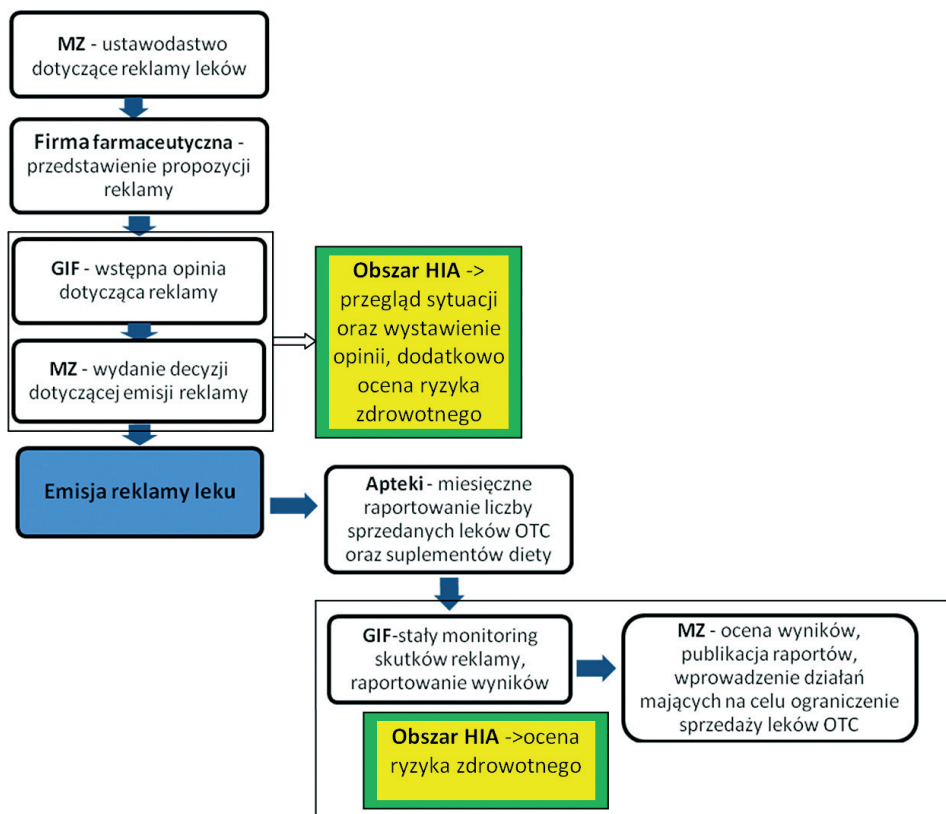
Dodatkowo wprowadzenie zakazu reklamy w kanałach oraz między programami skierowanymi do widzów poniżej 18 roku życia oraz doprecyzowanie, iż nie są reklamą informacje kierowane do osób uprawnionych do wystawiania recept dotyczących warunków refundacji; zasadne wydaje się też wprowadzenie zakazu sugerowania, że skuteczność leku dotyczy wszystkich osób stosujących dany środek (powyższe zmiany wymagają zmiany ustawy **Prawo Farmaceutyczne**).

Wprowadzenie zakazu wykorzystywania w reklamie wizerunku osób wykonujących zawód medyczny, osób znanych publicznie lekarzy, aptekarzy oraz naukowców; zmiany dotyczyłyby ustawy **Prawo farmaceutyczne** oraz **Kodeksu Etyki Lekarskiej** a także **Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej** oraz ustawy o **Państwowej Inspekcji Sanitarnej**.

Poniżej został przedstawiony schemat obrazujący propozycję włączenia HIA w proces podejmowania decyzji dotyczącej reklamy na przykładzie reklamy leków, dotyczący kontroli promocji leków *a priori* oraz *a posteriori* (schemat 1.). Traktujemy go jako podsumowanie naszej analizy.

Schemat 1.

Proponowany proces podejmowania decyzji dotyczący reklamy leków.



Rozdział siódmy

OCENA SKUTKÓW ZDROWOTNYCH (HIA) W POLSCE NA PRZYKŁADZIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Anna Maria Szetela

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna jest podstawowym sposobem poprawy zdrowia jednostek w sensie fizycznym i umysłowym¹ - brak aktywności fizycznej to wg WHO czwarty czynnik umieralności na świecie, powodujący rocznie około 3 200 000 zgonów². Z jednej strony mamy tu zagadnienie samego rozwoju kultury fizycznej³, z drugiej - programy zmierzające do poprawy bezpieczeństwa osób uprawiających aktywność, poprzez eliminowanie zdarzeń niepożądanych będących „do uniknięcia”. Rozwój aktywności najmłodszych od wczesnych lat jest jedną z form

¹ https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870, s. 4 (dostęp: styczeń 2015).

² Wg danych WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> (dostęp: styczeń 2015).

³ W niniejszym opracowaniu używam pojęć „kultura fizyczna” i „aktywność fizyczna” dość wymiennie, odwołując się do znaczenia nadanego przez w art. 2 ustawy 25.6.2010 roku o sporcie (t.j. Dz.U. 2014.715): na kulturę fizyczną składa się sport wraz z rehabilitacją ruchową, sam sport natomiast to wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach. Brak precyzyjnej definicji kultury fizycznej był zamierzonym działaniem, w uzasadnieniu projektu ustawy stwierdzono, iż „regulacja będzie bardziej elastyczna, a z perspektywy przeciętnego obywatela bardziej czytelna i naturalna” - Uzasadnienie do projektu ustawy o sporcie z dnia 05.08.2009 roku, Biuletyn Informacji Publicznej Ministerstwa Sportu i Turystyki, <http://bip.msit.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnyc/zakonczony-proces-legi/ustawa-o-sporcie/409,Projekt-ustawy-o-sporcie-wraz-z-aktami-wykonawczymi-z-dnia-5-sierp>

zapobiegania późniejszym problemom z uprawianiem aktywności, jest w pewnym sensie życiową „rozgrzewką” przed uprawianiem sportu czy rekreacji w wieku dorosłym - może więc zapobiec późniejszym zdarzeniom niepożądanym wynikającym z nagłej chęci nadrobienia formy i dośnięcia wyczynowców. Każdy rodzaj wspierania rozwoju aktywności fizycznej prowadzić będzie siłą rzeczy do ograniczenia wypadków czy kontuzji, a nie tylko wpływać na ogólnie lepszy stan zdrowia w sposób bezpośredni.

Aktywność fizyczna to celowo zaplanowana i wielokrotnie powtarzana praca mięśni, charakteryzująca się wydatkiem energii powodującym zmęczenie⁴. Dotyczy wszelkiej aktywności ruchowej człowieka o znaczeniu użytkowym (np. chód, bieg, praca fizyczna), związanej z wykonywaniem czynności zawodowych, domowych i rekreacyjnych (np. spacer, zabawy ruchowe, ćwiczenia gimnastyczne, sporty rekreacyjne, turystyka, praca na działce itp.) lub jako autoekspresja wyrażana ruchem (np. taniec, pantomima)⁵.

Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia było często ograniczane do aspektu walki z otyłością jako przyczyną poważnych problemów zdrowotnych; dopiero w późniejszym etapie zdano sobie sprawę z niejako niezależnego wpływu aktywności na stan zdrowia, nie jedynie poprzez wpływ na stopień nadwagi czy otyłości⁶. Zauważono też korzystny wpływ aktywności zarówno na utrzymanie sprawności, jak i na zdrowie psychiczne⁷. Inicjatywy mające na celu propagowanie aktywności fizycznej wpisują się w zadania wymienione w strategii WHO „Dieta, aktywność fizyczna i zdrowie”⁸:

nia-2009-r.html, s. 56-57 (dostęp: styczeń 2015). z kolei w znaczeniu pozaprawnym aktywność ruchową lub fizyczną definiuje się np. jako „wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy”, tak Ryszard Przewęda: *Kondycja fizyczna*, w: *Promocja zdrowia*, red. Jerzy B. Karski, COiEOZ, Warszawa 1999, s. 201.

⁴ Drabik J. (2009) Aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa? *Antropomotoryka*, 46: 119-123.

⁵ Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.L., (1994) *Why study physical activity and health*. W: C. Bouchard, S.N. Blair, W.L. Haskell (Red.), *Physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics, Pawłucki A. (1996) *Pedagogika wartości ciała*. Gdańsk: AWF, Winiarski R. (1991) *Motywacja aktywności rekreacyjnej człowieka*. Kraków: AWF za: Biernat E., Piątkowska M. *Fizyczna aktywność Polaków na tle Europy*. Raport dla Departamentu Analiz i Polityki Sportowej Ministerstwa Sportu i Turystyki, 2012, s. 12.

⁶ Impact of physical activity and diet on health Sixth Report of Session 2014-15, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmhealth/845/845.pdf> (dostęp: marzec 2016).

⁷ <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-619>

⁸ https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870, s. 5 (dostęp: styczeń 2015).

- zmniejszenie czynników ryzyka występowania chorób niezakaźnych wynikających ze stosowania niezdrowej diety i braku aktywności fizycznej
- zwiększenie świadomości i umożliwienie lepszego zrozumienia wpływu diety i aktywności fizycznej na zdrowie, a także pozytywnego wpływu działań zapobiegawczych
- zachęcanie do rozwoju, umacnianie polityki na poziomie światowym, regionalnym, krajowym i na poziomie społeczności oraz planowanie działań na rzecz zmiany zwyczajów dietetycznych i zwiększenia aktywności fizycznej - zrównoważonych, wszechstronnych i aktywnie angażujących wszystkie sektory, w tym stowarzyszenia społeczne, sektor prywatny i media
- śledzenie, wspieranie badań naukowych prowadzonych w szerokim spektrum dziedzin związanych ze zdrowiem.

Wg raportu Państwowego Zakładu Higieny Polska należy do krajów o niskim odsetku osób regularnie ćwiczących - 6%, natomiast pod względem innych form aktywności fizycznej sytuacja jest korzystniejsza i zbliżona do średniej UE - 26%; jednocześnie 49% Polaków nie uprawia sportu w ogóle, zaś 17% nigdy nie podejmuje innych form rekreacji fizycznej⁹.

W badaniu Głównego Urzędu Statystycznego za okres 1.10.2011-30.9.2012 wykazano, iż w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych uczestniczyło 45,9% Polaków (48,8% mężczyzn i 43,3% kobiet), przy czym regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) ćwiczyło 20,3% członków gospodarstw domowych. Najpopularniejszymi zajęciami sportowo-rekreacyjnymi wśród Polaków były jazda na rowerze i pływanie: aktywność w pierwszej z form podjęło 66,0% osób (drugą wybrało 39,9%). Jednocześnie też najwięcej Polaków deklarowało umiejętność jazdy na rowerze (92,0% mężczyzn i 87,2% kobiet)¹⁰, posiadanie roweru deklarowało 71% badanych gospodarstw domowych¹¹.

Badania przeprowadzone w jesieni 2012-go roku wskazują, że aktywność fizyczna podejmowana w czasie wolnym pozwala 26% dorosłej populacji Polaków (18-69 lat) spełnić najnowsze zalecenia WHO - dotyczące prozdrowotnej dawki aktywności fizycznej; w przypadku młodzieży w wieku 15-17 lat jest to zaledwie 5,3%¹².

⁹ Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce i jej uwarunkowania, red. B. Wojtyniak, P. Gołyński, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 301, http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf (dostęp: styczeń 2015).

¹⁰ Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 48.

¹¹ ibidem, s. 75.

¹² Biernat E., Piątkowska M. op. cit. s. 15-16.

Jako konkretna materia badawcza dla HIA w obszarze aktywności fizycznej wybrana została aktywność rowerowa - z uwagi na wspomnianą powyżej masowość występowania, a także z uwagi na badania dokumentujące powiązanie tego rodzaju aktywności ze stanem zdrowia. Osobny wątek stanowić może dostępność sprzętu (przykłady udostępniania rowerów bezpłatnie bądź za niewielką odpłatnością przez gminy czy stosowany/planowany przez niektórych pracodawców zakup sprzętu dla pracowników). Ciekawe zagadnienie stanowi również ochrona praw właścicieli rowerów - stosunkowo wysoki odsetek kradzieży sprzętu stanowić może jedną z możliwych przyczyn hamowania możliwości rozwoju tej aktywności, szczególnie w odniesieniu do wykorzystywania roweru jako praktycznego środka komunikacji.

Prawo

Drogą regulacji prawnych państwo stara się (a przynajmniej powinno) po pierwsze zachęcić do aktywności, po drugie zaś - zaprowadzić pewien porządek konieczny ze względu na bezpieczeństwo obywateli, w tym bezpieczeństwo zdrowotne. Jeśli chodzi o wspieranie rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, stosowną deklarację państwa odnajdujemy już w ustawie zasadniczej. Realizacją zawartego w niej zapisu dotyczącego najmłodszych grup są m.in. postanowienia prawa oświatowego (ustawa o systemie oświaty wraz z aktami wykonawczymi) - ogólne ramy prawne „życiowej rozgrzewki” prowadzonej w sposób sformalizowany.

W grupie zagadnień związanych z bezpieczeństwem „w sposób bezpośredni” chodzi natomiast o:

- wolność i granice naszej wolności - przysługuje nam generalna wolność postępowania, jednak z regulacjami tego, gdzie na przykład albo w jakich warunkach nie wolno nam podejmować pewnych aktywności;
- gwarancje bezpieczeństwa - jako że państwo ma obowiązek gwarantować bezpieczne oddawanie się różnym aktywnościom;
- regulacje na wypadek zachowania niezgodnego z prawem - tu w grę wchodzi norma o odpowiedzialności prawnej.

W zakresie sportu i rekreacji wiodącą ustawą jest ustawa o sporcie, w uzasadnieniu której czytamy: „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi w art. 68 ust. 5, że „władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”. [...] Należy jednak wyraźnie odróżnić ową powinność wspierania od ingerowania w kulturę fizyczną. [...] Organy władzy publicznej mają wspierać sport już istniejący, a opierający się na realizacji przez obywateli swojej wolności w uprawianiu sportu. Na tej podstawie należy sformułować zasadę pomocniczości państwa w wolnej kulturze fizycznej społeczeństwa.

Pomocniczość ta powinna przy tym być przestrzegana na poziomie stanowienia i stosowania prawa¹³. Ustawodawca wskazuje więc na wiodącą rolę zasady wolności uzupełnioną o zasadę pomocniczości - państwo będzie ingerować w zagadnienia kultury fizycznej tylko tam, gdzie jest to naprawdę niezbędne, nie będzie więc w zasadzie ingerować w sport, gdy nie ma on charakteru uprawiania lub uczestniczenia we współzawodnictwie organizowanym przez polskie związki sportowe lub z ich upoważnienia przez inne podmioty, a uprawianie sportu poza systemem współzawodnictwa sportowego organizowanego przez polskie związki sportowe jest wolne i nie podlega reglamentacji prawnej. Wcześniejsze rozwiązania prawne powodowały „przeciążenie normami rangi ustawowej”¹⁴, zawierając niekiedy „regulacje wręcz hamujące organizacyjny i finansowy rozwój kultury fizycznej”¹⁵. Do tak przedstawionego projektu ustawy z uzasadnieniem zainteresowane środowiska mogły zgłaszać uwagi, uczyniły to na przykład niektóre organizacje żeglarskie. Zgłoszone uwagi dotyczyły przede wszystkim przepisów regulujących uprawianie turystyki wodnej (art. 69 projektu), a także przepisów regulujących funkcjonowanie polskich związków sportowych. Proponowane w zgłoszeniach rozwiązania nie wpłynęły jednak na ostateczny kształt projektu ustawy o sporcie.

Mając na uwadze zwycięstwo zasady pomocniczości nie należy jednak pominąć dwóch istotnych kwestii, powiązanych ze sobą: zapewnienia przez państwo wspomnianych powyżej pewnych przynajmniej minimalnych warunków bezpieczeństwa przy podejmowaniu niektórych rodzajów aktywności fizycznej oraz udziału państwa w finansowaniu infrastruktury sprzyjającej rozwijaniu aktywności fizycznej.

W zakresie bezpieczeństwa ważne jest, że niekiedy aktywność fizyczna zostaje podjęta nie w celu rekreacyjnym, a bardziej użytkowym, jak ma to miejsce w aktywnościach związanych z przemieszczaniem się - najprędzej nasuwającym się na myśl przykładem jest tu jazda na rowerze, jednak może to być również jazda konna, a nawet narciarstwo biegowe czy sporty wodne (kajakarstwo, żeglarstwo, sporty motorowodne). Wydaje się, że w odniesieniu do aktywności „czysto rekreacyjnych” państwo w dużym stopniu realizuje zasadę pomocniczości, nie narzucając ludziom wymogów związanych z bezpieczeństwem, poza pewnymi wyjątkami: przykładem mogą być zasady dotyczące stosowania kasków przez

¹³ Uzasadnienie do projektu ustawy o sporcie z dnia 05.08.2009 roku, Biuletyn Informacji Publicznej Ministerstwa Sportu i Turystyki, <http://bip.msit.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnyc/zakonczony-proces-legi/ustawa-o-sporcie/409,Projekt-ustawy-o-sporcie-wraz-z-aktami-wykonawczymi-z-dnia-5-sierpnia-2009-r.html>, s. 52-53 (dostęp: styczeń 2015).

¹⁴ *ibidem*, s. 53.

¹⁵ *ibidem*, s. 54.

narciarzy, obowiązkowych jedynie dla dzieci i młodzieży. z kolei w odniesieniu do aktywności bardziej użytkowych wprowadzane są bardziej konkretne regulacje prawne, częściowo związane z ochroną osób innych niż dana osoba oddająca się aktywności fizycznej (pasażerowie żaglówki czy pływacy na trasie motorówki).

Podmioty

Co oczywiste, na szczeblu krajowym podmiotem tworzącym ramy prawne dla bezpiecznego uprawiania aktywności ruchowej jest ustawodawca. z drugiej strony, przedstawiciele władzy wykonawczej również są zaangażowani zarówno w zagadnienia bezpieczeństwa, jak i samego rozwoju aktywności, zarówno jako prawnodawcy w odniesieniu do aktów wykonawczych, ale i faktycznej działalności organizacyjnej w ramach resortu (wymienić można ministrów właściwych do spraw zdrowia, sportu, oświaty, nauki i szkolnictwa wyższego, jak również pracy¹⁶ i polityki społecznej, infrastruktury i rozwoju, transportu, budownictwa i gospodarki morskiej, spraw wewnętrznych czy finansów - kusi wręcz parafraza „*Physical Activity in AllPolicies*”).

W stosowaniu rozwiązań promujących aktywność fizyczną ważną rolę pełni/pełnić powinien szczebel lokalny, szczególnie po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej mogący korzystać z dodatkowych funduszy (przykładem mogą być przypadki dofinansowywania infrastruktury sportowo-rekreacyjnej takiej jak baseny pływackie czy ścieżki rowerowe ze środków unijnych). Generalnie, w literaturze zwraca się uwagę na rolę wszystkich szczebli administracji we wprowadzaniu zmian¹⁷. Uregulowania prawne, które mieć tu będą znaczenie, to m.in. ustawy samorządowe, ale też ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie: poza wprost wymienioną w grupie działalności pożytku publicznego ochroną i promocją zdrowia czy sferami powiązаныmi, jak wypoczynek dzieci i młodzieży, odrębne miejsce zajmuje wspieranie i upowszechnianie kultury fizycznej¹⁸. Ustawa to odnosi się zresztą nie tylko do administracji publicznej, ale przede wszystkim do organizacji pozarządowych.

¹⁶ Jedną z inicjatyw WHO podjętych w ramach wdrażania Światowej Strategii dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia była analiza Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity, WHO/World Economic Forum Report, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/> (dostęp: styczeń 2015).

¹⁷ Sophie Grinnell: Prospective Desk-Top Health Impact Assessment of the Liverpool Cycling Strategy 'Get Liverpool Cycling' 2013 - 2026, s. 18, <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/impactpdfs/hiainpactdocs/Cycling,Strategy,Health,Impact,Assessment,,2013.pdf> (dostęp: styczeń 2015).

¹⁸ Ustawa z 24.4.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. 2014.1118 z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 17.

Istotną bowiem - i liczną - grupę podmiotów zaangażowanych w działania związane z rozwojem/korzystaniem z aktywności fizycznej stanowią organizacje pozarządowe - zaangażowane w stwarzanie warunków (bezpiecznych warunków) dla rozwoju (raczej) wybranych aktywności. Są to m.in. kluby sportowe - jak podaje GUS, w 2012 r. w Polsce działało 7860 klubów sportowych (nie licząc 6447 uczniowskich i wyznaniowych), ich liczba była prawie pięciokrotnie większa niż ponad 50 lat temu, a w stosunku do 2010 r. liczba klubów wzrosła o 959 (13,9%)¹⁹. Są to stowarzyszenia amatorów różnych aktywności, są to również stowarzyszenia producentów/importerów sprzętu sportowego/rekreacyjnego.

Organizacje pozarządowe wydają się ważne również z uwagi na ich zainteresowanie udziałem w rozwijających się w Polsce w ostatnich latach projektach budżetów partycypacyjnych (oczywiście część propozycji obywatelskich pochodzi od grup nieorganizowanych). Rzut oka na listy propozycji pozwala zauważyć, iż znacząca ich część odnosi się do różnych form aktywności ruchowej.

Przykładem może być budżet obywatelski Krakowa z roku 2015 - około 1/3 zgłoszonych projektów ogólnomiejskich stanowiły te związane bezpośrednio z aktywnością fizyczną i bezpieczeństwem jej realizowania (ścieżki rowerowe, siłownie na wolnym powietrzu, wsparcie pływalni, boisk, czy „ścieżek zdrowia”, zarówno przeznaczonych dla wszystkich mieszkańców, jak i dla konkretnych grup wiekowych, od dzieci w wieku przedszkolnym po seniorów), ponad połowę natomiast - projekty związane nie tylko bezpośrednio z aktywnością fizyczną, ale również ze zdrowiem i bezpieczeństwem oraz z zielenią i terenami spacerowymi. Inny przykład to Wrocławski Budżet Obywatelski: tu w 2014 roku rekordowym pod względem głosów projektem został „Rowerowy Wrocław - bezpieczne trasy rowerowe w centrum”²⁰. w roku 2015 w poszczególnych kategoriach (związanych z wysokością finansowania) wygrały: plac zabaw dla dzieci, baza sportowa oraz koncepcja zespołu sportowo-rekreacyjnego²¹. Swego rodzaju głód bezpiecznych tras w polskich miastach sugeruje, że przede wszystkim społeczeństwo jest tu podmiotem zainteresowanym rozwojem tej formy aktywności, niewymagającym dodatkowych argumentów i przekonywania co do korzyści.

Kolejne uregulowania prawne, które mieć tu będą znaczenie, to m.in. ustawy samorządowe, ale też ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie: poza wprost wymienioną w grupie działalności pożytku publicznego ochroną i promocją zdrowia czy sferami powiązanymi, jak wypoczynek dzieci

¹⁹ Kultura fizyczna w Polsce w latach 2011 i 2012, GUS, Warszawa-Rzeszów 2013, s. 25-28.

²⁰ <http://www.wroclaw.pl/wbo-wyniki> (dostęp: styczeń 2015).

²¹ Wrocławski Budżet Obywatelski. Baza projektów <https://www.wroclaw.pl/budzet-obywatelski-wroclaw/wyniki-glosowania-wbo-2015> (dostęp: marzec 2016).

i młodzieży, odrębne miejsce zajmuje wspieranie i upowszechnianie kultury fizycznej²².

W zakresie regulacji prawnych gwarantem bezpieczeństwa rowerzystów i innych uczestników ruchu ma być ustawa prawo o ruchu drogowym²³. To tu odnajdujemy określenie podstawowych pojęć, którymi posługujemy się w rozważaniach nad bezpieczeństwem rowerzystów (droga dla rowerów, pas ruchu dla rowerów, śluza rowerowa, pieszy - pieszym jest m.in. dziecko do lat 10 jadące rowerem pod opieką osoby dorosłej). Jednak prawo o ruchu drogowym to nie tylko kwestia znajomości zapisów, ale również niekiedy nadmiernego skomplikowania i braku stabilności (tak więc jednym z partnerów HIA staje się ustawodawca). Wśród ustawowych gwarancji bezpieczeństwa wskazać można te odnoszące się do samego pojazdu - roweru, jak i do zachowań użytkowników drogi.

Rower

Pojazd uczestniczący w ruchu winien być tak zbudowany, wyposażony i utrzymany, aby korzystanie z niego nie zagrażało bezpieczeństwu osób nim jadących lub innych uczestników ruchu, nie naruszało porządku ruchu na drodze i nie narażało kogokolwiek na szkodę - i dotyczy to również rowerów, jakkolwiek oczywistym jest, że na bezpieczeństwo rowerzysty w sposób oczywisty wpływa też stan/właściwości innych pojazdów. Regulację w tym zakresie stanowi rozporządzenie w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia - dział V (warunki techniczne roweru, motoroweru, wózka inwalidzkiego i pojazdu zaprzęgowego)²⁴.

Dodatkowo wspomnieć można o inicjatywie Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, Instytutu Transportu Samochodowego i Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, jaką był list ww. podmiotów z 4.2.2009 roku - apel do producentów, importerów i dystrybutorów rowerów oferowanych w Polsce do sprzedaży, by były wyposażane w podstawowe elementy bezpieczeństwa ruchu.

²² Ustawa z 24.4.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. 2014.1118 z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 17.

²³ Ustawa z 20.6.1997 prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 1137 z późn. zm.).

²⁴ Rozporządzenie z 31.12.2002 w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 2022 z późn. zm.)

Droga

Warunki bezpiecznego projektowania dróg, w tym ścieżek rowerowych, określa rozporządzenie ministra transportu i gospodarki morskiej w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi publiczne i ich usytuowanie²⁵. Teoretycznie więc sprawa jest prosta i należy ścieżki rowerowe projektować zgodnie z wymogami rozporządzenia. Problemem jest jednak dostosowanie infrastruktury zastanej do planów rowerzystów, co - zwłaszcza w dużych miastach - kończy się po prostu bardzo powolnym rozwojem sieci ścieżek. (Wprawdzie we wspomnianych wcześniej i w dalszej części opracowania badaniach Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących przyczyn niepodjęcia przez Polaków aktywności ruchowej odpowiedź „brak odpowiedniego obiektu” wskazało niecałe 5% badanych, jednak z uwagi na fakt, iż jazda rowerem, jak wspomniano, nie jest podejmowana wyłącznie dla przyjemności, a często dla celów przemieszczania się, z konieczności, wydaje się, iż zmiany w dostępności odpowiednich tras mogą znacząco wpłynąć na procent tych, którzy wybierają rower.

Przykładami lokalnymi w zakresie budowy ścieżek/tras rowerowych mogą być:

- Standardy techniczne dla infrastruktury rowerowej miasta Krakowa (autor: Pracownia Edukacji Marcin Hyła dla Urzędu Miasta Krakowa, 2004)²⁶,
- Warunki techniczne dróg rowerowych na terenie miasta Poznania. Wytyczne w zakresie projektowania, remontu i utrzymania dróg rowerowych, projekt Urzędu miasta z 2009 roku²⁷.

Dobłą praktykę tworzenia infrastruktury rowerowej i organizacji ruchu rowerowego promuje CROW (crow.nl) organizacja non-profit działająca w obszarze przestrzeni/transportu/ infrastruktury, standaryzacji, zarządzania wiedzą): program pięciu wymogów, które winna spełniać zarówno każda trasa rowerowa w mieście, jak i całość²⁸.

Jak zauważa Autor portalu droga.pl, „zapisy prawne dotyczące dróg rowerowych i ruchu rowerowego nie uwzględniają wszystkich sytuacji, jakie dotyczą miejskiego ruchu rowerowego, a z drugiej strony mają charakter obowiązujący i nie uwzględniają odstępstw wynikających z uwarunkowań lokalnych w sposób

²⁵ Rozporządzenie ministra transportu i gospodarki morskiej z 2.3.1999 w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi publiczne i ich usytuowanie (Dz. U. Nr z 2016, poz. 124.).

²⁶ <http://www.rowery.org.pl/standardy.pdf> (dostęp: styczeń 2015).

²⁷ http://www.srm.eco.pl/files/warunki_techiczne_projekt.pdf (dostęp: styczeń 2015).

²⁸ Standardy techniczne dla infrastruktury rowerowej miasta Krakowa (autor: Pracownia Edukacji Marcin Hyła dla Urzędu Miasta Krakowa, 2004) <http://www.rowery.org.pl/standardy.pdf> (dostęp: styczeń 2015).

zasadniczy odbiega to np. od niemieckich [2 - ERA 95 - Empfehlungen für Radverkehrsanlagen, Forschungsgesellschaft für Strassen- und Verkehrswesen (Hrsg.), Köln 1995] i holenderskich [Design manual for bicycle traffic, CROW 2006/2007] wytycznych dotyczących dróg rowerowych, które stanowią bardzo rozbudowane opracowania, ale mają charakter materiałów pomocniczych, wykorzystywanych w rozwiązywaniu problemów ruchu rowerowego”; w braku dobrych uregulowań władze lokalne odwołują się do rozwiązań nieformalnych, jak np. odmienny kolor nawierzchni w częściach przeznaczonych odpowiednio dla pieszych i dla rowerzystów²⁹.

Zachowania

Jeśli chodzi o zachowania, wydaje się, że w odniesieniu do rowerzystów szczególne znaczenie ma nałożenie na użytkowników drogi obowiązku zachowania zasady ograniczonego zaufania, ukrytej przez ustawodawcę w artykule 4 ust 1. prawa o ruchu drogowym: Uczestnik ruchu i inna osoba znajdująca się na drodze mają prawo liczyć, że inni uczestnicy tego ruchu przestrzegają przepisów ruchu drogowego, chyba że okoliczności wskazują na możliwość odmiennego ich zachowania³⁰.

Aktami wykonawczymi odnoszącymi się do ruchu rowerowego są również: rozporządzenie ministrów infrastruktury oraz spraw wewnętrznych i administracji w sprawie znaków i sygnałów drogowych³¹ oraz rozporządzenie ministra infrastruktury w sprawie szczegółowych warunków technicznych dla znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń bezpieczeństwa ruchu drogowego i warunków ich umieszczania na drogach³².

Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż niekiedy inicjatywy podejmowane w zakresie wspierania prawidłowych zachowań prowadzą potencjalnie do od-

²⁹ <http://edroga.pl/inzynieria-ruchu/ruch-rowerowy-warunki-techniczne-a-praktyka-0304013>, dostęp: styczeń 2015.

³⁰ O „głębokim ukryciu” zasady ograniczonego zaufania „między wierszami artykuły 4-go” pisze Wojciech Kotowski w komentarzu do artykułu: Wojciech Kotowski: Prawo o ruchu drogowym. Komentarz, wyd. III, ABC 2011, za: Portal Lex Omega <http://lex.adm.uj.edu.pl/lex/index.rpc?&fromHistory=false#main.rpc-ASK-class=HTML&loc=4&full=1&hId=8>, dostęp: styczeń 2015).

³¹ Rozporządzenie ministrów infrastruktury oraz spraw wewnętrznych i administracji z 31.7.2002r. w sprawie znaków i sygnałów drogowych (Dz. U. Nr 170, poz. 1393 z późn. zm.)

³² Rozporządzenie ministra infrastruktury z 3.7.2003 roku w sprawie szczegółowych warunków technicznych dla znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń bezpieczeństwa ruchu drogowego i warunków ich umieszczania na drogach (Dz. U. Nr 220, poz. 2181 z późn. zm.).

wrotnych niż zamierzone skutków - środowiska rowerowe ostrzegają np. przed błędnymi broszurami uczącymi zachowania na drogach.

Nie jest moją intencją tworzenie z niniejszego opracowania instrukcji dla rowerzystów, istotne jednak wydaje się zwrócenie uwagi na fakt, iż nadmierne zróżnicowanie prowadzi do nieznamomości przepisów w praktyce - kto z użytkowników drogi ma świadomość, na ile odmienne są przepisy dotyczące relacji pieszy-rowerzysta w strefie zamieszkania (obowiązują w strefie odmienne zasady ruchu drogowego)? Wydaje się, że postulat uproszczenia prawa byłby możliwą do rozważenia ewentualnością.

W związku z zachowaniami, w literaturze zwraca się uwagę na odmienne narażenie zdrowia trzech grup rowerzystów³³:

- Kategoria A - dzieci do lat 16, osoby starsze i głuche; charakterystyczne dla tych rowerzystów są krótkie dystanse, prędkość do 15 km/h i narażenie na wypadki ze względu na brak rozwagi lub spowolnioną reakcję,
- Kategoria B - dorośli: charakterystyczne są dłuższe jazdy, prędkość 15-30 km/h i małe narażenie na wypadki (dorostych cechuje rozwaga, prawidłowe reakcje),
- Kategoria C - kurierzy rowerowi i sportowcy: prędkość powyżej 30 km/h, co stwarza niebezpieczeństwo kolizji z pozostałymi grupami rowerzystów.

Podział ten wydaje się istotny z uwagi na możliwość kierowania do poszczególnych grup odrębnych programów aktywizujących/wzmagających poziom bezpieczeństwa.

Innym wątkiem dotyczącym bezpiecznego zachowania się rowerzystów jest ten związany ze stosowaniem przez nich kasków - jak wykazało badanie KRBRD z roku 2013, 9% rowerzystów używa tej formy ochrony (największy odsetek w grupie osób do 18 roku życia, więcej mężczyzn niż kobiet)³⁴.

Uprawnienia

Ustawa o kierujących pojazdami³⁵ - określa wymagania stawiane użytkownikom drogi, w tym również wymagania zdrowotne. Do ruchu rowerowego odnosi się również rozporządzenie ministra transportu, budownictwa i gospodarki wod-

³³ Wg Gaca S., Suchorzewski W., Tracz M., Inżynieria ruchu drogowego, Teoria i praktyka, WKiŁ, Warszawa 2008, za: <http://edroga.pl/inzynieria-ruchu/ruch-rowerowy-warunki-techniczne-a-praktyka-0304013> (dostęp: styczeń 2015).

³⁴ Stosowanie kasków ochronnych w Polsce w 2013 roku, strona KRBRD <http://www.krbrd.gov.pl/72-badania.html> (dostęp: styczeń 2015).

³⁵ Ustawa z 5.1.2011 o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 627)

nej z 12.4.2013 w sprawie uzyskiwania karty rowerowej (Dz. U. z 2013r., poz. 513). Odrębną kwestią jest edukacja przyszłych kierowców (edukacja formalna, jakkolwiek trudno przecenić wpływ na zdrowie inicjatyw typu „budujemy plac rowerowy/ruchu drogowego”, również obecne w projektach budżetów obywatelskich).

Dla porządku należy wspomnieć o normach kodeksu karnego odnoszących się zarówno do bezpieczeństwa użytkowników drogi wprost, jak i do możliwej utraty uprawnień (ustawa z 6.6.1997 r. kodeks karny, t.j. Dz. U. 2016 poz. 11.37 z późn. zm.).

Korzyść zdrowotna

W 2012 roku opublikowany został raport Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Publicznych oparty na opracowaniu „*Do the health benefits of cycling outweigh the risks?*” pochodzącym z Utrechtu z roku 2010. w oryginalnym badaniu Autorzy zestawili wyniki ostatnich badań oceniających zdrowotne skutki przesunięcia części komunikacji z posługiwania się samochodem na rzecz roweru, biorąc pod uwagę wpływ zmiany na zanieczyszczenie środowiska, wypadki oraz właśnie aktywność fizyczną. w wymiarze społecznym korzyści przewyższały ryzyko, potwierdziło się to również generalnie dla jednostek³⁶.

Inne zestawienie stanowi opublikowany w Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports przegląd wybranych 16 badań dokumentujących zależności między korzystaniem z roweru a częstością występowania problemów zdrowotnych³⁷. Do oceny korzyści zdrowotnych odnoszą się również badania porównujące nie tyle zdrowie rowerzystów i nie-rowerzystów, co konkretnie rowerzystów i kierowców. Szczególnie ciekawe wydają się być badania zestawiające rowerzystów i kierowców pod względem narażenia na zanieczyszczone powietrze.

³⁶ Jeroen Joahn de Hartog, Hanna Boogaard, Hans Nijland, Gerard Hoek: *Do the health benefits of cycling outweigh the risks?*, Environ Health Perspect. Aug 2010; 118(8): 1109-1116, Published online Jun 30, 2010, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920084/>, (dostęp: grudzień 2014), opracowanie polskie: https://www.gddkia.gov.pl/userfiles/articles/i/infrastruktura-rowerowa_3000/Rower%20a%20zdrowie.pdf (dostęp: grudzień 2014).

³⁷ Oja, P., S. Titze, A. Bauman, B. de Geus, P. Krenn, B. Reger-Nash and T. Kohlberger (2011). „Health benefits of cycling: a systematic review.” Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 21(4): 496-509, [http://www.fietsersbond.be/sites/default/files/Health%20benefits%20of%20cycling%20REVIEW%20\(Oja%202011\).pdf](http://www.fietsersbond.be/sites/default/files/Health%20benefits%20of%20cycling%20REVIEW%20(Oja%202011).pdf) (dostęp: styczeń 2015).

HIA w obszarze aktywności fizycznej - ruchu rowerowego i pieszego: doświadczenia dotychczasowe (wybrane przykłady)

W literaturze można znaleźć przykłady z różnych krajów, z których stosunkowo interesujące mogą być przykłady amerykańskie, a to z uwagi na fakt, iż Stany Zjednoczone pozostawały w tyle pod względem wprowadzania HIA: w roku 2011 w USA określono HIA mianem wchodzącej tam praktyki³⁸, jednak liczba programów wzrastała. w obszarze związanym z aktywnością fizyczną - do roku 2013 podjęto w USA 22 programy HIA oceniające plany/propozycje priorytetyzujące wsparcie dla ruchu rowerowego i pieszego, 9 kolejnych było w toku³⁹. Promowanie aktywnego trybu życia ma zresztą dla USA szczególne znaczenie z uwagi na problemy zdrowotne związane z otyłością występujące w tej części świata. Tak więc podejmując przedsięwzięcia w zakresie HIA w USA można było już bazować na wnioskach z wcześniej prowadzonych badań, a z podobną sytuacją mamy teraz do czynienia w Polsce.

Road pricing health impact assessment (San Francisco Department of Public Health, 2011)⁴⁰

W Departamencie Zdrowia Publicznego San Francisco analizowano jeden z bodźców potencjalnie wpływających na wzrost udziału transportu rowerowego w transporcie miejskim - podjęto próbę oceny wpływu wprowadzenia opłat za przemieszczanie się samochodami w konkretnej dzielnicy miasta narażonej na nadmierne zagęszczenie ruchu kołowego. Uwzględniony został wpływ tej polityki na:

- poziom aktywności ruchowej (oddzielnie dla różnych grup wiekowych),
- zanieczyszczenie powietrza w dzielnicy,
- hałas,
- zranienia pieszych (wypadki typu „rowerzysta-pieszcy”, z określeniem korytarzy wysokiego zagrożenia),

³⁸ Improving Health in the United States. The Role of Health Impact Assessment, National Research Council of National Academies, The National Academies Press, Washington D.C., s. 119, http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13229&page=R1 (dostęp styczeń 2015).

³⁹ Laura Wagner: Using Health Impact Assessments to Evaluate Bicycle and Pedestrian Plans, Pedestrian and Bicycle Information Center, s. 3, http://katana.hsrc.unc.edu/cms/downloads/WhitePaper_HIA_PBIC.pdf (dostęp grudzień 2014).

⁴⁰ <http://www.sfhealthequity.org/elements/transportation/21-elements/transportation/116-road-pricing-health-impact-assessment-hia>

- zranienia rowerzystów (wypadki z udziałem rowerzystów i pojazdów silnikowych).

W wyniku analiz sformułowany został postulat inwestowania w bezpieczny ruch rowerowy (i jednocześnie pieszy), poprzez inwestowanie w infrastrukturę. Odrębne części raportu stanowiły wyniki analizy nierówności: w jakim zakresie omawiane czynniki rozkładają się w równy sposób w różnych grupach wiekowych i dla różnych poziomów zamożności⁴¹ oraz ocena ekonomiczna⁴².

Zagadnienia ruchu rowerowego i pieszego w odniesieniu do zdrowia były również analizowane w innym HIA dla mieszkańców San Francisco: *Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment (ENCHIA)*⁴³.

Using Health Impact Assessment to Evaluate Bicycle and Pedestrian Plans (styczeń 2013)⁴⁴

W tym opracowaniu podkreślana była, między innymi, rola instytucji lokalnych, które podejmując inicjatywy HIA w zakresie analizowania planów rozwoju ruchu pieszego i rowerowego stwarzają możliwość „współpracy” rozwoju komunikacji/transportu z celami zdrowia publicznego⁴⁵.

Znaczenie podmiotów lokalnych widać na przykładzie przedstawionej w analizie listy potencjalnych partnerów, ale i sponsorów HIA m.in.: lokalna (ale też krajowa) administracja zdrowia, lokalne organizacje społeczne i przedsiębiorcy, pracodawcy, przemysł, świadczeniodawcy, uczelnie⁴⁶.

⁴¹ Health Effects of Road Pricing in San Francisco, California: Findings from a Health Impact Assessment, San Francisco Department of Public Health California, s. 66 <http://www.sfhealthequity.org/component/jdownloads/finish/37-congestion-pricing/111-health-effects-of-road-pricing-in-san-francisco-california/0?Itemid=0> (dostęp: styczeń 2014)

⁴² ibidem, s. 70.

⁴³ Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment Final Report. San Francisco Department of Public Health, <http://www.sfhealthequity.org/component/jdownloads/finish/12-eastern-neighborhoods-community-health-impact-assessment-final-report/19-enchia-final-report/0?Itemid=0> (dostęp: styczeń 2015).

⁴⁴ http://katana.hsrc.unc.edu/cms/downloads/WhitePaper_HIA_PBIC.pdf

⁴⁵ Wg: L. A. Perdue, Y. L. Michael, C. Harris, J. Heller, C. Livingston, M. Rader, and N. M. Goff, „Rapid health impact assessment of policies to reduce vehicle miles traveled in Oregon,” *Public Health*, vol. 30, pp. 1-9, Jul. 2012.

⁴⁶ Wg: C. L. Ross, K. Leone de Nie, A. L. Dannenberg, L. F. Beck, M. J. Marcus, and J. Barringer, „Health impact assessment of the Atlanta BeltLine,” *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, no. 3, pp. 203-213, Mar. 2012.

Comprehensive Health Impact Assessment: Clark County Bicycle and Pedestrian Master Plan (2010)⁴⁷

Ocena programu mającego za cel wspieranie rozwoju ruchu pieszego i rowerowego pod kątem identyfikacji skutków zdrowotnych oraz wypracowania rekomendacji dla wdrożenia projektu. Ocena ta bazowała na rekomendacjach wynikających z wcześniejszej oceny „*rapid HIA*”.

Zestawienie strategii rekomendowanych w amerykańskich HIA odnoszących się do aktywnego (siłą własnych mięśni) przemieszczania się zostało dokonane przez Centers for Disease Control and Prevention w Atlancie⁴⁸. Wymieniono zatem przykładowo:

- wdrażanie programów typu „bezpieczna droga do szkoły” - tego typu programy z jednej strony zapewniają dzieciom bezpieczeństwo „na bieżąco”, z drugiej - uczulają na kwestie bezpieczeństwa na przyszłość,
- oddzielanie pasów drogi o różnym przeznaczeniu (motorowych od niemotorowych), również barierami fizycznymi,
- wspieranie rozwoju infrastruktury w pobliżu przystanków komunikacji publicznej,
- rozwój tras pieszych i rowerowych służących dostaniu się do parków i terenów rekreacyjnych,
- ułatwianie bezpiecznego przechodzenia/przejeżdżania w poprzek trasy innych użytkowników drogi,
- oznakowywanie tras w ten sposób, by ruch pieszych i rowerzystów był kierowany możliwie najprostszymi trasami,
- rozwój miejsc postojowych dla rowerów w miejscu pracy i miejscach przesiadkowych do komunikacji publicznej,
- urozmaicanie ulicy/trasy ławkami, punktami widokowymi, oświetleniem, sztuką uliczną,
- wspieranie obiektów typu restauracje wzdłuż tras ruchu pieszych i rowerowego,
- podnoszenie świadomości prawnej pieszych i rowerzystów wraz z propagowaniem bezpiecznych praktyk,
- łączenie tras w sieci,

⁴⁷ http://www.clark.wa.gov/public-health/reports/documents/ComprehensiveHIA_FINAL.pdf

⁴⁸ Transportation Health Impact Assessment Toolkit. Strategies for Health-Oriented Transportation Projects and Policies Promote Active Transportation, http://www.cdc.gov/healthyplaces/transportation/promote_strategy.htm (dostęp: grudzień 2015).

- projektowanie/tworzenie ulic „pełnych i spójnych”, obejmujących zarówno chodniki dla pieszych jak i ścieżki rowerowe, wraz ze zrozumiałymi oznakowaniami oddzielenia jednych od drugich.

Z kolei rekomendacje dla podejmujących oceny wpływu na zdrowie znalazły się m.in. w dokumencie „Guidance and Best Practices for Stakeholder Participation in Health Impact Assessments”⁴⁹.

PRZYKŁADY EUROPEJSKIE:

HIA of the Liverpool Cycling Strategy „Get Liverpool Cycling” (2013)⁵⁰

Ocena wpływu Strategii Rowerowej 2013-2026 na zdrowie mieszkańców Liverpoolu. Założeniem projektu jest podwyższenie udziału komunikacji rowerowej do 10% wszystkich podróży w mieście do roku 2025 poprzez identyfikowanie i eliminację barier dla rozwoju ruchu rowerowego. Ocena HIA objęła *screening* i *scoping*, wśród obszarów, na które Strategia mieć będzie wpływ, wyróżniono:

- efekty „osobowe”: pozytywny wpływ na jakość życia, włączenie społeczne, korzyść dla zdrowia w wymiarze fizycznym i psychicznym, zapobieganie chorobom;
- efekty środowiskowe: pozytywny wpływ na jakość powietrza, poziom hałasu, pozytywny i zarazem negatywny wpływ na komunikację;
- efekty społeczne: negatywny wpływ na wypadki drogowe, pozytywny wpływ na spójność społeczną, pozytywny wpływ na dostępność.

Rezultatem oceny wpływu na zdrowie było wypracowanie 5 rekomendacji, przy zaznaczeniu, iż wadą prowadzonego badania było poważne ograniczenie czasowe, które nie pozwoliło na potencjalnie możliwe szersze włączenie zainteresowanych grup i społeczności lokalnej w problematykę przedsięwzięć „zdrowy transport = zdrowe życie”.

WHO/Europe HEAT (Health Economic Assessment Tool)⁵¹

HEAT to narzędzie mające służyć ekonomicznej ocenie wpływu ruchu pieszo/rowerowego na zdrowie. Kolejne projekty badawcze podejmują inicjatywy

⁴⁹ Stakeholder Participation Working Group of the 2010 HIA in the Americas Workshop. Best Practices for Stakeholder Participation in Health Impact Assessment. Oakland, CA, October 2011, s. 25 (<http://www.hiasociety.org/documents/guide-for-stakeholder-participation.pdf>dostęp: grudzień 2014).

⁵⁰ <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=137892>, <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/impactpdfs/hiainpactdocs/Cycling,Strategy,Health,Impact,Assessment,,2013.pdf>(dostęp: marzec 2016).

⁵¹ <http://www.heatwalkingcycling.org>

zmierzające do rozwoju tego narzędzia, przykładowo PASTA - Physical Activity Through Sustainable Transport Approaches (<http://www.pastaproject.eu/home>), którego celem jest powiązanie komunikacji ze zdrowiem poprzez promocje aktywności ruchowej w kilku europejskich miastach. Narzędzie zostało/jest również wykorzystane w innych miastach Europy (Austria, Czechy, Estonia, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy) i USA (Boston)⁵².

DYNAMO-HIA⁵³

DYNAMO-HIA to model mający - w odróżnieniu od HEAT - charakter dynamiczny, jednocześnie możliwy do zastosowania w odniesieniu do różnych czynników wpływających na stan zdrowia, nie tylko aktywności fizycznej. HEAT oraz DYNAMO-HIA zostały porównane w badaniu przeprowadzonym w community o charakterze miejskim w Północnej Karolinie, przy czym model DYNAMO-HIA został też zastosowany dla społeczności podmiejskiej i wiejskiej. W porównaniu z HEAT-em, DYNAMO-HIA uwzględnia zmianę sytuacji zdrowotnej ludności w czasie⁵⁴.

Wzrost aktywności ruchowej - ruchu rowerowego a zdrowie

Skutek zdrowotny w relacjach rower-zdrowie możemy wiązać z:

- wzrostem aktywności ruchowej jednostki (skutek dla jednostki)
- poprawą bezpieczeństwa rowerzystów/innych użytkowników drogi (skutek dla jednostki oraz dla społeczeństwa)
- poprawą jakości otaczającego wszystkich środowiska (skutek dla społeczeństwa).

Interesujące dla HIA wydają się być dwa kierunki: jednym z nich jest ten związany z propagowaniem/umożliwianiem ruchu „dla ruchu”, powodującym - szczególnie w przypadku wspierania inicjatyw skierowanych do najmłodszych - propagowanie dobrych nawyków, swego rodzaju „dobrych praktyk” poszczególnych ludzi.

⁵² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking/examples-of-applications-of-heat> (dostęp: styczeń 2015).

⁵³ <http://www.dynamo-hia.eu/>

⁵⁴ Więcej na temat badania i porównania w: Mansfield TJ, MacDonald Gibson J. Health Impacts of Increased Physical Activity from Changes in Transportation Infrastructure: Quantitative Estimates for Three Communities. *BioMed Research International*. 2015;2015:812325. doi:10.1155/2015/812325.

Drugi kierunek to ograniczanie efektów niepożądanych, z zastrzeżeniem uczynionym we wstępnej części opracowania, iż propagowanie aktywności (od lat najmłodszych) czyli „życiowa rozgrzewka” również ma pozytywny wpływ na unikanie negatywnych skutków aktywności ruchowej.

Na szczeblu krajowym konieczne jest zwrócenie uwagi na znaczenie spójnej polityki w zakresie transportu, ochrony środowiska i zdrowia - dokumentem WHO mającym za zadanie wyposażenie polityk krajowych w odpowiednie narzędzia jest opracowanie „Developing national action plans on transport, health and environment”⁵⁵: omówione są w nim m.in. dobre praktyki w zakresie oceny sytuacji, doboru partnerów projektowania/wdrażania/ewaluacji inicjatyw, koordynacji i współpracy, wspierania rozwoju świadomości, definiowania problemów, doboru interwencji łączących transport, środowisko i zdrowie, podejścia wielosektorowego.

Na szczeblu lokalnym warto odnotować wsparcie udzielane rozwojowi aktywności rowerowej przez samorządy - przykładem może być polityka rowerowa Krakowa oparta na zarządzeniu prezydenta miasta z 19.7.2011 w sprawie utworzenia zespołu zadaniowego ds. audytów rowerowych⁵⁶.

Interesariusze

Ustawodawca: nie chodzi o to, by sejm/senat podejmował procedury HIA w każdym przypadku projektowania/uchwalani ustawy. Wydaje się jednak, że uświadomienie sobie przez to gremium zależności zdrowia od szeregu czynników byłoby zjawiskiem korzystnym - mam tu na myśli nawet nieformalne „tkwienie zagadnień wpływu na zdrowie w tle podejmowanych decyzji”;

Władza wykonawcza:

- w roli prawodawcy w odniesieniu do aktów wykonawczych,
- w faktycznej działalności organizacyjnej w ramach resortu (wymienić można ministrów właściwych do spraw zdrowia, sportu, oświaty, nauki i szkolnictwa wyższego, jak również pracy⁵⁷ i polityki społecznej, infrastruktury i rozwoju,

⁵⁵ Schweizer Christian, Racioppi Francesca, Nemer Leda: Developing national action plans on transport, health and environment. a step-by-step manual for policy-makers and planners, WHO Europe, 2014, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/247168/Developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.pdf?ua=1 (dostęp: styczeń 2015).

⁵⁶ Zarządzenie nr 1577/2011 prezydenta Miasta Krakowa z dnia 2011-07-19 w sprawie powołania Zespołu Zadaniowego ds. audytów rowerowych w Mieście Krakowie, http://wrower.pl/pliki/006/krakow_polityka_rowerowa_powo__anie_zespołu_zadaniowego_audyty_rowerowe.pdf (dostęp: styczeń 2015).

⁵⁷ Jedną z inicjatyw WHO podjętych w ramach wdrażania Światowej Strategii dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia była analiza Preventing Noncommunicable

transportu, budownictwa i gospodarki morskiej, spraw wewnętrznych czy finansów - co można byłoby podsumować „*Physical Activity in All Policies*”).

Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (w składzie rady nie ma przedstawiciela ministra zdrowia)⁵⁸, która w 2013 roku przyjęła Narodowy Program Poprawy Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020.

Szczebel lokalny: szczególnie po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej mogący korzystać z dodatkowych funduszy (przykładem mogą być przypadki dofinansowywania infrastruktury sportowo-rekreacyjnej takiej jak baseny pływackie czy ścieżki rowerowe ze środków unijnych).

Generalnie, w literaturze zwraca się uwagę na rolę wszystkich szczebli administracji we wprowadzaniu zmian⁵⁹. Na szczeblu lokalnym mówi się o zwróceniu uwagi na sprzyjającą aktywności infrastrukturę na poziomie lokalnym, również na poziomie planowania/zagospodarowania przestrzennego poszczególnych ulic, na etapie planowania rozwiązań komunikacyjnych - ale istotne dla podejmowania aktywności są również czynniki takie, jak dostępność sprzętu do ćwiczeń w domu bądź w okolicy, poczucie bezpieczeństwa w okolicy, zanieczyszczenie powietrza⁶⁰.

W literaturze zwraca się również uwagę, że HIA podejmowane w społeczności lokalnej pozwala na uzyskanie pewnej wartości dodanej⁶¹:

- wzmocnienie partycypacji społecznej

Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity, WHO/World Economic Forum Report, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/> (dostęp: styczeń 2015).

⁵⁸ KRBRD została powołana 1 stycznia 2002 r. na mocy ustawy Prawo o ruchu drogowym jako międzyresortowy organ doradczy i pomocniczy Rady Ministrów w sprawach bezpieczeństwa ruchu drogowego. Przewodniczącym KRBRD jest minister właściwy ds. transportu, zaś jego zastępcami są: sekretarz lub podsekretarz stanu w ministerstwie właściwym ds. wewnętrznych oraz sekretarz lub podsekretarz stanu w ministerstwie właściwym ds. transportu. Członkami KRBRD są przedstawiciele Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministrów właściwych do spraw: administracji publicznej, budżetu, finansów publicznych, gospodarki, gospodarki przestrzennej i mieszkaniowej, oświaty i wychowania, środowiska, transportu, wewnętrznych, pracy oraz Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Straży Pożarnej, Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad oraz wskazani przez Premiera wojewodowie.

⁵⁹ Sophie Grinnell: Prospective Desk-Top Health Impact Assessment of the Liverpool Cycling Strategy 'Get Liverpool Cycling' 2013 - 2026, s. 18, <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/impactpdfs/hiainpactdocs/Cycling,Strategy,Health,Impact,Assessment,2013.pdf> (dostęp: styczeń 2015).

⁶⁰ http://activelivingresearch.org/sites/default/files/JPAH_5_Heath_0.pdf.

⁶¹ Barnes R., Hillier A., and Rainer J. (2003) Rapid health Impact Assessment: St Edmundsbury Borough Council Local Plan, za: a rapid health impact appraisal of Active St Helens an integrated sport, physical activity and physical education strategy

- rozwój i wzmocnienie partnerstwa międzysektorowego i międzydyscyplinarnego pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w rozwój i wdrażanie strategii
- rozwój rozumienia pojęcia „zdrowie”.

Organizacje pozarządowe: grupa podmiotów zaangażowanych w działania związane z rozwojem/korzystaniem z aktywności fizycznej, w tym w stwarzanie warunków (bezpiecznych warunków) dla rozwoju (raczej) wybranych aktywności. Są to m.in. kluby sportowe - jak podaje GUS, w 2012 r. w Polsce działało 7860 klubów sportowych (nie licząc 6447 uczniowskich i wyznaniowych), ich liczba była prawie pięciokrotnie większa niż ponad 50 lat temu, a w stosunku do 2010 r. liczba klubów wzrosła o 959 (13,9%)⁶². Są to stowarzyszenia amatorów różnych aktywności, są to również stowarzyszenia producentów/importerów sprzętu sportowego/rekreacyjnego.

Kolejne podmioty (potencjalnie zainteresowane) zagadnieniami HIA to „tradycyjni” profesjonaliści zdrowotni, specjaliści zdrowia publicznego, ale też planiści, architekci, inżynierowie transportu, mass media. Brak właściwej komunikacji pomiędzy nimi bywa wskazywany jako jedna z barier we wdrażaniu rozwiązań sprzyjających wzrostowi aktywności⁶³ - stąd HIA mogłaby obejmować wpływ rozwiązań koordynacyjnych /komunikacyjnych na zdrowie.

We wskazówkach Centers for Disease Control and Prevention wskazano szereg grup interesariuszy w obszarze związanym z aktywnością fizyczną (parki, tereny rekreacyjne)⁶⁴:

Osoby, na które podejmowane decyzje będą miały bezpośredni wpływ:

- obecni i przyszli korzystający
- właściciele sąsiadujących nieruchomości
- ci, których dostęp może zostać zakłócony przez inwestycję

Organizacje, które mogą uczestniczyć w HIA, m.in.:

- wydziały zdrowia (potencjalnie koordynujące HIA),
- podmioty bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń
- szkoły (przykładowo opiniowanie przebiegu dróg czy lokalizacji wejść na tereny rekreacji)

Report by Clare Appleton St Helens Health Partnership March 2005, www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44217(dostęp: marzec 2016)

⁶² Kultura fizyczna w Polsce w latach 2011 i 2012, GUS, Warszawa-Rzeszów 2013, s. 25-28.

⁶³ Gregory W. Heath, Ross C. Brownson, Judy Kruger, Rebecca Miles, Kenneth E. Powell, Leigh T. Ramsey, and the Task Force on Community Preventive Services, The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: a Systematic Review *Journal of Physical Activity and Health* 2006, 3, Suppl 1,S55-S76 © 2006 Human Kinetics, Inc. http://activelivingresearch.org/sites/default/files/JPAH_5_Heath_0.pdf(dostęp: kwiecień 2016).

⁶⁴ http://www.cdc.gov/healthylives/healthyplaces/parks_trails/sectiona.htm

- biblioteki
- szkoły wyższe (wsparcie w ewaluacji czy pomoc techniczna)
- lokalne fundacje
- lokalni przedsiębiorcy wspierający inicjatywy społeczne
- lokalne stowarzyszenia
- zarządcy terenu
- wydziały odpowiedzialne za tereny rekreacyjne (potencjalni koordynatorzy HIA)
- służby planowania i rozwoju
- patrole policji (zagadnienia bezpieczeństwa)
- agencje planowania regionalnego
- szkoły zdrowia publicznego/pielęgniarstwa (mogące wskazać/zapewnić istotne dane)
- służby zdrowia publicznego/pielęgniarstwa (dane)
- planowanie przestrzenne, architektura krajobrazu, architektura, środowisko
- podmioty pomocy społecznej

Przegląd zrealizowanych analiz wskazuje, że istotnie podmioty podejmujące/realizujące ocenę należą do różnych kategorii, wskazane są również przypadki współpracy, w tym z instytucjami naukowo-badawczymi.

Rekomendacje w zakresie stosowania HIA w zakresie aktywności fizycznej można przedstawić następująco:

A. Tworzenie klimatu dla badań i działań

- Śledzenie oraz wspieranie badań naukowych w zakresie relacji aktywność fizyczna-zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem ciągłości i kompleksowości analiz. Zdrowie jest wartością ściśle związaną z działaniami i skutkami długofalowymi.
- Zwiększanie świadomości i umożliwienie lepszego zrozumienia wpływu aktywności fizycznej na zdrowie - chodzi tu zarówno o świadomość decydentów, jak i społeczeństwa. Partnerem w tego typu działaniach mogą być media (zwłaszcza lokalne), organizacje pozarządowe, podmioty edukacyjne (wpływanie na świadomość przyszłych decydentów w przedszkolach i szkołach, poprzez wyrabianie nawyków u dzieci wpływanie również na ich najbliższe otoczenie - rodziców, rodzeństwo itd.).

B. Planowanie i realizacja działań

- Analizowanie barier dla rozwoju aktywności fizycznej na poziomie lokalnym oraz potrzeb w tym zakresie, przy wykorzystaniu służb odpowiedzialnych za rozwój infrastruktury, jak również organizacji pozarządowych.

Źródłem informacji a temat postrzegania barier i potrzeb przez społeczność lokalna mogą być zestawienia projektów zgłaszanych do budżetu obywatelskiego.

- Planowanie działań na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej - zrównoważonych, wszechstronnych i aktywnie angażujących wszystkie sektory, w tym organizacje społeczne, sektor prywatny i media.
 - Wykorzystanie istniejących narzędzi, takich jak HEAT, DYNAMO-HIA.
 - Stwarzanie warunków dla bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej (rekreacyjnej oraz użytkowej), szczególnie w grupach starszych (np. programy bezpiecznego przejazdu rowerem do szkoły opracowywane i realizowane we współpracy z jednostkami policji, bezpieczna aktywność osób starszych, w którą włączone mogą być jednostki pomocy społecznej czy organizacje wspierające seniorów), poprzez regulacje prawne (rola konsultacji społecznych), promowanie bezpiecznych zachowań. Żadna bowiem aktywność fizyczna nie będzie miała na zdrowie wpływu korzystnego, jeśli będzie podejmowana w warunkach, w których zwiększony wysiłek fizyczny prowadzić będzie do skutków negatywnych.
- C. Współpraca międzyinstytucjonalna, międzysektorowa, międzynarodowa w zakresie analizy oceny wpływu na zdrowie
- Nacisk na współpracę międzysektorową i międzyinstytucjonalną; wykorzystanie szerokiego kręgu interesariuszy.

Rozdział ósmy

OCENA SKUTKÓW ZDROWOTNYCH (HIA) DLA PLANOWANIA PRZESTRZENNEGO W POLSCE

Michał Zabdyr-Jamróż, Katarzyna Badora-Musiak

1. Wstęp

1.a. Przestrzeń a zdrowie

Relacje między przestrzenią i architekturą a zdrowiem są dostrzegane od dawna - zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Związek ten stał się przedmiotem głębszych badań wraz z rozwojem wielkich, przemysłowych ośrodków miejskich. Zdrowie publiczne od początku swojej nowożytnej historii zainteresowane było chociażby warunkami mieszkaniowymi robotników, czy dostępem do wody pitnej¹. Z czasem problemy z tych warunków bytowych zaczęły być rozwiązywane. Nowe zdrowie publiczne położyło silniejszy akcent na styl życia. Dostrzeżono także istotny wpływ przestrzeni na człowieka i jego zdrowie.

Współcześnie - wraz z identyfikacją szeregu społecznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia - dostrzega się złożony wymiar wpływu przestrzeni na ludzkie zdrowie. Pod uwagę bierze się przestrzenną dostępność miejsc rekreacji, czas dojazdu z pracy do domu², dostępność zdrowej żywności³, a także odległości do opieki zdrowotnej⁴. W kwestii rozwoju przestrzennego miast

¹ Jason Corburn, 'Confronting the Challenges in Reconnecting Urban Planning and Public Health', *American Journal of Public Health* 94, no. 4 (April 2004): 541-46.

² Anthony G. Capon, 'Health Impacts of Urban Development: Key Considerations', *New South Wales Public Health Bulletin* 18, no. 9-10 (October 2007): 155-56.

³ Steven Cummins and Sally Macintyre, 'The Location of Food Stores in Urban Areas: A Case Study in Glasgow', *British Food Journal* 101, no. 7 (1 August 1999): 545-53.

⁴ Martin Powell, 'On the Outside Looking in: Medical Geography, Medical Geographers and Access to Health Care', *Health & Place* 1, no. 1 (March 1995): 41-50.

szczególnie silnie ujawnia się związek między nierównościami społecznymi a zdrowotnymi. Identyfikuje się tu szereg zjawisk społecznych, które negatywnie wpływają na zdrowie grup nieuprzywilejowanych. Klasycznym przykładem takiej sytuacji jest gentryfikacja („uszlachcenie”) niektórych dzielnic, czyli wzrost ich statusu w wymiarze symbolicznym, społecznym i ekonomicznym⁵. Polega ona na serii zjawisk prowadzących do wypierania zróżnicowanej społecznie ludności lokalnej przez osoby bogate - chociażby za sprawą wzrostu wysokości czynszów czy cen żywności w lokalnych sklepach. Wszystko to prowadzi do różnorodnych skutków zdrowotnych, w zależności od tego do jakiej zbiorowości się należą⁶. Jednym z bardziej dramatycznych problemów niektórych miast są „pustynie żywieniowe” (*food deserts*), czyli obszary, w których świeża, zdrowa żywność jest trudno dostępna (finansowo i przestrzennie), zwłaszcza dla osób pozbawionych prywatnego samochodu⁷. Występuje także zjawisko przestrzennej dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej (tzw. *zip-code discrimination*)⁸. Układ przestrzenny jest ściśle powiązany z transportem, gdzie problemem stają się wypadki komunikacyjne czy zanieczyszczenie powietrza.

Powyżej przedstawione zostały tylko niektóre z uwarunkowań zdrowotnych mających powiązanie z urbanistyką, agrarystką i rozwojem transportu. W badaniach dostrzega się znaczny wpływ na zdrowie człowieka czynników przestrzennych, takich jak bariery architektoniczne oraz strukturalno-przestrzenne, zagęszczenie, nieład czy dehumanizacja zabudowy (patrz: tab. 1). Przez wzgląd na te uwarunkowania, w planowaniu właściwego ładu przestrzennego postuluje się perspektywiczne i spójne planowania funkcji różnych obszarów - przewidywania kwestii dostępności do rekreacji, opieki zdrowotnej, obiektów kultury, miejsc dystrybucji żywności (gastronomia, sklepy), a także dostępności transportu publicznego czy infrastruktury rowerowej. Współcześnie dąży się do tworzenia bezkolizyjnych rozwiązań transportowych, wygaszania ruchu samochodowego, wspierania transportu publicznego i rowerowego, skracania czasu dojazdu do

⁵ Loïc Wacquant, ‘Relocating Gentrification: The Working Class, Science and the State in Recent Urban Research’, *International Journal of Urban and Regional Research* 32, no. 1 (1 March 2008): 198-205, doi:10.1111/j.1468-2427.2008.00774.x; Monika Murzyn-Kupisz, Kazimierz. *Środkowoeuropejskie Doświadczenie Rewitalizacji* (Międzynarodowe Centrum Kultury, 2006); Anna Karwińska, *Gospodarka Przestrzenna. Uwarunkowania Społeczno-Kulturowe* (Warszawa: PWN, 2008).

⁶ CDC, ‘Health Effects of Gentrification’ (Centers for Disease Control and Prevention, 2007), <http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/gentrification.htm>; Marilyn Metzler, ‘Social Determinants of Health: What, How, Why, and Now’, *Prev Chronic Dis* 4, no. 4 (2007), http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0136.htm.

⁷ Steven Cummins and Sally Macintyre, ‘„Food Deserts” - evidence and Assumption in Health Policy Making’, *BMJ: British Medical Journal* 325, no. 7361 (24 August 2002): 436-38; Capon, ‘Health Impacts of Urban Development’.

⁸ Powell, ‘On the Outside Looking in’.

pracy (do 30 minut), w końcu - modelowania centrów lokalnych i stymulowania społecznych interakcji. Celem zdrowotnym tych działań jest zarówno zmniejszenie obrażeń i zanieczyszczenia powietrza, ale i zmniejszenie nierówności społecznych oraz podniesienie ogólnego dobrostanu społecznego⁹.

Tabela 1.

Wpływ czynników przestrzennych na zdrowie człowieka

Czynnik przestrzenny	Oddziaływanie na zdrowie		Prawdopodobny skutek
	bezpośrednie/ krótkotrwałe	bezpośrednie/ pośrednie długotrwałe	
Bariery architektoniczne	urazy, zaburzenia motoryki, zaburzenia słuchu, wzroku	stres	spadek odporności, alergie, zaburzenia metabolizmu, choroby układu nerwowego
Bariery strukturalno-przestrzenne	urazy	frustracja, stres	spadek odporności, zaburzenia psychiczne
Zagęszczenie (ludzi, funkcji i form przestrzennych)	dyskomfort, lęk, agresja	dyskomfort, lęk, agresja	spadek odporności, zaburzenia i choroby psychiczne
Nieład przestrzenny	dyskomfort, zakażenia	stres, dyskomfort, lęk, agresja	spadek odporności, zaburzenia i choroby psychiczne, alergie
Dehumanizacja zabudowy	dyskomfort, lęk, poczucie zagrożenia	stres, agresja	zachowania patologiczne, spadek odporności, zaburzenia i choroby psychiczne, alergie
Uwagi	Každy z ww. czynników może samodzielnie lub z innymi czynnikami powodować obciążenie organizmu stresem, a w konsekwencji określoną chorobą.		

Źródło: Janikowski, *Sustensywne doskonalenie przestrzeni publicznej miasta*, 2013.

Wpływ przestrzeni na zdrowie człowieka podkreślany jest szczególnie w koncepcjach zrównoważonego rozwoju (*sustainable development*), którego cztery podstawowe łądy (przestrzenny, przyrodniczy, społeczny, gospodarczy) stoją u podstaw koncepcji *ekomiast* i *ekoosiedli*. W projektowaniu przestrzeni miejskiej nie tylko ważny jest ład przestrzenny, mający wpływ na jakość życia mieszkańców, ale także, a może przede wszystkim, powinny zostać spełnione standardy zdrowotne.

⁹ Capon, 'Health Impacts of Urban Development'.

Koncepcje zrównoważonego rozwoju stały się silnym impulsem do pojawienia się wielu inicjatyw, których celem była i jest poprawa jakości życia w mieście. Wśród najważniejszych, realizowanych również w Polsce, można wymienić:

- Ideę Miasta Ogrodu (Garden City, mającą korzenie w koncepcji Ebenezera Howarda sprzed ponad wieku);
- Kampanię Zrównoważone Miasta i Miejscowości Europy (European Sustainable Cities and Towns Campaign);
- Międzynarodową Radę ds. Lokalnych Inicjatyw Środowiskowych (The International Council for Local Environmental Initiatives - ICLEI);
- Program Zrównoważonych Miast (Sustainable Cities Programme);
- Czyste Miasta (Clean Cities);
- Inicjatywa Czystego Powietrza (Clean Air Initiative - CAI);
- Inicjatywa z Bremy;
- Ruch Zdrowych Miast (Healthy Cities Movement);
- Międzynarodową Sieć Spokojnych Miast (Slow Cities);
- Smart City (inteligentne miasto);
- Compact City („miasto zwarte”)¹⁰.

¹⁰ Patrz: Karina Erenkfeit et al., ‘Społeczne Aspekty Miejskiego Zagospodarowania Przestrzeni W Kontekście Zdrowia Środowiskowego - Od Koncepcji Miast Ogrodów Po Współczesne Ruchy Społeczne (PDF Download Available)’, *Medycyna Ogólna I Nauki O Zdrowiu* 21, no. 4 (2015): 414-21; Paweł Godzina, ‘Współczesne Planowanie Przestrzenne Krakowa - Krótki Zarys Polityki Miasta a Model Rozwoju Miasta Zwartego’, in *Miasto W Badaniach Geografów*, ed. Maria Soja and Andrzej Zborowski, vol. 2 (Kraków: IGiGP UJ, 2015), 43-56; Leszek Michno, ‘SMART_KOM. Kraków W Sieci Inteligentnych Miast’ (Kraków, 2014); Ryszard Janikowski, ‘Sustensywne Doskonalenie Przestrzeni Publicznej Miasta’, in *Gospodarka Regionalna I Lokalna a Rozwój Zrównoważony*, ed. Z. Strzelecki and P. Legutko-Kobus, vol. CLII, Studia (Warszawa: Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN, 2013), 148-58; UE, *Miasta przyszłości: wyzwania, wizje, perspektywy* (Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2011); Monika Jarzemska, Arkadiusz Węglarz, and Magdalena Wielomska, *Zrównoważone Miasto - Zrównoważona Energia Z Perspektywy Energetyki Przyjaznej Środowisku* (Warszawa: Fundacja Instytut na rzecz Ekorozwoju, 2011); Grażyna Korzeniak, ‘Planowanie Przestrzenne Jako Element Systemu Zarządzania Zrównoważonym Rozwojem Miasta’, in *Zintegrowane Planowanie Rozwoju Miast*, ed. Grażyna Korzeniak (Kraków: Instytut Rozwoju Miast, 2011), 137-53; Robert Masztalski, ed., *Człowiek, Przyroda, Przestrzeń W Myśl Rozwoju Zrównoważonego* (Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, 2010); Lucyna Kapka et al., ‘Realizacja Projektu Światowej Organizacji Zdrowia Zdrowe Miasto W Perspektywie Ostatnich Lat W Polsce’, *Zdrowie Publiczne* 120, no. 3 (2010): 299-304; Aleksandra Polit, ‘Idea Miasta Zwartego a Rzeczywistość’, *Czasopismo Techniczne - Architektura. Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej 6-A*, no. 14 (2010): 85-91; Adam T. Kowalewski, ‘Rozwój Zrównoważony W Procesach Urbanizacji’, *Nauka* 1 (2005): 123-46.

Polityka przestrzenna realizowana w duchu tych koncepcji potrafi przynosić spektakularne efekty. Przykładem może być południowo-koreański projekt przekształcenia jednej z dróg szybkiego ruchu w Seulu w rzekę z obszarem rekreacyjnym. Projekt Cheonggyecheon dowodzi, że możliwe są radykalne przemiany w kierunku zdrowszej przestrzeni miejskiej (nawet pomimo wysokich kosztów i niegasnących kontrowersji)¹¹. Jednak w tym kontekście należy pamiętać, że także i polityka przestrzenna jest obszarem konfliktów interesów i ideologii. Wola polityczna jest tu sprawą podstawową - i nie może jej zabraknąć przy stosowaniu HIA w planowaniu przestrzennym. Ostatecznie, o ile związek przestrzeni ze zdrowiem publicznym jest wielokrotnie podkreślany, pełne i systematyczne branie pod uwagę zdrowia w planowaniu przestrzennym wciąż stanowi kluczowe wyzwanie¹². W sprostaniu temu może właśnie pomóc metoda Oceny Skutków Zdrowotnych (HIA).

1.b. HIA w planowaniu przestrzennym

Rola planowania miejskiego w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej jest dobrze rozpoznana w badaniach naukowych i została wyraźnie dostrzeżona przez szereg instytucji zajmujących się kształtowaniem polityki zdrowia publicznego na świecie. Powiązanie niskiej pozycji społecznej z mieszkaniem w otoczeniu o słabej jakości jako wpływających na zdrowie stało się jedną z najważniejszych konkluzji badań dotyczących planowania przestrzennego¹³. Z tego względu to właśnie planowanie przestrzenne staje się jednym z głównych przykładów stosowania HIA w Europie¹⁴.

Ocena skutków zdrowotnych jest stosowana w Europie coraz częściej. Znaczna ich część dotyczy przede wszystkim kwestii planowania przestrzennego¹⁵. Jak

¹¹ Myung-Rae Cho, 'The Politics of Urban Nature Restoration: The Case of Cheonggyecheon Restoration in Seoul, Korea', *International Development Planning Review* 32, no. 2 (1 January 2010): 145-65.

¹² Ann Forsyth, Carissa Schively Slotterback, and Kevin Krizek, 'Health Impact Assessment (HIA) for Planners: What Tools Are Useful?', *Journal of Planning Literature* 24, no. 3 (1 February 2010): 1.

¹³ Teresa Lavin et al., *Health Impacts of the Built Environment. A Review* (Institute of Public Health in Ireland, 2006), http://www.publichealth.ie/files/file/Health_Impacts_of_the_Built_Environment_A_Review.pdf.

¹⁴ Matthias Wismar et al., eds., *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe* (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf.

¹⁵ Julia Blau et al., 'The Use of HIA across Europe', in *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*, ed. Matthias Wismar et al. (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007).

zauważają Bhatia i Wernham, instytucjonalizacja oceny skutków środowiskowych (EIA) stała się chwalebny fakt, jednak zbyt często brakuje w niej uwzględnienia skutków zdrowotnych jakie wywierane są na ludzi¹⁶.

Tabela 2.

Informacje, które HIA może dodać do EIA

Czynnik wpływający na zdrowie (część EIA)	Informacja dodana przez HIA
Powietrze - kryteria zanieczyszczeń	<ul style="list-style-type: none"> występowanie istotnych chorób, lokalne problemy, wektory oddziaływań, analiza podatności, czynniki potęgujące.
Woda - metale, związki organiczne, drobnoustroje	<ul style="list-style-type: none"> występowanie istotnych chorób, lokalne problemy i tradycyjna wiedza ekologiczna, częste omówienie potencjalnych skutków: oczekiwane występowanie, przewidywane skutki zdrowotne, punkty oddziaływania na ludzi, wektory oddziaływań, czynniki potęgujące, dieta / zachowania, czasami: włączenie oceny ryzyka zdrowotnego (hra).
Hałas	<ul style="list-style-type: none"> występowanie istotnych chorób, lokalne problemy i tradycyjna wiedza ekologiczna, identyfikacja grup szczególnego ryzyka i szczególnie narażonych (szkoły), miejsca ze względu na źródło (ruch dostawczy, sprzęt budowlany), środki zaradcze: bariery dźwiękowe, modyfikacje budynków, trasy towarowe, godziny aktywności.
Zmiany demograficzne - np. napływ pracowników	<ul style="list-style-type: none"> potencjalne ścieżki oddziaływania: <ul style="list-style-type: none"> – przeciążenie infrastruktury, – zjawiska społeczne: przemoc, przestępczość, choroby zakaźne.
Ekonomia - przychody	<ul style="list-style-type: none"> potrzebne świadczenia - edukacja, woda/urządzenia sanitarne, bezpieczeństwo publiczne, jednostki opieki zdrowotnej, ratownictwo medyczne.
Ekonomia - koszty	<ul style="list-style-type: none"> zmiany potrzeb - długość pobytu w szpitalu, pogotowie, policja, straż pożarna.

Źródło: O'Mullane M., Guliš G, *Health impact assessment*, [w:] *Health in Impact Assessments. Opportunities not to be missed*, ed. Rainer Fehr, Francesca Viliani, Julia Nowacki, Marco Martuzzi, Copenhagen:WHO Regional Office for Europe, 2014 s. 99-100.

¹⁶ Rajiv Bhatia and Aaron Wernham, 'Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice', *Environmental Health Perspectives* 116, no. 8 (August 2008): 991-1000, doi:10.1289/ehp.11132.

W ramach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia rozwijana jest od końca lat dziewięćdziesiątych koncepcja Zdrowego Planowania Przestrzennego (*Healthy Urban Planning*), której polityczne cele odpowiadają poszczególnym obszarom mapy zdrowotnej¹⁷.

Tabela 3.
Cele polityki Zdrowego Planowania Przestrzennego

Obszary „mapy zdrowotnej”	Cele polityki Zdrowego Planowania Przestrzennego
Ludzie	<ul style="list-style-type: none"> • zaspokajanie potrzeb zdrowotnych wszystkich grup populacji • redukcja nierówności w zdrowiu
Styl życia	<ul style="list-style-type: none"> • promowanie aktywnego transportu • promocja aktywnej fizycznej rekreacji • ułatwianie zdrowych wyborów żywieniowych
Wspólnota	<ul style="list-style-type: none"> • wspieranie spójności społecznej i sieci kontaktów międzyludzkich • wspieranie poczucia dumy lokalnej i tożsamości kulturowej • promowanie bezpiecznego otoczenia
Ekonomia	<ul style="list-style-type: none"> • promowanie dostępnych szans zawodowych dla wszystkich grup społecznych • wspieranie prężnej gospodarki lokalnej
Aktywność	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie dostępnych dla wszystkich obiektów handlowych, wypoczynkowych, kulturalnych i zdrowotnych • zapewnianie infrastruktury responsywnej na potrzeby lokalnej społeczności
Zabudowa	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie dostatku dobrej jakości mieszkań • promowanie zielonej przestrzeni miejskiej sprzyjającej dobremu samopoczuciu • planowanie pobudzającego estetycznie otoczenia z akceptowalnym poziomem hałasu
Środowisko naturalne	<ul style="list-style-type: none"> • promowanie dobrej jakości powietrza • zapewnienie bezpieczeństwa i jakości zaopatrzenia w wodę oraz kanalizacji • zapewnianie jakości i ochrony gleby • ograniczanie ryzyka katastrofy ekologicznej
Ekosystemy globalne	<ul style="list-style-type: none"> • ograniczanie emisji gazów cieplarnianych wynikającej z transportu • ograniczanie domowej emisji gazów cieplarnianych • promowanie zastępowania paliw kopalnych odnawialnymi źródłami energii

Źródło: *Urban Planning, Environment and Health. From Evidence to Policy Action - Meeting Report*, WHO 2010, s. 71.

¹⁷ Hugh Barton and Catherine Tsourou, *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to*

Metoda oceny skutków środowiskowych jest zorientowana na upodmiotowienie mieszkańców, stając się instrumentem partycypacji obywatelskiej¹⁸. Taka forma rzecznictwa (*advocacy*), z jednej strony może być tylko formą promowania pewnych ideałów na rzecz danej wizji rozwoju lokalnego¹⁹, z drugiej strony natomiast może przyjąć postać „nauki obywatelskiej” (*citizen science*)²⁰. Tym, co HIA może zaoferować jest właśnie angażowanie w proces decyzyjny spolaryzowanych interesariuszy (władz publicznych, przedsiębiorców, aktywistów i innych) i budowanie porozumienia między nimi²¹.

1.c. Obszar badawczy

Zakres niniejszego opracowania jest wynikiem rozpoznania celu potencjalnych interwencji HIA oraz specyficznej, przyjętej w polskim prawie terminologii. Stąd zasadniczym przedmiotem zainteresowania jest „planowanie przestrzenne”, obejmujące zagadnienia planowania obszarów miejskich - *urbanistyki* - jak i wiejskich - czyli *agrystyki*. Ta ostatnia, zaniedbywana często w literaturze przedmiotu zarówno krajowej, jak i zagranicznej (zdominowanej przez termin „urban planning”), stanowi nie tylko istotny element dla harmonijnego rozwoju kraju, ale i źródło pewnych interesujących, innowacyjnych zjawisk społeczno-politycznych²².

Pochodną tych zagadnień, i ich nieodłączną składową, jest kwestia planowania transportu, zarówno prywatnego, jak i publicznego - samochodowego i szynowego. Dobrze zaplanowana przestrzeń wymaga rozstrzygnięcia kwestii przepływu osób i dóbr między rejonami. Funkcjonalne wydzielanie przestrzeni

Planning for People (Taylor & Francis, 2000); WHO, *Urban Planning, Environment and Health. From Evidence to Policy Action* (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010).

¹⁸ Patrick J. Harris et al., ‘Human Health and Wellbeing in Environmental Impact Assessment in New South Wales, Australia: Auditing Health Impacts within Environmental Assessments of Major Projects’, *Environmental Impact Assessment Review* 29, no. 5 (Wrzesień 2009): 310-18, doi:10.1016/j.eiar.2009.02.002.

¹⁹ WHO, *Health in Impact Assessments. Opportunities Not to Be Missed*.

²⁰ Alan Irwin, ‘Constructing the Scientific Citizen: Science and Democracy in the Biosciences’, *Public Understanding of Science* 10, no. 1 (1 January 2001): 1-18, doi:10.1088/0963-6625/10/1/301.

²¹ Aaron Wernham et al., ‘Health Impact Assessment: The State of the Art’, *Impact Assessment and Project Appraisal* 30, no. 1 (1 March 2012): 43-52, doi:10.1080/14615517.2012.666035.

²² Jan Fałkowski, Beata Łopaciuk-Gonczaryk, and Aneta Kargol-Wasiluk, ‘Partycypacja Obywatelska W Gminach Województwa Podlaskiego Z Punktu Widzenia Przedstawicieli Władz Samorządowych’, in *Jakość Rządzenia W Polsce. Jak Ją Badać, Monitorować I Poprawiać?* (Warszawa, 2013), 315-39.

zakłada taką konieczność: bez płynności - przemieszczanie się z jednego obszaru do drugiego (np. z pracy do domu lub do miejsc rekreacji) - przewidziane dla nich role nie będą właściwie realizowane. Stąd tematyka transportu stanowi istotny element planowania przestrzennego i na tej zasadzie - jako kwestia subsydiarna dla planowania przestrzennego (także w polskim prawie) - została przy najmniej pobieżnie włączona w zakres niniejszego opracowania (planowanie transportu, jako temat swoisty i rozległy, zasługuje na osobne potraktowanie).

Termin *planowanie przestrzenne* (razem z *zagospodarowaniem przestrzennym*) występuje w ustawie o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym z dnia 27 marca 2003 roku (UPZP)²³. Zgodnie z definicją przywoływaną przez Polskie Towarzystwo Socjologiczne *planowanie przestrzenne* oznacza:

„działanie planistyczne mające na celu prawidłowy rozwój kraju, regionów, powiatów gmin i miast, z punktu widzenia racjonalnego użytkowania przestrzeni i środowiska oraz zapewnienia warunków rozwoju społecznego i gospodarczego”²⁴.

Planowanie takie jest integralnym składnikiem *polityki przestrzennej* - stanowiącej „zespół decyzji podejmowanych w sposób ciągły przez upoważnione organy publiczne, zmierzające do stworzenia w państwie i jego częściach pożądanego porządku (modelu) zagospodarowania przestrzennego w sposób zgodny z *ustalonymi celami i priorytetami społecznymi w danym okresie* zapewniając w tym procesie uporządkowany rozwój przestrzenny i ład zagospodarowania”²⁵. Polityka przestrzenna z kolei realizowana jest w ramach gospodarki przestrzennej - „pod-systemu w ramach gospodarki narodowej, którego przedmiotem jest *przestrzeń*, jej celem - zaspokojenie podstawowych potrzeb ludzkich, a efektem - zagospodarowanie”²⁶.

W polskim systemie *gospodarki przestrzennej*: *planowanie* powinno stanowić pierwszy etap cyklu *polityki przestrzennej* - powinno być działaniem bazowym, inicjującym i poprzedzającym inne działania. W przeciwnym razie istnieje ryzyko, że cel tego podsystemu nie zostanie osiągnięty. Celem tym natomiast jest *ład przestrzenny*, definiowany przez ustawę jako:

²³ Ustawa O Planowaniu I Zagospodarowaniu Przestrzennym Z Dnia 27 Marca 2003 Roku (Dz. U. 2003 nr 80 poz. 717 ze zmianami, 2003).

²⁴ PTS, *System Planowania Przestrzeni w Polsce* (Warszawa: Zespół ds. konsultacji społecznych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, 2012).

²⁵ Andrzej Jędraszko, *Zagospodarowanie Przestrzenne W Polsce: Drogi I Bezdroża Regulacji Ustawowych* (Warszawa: Unia Metropolii Polskich, 2005).

²⁶ IGPIK, *Gospodarka Przestrzenna Gmin - Harmonizowanie Interesów Publicznych i Prywatnych*, vol. III (Kraków: Instytut Gospodarki Przestrzennej i Mieszkalnictwa, 1998).

„takie ukształtowanie przestrzeni, które tworzy harmonijną całość oraz uwzględnia w uporządkowanych relacjach wszelkie uwarunkowania i wymagania funkcjonalne, społeczno-gospodarcze, środowiskowe, kulturowe oraz kompozycyjno-estetyczne”.

Jak się okaże w dalszej części tego opracowania, imperatyw ten nie jest w pełni obligatoryjny dla działania organów polskiej administracji publicznej różnych szczebli odpowiedzialnych za gospodarę przestrzenną. W tym miejscu należy zauważyć, że instrumenty Oceny Skutków Zdrowotnych (HIA) są szczególnie predestynowane do zastosowania właśnie w planowaniu przestrzennym, jako tym etapie polityki przestrzennej, na którym można uwzględnić *ex ante* (a nie tylko reaktywnie) różne nieprzewidziane skutki dla zdrowia społeczności, także te wynikające ze skutków społecznych (*Social Impact*) i środowiskowych (*Environmental Impact*).

1.d. Cele opracowania i obszary problemowe

Niniejsze opracowanie powinno zmierzać do odpowiedzi na pytanie, jak systematycznie brać pod uwagę zdrowie w kształtowaniu ładu przestrzennego Polski. Jego adresatami są osoby zainteresowane tą tematyką, lecz niekoniecznie będące specjalistami w zdrowiu publicznym czy planowaniu przestrzennym.

Celem bazowym będzie identyfikacja decydentów oraz ich doradców - identyfikacja kompetentnych instytucji, które stanowić mogłyby dogodne narzędzia dla zastosowania HIA. Uwzględnione zostaną doświadczenia zagraniczne i rekomendacje. Odpowiedzi na powyższe pytanie zdeterminowane będą przez kryteria efektywności HIA: zarówno skuteczności zdrowotnej oraz efektywności kosztowej, ale i politycznej. Kryteria te same w sobie generują szereg dodatkowych dylematów, które rozpatrywane będą na tle faktycznych przykładów oraz „dobrych praktyk”.

Niniejsze opracowanie analizuje perspektywy zastosowania HIA w planowaniu przestrzennym w takim ujęciu, które jest najlepiej dostosowane do polskiego kontekstu instytucjonalnego (procedury opracowywania planów zagospodarowania przestrzennego) i zarazem, które odpowiadałoby na szereg problemów, przed jakimi faktycznie stoi polskie planowanie przestrzenne. Siłą rzeczy podejście to przyjmuje pewne specyficzne założenia normatywne. Kieruje się koncepcją Nowego Urbanizmu²⁷, czyli planowania miejskiego odrzucającego „tradycyjną” orientację na samochód. To nowe podejście - parafrazując słynnego architekta Le Corbusiera - „zwraca ulice pieszym”. Dostrzegana jest w nim silna

²⁷ Barton Reid, 'The New Urbanism as a Way of Life?: The Relationship between Inner City Revitalization in Canada and the Rise of the New Middle Class', 1985.

troska o ludzkie zdrowie, o wspólnotę lokalną i spójność społeczną. Z jego perspektywy zjawiskiem niepożądanym jest gentryfikacja - czyli wypieranie zróżnicowanej społecznie ludności z danej dzielnicy przez ludzi zamożnych (w wyniku rosnących czynszów i kosztów utrzymania). W ramach Nowego Urbanizmu przestrzeń postrzegana jest nie tylko jako arena zmagania z problemami zdrowotnymi i społecznymi (np. przestępczością i przemocą), ale jako samo rozwiązanie tych problemów. Przykładowo, wykorzystuje on koncepcję zapobiegania przestępczości przez planowanie środowiskowe (*crime prevention through environmental design*, CPTED). Jednocześnie jednak nie godzi się na wykorzystanie „architektury defensywnej” dla rugowania z przestrzeni publicznej osób o niskim statusie społecznym (np. kolce przeciwko bezdomnym) - jako narzędzia wykluczania społecznego.

Ten koncepcyjny podkład może stanowić ważny element dla przyszłego zastosowania HIA w planowaniu przestrzennym. Przez jego pryzmat szereg determinantów zdrowia będzie się układać w komplementarną całość tworzącą katalog praktycznych wskazówek postępowania.

2. Przykład zastosowania: Lake Merritt Station (Oakland, 2012)

2.a. Okoliczności

Z perspektywy niniejszego raportu interesującym przykładem zastosowania HIA w planowaniu przestrzennym jest dokument *Lake Merritt Station Area Plan Health Impact Assessment* z 2012 roku²⁸. Dotyczy on planu zagospodarowania fragmentu amerykańskiego miasta Oakland w stanie Kalifornia i powstał w kontekście rozwijania szybkiej kolei dla rejonu Zatoki San Francisco - tzw. BART (Bay Area Rapid Transit). Wyodrębniona część objęta planem - tzw. Obszar Planowania (*Planning Area*) - to rejon w promieniu pół mili (ok. 800 metrów), czyli 10-minutowego spaceru od stacji BART o nazwie Lake Merritt.

Przeprowadzona w tym wypadku szybka, partycypacyjna HIA odnosiła się, więc do Planu Zagospodarowania Okolicy Stacji Lake Merritt [*Station Area Plan (SAP) for the Lake Merritt BART Station (LMB)*]. Plan tworzony był wspólnie przez:

- urząd miasta Oakland,
- system szybkich kolei międzymiejskich BART²⁹,

²⁸ HIP, 'Lake Merritt Station Area Plan Health Impact Assessment' (Human Impact Partners, June 2012).

²⁹ <http://www.bart.gov>

- oraz dystrykt wyższych uczelni zawodowych Peralta (Peralta Community College District)³⁰ - obejmujący m.in. Laney College położony w bezpośredniej bliskości stacji Lake Merritt.

Przeprowadzona HIA odnosiła się do różnych etapów powstającego planu. Bazowała na wstępnych analizach intensywności ruchu i miejskich planach koncepcyjnych transportu. Uzupełniała ona wyniki - uznanego za niewystarczający - raportu z oceny skutków środowiskowych (EIA). HIA była finansowana ze środków Federalnej Administracji Transportu (*Federal Transit Administration, FTA*) w ramach partycypacyjnego projektu pilotażowego (*Public Transportation Participation Pilot Program*). Zasadnicza część HIA przeprowadzona została między styczniem 2010 a grudniem 2011 roku pod przewodnictwem Human Impact Partners (HIP) - kalifornijskiej organizacji pozarządowej zajmującej się problemami nierówności zdrowotnych - głównie właśnie przy wykorzystaniu narzędzia HIA³¹. Decyzja o przeprowadzaniu HIA względem tego planu podjęta została pod wpływem podnoszonych przez społeczności lokalne obaw i postulatów. Urząd miasta Oakland od samego początku był zainteresowany wkładem obywateli w kształtowanie tego planu zagospodarowania przestrzennego.

To co czyni ten przykład zastosowania HIA ciekawym, to fakt, że dotyczył on szeregu ząbających się kontekstów społeczno-przestrzennych. Zasadniczym celem był wpływ rozwoju szybkiej kolei międzymiejskiej na funkcjonowanie tego obszaru miasta, który będzie punktem przesiadkowym dla licznych mieszkańców wyjeżdżających stamtąd do pracy, a także studentów pobliskiego Community College. Projekt zorientowany był na poprawę bezpieczeństwa ruchu, prewencję przestępczości, utworzenie nowych miejsc pracy oraz zwiększenie wykorzystania Laney College. Istotnym wątkiem projektu była także kwestia jakości życia społeczności lokalnej złożonej głównie z mniejszości pochodzenia chińskiego - z jej historyczno-kulturową specyfiką, a także strukturą wiekową.

W omawianym planie przyjęto wszechstronne spojrzenie na kwestię planowania przestrzennego - z konieczności uwzględniając kontekst dużo szerszy. Odpowiada to docelowemu zakresowi polskiego planowania przestrzennego, które - zgodnie z zapisami prawa - determinować ma także plany transportu drogowego i szynowego. Brane pod uwagę determinanty zdrowia stanowią dobrą wskazówkę na temat tego, co powinno być w przyszłości przedmiotem pogłębionej analizy polskich planów zagospodarowania przestrzennego.

³⁰ <http://web.peralta.edu>

³¹ <http://www.humanimpact.org/about-us/>

2.b. Interesariusze

W samo jej przeprowadzenie HIA, oprócz wskazanych wyżej zleceńodawców planu Lake Merritt Station Area i wykonawcy, włączony był szereg innych podmiotów - zgodnie z zasadami partycypacji społecznej. Na potrzeby HIA powołany został Komitet Kierowniczy (*Steering Committee*), w którego skład wchodził reprezentanci szeregu organizacji zaangażowanych w sprawy społeczności lokalnych i kwestie zdrowia publicznego (tylko cztery pierwsze organizacje były grantobiorcami). Były to:

- Human Impact Partners (HIP) - jako lider i naczelny wykonawca HIA;
- Public Health Law & Policy (PHLP) - koordynator pierwszego etapu³²;
- Asian Pacific Environmental Network (APEN)³³;
- TransForm;
- East Bay Asian Local Development Corporation (EBALDC)³⁴;
- a także Asian Health Services (AHS) - lokalny świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej oferujący usługi przedstawicielom mniejszości pochodzenia azjatyckiego³⁵.

Wszystkie te organizacje zaangażowane były w opracowanie analizy HIA w poszczególnych jej etapach.

2.c. Proces

W omawianym przypadku zastosowano standardowy schemat postępowania w HIA dla planowania przestrzennego:

1. **Screening** przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2010 roku. Miał on charakter niesformalizowany - nie powołano jeszcze wtedy Komitetu Kierowniczego, natomiast kontakt koordynowany był przez organizację Public Health Law & Policy (PHLP). Polegał on na serii rozmów telefonicznych reprezentantów PHLP z przedstawicielami pozostałych organizacji, które później utworzyły Komitet. Na tym etapie zidentyfikowano zasadnicze problemy zdrowotne dla Planu. W wyniku tych działań, jak i wcześniejszych głosów i obaw podnoszonych wśród społeczności lokalnej, podjęta została decyzja o dalszych działaniach ze względu na potencjalnie istotne znaczenie zdrowotne Planu dla społeczności.

³² <https://www.myphilanthropedia.org>

³³ <http://apen4ej.org/who-we-are/>

³⁴ <http://www.ebaldc.org>

³⁵ <http://www.asianhealthservices.org>

2. **Scoping** trwał od kwietnia do grudnia 2010 roku. Na tym etapie powołano do życia Komitet Kierowniczy. W kluczowym momencie, we wrześniu 2010 roku Human Impact Partners (HIP) zaangażował planistów urzędu miasta Oakland do ustalenia harmonogramu i zakresu przeprowadzanej analizy. Zakres HIA uwzględniał wytyczne (*Guiding Principles*) opracowane w 2009 roku wspólnie przez urząd miasta, Asian Health Services (AHS) i lokalną Izbę Gospodarczą (*Oakland Chinatown Chamber of Commerce*). Ze względu na ograniczenia finansowe konieczna była redukcja uwzględnianych zagadnień w stosunku do tych wytycznych. Ustalono adekwatną listę priorytetów. Skupiono się na tych aspektach planu, co do których istniała szansa na skuteczne interwencje. Ostateczny projekt HIA przedstawiony został do zatwierdzenia Komitetowi Kierowniczem i urzędowi miasta.
3. **Ograniczona ocena** (*limited analysis*) skutków zdrowotnych przeprowadzona została w odniesieniu do poszczególnych dokumentów związanych z Obszarem Planowania na różnych etapach ich powstawania: w czerwcu i lipcu oraz listopadzie 2011 roku. Proces ten przebiegał na zasadzie korespondencyjnej. Analizy przeprowadzane były w znacznej mierze w oparciu o już istniejące dokumenty opracowane przez instytucje publiczne i pozarządowe. Do HIA wykorzystano różne metody badań społecznych łącznie z „ankietami obserwacyjnymi” (*observational survey*) i konsultacjami społecznymi - w drodze grup fokusowych i tzw. „herbatek sąsiedzkich” (*Neighborhood Teas*) dla sklepikarzy, studentów, rodzin oraz właścicieli nieruchomości. Na podstawie zebranych danych przygotowane zostały rekomendacje adekwatnie do wyodrębnionych determinantów zdrowotnych.
4. **Raport** HIA został udostępniony w formie elektronicznej wraz z załącznikami dokumentującymi proces badawczy. Inne aktywności upowszechniające rezultaty HIA obejmowały spotkania z urzędnikami miejskimi (czerwiec-listopad 2011 r.) oraz omawianie istotnych fragmentów na posiedzeniach Rady Miasta Oakland (marzec 2012 r.).
5. **Monitoring** przewidziany w raporcie uwzględnia kontynuację upowszechniania rezultatów HIA i wywieranie społecznego nacisku na decydentów dla uwzględnienia przedstawionych rekomendacji w drodze partycypacyjnej i demokratycznej - przez pociągnięcie decydentów do odpowiedzialności politycznej za działania, do których się zobowiązali. Twórcy raportu oczekują realizacji co najmniej czterech z siedmiu przedstawionych rekomendacji; spodziewają się także realizacji konkretnych polityk zmniejszających ryzyko zdrowotne we wskazanych obszarach determinantów (patrz: rekomendacje niżej).

2.d. Uwzględnione determinanty zdrowia i rekomendacje

Komitet Kierowniczy wyróżnił pięć obszarów uwarunkowań zdrowia stanowiących przedmiot głównego zainteresowania HIA. Kryterium wyróżnienia było szczególne znaczenie dla wspólnoty lokalnej. Wyróżniono następujące obszary determinantów: (1) transport, (2) mieszkalnictwo, (3) rozwój ekonomiczny, (4) parki i (5) bezpieczeństwo publiczne.

• (1. Transport)

W kwestii wpływu transportu na zdrowie brane były pod uwagę przede wszystkim:

- aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się pieszo, jazdą na rowerze i wykorzystywaniem transportu publicznego;
- bezpieczeństwo ruchu dla kierujących, pieszych i rowerzystów oraz
- jakość powietrza wynikająca z ruchu samochodowego.

Z uwarunkowań już istniejących wskazywano na różną szerokość i stan chodników oraz na znaczące niedostatki ścieżek rowerowych. Pod uwagę brany był fakt, że historycznie Obszar Planowania - obejmujący w znacznej mierze tzw. Chińską Dzielnicę (*Chinatown*) - miał największy w mieście odsetek wypadków z udziałem pieszych i samochodów. Istotnym było także silne zanieczyszczenie powietrza związane z dużym ruchem na pobliskiej międzystanowej drodze szybkiego ruchu (*freeway*). W raporcie zwrócono uwagę, że proponowany plan przebudowy zakładał zwiększenie ruchu samochodowego o dodatkowe 30 do 36 tysięcy podróży dziennie, co przełoży się negatywnie na zdrowie mieszkańców we wszystkich omawianych kwestiach, jeśli nie zostaną podjęte środki zaradcze. Z kolei inne planowane inwestycje - takie jak udogodnienia dla pieszych i rozwiązania wygaszające ruch (zweżenia pasów, progi zwalniające, drogi jednokierunkowe, ścieżki rowerowe) - mają przynieść pozytywne skutki przez ograniczenie wypadków.

• (2. Mieszkalnictwo)

W kwestii mieszkalnictwa rozpatrywany był przede wszystkim wpływ na zdrowie migracji i kosztów utrzymania. Dane z 2000 roku wskazywały, że średni czynsz brutto w Obszarze Planowania był o 30% niższy niż w pozostałej części Oakland. Zauważano jednak, że zakładane inwestycje grożą wzrostem kosztów utrzymania w dzielnicy (czynsz, ceny żywności w sklepach) i w rezultacie gentryfikacją - wprowadzaniem się osób zamożnych i wypieraniem ludności mniej mającej. Aby temu zapobiec, wskazywano na konieczność wprowadzenia środków dla utrwalenia przystępności cenowej mieszkań, szczególnie dla osób starszych.

- **(3. Rozwój ekonomiczny)**

Determinantami gospodarczymi branżami tu pod uwagę były:

- charakterystyka siły roboczej - uwzględniająca dochód, wiek, wykształcenie, status zatrudnienia i lokalizację pracy;
- charakterystyka gospodarcza - gałąź gospodarki, potencjał miejsc pracy, płace i dodatki, oraz kształcenie siły roboczej; a także
- warunki dla rozwoju przedsiębiorczości (przyciągające inwestycje).

Analiza istniejącej struktury przedsiębiorczości i siły roboczej wskazywała na najsilniejszą reprezentację sektorów (kolejno wg wielkości): usług edukacyjnych, zdrowotnych i opiekuńczych; sztuki, kultury i rekreacji; gastronomii i zakwaterowania; finansów, ubezpieczeń, obrotu nieruchomościami i najmu; handlu; oraz nauki, zarządzania i innych. Nie udało się ustalić, jaki odsetek mieszkańców pracuje lokalnie i do jakiego stopnia kwalifikacje mieszkańców wpasowują się w lokalną strukturę gospodarki. W wyniku wdrożenia planu, przewidziano stworzenie dodatkowych 4423 miejsc pracy - głównie pracy biurowej, w handlu i zawodach związanych z samochodami. Może to szczególnie wspomóc jednojęzyczną ludność pochodzenia azjatyckiego, dla której bardziej odpowiednie są mniejsze i bliższe zakłady pracy.

- **(4. Parki)** W raporcie badano wpływ planowanych inwestycji na udział terenów zielonych mierzony w akrach na 1000 mieszkańców; geograficzną dostępność parków; oraz programy i inne funkcje oferowane przez parki. Wskazano, na fakt, że już przed realizacją planów dostępność parków dla mieszkańców tego obszaru była mniejsza niż średnia dla Oakland, i że parki te należy uznać za przeludnione z perspektywy istniejących wytycznych. Proponowane powiększenie terenów zielonych - w świetle oczekiwanego przyrostu populacji - uznane zostało za zabieg niewystarczający. W raporcie wskazano też na konieczność uwzględnienia opinii samych mieszkańców i ich kulturowe oczekiwania w planowaniu tego aspektu (m.in. miejsca dla gimnastyki medytacyjnej *tai chi*).
- **(5. Bezpieczeństwo publiczne)** W kontekście przestępczości i przemocy zwrócono uwagę na fakt, że obszar objęty planowaniem jest postrzegany jako niebezpieczny. Raport omawia rekomendowane środki zapobiegania przestępczości przez planowanie środowiskowe (*crime prevention through environmental design*, CPTED) - zwiększenie aktywności handlowej i usługowej, redukcję natężenia i prędkości ruchu samochodowego na rzecz ruchu pieszego (wymuszanie większej ostrożności), lepsze oświetlenie ulic, oraz zwiększenie spójności społecznej. Środki te zostały uwzględnione w planie i powinny prowadzić do zwiększenia bezpieczeństwa.

Twórcy raportu wskazywali, że wiele z proponowanych rozwiązań będzie miało zasadniczo pozytywny skutek zdrowotny. Jednak prognozują oni także szereg negatywnych skutków - głównie: gentryfikację, zwiększenie ryzyka wypadków i pogorszenie jakości powietrza. Raport zawiera szereg wskazówek dla uniknięcia takich konsekwencji i dla poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Podstawowe i najbardziej realne w realizacji wytyczne z raportu ujęte zostały zwięźle w postaci czterech wskazań ogólnych i - składających się na nie - siedmiu szczegółowych rekomendacji:

1. Tworzenie bezpiecznych przestrzeni publicznych:
 - a. Zwiększenie ruchu pieszych i tworzenie miejsc zatrudnienia przez przyciąganie drobnego biznesu.
 - b. Tworzenie przyjaznych, bezpiecznych i przepustowych rozwiązań przez lepsze oświetlenie i udogodnienia dla pieszych w celu poprawy okolicy Chinatown i Laney College.
 - c. Poprawienie połączeń między kluczowymi celami podróży, szczególnie Chinatown i Laney College.
2. Promowanie bezpiecznych ulic:
 - a. Zmniejszenie ruchu samochodowego przez okolicę.
 - b. Poprawa i utrzymanie chodników.
 - c. Zapewnienie czystości i bezpieczeństwa ulic i skrzyżowań.
3. Poprawienie służb policyjnych:
 - a. Utworzenie dodatkowego posterunku policyjnego przy stacji Lake Merritt.
4. Włączenie programów i polityk prewencji przemocy.

3. Polski kontekst instytucjonalny dla HIA w planowaniu przestrzennym

Podstawą do wdrożenia HIA w polskim planowaniu przestrzennym jest rozpoznanie uwarunkowań systemowych - w szczególności regulacji prawnych, wyznaczających ramy procesu planowania. Znajomość regulacji umożliwi znalezienie miejsca dla HIA - momentów w procesie stanowiących furtkę dla wprowadzenia różnych elementów procesu HIA.

3.a. Regulacje systemowe

Obowiązująca (do czasu wprowadzenia opracowywanego właśnie *Kodeksu urbanistyczno-budowlanego*) *ustawa o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym z dnia 27 marca 2003 roku* (Dz. U. 2003 nr 80 poz. 717 ze zmianami) [UPZP] wskazuje w artykule 1, ust.1, pkt. 5, że „w planowaniu i zagospodaro-

waniu przestrzennym uwzględnia się zwłaszcza”: „wymagania ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwa ludzi i mienia, a także potrzeby osób niepełnosprawnych”. Stanowi to legalną podstawę zastosowania HIA w tym obszarze. Natomiast, realnym otwarciem drzwi dla zastosowanie tej metody w Polsce jest uchwalona w 2015 roku ustawa o rewitalizacji [UR]. Wprowadza ona szereg punktów zaczepienia dla zastosowania oceny skutków zdrowotnych: umocowuje prawnie pojęcie „interesariuszy” i partycypacji społecznej w planowaniu przestrzennym oraz legalnie ugruntowuje komitet sterujący HIA przez wprowadzenie instytucji Komitetu Rewitalizacji.

Tabela 7.

Najważniejsze regulacje planowania przestrzennego w Polsce

Najważniejsze ustawy z aktów prawnych regulujących kwestię planowania przestrzennego w Polsce:
<ul style="list-style-type: none"> • [UR] Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o rewitalizacji (Dz.U. 2015 poz. 1777)
<ul style="list-style-type: none"> • [UPZP] Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz.U. 2003 nr 80 poz. 717)
Akty wykonawcze:
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 1 lipca 2016 r. w sprawie zakresu projektu miejscowego planu rewitalizacji w części tekstowej oraz zakresu i formy wizualizacji ustaleń miejscowego planu rewitalizacji
<ul style="list-style-type: none"> • Uchwała Nr 239 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie przyjęcia Koncepcji Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030 (M.P. 2012 nr 0 poz. 252)
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 13 maja 2004 r. w sprawie wzoru rejestru decyzji o warunkach zabudowy oraz wzorów rejestrów decyzji o ustaleniu lokalizacji inwestycji celu publicznego (Dz.U. 2004 nr 130 poz. 1385)
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie zakresu projektu studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy (Dz.U. 2004 nr 118 poz. 1233)
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie oznaczeń i nazewnictwa stosowanych w decyzji o ustaleniu lokalizacji inwestycji celu publicznego oraz w decyzji o warunkach zabudowy (Dz.U. 2003 nr 164 poz. 1589)
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobu ustalania wymagań dotyczących nowej zabudowy i zagospodarowania terenu w przypadku braku miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego (Dz.U. 2003 nr 164 poz. 1588)
<ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie wymaganego zakresu projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego (Dz.U. 2003 nr 164 poz. 1587)

Dyrektywy europejskie:
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/1/WE z dnia 15 stycznia 2008 r. dotycząca zintegrowanego zapobiegania zanieczyszczeniom i ich kontroli
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa 2003/35/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. przewidująca udział społeczeństwa w odniesieniu do sporządzania niektórych planów i programów w zakresie środowiska oraz zmieniająca w odniesieniu do udziału społeczeństwa i dostępu do wymiaru sprawiedliwości dyrektywę Rady 85/337/EWG i 96/61/WE
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa 2003/4/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2003 r. w sprawie publicznego dostępu do informacji dotyczących środowiska i uchylająca dyrektywę Rady 90/313/EWG
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa 2001/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa Rady 92/43/EWG z dnia 21 maja 1992 r. w sprawie ochrony siedlisk naturalnych oraz dzikiej fauny i flory
<ul style="list-style-type: none"> • Dyrektywa Rady z dnia 27 czerwca 1985 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre publiczne i prywatne przedsięwzięcia na środowisko naturalne
Orzeczenia TK:
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. akt K 50/13
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 lipca 2010 r. sygn. akt K 17/08 (Dz.U. 2010 nr 137 poz. 926)
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 lutego 2010 r. sygn. akt P 58/08 (Dz.U. 2010 nr 24 poz. 124)
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 marca 2007 r. sygn. akt K 54/05 (Dz.U. 2007 nr 48 poz. 326)
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 marca 2005 r. sygn. akt K 22/04 (Dz.U. 2005 nr 57 poz. 503)
Inne relewantne regulacje i dokumenty:
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz.U. 1997 Nr 115 poz. 741)
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006 Nr 227 poz. 1658)
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym (Dz. U. z 2011 r. Nr 5, poz. 13, Nr 228, poz. 1368, z 2014 r. poz. 423, 915)
A także:
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 12 maja 2000 r. o zasadach wspierania rozwoju regionalnego
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. Prawo geodezyjne i kartograficzne

Źródło: *Internetowy System Aktów Prawnych, 2016*

W polskim systemie prawno-administracyjnym, w przypadku dokumentów planowania przestrzennego, uwzględnia się różnorodną terminologię: „plan”, „koncepcja”, „studium”, „strategia”. Istnieją między nimi pewne różnice prawne, które szerzej zostaną omówione w dalszej części raportu. W tym miejscu wypada wskazać, że na poziomie gminy (miasta), tzw. „miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego” - będący aktem prawa lokalnego (stanowiący tym samym źródło praw i obowiązków obywateli, i będący wiążącą podstawą decyzji administracyjnych) - jest tylko i wyłącznie dokumentem opracowywanym fakultatywnie. Obligatoryjne „studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego” (SUiKZP) ma charakter wyłącznie aktu kierownictwa wewnętrznego³⁶.

Tabela 8.

Instytucje planowania przestrzennego w Polsce

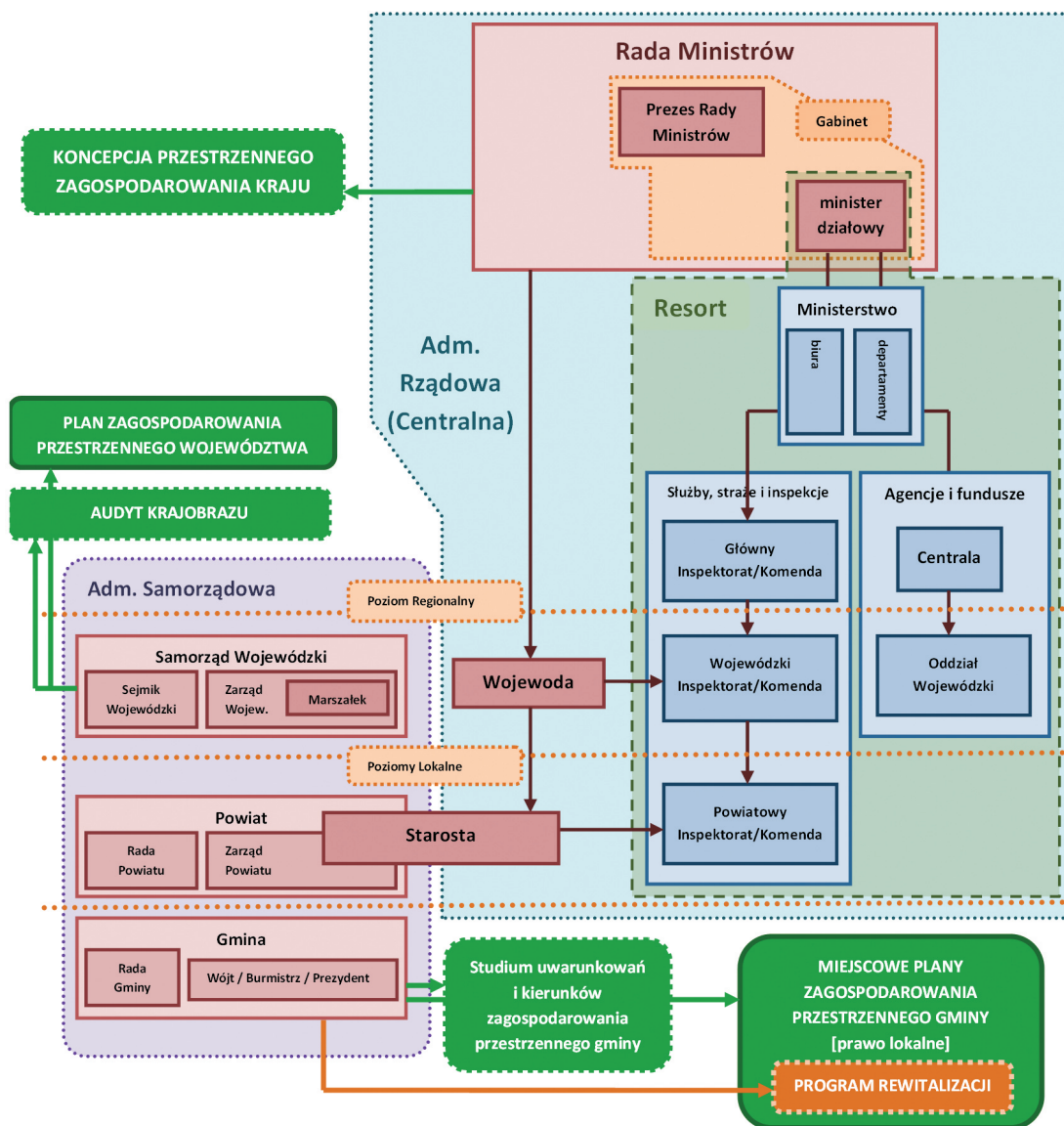
Poziom administracyjny	Dokument:	Status:	Konsultacje:	Organy:	
				sporządzają	uchwala
KRAJ	KONCEPCJA Przestrzennego Zagospodarowania Kraju	<ul style="list-style-type: none"> • UCHWAŁA R.M. • OBLIGATORYJNY • Uwzględnia Długookresową Strategię Rozwoju Kraju 	<ul style="list-style-type: none"> • GŁÓWNA KOMISJA URBA-NISTYCZNO-ARCHITEKTO-NICZNA - obligatoryjny organ doradczy Premiera • PAŃSTWOWA RADA GOSPO-DARKI PRZE-STRZENNEJ - fakultatywny organ doradczy R.M. • inne 	MINISTER ds. ROZWOJU REGIONALNEGO + M. ds. PLA-NOWANIA & ZAGOSPODAR. PRZESTRZENNEGO	RADA MINISTRÓW
	PROGRAMY służące realizacji Inwestycji Celu Publicznego	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzane mają być do planu zagospodarowania przestrzennego województwa 	<ul style="list-style-type: none"> • SEJMIKI WŁAŚCIWYCH WOJEWÓDZTW • inne 	Ministrowie i centralne organy administracji rządowej	---

³⁶ W odchodzącym porządku prawnym, w przypadku braku planu, instytucją planowania przestrzennego ad hoc jest decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu (WZiZT czy też tzw. „wuzetka”).-PTS, System planowania przestrzeni w Polsce, Zespół ds. konsultacji społecznych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, Warszawa 2012, <http://www.gisplay.pl/urbanistyka/planowanie-przestrzenne-w-polsce.html>

WOJEWÓDZTWO	AUDYT KRAJOBRAZOWY	<ul style="list-style-type: none"> • OBLIGATORYJNY nie rzadziej niż raz na 20 lat • uwzględnia Strategię Rozwoju Województwa 	<ul style="list-style-type: none"> • Obwieszczenie przed wyłożeniem: min. 7 d • Czas wglądu przez: min. 30 d • Zbieranie uwag po czasie wglądu: min 14 d 	ZARZĄD WOJEWÓDZTWA	SEJMIK WOJEWÓDZTWA
	PLAN Zagospodarowania Przestrzennego Województwa	<ul style="list-style-type: none"> • FAKULTATYWNY • Ma uwzględniać audyt, strategię i programy centralne 	WOJ. KOM. URB-ARCH. (obligatoryjna) i inne <ul style="list-style-type: none"> • Procedura jak dla planu lokalnego - patrz rys. 6 - ZA WYJĄTKIEM terminem 40 dni od na konsultacje projektu 		
ZESPÓŁ METROPOLITALNY (fakultatywny)	RAMOWE STUDIUM Uwarunkowań i Kierunków Zagospodarowania Przestrzennego	<ul style="list-style-type: none"> • OBLIGATORYJNE • Nie jest aktem prawa miejscowego • Ma uwzględniać dokumenty wyższych szczebli 	POW. KOM. URB-ARCH. gmin i powiatów wchodzących w skład związku <ul style="list-style-type: none"> • Procedura jak dla studium gminnego - patrz rys. 6 	ZARZĄD ZWIĄZKU METROPOLITALNEGO	ZGROMADZENIE ZWIĄZKU
POWIAT	Analizy i Studia z Zakresu Zagospodarowania Przestrzennego	---	POW. KOM. URB-ARCH. (fakult.)	STAROSTA	RADA POWIATU
GMINA	STUDIUM Uwarunkowań i Kierunków Zagospodarowania Przestrzennego	<ul style="list-style-type: none"> • OBLIGATORYJNY • Akt kierownictwa wewnętrznego (nie jest powszechnie obowiązujący) • Uwzględnia Strategię Rozwoju Gminy i dokumenty wyższych szczebli 	GMINNA. KOM. URB-ARCH. (fakult.) i inne <ul style="list-style-type: none"> • Procedura - patrz rys. 6 	WÓJT / BURMISTRZ / PREZYDENT	RADA GMINY
	MIEJSCOWY PLAN Zagospodarowania Przestrzennego Gminy	<ul style="list-style-type: none"> • FAKULTATYWNY • AKT PRAWA MIEJSCOWEGO 			
	MIEJSCOWY PLAN REWITALIZACJI	<ul style="list-style-type: none"> • FAKULTATYWNY • AKT PRAWA MIEJSCOWEGO 	KOMITET REWITALIZACJI (obligatoryjny) <ul style="list-style-type: none"> • Procedura - patrz rys. 7 		

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustaw (2016)

Planowanie przestrzenne (studia i plany) stanowi proces nadrzędny dla formułowania planów rozwoju transportu (kraju, województwa, gminy) - plany rozwoju transportu muszą powstawać na bazie odpowiednich planów przestrzennego zagospodarowania. Do niedawna dotyczyło to też realizacji programów rewitalizacji danych obszarów (np. dzielnic miasta), jednak wraz z ustawą o rewitalizacji z 2015 roku decyzja o rewitalizacji posiada rangę planu [UPZP, art. 37n. 2] i wymusza modyfikację studium [UR, art. 20. 1.].



Rys. 1.
Planowanie przestrzenne w systemie polskiej administracji publicznej
Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016

„Najważniejszym dokumentem dotyczącym ładu przestrzennego Polski” jest Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju. Uchwalana jest ona przez Radę Ministrów, a przygotowuje ją minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego we współpracy z ministrem właściwym do spraw budownictwa, planowania i zagospodarowania przestrzennego oraz mieszkalnictwa. Koncepcja ta uwzględniać ma Długookresową Strategię Rozwoju Kraju tworzoną na ten sam okres. Sama natomiast stanowi punkt odniesienia dla wszelkich aktów planowania przestrzennego tworzonych na niższych szczeblach administracji.

Z perspektywy HIA, najistotniejszymi (tj. mającymi najbardziej bezpośrednią relację na zdrowie obywateli) dokumentami kształtowania ładu przestrzennego w Polsce są:

- *studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy* (dalej: *studium*),
- *ramowe studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego związku metropolitalnego* (dalej: *studium metropolitalne*),
- *miejskowy plan zagospodarowania przestrzennego gminy* (dalej: *plan*), oraz *miejskowy plan rewitalizacji* (dalej: *plan rewitalizacji*),
- *gminny program rewitalizacji* (dalej: *program rewitalizacji*).

Są to też dokumenty, których tworzenie jest najbardziej szczegółowo uregulowane w ustawach. *Studium* jest dokumentem obligatoryjnym (choć nie jest aktem prawa miejscowego, podobnie jak *studium metropolitalne*) i ma uwzględniać:

- koncepcję przestrzennego zagospodarowania kraju,
- ustalenia strategii rozwoju i planu zagospodarowania przestrzennego województwa,
- ramowe studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego związku metropolitalnego
- oraz strategię rozwoju gminy (jeśli gmina takową posiada).

Studium uwzględniać też powinno wnioski publiczności oraz odpowiednich instytucji i organów. *Plan* (miejscowy) ma opierać się na *studium* i jest już aktem prawa lokalnego. „Szczególną formą planu miejscowego” jest miejscowy plan rewitalizacji [UPZP, art.37f, ust.2]. Z kolei, *program rewitalizacji* (który od 2015 roku ma swoje umocowanie ustawowe) „nie stanowi aktu prawa miejscowego” [UR, art.19]. W przypadku wprowadzenia tego ostatniego, odpowiedniemu dopasowaniu ma ulec samo *studium*.

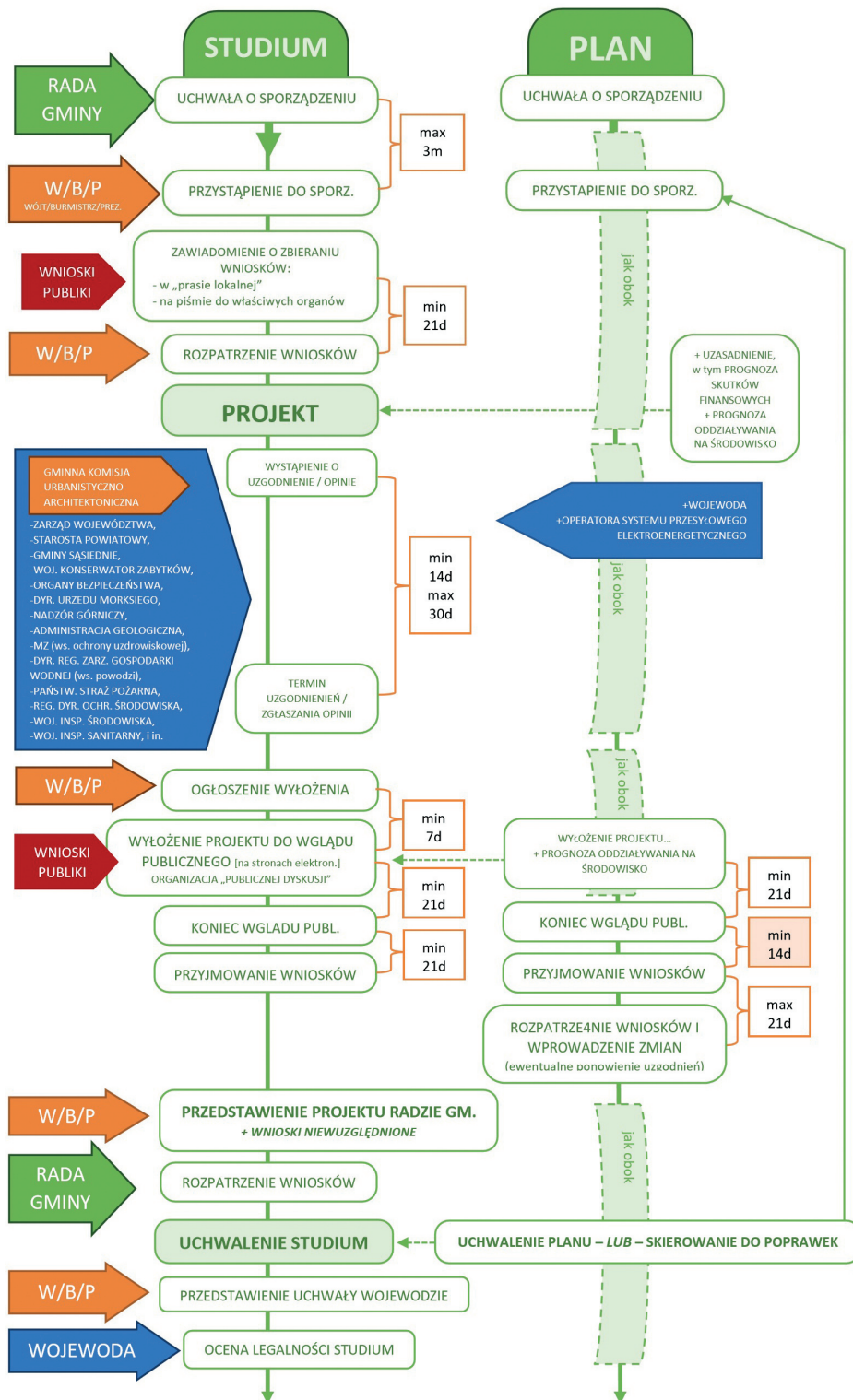
Spośród szeregu wytycznych, jakie ustawa narzuca względem *studium* [UPZP, art. 10.1], z perspektywy HIA istotne jest uwzględnianie „uwarunkowań wynikających w szczególności z [...] 5) warunków i jakości życia mieszkańców, w tym ochrony ich zdrowia”. Plan lub *studium* zawierają zarówno część tekstową, jak

i graficzną. Koszty sporządzenia studium lub planu obciążają budżet gminy, której rada podjęła uchwałę o sporządzenie dokumentu. Wyjątkiem od tej reguły finansowania są sytuacje, w których sporządzenie lub zmiana (studium lub planu) wynikają z inwestycji o charakterze ponadlokalnym lub metropolitalnym. W zależności od skali (znaczenia) przedsięwzięcia, finansowanie może pochodzić z budżetu powiatu, województwa oraz państwa. Dodatkowo, w przypadku **planu** miejscowego, koszt jego sporządzenia pokrywać ma inwestor realizujący inwestycję celu publicznego - „w części, w jakiej jest on bezpośrednią konsekwencją zamiaru realizacji tej inwestycji” [art. 21.2, pkt. 4]. Instytucje i organy, które wg ustawy mają zaopiniować lub uzgodnić projekt **studium** lub **planu** czynią to na swój własny koszt [art. 24].

3.b. Proces planowania przestrzennego w polskich regulacjach

Poniżej został przedstawiony opis oraz graficzna ilustracja (rys. 5 i 6) ustawowo określonego procesu kształtowania tych instytucji [na podstawie UPZP i UR]. Tworzenie gminnego **planu** i **studium**, posiada szereg identycznych etapów, w związku z czym procesy ich tworzenia zostały przedstawione obok siebie. Tam gdzie tworzenie **planu** ma etapy analogiczne do tworzenia studium, to zostało oznaczone („jak obok”). W miejscach, w których analogiczna czynność zawiera dodatkowy element, zostało to oznaczone polem tekstowym przyporządkowanym strzałką do czynności wyjściowej. Tam gdzie proces wygląda inaczej, ścieżka odnosząca się do **planu** zawiera inne elementy. W odniesieniu do **studium metropolitalnego** obowiązują te same przepisy dotyczące tworzenia **studium**, za wyjątkiem wymogu, by projekt **studium metropolitalnego** był uchwalony przez wszystkie gminy wchodzące w skład związku metropolitalnego i był uzgodniony z komisjami urbanistyczno-architektonicznymi tych gmin i ich powiatów [UPZP, art. 37o, ust. 8]. Te same przepisy dotyczą także tworzenia planu zagospodarowania przestrzennego województwa, „za wyjątkiem terminu dokonania uzgodnień i przedstawienia opinii, który nie powinien być krótszy niż 40 dni od dnia udostępnienia projektu planu wraz z prognozą oddziaływania na środowisko” [UPZP, art. 41, ust. 2].

Zarówno **studium**, jak i **plan** inicjowane są za sprawą uchwały rady gminy. Opracowywane są natomiast przez organ wykonawczy gminy, czyli - zależnie od rozmiaru gminy - wójta, burmistrza lub prezydenta (W/B/P). Organ wykonawczy ma obowiązek przystąpić do sporządzenia **studium** lub **planu** najpóźniej 3 miesiące od uchwały rady. Trzeba zaznaczyć, że uchwała ta podejmowana jest na wniosek samej rady organu wykonawczego.



Rys. 2. Proces tworzenia studium uwarunkowań i kierunków oraz planu zagospodarowania przestrzennego w Polsce (stara ustawa)
 Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016

W przypadku *planu*, podjęcie uchwały rady musi poprzedzić analiza wykonana przez W/B/P, które dotyczyć ma „zasadności przystąpienia do sporządzenia planu i stopnia zgodności przewidywanych rozwiązań z ustaleniami studium, przygotowuje materiały geodezyjne do opracowania planu oraz ustala niezbędny zakres prac planistycznych” [UPZP, art.14.5]. Organ wykonawczy przystępuje do opracowania *studium* lub *planu* przez ogłoszenie tego zamiaru publice i zawiadomienie „odpowiednich instytucji i organów”. Ogłoszenie publice (w prasie lokalnej, przez obwieszczenie i innymi środkami) ma na celu zbieranie wniosków publiki (interesariuszy). Termin zbierania wniosków nie może być krótszy niż 21 dni od dnia ogłoszenia.

Potem następuje opracowanie *studium* lub *planu*. Osoby, które są uprawnione do opracowania *studium* i *planu*, muszą spełniać odpowiednie kryteria [UPZP, art.5]. Muszą one posiadać przede wszystkim kwalifikacje do wykonywania zawodu urbanisty (legitymując się dyplomem odpowiednich studiów lub studiów podyplomowych). Opracowanie projektu *studium* lub *planu* dokonuje się po rozpatrzeniu wniosków. Organ wykonawczy (W/B/P) wnioskuje następnie o zaopiniowanie lub uzgodnienie projektu do gminnej (lub innej właściwej) komisji urbanistyczno-architektonicznej oraz szereg innych instytucji publicznych. Katalog tych instytucji jest nieco szerszy w przypadku opracowywania *planu* (patrz: rys.2). Nieprzedstawienie stanowiska uznaje się za akceptację projektu [art. 25.2].

Projekt *studium* lub *planu* podlega też „wyłożeniu do wglądu publicznego” (w tym na stronach internetowych gminy). Na minimum 7 dni przed wyłożeniem organ wykonawczy powinien ogłosić ten fakt wyłożenia. Sam projekt powinien być dostępny do wglądu przez minimum 21 dni. W tym czasie organ ma obowiązek organizować „dyskusję publiczną nad przyjętymi w tym projekcie studium rozwiązaniami” [UPZP, art.11, pkt.10 oraz art.17, pkt.9]. Potem od zakończenia okresu „wyłożenia”, interesariusze (zarówno osoby fizyczne, jak i prawne, oraz inne) mają jeszcze 21 dni, aby wnieść uwagi dotyczące projektu *studium* [art.11, pkt.11] lub 14 dni, aby wnieść uwagi dotyczące projektu *planu* [art.17, pkt.11].

Po przyjęciu wniosków, w przypadku projektu *planu* W/B/P rozpatruje wniosek w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia upływu terminu ich składania [art.17, pkt.12]. Na tym etapie W/B/P może jeszcze powtórzyć uzgodnienia w „niezbędnym zakresie”. W przypadku *studium*, ustawa nie reguluje etapu po przyjęciu wniosków, zawiera tylko zapis o konieczności przedstawienia projektu *studium* radzie gminy. Zarówno w przypadku *studium*, jak i *planu*, W/B/P przedstawia radzie gminy projekt wraz z wnioskami nierozpatrzonymi. Następnie, w przypadku *planu*, rada gminy może (także na podstawie nieuwzględnianych wniosków) skierować projekt do poprawy w wyznaczonym zakresie [art.19]. Po uchwaleniu *studium* lub *planu*, W/B/P przedstawia go wojewodzie do oceny pod względem legalności. W przypadku stwierdzenia nieważności uchwały w sprawie *studium* lub *planu* przez wojewodę (w drodze rozstrzygnięcia nadzorczego), gmina może zaskarżyć tę decyzję do sądu administracyjnego. Jeśli chodzi o kwestię

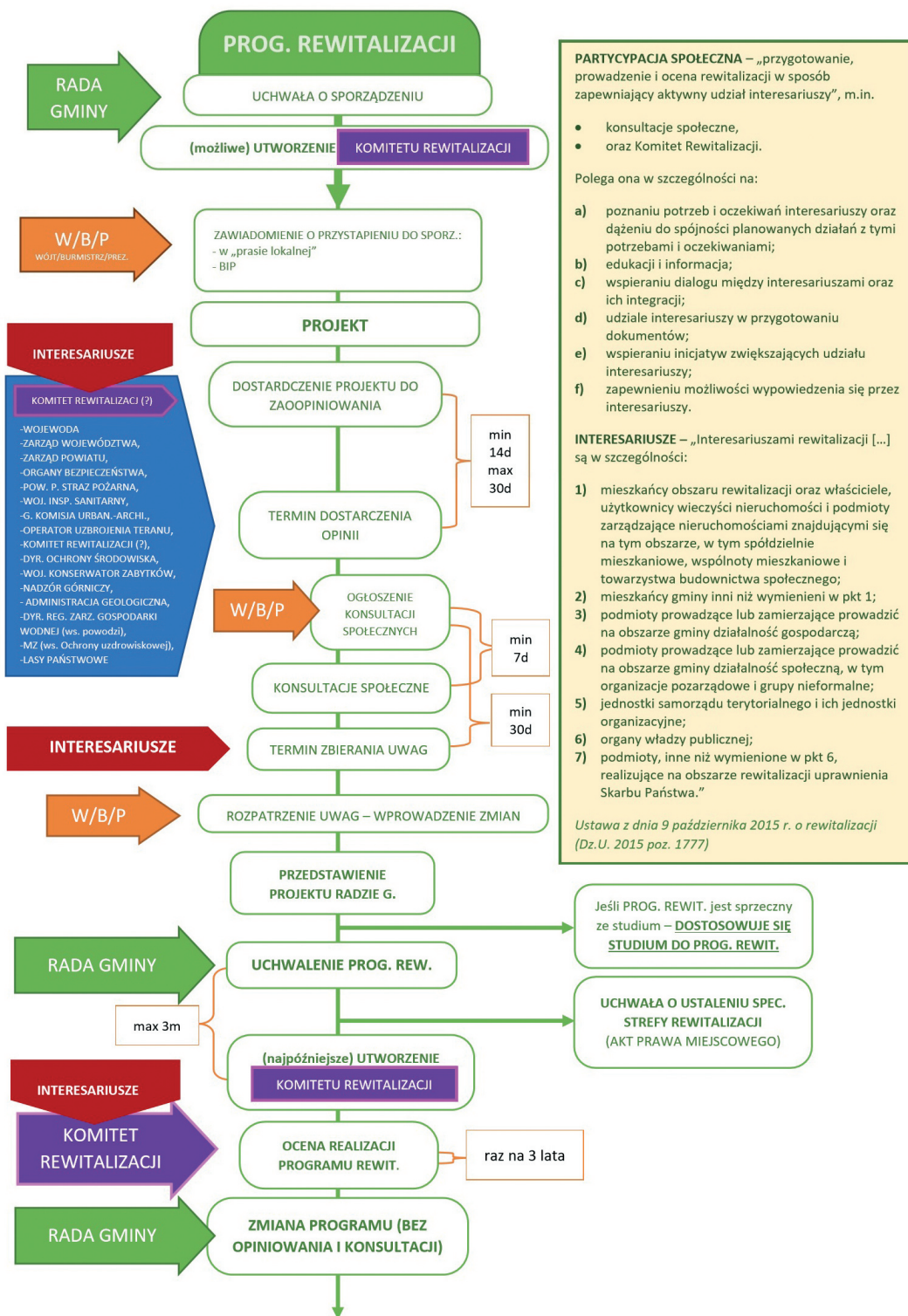
podmiotów mogących składać wnioski do projektu *studium i planu*, ustawa stwierdza, że może to zrobić „każdy, kto kwestionuje ustalenia przyjęte w projekcie planu, wyłożonym do publicznego wglądu”. Przyjmowane wnioski mają być na piśmie, czyli także w formie elektronicznej [art.18]. W przypadku *programu rewitalizacji*, za sprawą ustawy o rewitalizacji z 2015 roku [UR] dokonane zostało ustawowe umocowanie pojęcia „interesariuszy rewitalizacji” w kontekście planowania przestrzennego - z określeniem otwartego katalogu podmiotów klasyfikowanych w ten sposób (patrz tabela przy rys. 3).

Gminny program rewitalizacji zasadniczo tworzony jest w sposób analogiczny do *studium*. Procedura jego tworzenia zawiera jednak pewne specyficzne uregulowania stanowiące istotne innowacje systemowe. Polegają one przede wszystkim na silniejszym umocowaniu: z jednej strony - procesu partycypacji społecznej i konsultacji społecznych (m.in. przez umocowanie pojęcia interesariusza); z drugiej natomiast - monitoringu i ewaluacji wdrożenia programu (m.in. wprowadzenie instytucji Komitetu Rewitalizacji). Z tego względu, to właśnie instytucja rewitalizacji (w całym systemie planowania i zagospodarowania przestrzennego) stanowić może najbardziej obiecujący i dogodny punkt zaczepienia metody HIA. Jak to zostanie przedstawione w dalszej części, to właśnie proces tworzenia *programu rewitalizacji* zawiera najwięcej furtek dla zastosowania poszczególnych etapów HIA.

Komitet Rewitalizacji, w myśl ustawy [UR, art.7, ust.1], „stanowi forum współpracy i dialogu interesariuszy z organami gminy w sprawach dotyczących przygotowania, prowadzenia i oceny rewitalizacji oraz pełni funkcję opiniodawczo-doradczą wójta, burmistrza albo prezydenta miasta”. W/B/P zapewnia obsługę organizacyjną Komitetu. Jego skład określany jest w drodze uchwały rady gminy - adekwatnie do potrzeb i przy zapewnieniu wyłaniania „przez interesariuszy ich przedstawicieli” do Komitetu.

Komitet może powstać w wybranym momencie procesu rewitalizacji: zarówno już wraz z uchwałą rady o sporządzeniu programu, ale też i po ostatecznym uchwaleniu programu - nie później jednak niż 3 miesiące po uchwaleniu tego programu [art.7, ust.3]. Należy jeszcze zaznaczyć, że opisane w ustawie ramy czasowe konsultacji społecznych niekoniecznie lokują je po opracowaniu projektu *programu*. Wyznaczają one tylko minimalny odstęp między ich ogłoszeniem a rozpoczęciem (7 dni) oraz minimalny czas zbierania opinii (30 dni) [art.6].

Ostatecznie, w przypadku uchwalenia planu rewitalizacji, uzyskuje on rangę planu zagospodarowania przestrzennego [UPZP, art. 37 n. 2] i w przypadku jego sprzeczności ze *studium*, to właśnie *studium* musi podlegać korekcie [UR, art. 20.1.]. Instytucja planu rewitalizacji skonstruowana została w obiecujący sposób. Nadaje większą rangę prawną konsultacjom społecznym, dając im pozycję nie tylko narzędzia ewentualnej korekty planu, ale także umożliwiającego jego współtworzenie przez społeczność lokalną.



Rys. 3.
Proces tworzenia programu rewitalizacji w Polsce
Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016

W tym miejscu wskazać należy, że w momencie opracowywania niniejszego raportu, na poziomie rządowym trwały prace nad projektem ustawy *Kodeks urbanistyczno-budowlany*³⁷. Ustawa ta zakłada szereg wyraźnych i fundamentalnych zmian w polskiej gospodarce przestrzennej. Zastąpi ona dotychczasowe regulacje w tym zakresie:

- ustawę z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. z 2016 r. poz. 778, z późn. zm.),
- ustawę z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290, z późn. zm), oraz
- ustawę z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U. z 2015 r. poz. 1774, z późn. zm.).

Zmiana taka na pewno posłuży ujednoczeniu przepisów i uczynieniu ich bardziej komplementarnymi. Kodeks nieco inaczej niż dotychczas ma uporządkować instytucje planowania przestrzennego. W niniejszym opracowaniu rezygnujemy z przytaczania szczegółowych rozwiązań, gdyż w toku 2017 roku podlegać one mają konsultacjom społecznym i mogą się istotnie zmienić.

Poza szeregiem istotnych i pozytywnych zmian, kodeks zakłada też póki co w swoim projekcie znaczne zawężenie ustawowych regulacji dotyczących procesu planowania przestrzennego. Szczegółowe ustawowe przepisy dotyczące procesu tworzenia, np. planu miejscowego zastąpić ma delegacją ustawową powierzającą określenie procedur ministrowi (ds. spraw budownictwa, planowania i zagospodarowania przestrz. oraz mieszkalnictwa) w drodze rozporządzenia (m.in. art. 90 projektu). Zamierzonym rezultatem takiego obniżenia rangi wskazanych przepisów jest zapewne uelastycznienie procesu planowania przestrzennego. Z jednej strony można uznać to za rozwiązanie pozytywne, bo ułatwiające adaptację procedur planowania przestrzennego do zmieniających się realiów, a także - z perspektywy niniejszej tematyki - do stopniowego wprowadzania do procesu, coraz nowocześniejszych metod oceny skutków zdrowotnych. Z drugiej strony, przynosi to groźbę mniejszej stabilności procedury i podporządkowanie jej woli aktualnie rządzących polityków.

Na razie szersza i bardziej pogłębiona analiza wskazanego projektu nie wydaje się zasadna - projekt wciąż podlega konsultacjom społecznym i jest jeszcze przed skierowaniem do Sejmu, co oznacza, że jego ostateczny kształt nie jest jeszcze znany. Czas pokarze jak uregulowana zostanie wskazana materia w ostatecznej ustawie, a także jakie regulacje wykonawcze będą jej towarzyszyć. Z perspektywy nowego instytucjonalizmu³⁸, można zakładać, że nadchodzące

³⁷ RCL, *Projekt Ustawy Kodeks Urbanistyczno-Budowlany* (Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji, 2016), <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290463/katalog/12382118#12382118>.

³⁸ March and Olsen, *Instytucje*.

rozwiązania w kwestii przebiegu procesu planowania przestrzennego będą przynajmniej częściowo inspirowane poprzednimi, już istniejącymi, co uzasadnia zachowanie w niniejszym raporcie - także jako punktu odniesienia - procedur obowiązujących. Projektowane zmiany, natomiast, nie przewidują zastąpienia obowiązującej ustawy o rewitalizacji.

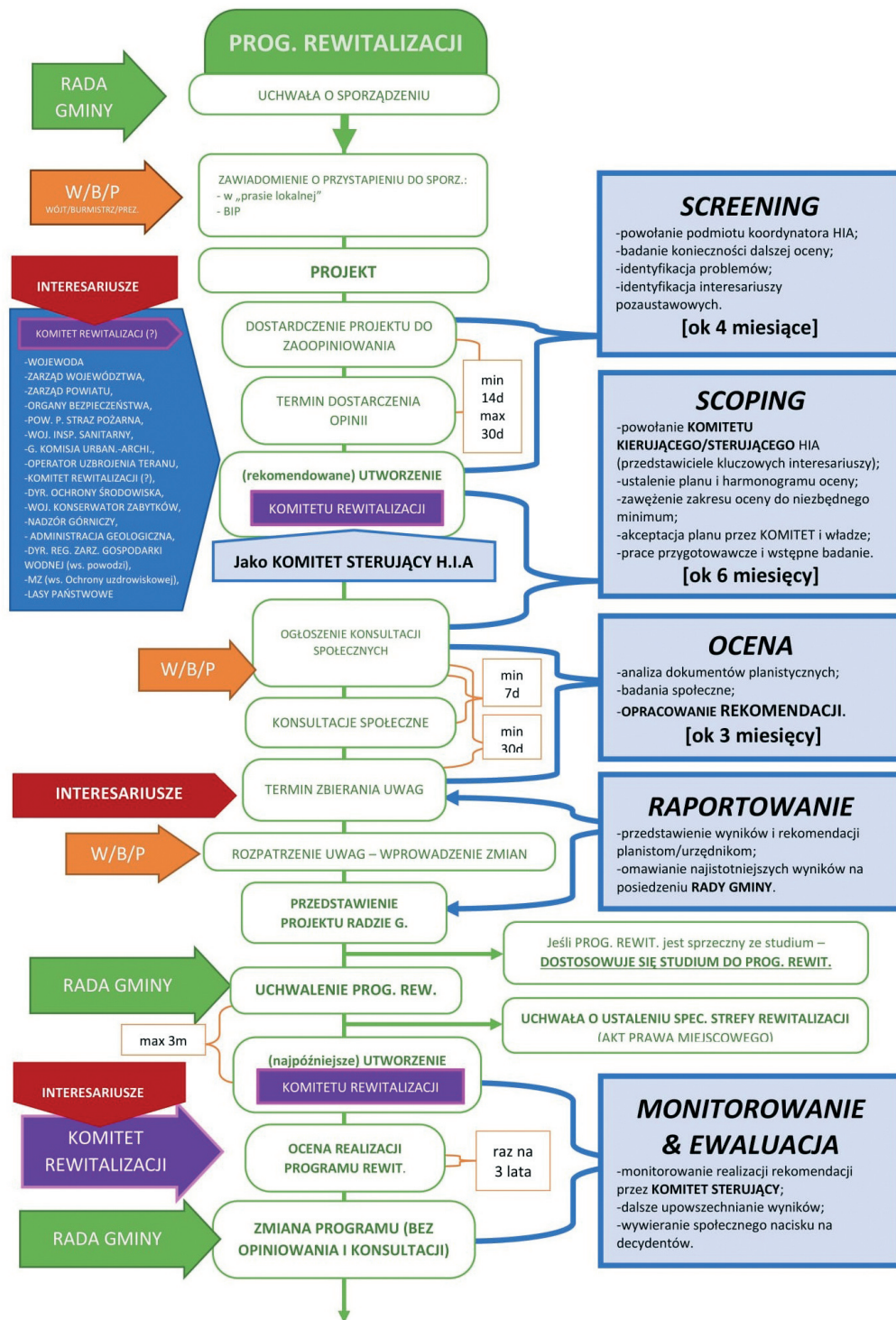
4. Podsumowanie: miejsce HIA w polskim planowaniu przestrzennym

Z perspektywy celów niniejszego opracowania (także ze względu na perspektywę spodziewanych zmian w prawie) najbardziej obiecującym punktem zaczepienia dla metody oceny skutków zdrowotnych (HIA) jest procedura tworzenia programów rewitalizacji. Poniżej przedstawiona została wizualizacja takiego zakotwiczenia. Diagram przedstawia punkty i etapy programowania rewitalizacji, które byłyby odpowiednimi momentami zastosowania poszczególnych etapów HIA (patrz: rys. 4).

Kluczowym punktem zaczepienia jest tu instytucja Komitetu Rewitalizacji, który może - przy okazji innych zadań - pełnić rolę (w całości czy części) tzw. Komitetu Sterującego czy też Kierującego dla HIA. Komitet powoływany jest uchwałą Rady Gminy, a obsługę zapewnia mu Wójt/Burmistrz/Prezydent gminy. Jako, że jego skład powinien być wyłaniany „przez interesariuszy ich przedstawicieli” daje to możliwość realnie partycypacyjnego ukształtowania procesu oceny danego programu. O ile ustawa przewiduje możliwość powołania Komitetu natychmiast wraz z uchwałą nakładającą obowiązek opracowania programu rewitalizacji, pewna zwłoka wydaje się tu jednak zasadna.

Lepsze określenie składu Komitetu wymaga pewnego czasu potrzebnego na rozpoznanie sytuacji i dobór członków: ogłoszenie wstępnych założeń programu, danie możliwości zgłoszeń i ustalenie katalogu interesariuszy niezinstytucjonalizowanych oraz niewymienionych w regulacjach. Z tego względu utworzenie Komitetu, lub późniejsze uzupełnienie jego składu, powinno nastąpić po opracowaniu projektu programu rewitalizacji i po przeprowadzaniu wstępnych konsultacji i zaopiniowaniu przez ustawowe podmioty opiniujące. Generalnie wszystkie etapy HIA powinny być przeprowadzane w terminach znacznie dłuższych niż te wymagane ustawowo.

(1) Etap **screeningu** przeprowadzony może być w czasie między wystawieniem projektu programu do wglądu publicznego i rozestaniem do zaopiniowania ustawowo określonym podmiotom a zebraniem opinii. Samo HIA wymaga na początku wyłonienia instytucji, która będzie koordynatorem procesu HIA. Koordynator taki może być instytucją publiczną (instytutem, uczelnią), jak



Rys. 4. Możliwe zastosowanie HIA w procesie tworzenia programu rewitalizacji
Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016

i pozarządową, wyspecjalizowaną w tego typu działaniach. Finansowanie procesu może pochodzić z grantów publicznych lub kontraktów - współfinansowanie ze środków centralnych, jak i międzynarodowych wydaje się w tym względzie wysoce wskazane. Na tym etapie następuje zbadanie konieczności dalszej oceny, ustalenie istotnych problemów i mapowanie interesariuszy. Jest to proces uruchamiania procesu, więc może on, wbrew pozorom, wymagać czasu - przede wszystkim dlatego, by po wystawieniu projektu do wglądu publicznego, dać szansę konsolidacji i zgłoszenia potencjalnie zainteresowanym stronom.

(2) Po tym nastąpić może etap *scopingu*, którego inauguracją może być powołanie Komitetu - w składzie ustalonym na podstawie mapowania interesariuszy. Całość tego etapu powinna poprzedzać etap konsultacji społecznych - będąc jednocześnie istotnym elementem przygotowania do nich. W tym stadium ustala się zakres problemowy, plan i harmonogram samego badania. Zakłada on wstępną ocenę typu *desk research* samego projektu programu rewitalizacji. Zakres dalszych prac będzie na tym etapie zawężony do niezbędnego minimum, tak aby nie tracić czasu i zasobów na problemy mniej istotne i by wykorzystać analizy już istniejące. Wszelkie plany badania powinny na tym etapie uzyskać aprobatę odpowiednich władz, tak by zyskać na większej autorytatywności. Ten przygotowawczo-wstępny etap oceny skutków zdrowotnych jest czasochłonny, wymagać więc może około pół roku na przeprowadzenie.

(3) *Ocena* właściwa przebiegać powinna symultanicznie i w ramach procesu konsultacji społecznych. Takie połączenie umożliwia synergiczne wykorzystanie już prowadzonych badań socjologicznych, mających inne cele. Zakończeniem tego etapu będzie - przewidziany ustawowo - termin zbierania przez władze uwag. Dzięki dobrze przeprowadzonemu, wcześniejszemu przygotowaniu, etap ten powinien przebiegać sprawnie i przy minimum kosztów, zajmując około 3 miesiące. Jest to też okres analiz i opracowania wyników i rekomendacji w formie przystępnego raportu.

(4) Kolejnym etapem jest samo *raportowanie* - prezentacja wniosków i rekomendacji do samego projektu. Raport przynajmniej w wersji początkowej, powinien być przedstawiony w terminie zbierania uwag przez Wójta/Burmistrza/Prezydenta (czy raczej zespół opracowujący programu rewitalizacji w jego imieniu). Nawet jeśli rekomendacje przedstawione w ten sposób nie zostaną uwzględnione, istnieje jeszcze jeden punkt procesu, w którym HIA może doprowadzić do modyfikacji planu rewitalizacji. Program ten bowiem wymaga jeszcze zatwierdzającej uchwały Rady Gminy. Poprzedzająca głosowanie dyskusja Rady stanowi dodatkowy moment na prezentację i omówienie wyników HIA. Raportowanie powinno spełniać wskazane we wcześniejszych częściach tego raportu wymogi zwięzłości i przystępności.

(5) Po uchwaleniu programu rewitalizacji przychodzi czas na retroaktywną ocenę skutków zdrowotnych - tj. **monitorowanie i ewaluację** realizacji samego programu oraz tego czy uwzględniane są rekomendacje HIA. Fortunnie, istnieje ustawowy wymóg (najpóźniej w tym momencie) powołania Komitetu Rewitalizacji, właśnie dla monitorowania realizacji programu. Jest to rozwiązanie bardzo korzystne z perspektywy HIA, jeśli rzeczywiście metoda ta zostanie zaszczytowana w tej instytucji. To daje bardzo dogodny instrument budowania presji na decydentów i rozliczania ich z podjętych działań.

Przy identyfikacji istotnych interesariuszy oraz ustalania samego procesu konsultacji, pomocnym może być model (wielopasmowego) rządzenia deliberatywnego lub tzw. *deliberative governance*. Jest to rozwijany w ostatnich latach model procesu decyzyjnego w politykach publicznych³⁹. Jego pomocną wersją jest model łączenia trzech kluczowych kwestii publicznych⁴⁰. Deliberatywne rządzenie w jego wypadku polegać ma na sprawiedliwym uwzględnianiu trzech czynników (motywów), zwykle reprezentowanych przez trzy typy interesariuszy. Czynniki te to:

- (A) **emocje** (w tym także przekonania ideologiczne) - reprezentowane przez np. polityków, czy ruchy miejskie;
- (B) **interesy własne** (nie tylko ekonomiczne) - reprezentowane przez np. deweloperów i lokalny biznes;
- (C) oraz **wiedza ekspercka** (zarówno nauki ścisłe, jak i społeczne czy prawne).

Proces decyzyjny czy konsultacyjny powinien je uwzględniać - nie ignorować ich, choćby przez wzgląd na ich „nieracjonalność” czy „egocentryczny punkt widzenia”⁴¹. Celem jest ich sprawiedliwe uwzględnienie i jawność w procesie komunikacji publicznej. Tak zaprojektowany proces decyzyjny powinien liczyć się ze specyficznymi ograniczeniami każdego z nich i umożliwiać im wypracowanie wspólnego języka.

Poniżej została przedstawiona możliwa klasyfikacja interesariuszy wg modelu deliberatywnego łączenia trzech motywów (rys. 5), a także klasyfikacja interesariuszy wskazanych w ustawie o rewitalizacji (rys. 6).

³⁹ Maarten A. Hajer, ed., *Authoritative Governance: Policy Making in the Age of Mediatization* (Oxford: Oxford University Press, 2009).

⁴⁰ Michał Zabdyr-Jamróż, 'Combining Emotions, Self-Interests and Expertise: Three Discourses in Deliberation Assembled', in *Conference Paper for the Sciences Po 4th Political Theory Graduate Conference* (Paris, 2016), https://www.academia.edu/24621838/Combining_Emotions_Self-Interests_and_Expertise_Three_Discourses_in_Deliberation_Assembled.

⁴¹ Jane Mansbridge et al., 'The Place of Self-Interest and the Role of Power in Deliberative Democracy', *Journal of Political Philosophy* 18, no. 1 (1 March 2010): 64-100, doi:10.1111/j.1467-9760.2009.00344.x.



Rys. 5.

Klasyfikacja interesariuszy planowania przestrz. w modelu deliberatywnym
 Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016



Rys. 6.

Klasyfikacja ustawowych interesariuszy rewitalizacji w modelu deliberatywnym
 Opracowanie: Michał Zabdyr-Jamróż 2016

W tym ostatnim przypadku, klasyfikacja ilustruje pewien istotny brak w polskim systemie gospodarki przestrzennej - brak instytucji, które mogłyby pełnić ustawowo rolę źródła wiedzy eksperckiej będącego niezależnym od interesów własnych podmiotów uwikłanych w sam proces planowania przestrzennego (program rewitalizacji przygotowują zatrudnieni przez Wójta/Burmistrza/Prezydenta eksperci ds. planowania przestrzennego). Wydaje się konieczne, aby sam proces HIA dla planowania przestrzennego uwzględniał niezależną instytucję ekspercką - czy to państwowy instytut badawczy, uczelnię czy też rzeczywiście ekspercką organizację pozarządową.

Rekomendacje dla tworzenia programu rewitalizacji

Dla zastosowania HIA w tworzeniu, wdrażaniu i ewaluacji programów rewitalizacji można sformułować następujące rekomendacje. Ich zastosowanie nie wymaga zmian prawnych, może być dokonane na gruncie istniejących regulacji (patrz: rys. 4):

1. **Przeprowadzenie etapu screeningu powinno rozpocząć się wraz z wystawieniem projektu programu do wglądu publicznego i rozesłaniem go do zaopiniowania ustawowo określonym podmiotom a zebraniem opinii. W tym czasie:**
 - a) Wyłonienie koordynatora procesu HIA - instytucji publicznej lub pozarządowej: niezależnej od władz zlecających, merytorycznie kompetentnej.
 - b) Zbadanie konieczności przeprowadzenia HIA.
 - c) Ustalenie zasadniczych problemów zdrowotnych.
 - d) Ustalenie katalogu interesariuszy, wykorzystując model rządzenia deliberyatywnego - zbieranie zgłoszeń zainteresowanych stron.
 - e) Przygotowanie list kontrolnych dla interesariuszy w celu rozeznania się w przedmiocie.
2. **Przeprowadzenie etapu scopingu powinno poprzedzić rozpoczęcie konsultacji społecznych:**
 - a) Powołanie Komitetu Sterującego / Kierującego dla HIA (wykorzystanie instytucji Komitetu Rewitalizacji) - zespołu analityków, który będzie oceniać polityki z różnych perspektyw.
 - b) Ustalenie zakresu problemowego, planu i harmonogramu samego badania.
 - c) Przeprowadzenie wstępnej oceny samego projektu rewitalizacji.

3. **Przeprowadzenie oceny właściwej - ilościowej oceny wpływów negatywnych lub pozytywnych (np. liczba osób dotkniętych efektem polityki) oraz jakościowego szacowania wpływu (np. mechanizmy, które prowadzą do zaistnienia wpływu) oraz stworzenie listy priorytetów:**
 - a) Wykorzystanie przeprowadzonych wcześniej badań dotyczących wpływu danego programu (*desk-research*).
 - b) Przeprowadzenie konsultacji społecznych, przy wykorzystaniu narzędzi tj. wywiady, ankiety, wywiady zogniskowane, konsultacje publiczne, grupy robocze, itd.
 - c) Przygotowanie zwięzłego i przystępnego raportu, będącego prezentacją wniosków i rekomendacji do projektu
4. **Raportowanie - rekomendacje w formie przystępnej dla decydentów i publiczności:**
 - a) Dostarczenie wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi uwag dotyczących projektu.
 - b) Prezentacja i omówienie wyników HIA w czasie dyskusji Rady Gminy, poprzedzającej zatwierdzenie uchwały.
5. **Prowadzenie retroaktywnej oceny skutków zdrowotnych - monitorowanie i ewaluacja realizacji programu oraz rekomendacji HIA:**
 - a) Utworzenie Komitetu Rewitalizacji (jeśli nie był utworzony na wcześniejszym etapie).
 - b) Ocena realizacji programu rewitalizacji i realizacji rekomendacji.
 - c) Dalsze upowszechnianie wyników HIA.
 - d) Wywieranie społecznego nacisku na decydentów dla realizacji rekomendacji.



CZĘŚĆ TRZECIA

Rekomendacje ogólne



REKOMENDACJE OGÓLNE

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Cele ogólne

1. Włączenie procedury Oceny skutków zdrowotnych (HIA) w ogólne postępowanie ewaluacyjne realizowane jako Ocena skutków regulacji (OSR), zarówno ex ante (ostrzeżenie), jak i ex post (nowelizacja)
2. Przyznanie Ministrowi Zdrowia wiodącej roli w prowadzeniu procedury HIA w ramach OSR¹
3. Promowanie stosowania procedury HIA na wszystkich szczeblach władzy, dążąc do zmniejszania nieuzasadnionych różnic w stanie zdrowia

Wprowadzenie

W Projekcie przeprowadzone zostały analizy kilku obszarów problemowych. Po pierwsze, sformalizowanych procedur ewaluacyjnych dotyczących jakości regulacji (Ocena skutków regulacji). Po drugie, jednej z koncepcji sposobu uprawiania polityk publicznych, w której dostrzega się potencjalne możliwości wpływania na stan zdrowia przez wiele sektorowych programów, pozornie odległych od stanu zdrowia populacji, opierając się na wieloaspektowych modelach uwarunkowań stanu zdrowia (Zdrowie we wszystkich politykach, Health in All Policies - HiAP). Po trzecie, teoretycznego wymiaru jednej z usystematyzowanych

¹ Ten kierunek zmian w organizacji pracy Rady Ministrów jest zgodny z zamierzeniami wskazanymi w dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”. Dotyczy to zwłaszcza Priorytetu V, w którym postuluje się integrowanie systemu zdrowia publicznego

procedur ewaluacyjnych, jaką jest procedura „Ocena skutków zdrowotnych” (Health Impact Assessment - HIA). Po czwarte, rozważenia możliwości wykorzystania procedury HIA w odniesieniu do konkretnych propozycji regulacji - i samych regulacji (przepisy i normy instytucjonalne różnych szczebli) - podejmowanych w wybranych politykach sektorowych w Polsce. Elementy procedury HIA zostały wykorzystane, a osiã prowadzonych analiz było skoncentrowanie się na prawnych i organizacyjnych aspektach prowadzenia ocen wpływu działań regulacyjnych, a także innych, społecznych i gospodarczych na zdrowie. Starano się odwoływać do dostępnych w literaturze najlepszych metod stosowanych na świecie przy ocenie wpływu oddziaływań na zdrowie na poziomie ogólnym, a także w odniesieniu do rozstrzygnięć wybranych polityk sektorowych w Polsce. W analizowanych sytuacjach z reguły efekt zdrowotny ujawniał się - mógł się ujawniać - także niezależnie od pierwotnych zamierzeń podmiotów inicjujących wprowadzanie zmian w obszarach organów inicjujących zmiany kompetencji.

Na podstawie przeprowadzonych analiz sformułowany ogólny postulat:

dążąc do racjonalizowania decyzji w ramach polityk sektorowych, co polega na dążeniu do optymalizacji ich efektu zdrowotnego - minimalizowanie szkodliwych efektów zdrowotnych, maksymalizowanie efektów korzystnych, co najmniej nie pogłębianie różnic w stanie zdrowia różnych grup populacji, zmniejszanie różnic w stanie zdrowia tych grup - warto doprowadzić do możliwie szerokiego stosowania procedury oceny skutków zdrowotnych. W tym celu należy wykorzystać wdrożoną i stosowaną od kilku lat formułę Oceny skutków regulacji (OSR), poprzez silniejsze zaakcentowanie w niej problemów zdrowia. Warunkiem powodzenia tego procesu jest wzmocnienie w procesie realizacji OSR zarówno prawnej, jak i politycznej pozycji Ministerstwa Zdrowia w stosunku do przedstawicieli innych resortów. Będzie to wymagało przededefiniowania relacji między poszczególnymi członami władzy wewnątrz rządu (ministerstwami), co jest naturalną konsekwencją uznania zdrowia narodu za wartość.

Przedstawiona formuła nie powinna być traktowana jako rekomendacja, ale jako podstawa budowania rekomendacji. Uważamy bowiem, że z analitycznych, czy opisowych zdań, przy pomocy których prowadziliśmy nasze rozważania, nie wynikają, w sensie logicznym, normy. Dla zbudowania normy traktowanej jako wskazanie powinności potrzebna jest decyzja. Przyjmujemy, że w obecnej Polsce możliwe - i naszym zdaniem wysoce wskazane - jest przyjęcie celu w postaci zainicjowania procesu prowadzącego do stopniowego wprowadzania w polskim systemie instytucjonalnym, procedury HIA, która byłaby zespołem narzędzi pozwalających szacować wartość różnych przedsięwzięć proponowanych w różnych politykach sektorowych z punktu ich potencjalnego wpływu na zdrowie.

Ogół Rekomendacji, logicznie ze sobą powiązanych, obejmujących Rekomendacje ogólne i szczegółowe (część II Projektu), wraz z ich podstawą teoretyczną (część I Projektu) i analizą wybranych polityk sektorowych (część II projektu) stanowią Model oceny wpływu na zdrowie.

Założenia Rekomendacji

Założenia dotyczące wartości

1. Zdrowie jest wartością. Potwierdzają to badania opinii i postaw, wynika to także z norm uznawanych w polskim społeczeństwie.
2. Nie przesądzając o miejscu zdrowia wśród innych wartości uznać można, że zdrowie jest wartością konkurującą z innymi wartościami i niekiedy uznawanymi za bardziej cenne, niż inne (np. w stosunku do osób bliskich).
3. Są jednak także sytuacje, w których dochodzi do rezygnacji ze zdrowia w imię innych wartości (np. postawa patriotyczna, ale także zgoda na pracę w warunkach szkodliwych).
4. Lekceważenie racji zdrowotnych może być albo wynikiem niewiedzy i braku informacji, albo z przemyślanej kalkulacji, w efekcie której została podjęta decyzja o podporządkowaniu spraw zdrowia racjom uznanym za bardziej cenne. Sytuacja ta dotyczy zarówno wyborów indywidualnych, jak i zbiorowych.
5. Zdrowie jest wartością ponadpolityczną i istnieje możliwość pozyskania partnerów w jego obronie niezależnie od miejsca na scenie politycznej.

Założenia dotyczące procesu decyzyjnego

6. Decydenci polityczni dążą do postępowania racjonalnego, to znaczy działając w warunkach ograniczonych zasobów starają się wybierać cele bardziej cenne, rezygnując - w miarę konieczności - z celów mniej cennych.
7. Decydenci polityczni są otwarci na merytoryczne argumenty i dążą do pozyskania możliwie szerokiej bazy informacyjnej przed podjęciem decyzji.
8. Decydenci polityczni działają w zakresach przyznanych im formalnie kompetencji, zwykle koncentrują uwagę na „swoich” sprawach (sektorowych politykach swoich resortów), z reguły traktując je jako bardziej ważne - a niekiedy - bardziej cenne, niż inne.
9. Skoncentrowani na swoich sprawach decydenci polityczni pracujący w resortach poza-zdrowotnych mogą nie dostrzegać zdrowotnych konsekwencji proponowanych polityk publicznych, albo na skutek braku wiedzy, albo na skutek pomniejszania ich znaczenia (zwłaszcza skutków szkodliwych dla zdrowia). Przywrócenie zdolności operowania długim horyzontem czasowym, w miejsce

- przewagi koncentracji na doraźnych zmianach - a więc perspektywy niezbędnej w politykach publicznych - jest jednym ze spodziewanych i pożądanych efektów proponowanych przedsięwzięć.
10. Istnienie i funkcjonowanie podmiotu/instytucji formalnie upoważnionej do podejmowanie aktywności w przypadku ujawnienia w ramach postępowania OSR możliwości powstania zagrożeń dla zdrowia, zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia takich skutków. Im silniejsza pozycja tego podmiotu, tym większa skuteczność w zapobieżeniu niepożądanym skutkom działania.
 11. Podmiotem, który normami Konstytucji jest powołany do reprezentowania zdrowotnych interesów społeczeństwa i występowania w ich obronie, jest Minister Zdrowia. Odpowiedzialność ta nie jest kwestionowana, natomiast skuteczność rzeczywistego oddziaływania może być przedmiotem celowego kształtowania².

Działania w zakresie HIA

Założenia dotyczące stosowania HIA

12. Sformalizowana i ustrukturyzowana procedura „Oceny skutków zdrowotnych” (HIA) pozwala na przewidywanie możliwych skutków dla zdrowia będących następstwem proponowanych polityk publicznych, które skądinąd, służą sensownie rozwiązaniu ważnych problemów.
13. Skuteczność HIA będzie wyższa, a wdrożenie napotka mniej oporów i będzie łatwiejsze, jeśli zostaną wykorzystane obowiązujące już rozwiązania w zakresie OSR.
14. Kompetentnie i transparentnie prowadzona procedura ewaluacyjna HIA może prowadzić do uznania rzetelności pierwotnego projektu, ale pozwala także na wprowadzenie pozytywnych zmian, jeśli takie okażą się konieczne.
15. W skrajnych sytuacjach procedura HIA pozwala na zablokowanie podjęcia decyzji o wdrożeniu takiej polityki publicznej, która byłaby szkodliwa dla zdrowia. Sytuacja taka może nastąpić na wszystkich szczeblach struktury decyzyjnej.
16. Podmiot odpowiedzialny za zdrowotny interes społeczeństwa wymaga należytego umocowania prawnego, ustalenia zasad funkcjonowania samego podmiotu, jego otoczenia, a także wzajemnych relacji. Na realizowanie zadań

² W dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia” znajduje się zdanie: „Istotnym problemem w programowaniu polityki zdrowotnej jest porzucenie przez państwo pełnej odpowiedzialności za organizowanie systemu opieki zdrowotnej”. Uznanie tego stanu rzeczy za złe pozwala spodziewać się wzmocnienia pozycji Ministra Zdrowia

- związanych ze stosowaniem procedury HIA niezbędne jest przeznaczenie wystarczających zasobów w zakresie kompetentnych kadr i środków finansowych.
17. Instytucjonalizacja procedury ewaluacyjnej HIA, polegająca na wprowadzeniu obowiązku jej stosowania oraz ustaleniu obowiązków tak podmiotu odpowiedzialnego za interes zdrowotny społeczeństwa, jak i podmiotów kooperujących wymaga podjęcia najpierw decyzji politycznej, a potem działań regulacyjnych, przynajmniej na szczeblu Rady Ministrów, a być może także parlamentu i zbudowania zaplecza organizacyjnego,
 18. Biorąc pod uwagę wielkość i zakres efektów zdrowotnych, korzystne jest rozpoczęcie instytucjonalizacji HIA od szczebla centralnego, ale z możliwie jednoczesnym wspieraniem poprzez szkolenia i treningi lokalnych inicjatyw wdrażania i wykorzystywania HIA. Po podjęcie decyzji politycznej, a przed pierwszymi krokami implementacyjnymi, dla efektywnego wdrażania procedur HIA korzystne byłoby przygotowanie scenariusza całego procesu. Scenariusz powinien mieć charakter kroczący, bo zakres i szczegółowość Raportów HIA może być doskonała bez końca. Odpowiednio skonstruowany scenariusz pozwoliłby także na wykorzystanie efektu synergii rozmaitych przedsięwzięć związanych ze stosowaniem HIA.

Przedstawione założenia są podstawą Rekomendacji. Rekomendacje są adresowane do władz szczebla centralnego, ale pośrednio dotyczą także władz niższych szczebli, w zakresie posiadanych przez nie uprawnień. O ile zatem Minister Zdrowia, do którego wprost są kierowane niektóre Rekomendacje, może podjąć się zadania przygotowania projektu nowelizacji ustawy, albo samodzielnie opublikować rozporządzenia, to w odniesieniu do władz niższych szczebli w grę wchodzić może jedynie prawo lokalne. Niewątpliwym warunkiem stosowania HIA są kompetencje wykonawców, przez co rozumieć należy zarówno biegłość w stosowaniu reguł HIA, jak i merytoryczną wiedzę związaną z materią regulowaną w poddawanej ocenie sektorowej polityce publicznej.

Przyznanie pierwszeństwa rozstrzygnięciom, które mają być wprowadzane w życie na szczeblu rządu i ministerstwa sprawiają, że problemy związane ze stosowaniem HIA na niższych szczeblach nie są pierwszorzędnym przedmiotem formułowanych Rekomendacji, a władze niższych szczebli ich bezpośrednimi adresatami. Przedstawione Rekomendacje skupiają się na najważniejszych ustaleniach, od których zależy zainicjowanie i rozpoczęcie całego procesu, ale w żadnej mierze nie mogą być uznane za zestaw wystarczający do jego kontynuowania poprzez cały, długotrwały proces implementacji. Praktycznie każda z Rekomendacji może być rozwijana przez kolejne uszczegółowienia. Jest to bezsporne, bo cały proces implementacji procesu HIA i wdrażanie jego stosowania,

to przedsięwzięcie - z samej swojej natury - rozciągnięte na lata i spodziewać się można różnorodnych trudności i zahamowań.

W rozwijaniu koncepcji HIA, jej włączaniu do procedur OSR oraz implementacji na różnych szczeblach możliwe jest wykorzystanie doświadczeń pozyskanych dzięki stosowaniu konstrukcji „oceny oddziaływania na środowisko”, w rozumieniu ustawy o ochronie przyrody³.

REKOMENDACJE

REKOMENDACJA STRATEGICZNA 1 (kto)

Sformalizowanie pozycji podmiotu reprezentującego interes zdrowotny społeczeństwa - Ministra Zdrowia

[komentarz: „sformalizowanie pozycji podmiotu” oznacza wyraźne nadanie kompetencji w zakresie HIA w ramach realizowanej formuły OSR. Chodzi przede wszystkim o Ministra Zdrowia, co byłoby rozwiązaniem optymalnym, ale być może względy praktyczne przesądzą o powierzeniu tego zadania Pełnomocnikowi ds. Zdrowia publicznego]

Rekomendacja 1.1

Wykorzystanie postanowień obowiązującej ustawy o zdrowiu publicznym i powierzenie zadań HIA Ministrowi Zdrowia⁴

[obowiązujący przepis: **Art. 4. 1.** Zadania wynikające z ustawy koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia].

Rekomendacja 1.2

Wykorzystanie postanowień obowiązującej ustawy o zdrowiu publicznym i powierzenie zadań HIA pełnomocnikowi do spraw zdrowia publicznego

[obowiązujący przepis: **Art. 4. 4.** Rada Ministrów może ustanowić Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego. Pełnomocnik, w zakresie określonym w przepisach o jego ustanowieniu, realizuje zadania ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu zdrowia publicznego wynikające z ustawy].

[komentarz: w obydwu wskazanych sytuacjach interpretacja może być dokonana z inicjatywy Ministra Zdrowia w ramach doprecyzowania zasad OSR, co jest

³ Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody, Dz.U. 2004 Nr 92 poz. 880 ze zm.

⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2015 poz. 1916

decyzją Rady Ministrów. Być może - w dążeniu do nadania procedurze HIA wyższej rangi w ramach OSR wskazana byłaby nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym. Nowelizacja ustawy otwiera też możliwość przyjęcia przepisu delegującego uprawnienia do określania problemów HIA przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzeń, także poza formułą OSR. Konsekwencją tego wyboru jest konieczność przygotowania projektu nowelizacji]

REKOMENDACJA STRATEGICZNA 2 (co)

Ustalenie zakresu spraw będących przedmiotem aktywności podmiotu odpowiedzialnego za interes zdrowotny społeczeństwa

Rekomendacja 2.1: Działanie w ramach ustawy o zdrowiu publicznym

[obowiązujący przepis: Art. 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują /m.in./: 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;

[**komentarz:** możliwa jest interpretacja dokonana przez Ministerstwo Zdrowia, albo w zmienionym Regulaminie pracy Rady Ministrów, wskazująca HIA jako metodę realizacji omawianego zadania, poprzez ustalenie zakresu informacji przygotowywanych w ramach przygotowywania Raportu OSR]

Rekomendacja 2.2: Nowelizacja artykułu 2 ustawy o zdrowiu publicznym

[**komentarz:** w nowelizacji możliwe jest stwierdzenie eksplicite, że realizacja omawianego zadania polega na stosowaniu HIA w ramach realizowania formuły OSR. Konsekwencją byłaby konieczność przygotowania projektu nowelizacji. Z rozwiązaniem takim wiążą się jednak komplikacje formalne, bo sama formuła OSR nie ma umocowania ustawowego]

REKOMENDACJA STRATEGICZNA 3 (jak)

Ustalenie kompetencji podmiotu odpowiedzialnego za interes zdrowotny społeczeństwa

Rekomendacja 3.1

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, w ramach postępowania OSR, podmiot odpowiedzialny za zdrowie społeczeństwa - Minister Zdrowia - jest być wyposa-

żony w prawo zadawania pytań o zdrowotne konsekwencje wynikające z rozważanych do wdrożenia projektów polityk sektorowych, a adresami pytań są autorzy tych polityk, na których spoczywa obowiązek udzielenia odpowiedzi. Jednak już w sensie formalnym problemy zdrowia są uwzględniane zbyt wąsko, a problem dociekania konsekwencji zdrowotnych nie jest eksplicite postawiony.

[**komentarz:** Obowiązujące obecnie zasady OSR nie są wystarczające do zgromadzenia takiego zasobu informacji, które pozwalałyby na przygotowywanie prognoz dotyczących skutków zdrowotnych analizowanych projektów. Dotyczy to zarówno projektów regulacji, jak i projektów założeń regulacji. Formalnie do poprawy sytuacji w tym zakresie wystarczająca jest zmiana uchwały Rady Ministrów - Regulaminu pracy RM]

Rekomendacja 3.2

Opracowanie przez podmiot odpowiedzialny za zdrowie społeczeństwa - Ministra Zdrowia - reguł określających zakres informacji, które niezbędnych do przygotowania prognozy na temat zdrowotnych skutków dla zdrowia społeczeństwa. Autorzy i inicjatorzy projektów przygotowywanych w poszczególnych resortach powinni zostać zobowiązani do udzielenia wyczerpujących odpowiedzi na postawione pytania. Dotyczy to zarówno analiz ex ante, jak i ex post.

[**komentarz:** w żadnym przypadku odpowiedź typu „nie przewiduje się skutków zdrowotnych” nie może zostać uznana za wystarczającą. Praktycznie prawie zawsze jakieś skutki zdrowotne mogą wystąpić, albo faktycznie skutki takie wystąpiły. Stąd postulat udzielania rzetelnych odpowiedzi należy uznać za bardzo ważny].

Rekomendacja 3.3

W ramach zadań wykonywanych przez Ministra Zdrowia szukanie odpowiedzi o konsekwencje zdrowotne różnych przedsięwzięć może być wykonywane samodzielnie przez własnych pracowników, którym powierzone zostają ustalone obowiązki, ale możliwe jest także postępowanie bardziej złożone, z udziałem zewnętrznych ekspertów, albo też zlecane na zewnątrz. Wykonanie zadania - przygotowanie raportu HIA - przez zewnętrznego wykonawcę nie wyłącza odpowiedzialności Ministra Zdrowia, uczestniczącego w postępowaniu OSR.

[**komentarz:** w przygotowywaniu raportów HIA - szukanie odpowiedzi na pytanie o zdrowotne konsekwencje - można wykorzystywać informacje istniejące i wtedy wynik jest uzyskiwany szybko, ale można wykorzystywać informacje trudno dostępne, albo je tworzyć, co trwa znacznie dłużej. Reguły pozwalające dokonywać wyboru między jednym i drugim postępowaniem powinny być jasne].

REKOMENDACJA STRATEGICZNA 4 (jak)

Ustalenie zobowiązań adresatów pytań stawianych przez podmiot odpowiedzialny za zdrowie społeczeństwa

Rekomendacja 4.1:

Prawne zobowiązanie wszystkich inicjatorów zmian w politykach publicznych (inicjatorów nowych programów polityk publicznych) do udzielania rzetelnych odpowiedzi na pytania o konsekwencje zdrowotne w obowiązującym terminie. [obowiązujący przepis: **Art. 5.2.** Organy władzy publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne są obowiązane do współpracy i udzielania pomocy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w tym do bezpłatnego udostępniania mu informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują, niezbędnych do realizacji jego zadań, w terminie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą].

[**komentarz:** Obowiązujące przepisy o OSR zobowiązują podmioty zainteresowane (pytane) do udzielenia odpowiedzi, a jeżeli MZ się nie jest usatysfakcjonowane, albo z odpowiedzią się nie zgadza organizuje się Konferencję uzgodnieniową, na której powinno się dokonać odpowiednich uzgodnień - dojść do porozumienia. Jednak w obecnym stanie prawnym zakres informacji nie jest określony, podobnie jak przesłanie HIA nie jest sformalizowane. Przedmiotem Rekomendacji jest zatem postulat udzielania odpowiedzi rzetelnej, w zakresie przewidzianym przez obowiązujące reguły. Zmiana może nastąpić przez nowe sformułowania w znowelizowanej uchwale RM - Regulaminie pracy RM]

Rekomendacja 4.2

Opór przedstawicieli poza zdrowotnych resortów, także sektorów, może okazać się na tyle duży, że w postępowaniu OSR udzielane będą informacje ograniczone lub nierzetelne. W dążeniu do zrealizowania merytorycznego celu OSR i HIA konieczne może być znaczne wzmocnienie prawnego mechanizmu egzekwowania odpowiedzi na pytania o konsekwencje zdrowotne.

[**komentarz:** Jak stwierdzono wyżej obowiązujące reguły OSR, w obecnym kształcie, nie są wystarczające dla celów HIA. Jeśli tak, zmieniona uchwała Rady Ministrów zmieniająca Regulamin pracy Rady Ministrów jest potrzebna. Biorąc pod uwagę, że procedura OSR była wprowadzona aktem prawnym tej rangi, to jego wykorzystanie w instytucjonalizacji w wzmocnieniu HIA wydaje się właściwym rozwiązaniem].

REKOMENDACJE STRATEGICZNA 5 (jak wdrażać)

Instytucjonalizacja HIA

Rekomendacja 5.1

Formalne umocowanie podmiotu odpowiedzialnego za interes zdrowotny społeczeństwa definiuje jego odpowiedzialność, ale praktyczne stosowanie procedury HIA wymaga możliwości korzystania z zaplecza instytucjonalnego, co wymaga stosownych zmian instytucjonalnych i prawnych. Chodzi zatem o ustalenie kompetencji i obowiązków związanych z organizacją prac prowadzących do przygotowania raportów HIA, w ramach OSR.

[**komentarz:** Dokumentem, który powinien umożliwiać tego rodzaju aktywności jest co najmniej wprowadzenie zmian w ustaleniach regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (decyzja na poziomie resortu}. Biorąc pod uwagę obecną strukturę można brać pod uwagę Departament Analiz i Strategii Departament Zdrowia Publicznego].

Rekomendacja 5.2

Niezbędne jest ustalenie i uregulowanie kryteriów podejmowania jednej z dwóch form przygotowywana raportów HIA - metody „szybkiego HIA” i metody „pogłębionego HIA”. Decyzje w sprawie zastosowania w konkretnym przypadku jednej z metod podejmuje podmiot odpowiedzialny za interes zdrowotny społeczeństwa.

[**komentarz:** przyjmujemy, że „szybkie HIA” można realizować samodzielnie siłami Ministerstwa Zdrowia, korzystając z doraźnych konsultacji. Kiedy odpowiedź wymaga korzystania z licznych informacji, albo kiedy specyfika problemu przekracza kompetencje osób organizujących zadania wewnątrz Ministerstwa Zdrowia, konieczne jest przekazanie przygotowanie Raportu HIA jednostce zewnętrznej. Spodziewać się można, że lista kooperantów będzie budowana stopniowo, dobierając najbardziej kompetentne instytucje badawcze].

Rekomendacja 5.3

Niezależnie od sposobu ukształtowania podmiotu odpowiedzialnego za zdrowie społeczeństwa i miejsca formalnego umocowania, konieczne jest przygotowanie zaplecza umożliwiającego realizację powierzonych zadań. Postuluje się w ramach Ministerstwa Zdrowia utworzenie co najmniej samodzielnego stanowiska pracy - możliwie pełnoetatowego.

[**komentarz:** powołanie samodzielnego stanowiska ds. HIA - nawet w wymiarze części etatu - powinno być potraktowane jako jedno z bardzo ważnych posunięć instytucjonalnych. Przesądza o możliwości podejmowania technicznych, organizatorskich i koordynacyjnych czynności niezbędnych dla przygotowywania raportów HIA, ale także ma fundamentalne znaczenie psychologiczne, umożliwiające coraz szerszą akceptację tej metody postępowania. Sprawy zdrowia nie zdobędą w świadomości decydentów należnego im miejsca, jeśli w rozwiązaniach instytucjonalnych nie będzie zawarty dostatecznie silny komunikat w tej sprawie].

Rekomendacja 5.4

Dopiero z czasem można rozważyć utworzenie komórki organizacyjnej do spraw HIA, wewnątrz Ministerstwa Zdrowia. Zależnie od formy wykonywania pracy - chodzi o proporcje samodzielnie wykonywanych analiz do analiz zleczanych na zewnątrz - ustalona być musi wielkość tworzonej komórki organizacyjnej.

[**komentarz:** Rozważając kształt zaplecza organizacyjnego należy zachować realistyczne podejście, co oznacza konieczność pogodzenia racji związanej z promowaniem procedury HIA, co jest wyrazem troski o zdrowie społeczeństwa, z realnymi możliwościami finansowymi i kadrowymi. Roszczenia zbyt duże mogłyby okazać się zabójcze dla całego przedsięwzięcia, ale nakłady zbyt małe uniemożliwią zrealizowanie zadań HIA i OSR].

Rekomendacja 5.5

Wiele działań wykonawczych związanych z przygotowywaniem raportów HIA może być powierzane strukturom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. To samo odnosi się do struktur Państwowej Inspekcji Ochrony Środowiska. Dotyczy to zarówno szczebla centralnego, jak i poziomów lokalnych.

[**komentarz:** obowiązująca ustawa o PIS powierza tej instytucji wiele zadań, które mogą być traktowane jako analogicznych do procedur HIA⁵. To samo odnosi się do PIOŚ⁶. Pozwala to na wykorzystanie potencjału PIS dla omawianych tu celów. Warto podkreślić, że obydwie instytucje mają w zakresie swoich kompetencji autentyczne osiągnięcia. Należy jednak dostrzec odmienną ich formalnego usytuowania w stosunku do Ministerstwa Zdrowia. O ile PIS jest instytucją podporządkowaną, to PIOŚ jest instytucją niezależną. Pozyskanie jej współpracy w ramach HIA wymaga stosowania procedur negocjacyjnych, a nie władczych]

⁵ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49

⁶ Ustawa z dnia 20 lipca 1991 r. o Państwowej Inspekcji Ochrony Środowiska. Dz.U. 1991 nr 77 poz. 335

Rekomendacja 5.6

Przygotowywanie raportów HIA w naturalny sposób będzie wymagało nakładów finansowych, niezależnie od tego, czy informacje i ewentualne badania będą wykonywane przez komórkę ministerstwa zdrowia, czy też będą zlecane na zewnątrz.

[**komentarz:** Nie jest wskazane korzystanie z nakładów na naukę, jako że HIA nie są przedsięwzięciem badawczym. Tylko niektóre elementy pozyskiwania informacji w wariacie „pogłębionego HIA” mogą być realizowane w postaci grantów. Konieczne zatem jest zabezpieczenie odpowiedniej rezerwy finansowej w ramach Ministerstwa Zdrowia].

Rekomendacja 5.7

W dotychczasowej praktyce w Polsce stosowanie procedur HIA miało charakter bardziej badawczy, niż praktyczny, związany ze wspieraniem procesu decyzyjnego. Przejście do angażowania się w faktycznie realizowane procedury ewaluacyjne wymaga posiadania fachowo przygotowanej kadry i stąd niezbędność aktywnego podejścia do szkolenia i treningów.

[**komentarz:** Wydaje się, że znaczenie posiadania przygotowanych fachowo kadr dla możliwości efektywnego wdrażania i stosowania HIA jest oczywiste. Ale należy zauważyć, że liczba i kompetencje profesjonalistów w tej dziedzinie zależy od zakresu analizowanych problemów oraz od podziału kompetencji między poszczególne szczeble decydentów. W pewnym zakresie szkolenie poświęcone HIA może być prowadzone łącznie ze szkoleniami w zakresie OSR ponieważ w praktyce wiele działań będzie realizowane łącznie. W przyszłości można dążyć do utworzenia sieci kompetentnych współpracowników, formalnie związanych z różnymi sektorami, którzy byliby wyspecjalizowani w stosowaniu procedur ewaluacyjnych].

Rekomendacja 5.8

Przygotowanie scenariusza, a następnie planu szkolenia w zakresie umiejętności wykorzystywania technik niezbędnych w opracowywaniu raportów HIA.

[**komentarz:** w obecnej sytuacji kompetencje dydaktyczne pozwalające przekazywać wiedzę potrzebną w stosowaniu HIA są rozproszone i zróżnicowane. Są bowiem głównie następstwem badawczych zainteresowań kadry akademickiej. W związku z tym istotne jest pytanie o wybór ośrodków uznanych za kompetentne oraz o formułę szkoleń i proporcje między szkoleniem centralnym i rozproszonym między ośrodki akademickie/szkoleniowe. Ważne jest też pytanie o rolę koordynatora tego aspektu instytucjonalizacji HIA].

REKOMENDACJA STRATEGICZNA 6

Polityczne i społeczne wsparcie procesu HIA i jego implementacji

[komentarz: niezależnie od merytorycznych i moralnych walorów HIA jako procedury ewaluacyjnej, jej efektywne wdrożenie wymaga politycznego i emocjonalnego wsparcia. Decydenci, którzy będą w sferze oddziaływania HIA muszą mieć przekonanie o jej sensowności. Jednocześnie spodziewać się można oporu ze strony tych, których inicjatywy będą krytykowane z powodu prawdopodobieństwa negatywnych skutków zdrowotnych, albo rzeczywistych sprawców tego rodzaju konsekwencji. Z ich strony można spodziewać się prób dezawuowania wartości HIA i rzetelności raportów. W otwartych społeczeństwach ważne jest stanowisko opinii publicznej. To od niej, wyrażanej głównie przez media powinno oczekiwać się co najmniej życzliwej cierpliwości, a z czasem rosnącego wsparcia. Niezbędne jest przygotowanie strategii umożliwiających osiągnięcie tego rodzaju skutków].



ZAKOŃCZENIE

W przygotowanym opracowaniu staraliśmy się zebrać argumenty przemawiające za sensownością możliwie szerokiego stosowania procedur służących szacowaniu skutków zdrowotnych. Procedury te mogą i powinny być stosowane zawsze wtedy, gdy zasadne jest postawienie pytania o zdrowotne konsekwencje, do jakich doprowadzić mogą inicjatywy podejmowane przez przedstawicieli różnych resortów słusznie dążących do lepszego, niż dotychczas, zaspokajania uzasadnionych społecznie potrzeb. We współczesnym państwie, w którym demokratycznie wybrane władze z troską myślą o dobrostanie ludzi - dobrobycie materialnym oraz poczucie zadowolenia - podejmuje się bardzo wiele inicjatyw, które - przynajmniej intencjonalnie - powinny służyć ludziom. Może się jednak zdarzać - i są przykłady, że niejednokrotnie tak właśnie się dzieje - że mimo najlepszych chęci i szlachetnych motywacji dochodzi do podejmowania decyzji błędnych. Nieprzewidziane dostatecznie wcześnie i dostatecznie starannie uboczne skutki prowadzą do niezamierzonego pogorszenia stanu zdrowia ludzi. Zamiast zatem spodziewanej korzyści dochodzi do niepotrzebnych szkód. Najczęściej jest tak, że - poza brakiem wystarczającej staranności - nie ma w tym niczyjej winy. Ale szkoda jednak jest, powstaje konieczność jej rekompensowania, przynajmniej w postaci wydatków na leczenie i rehabilitacje, nie wspominając o szkodach alternatywnych, to jest braku możliwych do osiągnięcia korzyści, które zostałyby uzyskane, gdyby nie deficyty zdrowotne.

Dojrzałe i dobrze zarządzane państwo tym się charakteryzuje, że potrafi takich szkód unikać. Albo w postaci niedopuszczenia do złej decyzji, albo w postaci skutecznego wycofania się z decyzji błędnej, ale już podjętej. Procedura HIA, dobrze stosowana, pozwala na racjonalne podejście do problemu. Dostępne w Polsce zaplecze badawcze i analityczne pozwoli na wykorzystywanie możliwości dostarczanych przez HIA. Jest jednak jeden istotny warunek: polityczna wola i polityczna decyzja uruchamiająca cały proces. Na nic bowiem zda si wiedza badaczy i przekonanie pracowników Ministerstwa Zdrowia, jeśli decyzja taka nie zapadnie. W imieniu autorów raportu pozwalam sobie wyrazić przekonanie, że możliwość podjęcia takiej decyzji istnieje.



PIŚMIENNICTWO

- Abrahams D. et al. (2004), *Policy health impact assessment for the European Union. Final Report*, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_11_en.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Adamski W., Baethge M., Bertrand O., Grootings P., Józefowicz A. (1993), *Edukacja w okresie transformacji. Analiza porównawcza i propozycje modernizacji kształcenia zawodowego w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN
- Adelle C. et al. (2011), *Impact Assessment Practices in Europe*, LIAISE Innovation Report Nr 2, http://edocs.fuberlin.de/docs/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDOCs_derivate_000000003594/LIAISE_Policy_brief_01-1.pdf?hosts= (dostęp 08.03.2017)
- Adelle C., Weiland S., Dick J., González Olivo D., Marquardt J., Rots G., Wübbecke J., Zasada I. (2016), *Regulatory impact assessment: a survey of selected developing and emerging economies*, „Public Money & Management”, vol. 36, Issue 2, s. 89-96, <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540962.2016.1118930> (dostęp 08.03.2017)
- Agaciak A. (2011), *Kraków: Mariusz Waszkiewicz. To on zablokował przebudowę szkieletora*, „Polska Gazeta Krakowska”, 16.12.2011, <http://krakow.naszemiasto.pl/artypul/krakow-mariusz-waszkiewicz-to-on-zablokowal-przebudowe,1204403,artgal,t,id,tm.html> (dostęp 08.03.2017)
- Ahmad B., Chappel D., Pless-Mulloli T., White M. (2008), *Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes*, „Public Health”, vol. 122, issue 5, s. 452-457, <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls2.icm.edu.pl+1010111272120282.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Arnstein S.R. (1969), *A Ladder of Citizen Participation*, „Journal of the American Institute of Planners”, 35, nr 4, s. 216-224
- Assael B.M., Cipolli M., Meneghelli I., Passiu M., Cordioli S., et al. (2012), *Italian Children Go to School with a Hydration Deficit*, „J Nutr Disorders Ther.”, 2:114, doi:10.4172/2161-0509.1000114
- Atkinson P., Cooke A. (2005), *Developing a Framework to Assess Costs and Benefits of Health Impact Assessment*, „Environmental Impact Assessment Review”, Health Impact Assessment, 25, nr 7-8, s. 791-98
- *Authoritative Governance: Policy Making in the Age of Mediatization* (2009), Oxford: Oxford University Press
- Aziz M. I. A. (2007), *Health Impact Assessment: An overview and examples*, „Sudanese Journal of Public Health”, vol. 2 (3), <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i3p140-145.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Badura B. (1995), *What is and What Determines Health*, [w:] *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, U. Laaser, E.de Leeuw, Ch. Stock (eds), Juventa Verla, Weinheim und Munchen, s. 80-88
- Bajerska J., Woźniewicz M., Jeszka J., Wierzejska E. (2009), *Częstość spożycia napojów energetyzujących a aktywność fizyczna i występowanie nadwagi i otyłości wśród młodzieży licealnej*, „ŻYWNOSĆ. Nauka. Technologia. Jakość”, 4(63), s. 211-217

- Bala M. (2016), *Lekarze w reklamach - komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-w-reklamach-komunikat-naczelnego-rzecznika-odpowiedzialnosci-zawodowej> (dostęp 08.03.2017)
- Balanda K., Wilde J. (2001), *Inequalities in Mortality 1989-1998: A report on all-Ireland mortality data*, Dublin: Institute of Public Health
- Ballester F., Medina S., Boldo E., Goodman P., Neuberger M., Iñiguez C., Künzli N., on behalf of the Apehis network (2008), *Reducing ambient levels of fine particulates could substantially improve health: a mortality impact assessment for 26 European cities*, „J Epidemiol Community Health”, 62, s. 98-105
- Bank Światowy (2006), *Efektywność budżetowa, a szkolnictwo zawodowe w krajach UE8*, <http://snauka.pl/efektywno-budzetowa-a-szkolnictwo-zawodowe-w-krajach-ue8-21-wrz.html> (dostęp 08.03.2017)
- Barczak A., Kowalewska E. (2014), *Źródła finansowania zadań z zakresu ochrony środowiska w Polsce - przegląd stosowanych rozwiązań*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu”, 1 (2), s. 37-58
- Barnes R., Hillier A., Rainer J. (2003), *Rapid health Impact Assessment: St Edmundsbury Borough Council Local Plan*, [za:]A rapid health impact appraisal of Active St Helens an integrated sport, physical activity and physical education strategy, Report by Clare Appleton St Helens Health Partnership March 2005, www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44217 (dostęp 08.03.2017)
- Barton H., Tsourou C. (2000), *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People*, Taylor & Francis
- Bauman A.E., Bellew B., Owen N., Vita P. (2001), *Impact of an Australian Mass Media Campaign Targeting Physical Activity in 1998*, „Am J Prev Med”, 21 (1), s. 41-7
- Bauman Z. (2006), *Płynna nowoczesność*, Kraków
- Baza wiedzy - techniki prowadzenia konsultacji społecznych, Urząd Miasta Stołeczngo Warszawa, http://www.konsultacje.um.warszawa.pl/baza_wiedzy/techniki_konsultacji_spolecznych
- Beckfield J., Nancy Krieger (2009), *Epi+demos+cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities—Evidence, Gaps, and a Research Agenda*, „Epidemiologic Reviews”, vol. 31, s. 152-177
- Beckhard R. (1975), *Organization Development: Strategies and Models*, MA: Addison-Wesley Publishing
- Beckhard R. (1975), *Strategies for large system change*, „Sloan Management Review”, 16 (2), s. 43-55
- Beckhard R., Harris R. (1977, 1987), *Organizational transitions: Managing complex change Reading*, MA: Addison-Wesley Publishing
- Bekker M. (2007), *The Politics of Healthy Policies: Redesigning Health Impact Assessment to Integrate Health in Public Policy*, Eburon Uitgeverij B.V.
- Berry T.R., Craig C.L., Faulkner G. i wsp. (2014), *Mothers' intentions to support children's physical activity related to attention and implicit agreement with advertisements*, „Int J Behav Med”, 21 (1), s. 131-138
- Berry T.R., Shields C. (2014), *Source attribution and credibility of health and appearance exercise advertisements: relationship with implicit and explicit attitudes and intentions*, „J Health Psychol”, 19 (2), s. 242-252
- *Będzie zakaz reklam leków i suplementów?* (2016), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/bedzie-zakaz-reklam-lekow-i-suplementow,13307.html> (dostęp 08.03.2017)
- Bhatia R., Wernham A. (2008), *Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice*, „Environmental Health Perspectives”, 116, nr 8, s. 991-1000, doi:10.1289/ehp.11132

- Bienias S., Hermann-Pawłowska K., Kason S., Kolczyński M., Lotko K., Trzciniński R., Weremiuk A. (2015), *Ocena Wpływu Regulacji - Poradnik dla administracji Publicznej*, Warszawa, http://www.kozminski.edu.pl/fileadmin/user_upload/OW_Poradnik.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Biernat E., Piątkowska M. (2012), *Fizyczna aktywność Polaków na tle Europy*, Raport dla Departamentu Analiz i Polityki Sportowej Ministerstwa Sportu i Turystyki, https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/fs.siteor.com/msport/files/badania%20i%20analizy/rekreacyjna_af_Polakow_na_tle.pdf?1438776005 (dostęp 08.03.2017)
- Billert A., Bayer E., *Ruch rowerowy - warunki techniczne a praktyka*, <http://edroga.pl/inzynieria-ruchu/ruch-rowerowy-warunki-techniczne-a-praktyka-0304013>, (dostęp 08.03.2017)
- Birley M. (1995), *The health impact assessment of development projects*, HMSO, London, who.int/hia/about/defin/en/index.html (dostęp 08.03.2017)
- Birley M. (2003), *Health Impact Assessment, Integration and Critical Appraisal*, „Impact Assessment and Project Appraisal”, 21, nr 4, s. 313-321
- Biuro ŚOZ Regionu Europejskiego (2001), *Zdrowie 21*, CSIOZ, Warszawa-Kraków: Wydawnictwo Vesalius
- Black D. (1980), *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, London: DHSS, <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/> (dostęp 08.03.2017)
- Blau J., Ernst K., Wismar M., Baro F., Blenkus M.G., von Bremen K., Fehr R. et al. (2007), *The Use of HIA across Europe*, [w:] *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*, M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras (edit.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- BMA (1999), *Health and environmental impact assessment: an integrated approach*, British Medical Association London: Earthscan Publications
- Boni M. (red.) (2011), *Młodzi 2011*, KPRM, Warszawa http://www.nck.pl/media/study/mlodzi_2011.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Booth M., Bauman A., Oldenburg B., Owen N., Magnus P. (1992), *Effects of a national mass-media campaign on physical activity participation*, „Health Promot Int”, 7, s. 241-247
- Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.L. (1994), *Why study physical activity and health*, [w:] Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.L. (red.), *Physical activity and health*, Champaign: Human Kinetics
- BPM Leader, *Effective Change Strategies to Support BPM*, <http://www.bpmleader.com/2012/05/08/effective-change-strategies-to-support-bpm/> (dostęp 08.03.2017)
- Brańka P., Hołuj A. (2013), *Gospodarka przestrzenna Krakowa. Ocena stanu oraz dotychczasowych działań w zakresie planowania przestrzennego w świetle badań ankietowych*, „Zeszyty Naukowe UEK”, Finanse, nr 913, s. 21-42
- Bremen Overseas Research and Development Association, *Health Impact Assessment & Hygiene Education Awareness building & impact assessment to improve sanitation situations & hygiene behavior*, <http://www.borda-net.org/dewats-service-packages/hia-he-health-impact-assessment-hygiene-education.html> (dostęp 08.03.2017)
- Brita Polska (2010), *Raport z wyników badania jakości wody z kranu w Polsce w 2010 roku*, http://www.sng.com.pl/Portals/2/dok/Raporty%20i%20komunikaty/raport_brita_2010.pdf (dostęp 08.03.2017)
- British Council, *Creative Cities*, <http://creativecities.britishcouncil.org> (dostęp 08.03.2017)
- British Council, *Future City Game*, http://creativecities.britishcouncil.org/urban_co-design_tools/future_city_game (dostęp 08.03.2017)
- Brzeziński C. (2013), *Wybrane problemy planowania przestrzennego w Polsce*, „Acta Universitatis Lodzianensis Folia Oeconomica”, nr 289, s. 105-114
- Brzęk W. (2014), *Regulation Impact Assessment (RIA) at Poland and at some EU countries*, „Procedia - Social and Behavioral Sciences”, 109, s. 45-50, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813050519> (dostęp 08.03.2017)

- Caldwell B., Cooper M., Guarino Reid L., Vanderheiden G. (red.) (2008), *Web Content Accessibility Guidelines WCAG 2.0*, <http://fdc.org.pl/wcag2/> (dostęp 08.03.2017)
- Capon A.G. (2007), *Health Impacts of Urban Development: Key Considerations*, „New South Wales Public Health Bulletin”, 18, nr 9-10, s. 155-156
- CDC, *Health and Healthy Places*, Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/healthyplaces/about.htm> (dostęp 08.03.2017)
- CDC (2007), *Health Effects of Gentrification*, Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/gentrification.htm> (dostęp 08.03.2017)
- Centers for Disease Control and Prevention (1999), *Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (RR-11)
- Centers for Disease Control and Prevention (2014), *Increasing Access to Drinking Water in Schools*, Atlanta GA: US Dept. of Health and Human Services, http://www.cdc.gov/healthyyouth/npao/pdf/Water_Access_in_Schools.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Cereseto S., Waitzkin H. (1986), *Capitalism, socialism, and the physical quality of life*, „International Journal of Health Services”, vol. 16, nr 3, s. 643-658
- CHET (2008), *Research and Evaluation University of New South Wales Evaluation of Phase Three of the New South Wales Health Impact Assessment Project. Final Report*, Centre for Health Equity Training
- Chłoń-Domińczak (red.) (2012), *Raport o stanie edukacji 2012. Liczą się efekty*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa
- Chmielewski T. J., Tajchman K. (2014), *Polityka krajobrazowa Polski w świetle Europejskiej Konwencji Krajobrazowej i oczekiwań społecznych*, [w:] *Ochrona przyrody w Polsce wobec współczesnych wyzwań cywilizacyjnych*, Mirek Z., Nikel A. (red), Kraków: Komitet Ochrony Przyrody PAN, s. 65-88
- Cho M.R. (2010), *The Politics of Urban Nature Restoration: The Case of Cheonggyecheon Restoration in Seoul, Korea*, „International Development Planning Review”, 32, nr 2, s. 145-65
- Cianciara D., Rdzany R. (2015), *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*, „Hygeia Public Health”, 50(1), s. 97-103
- Cianciara D., Wysocki M.J. (2008), *Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie*, „Przegląd epidemiologiczny”, 62, s. 623-632
- Cobiac L., Vos T., Doran C., Wallace A. (2009), *Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia*, „Addiction”, 104 (10), s. 1646-1655
- *Cochrane*, <http://www.cochrane.org> (dostęp 08.03.2017)
- Cohen D.S. (2008), *Sedno zmian - Narzędzia i taktyki pozytywnej transformacji twojej firmy*, Harvard Business Press - Helion
- *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: i2010 - First Annual Report on the European Information Society*, Brussels, 19.5.2006, <http://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/i2010-first-annual-report-european-information-society> (dostęp 08.03.2017)
- *Comprehensive Health Impact Assessment: Clark County Bicycle and Pedestrian Master Plan*, http://www.clark.wa.gov/public-health/reports/documents/ComprehensiveHIA_FINAL.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Collins J., Koplan J.P. (2009), *Health impact assessment: a step toward health in all policies*, JAMA, 302(3), s. 315-317
- Cook A., Kemm J. (2004), *Health Impact Assessment of Proposal to Burn Tyres in a Cement Plant*, „Environmental Impact Assessment Review”, 24, nr 2, s. 207-216
- Coon K.A., Tucker K.L. (2002), *Television and children's consumption patterns. A review of the literature*, 54 (5), s. 423-36

- Corburn J. (2004), *Confronting the Challenges in Reconnecting Urban Planning and Public Health*, „American Journal of Public Health”, 94, nr 4, s. 541-546
- Creative Cities, British Council, <http://creativecities.britishcouncil.org>
- CQGR, *Healthy Places & Impact Assessment*, Center for Quality Growth and Regional Development, <http://www.cqgrd.gatech.edu/research/healthy-places-impact-assessment/overview> (dostęp 08.03.2017)
- Cummins S., Macintyre S. (1999), *The Location of Food Stores in Urban Areas: A Case Study in Glasgow*, „British Food Journal”, 101, nr 7 s. 545-553
- Cummins S., Macintyre S. (2002), „Food Deserts” - evidence and Assumption in Health Policy Making, „BMJ: British Medical Journal”, 325, nr 7361, s. 436-438
- Currie C., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T., Richter M. (2008), *Researching health inequalities in adolescents: the development of the (HBSC) family affluence scale*, „Soc Sci Med”, 66 (6), s. 1429-1436
- Curtis S., Cave B., Coutts A. (2002), *Is Urban Regeneration Good for Health? Perceptions and Theories of the Health Impacts of Urban Change*, „Environment and Planning C: Government and Policy”, 20, nr 4, s. 517-534
- Cutler D.M, Lleras-Muney A. (2006), *Education and health: evaluating theories and evidence*, National Bureau of Economic Research, Cambridge Massachusetts, Working Paper 12352
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2013), *Diagnoza Społeczna 2013 - warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Vizja Press&IT
- *Czy rzeczywiście GIF walczy ze sprzedażą pozaapteczną leków?* (2015), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/czy-rzeczywiscie-gif-walczy-ze-sprzedaza-pozaapteczna-lekow,7413.html> (dostęp 08.03.2017)
- Dahl S., *Social Marketing Intervention*, <http://dahl.at/wordpress/tag/social-marketing-intervention>
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies, Stockholm
- Dahlgren G., Whitehead M. (2007), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies, Stockholm 1991, drugie wydanie 2007, <http://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Dahl S., *Social Marketing Intervention*, <http://dahl.at/wordpress/tag/social-marketing-intervention> (dostęp 08.03.2017)
- Dannenberg A. L., Bhatia R., Cole B.L., Dora C., Fielding J.E., Kraft K., McClymont-Peace D., et al. (2006), *Growing the Field of Health Impact Assessment in the United States: An Agenda for Research and Practice*, „American Journal of Public Health”, 96, nr 2, s. 262-270
- Daubresse M., Hutfless S., Kim Y. i wsp. (2015), *Effect of Direct-to-Consumer Advertising on Asthma Medication Sales and Healthcare Use*, „Am J Respir Crit Care Med”, 192 (1), s. 40-46
- Deboosere P., Gadeyne S., Van Oyen H. (2009), *The 1991-2004 evolution in life expectancy by education level in Belgium based on linked census and population register data*, „European Journal of Population” 25(2)
- De Hartog J.J., Boogaard H., Nijland H., Hoek G. (2010), *Do the health benefits of cycling outweigh the risks?*, „Environ Health Perspect”, 118(8), s. 1109-1116, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920084/> (dostęp 08.03.2017)
- Deighton-Smith R., Erbacci A., Kauffmann C. (2016), *Promoting inclusive growth through better regulation: The role of regulatory impact assessment*, OECD Regulatory Policy Working Papers, nr 3, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/5jm3tqwq1vj-en> (dostęp 08.03. 2017)
- Derucka I. (2013), *Prawne gwarancje realizacji zadań ochrony środowiska w procedurze planowania przestrzennego w gminie - Prawne_gwarancje_realizacji_zadan.pdf*, E-Monografie 35, Wrocław: Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/42816/Prawne_gwarancje_realizacji_zadan.pdf (dostęp 08.03.2017)

- De Sade D.A.F. (1994), *Stowarzyszenie Miłośników Zbrodni*, przełożył B. Banasiak, „Literatura na Świecie”, nr 10, s. 24-45
- *Design for Health*, <http://designforhealth.net/hia/> (dostęp 08.03.2017)
- Design for Health (2007), *Building Public Understanding: The Link between Health and Planning*, <http://www.designforhealth.net/resources/hiaprimchecklist.html> (dostęp 08.03.2017)
- Długookresowa Strategia Rozwoju Społecznego do 2030, Średniookresowa Strategia Rozwoju Społecznego do 2020 oraz dziewięć strategii zintegrowanych
- Doktorowicz K. (2005), *Europejski model społeczeństwa informacyjnego*, Katowice: Wyd. UŚ
- Drabik J. (2009), *Aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa*, „Antropomotoryka”, 46, s. 119-123
- Drucker P. (1980), *Managing in Turbulent Times*, New York: Harper and Row
- Duke J.C., Nonnemaker J.M., Davis K.C., Watson K.A., Farrelly M.C. (2014), *The impact of cessation media messages on cessation-related outcomes: results from a national experiment of smokers*, „Am J Health Promot”, 28 (4), s. 242-250
- DYNAMO-HIA, <http://www.dynamo-hia.eu/> (dostęp 08.03.2017)
- *Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment Final Report*, San Francisco Department of Public Health, <http://www.sfhealthequity.org/component/jdownloads/finish/12-eastern-neighborhoods-community-health-impact-assessment-final-report/19-enchia-final-report/0?Itemid=0> (dostęp 08.03.2017)
- EC (2007), *The Evaluation Partnership Evaluation of the Commission's Impact Assessment System. Final Report*, European Commission http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key_docs/docs/tep_eias_final_report.pdf (dostęp 08.03.2017)
- EC (2009), *Impact Assessment Guidelines*, European Commission http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/commission_guidelines/docs/iag_2009_en.pdf (dostęp 08.03.2017)
- EC (2013), *Health inequalities in the EU Final report of a consortium*, Consortium lead: Sir Michael Marmot, European Commission
- EC (2014), *Commission Implementing Decision 2014/62/EU repealing Decision 2003/766/EC on emergency measures to prevent the spread within the Community of Diabrotica virgifera Le Conte*, European Commission
- EC (2014), *Commission Recommendation 2014/53/EU on measures to control Diabrotica virgifera virgifera Le Conte in Union areas where its presence is confirmed*, European Commission
- EC (2014), *Commission Implementing Directive 2014/19/EU amending Annex I to Council Directive 2000/29/EC on protective measures against the introduction into the Community of organisms harmful to plants or plant products and against their spread within the Community*, European Commission
- EC (2014), *Final Impact Assessment (IA) reports 2014 - Impact Assessment*, European Commission http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/ia_carried_out/cia_2014_en.htm (dostęp 08.03.2017)
- EEA (2015), *Air quality in Europe - 2015 report*, European Environment Agency, EA Report, nr 5/2015, EEA, Copenhagen
- *Effective Change Strategies to Support BPM*, BPM Leader, <http://www.bpmleader.com/2012/05/08/effective-change-strategies-to-support-bpm/>
- Effertz T., Wilcke A.C. (2012), *Do television food commercials target children in Germany?*, „Public Health Nutrition”, 15 (8), s. 1466-1473
- EFSA (2010), *Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water*, „EFSA Journal”, 8(3):1459, Parma, Italy, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/j.efsa.2010.1459/epdf> (dostęp 08.03.2017)
- Elliott E., Francis S. (2005), *Making Effective Links to Decision-Making: Key Challenges for Health Impact Assessment*, „Environmental Impact Assessment Review”, Health Impact Assessment, 25, nr 7-8, s.747-757

- Elliott E., Williams G. (2004), *Developing a Civic Intelligence: Local Involvement in HIA*, „Environmental Impact Assessment Review”, 24, nr 2, s. 231-243
- *Engagement - Diagnosing the Status and Potential for Public Private Dialogue*, Investment Climate, <https://www.wbginvestmentclimate.org/toolkits/public-policy-toolkit/mod4step2sub5.cfm>
- EPHIA (2004), *European Policy Health Impact Assessment - A Guide*, European Policy Health Impact Assessment, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Erenkfeit K., Dudzińska L., Muszyńska-Graca M., Wypych-Ślusarska A. (2015), *Spoleczne aspekty miejskiego zagospodarowania przestrzeni w kontekście zdrowia środowiskowego - Od koncepcji miast ogrodów po współczesne ruchy społeczne*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 21, nr 4, s. 414-421
- ERIC, *The Children's Bowel & Bladder Charity*, <http://www.eric.org.uk/> (dostęp 08.03.2017)
- Esping-Andersen C. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Polity Press, Cambridge
- Fuchs V. (1974), *Who Shall Live?*, Health Economics, and Social Choice, Basic Books, Inc., Publishers, New York
- EU (2002), Communication from the commission on impact assessment 5.6.2002, http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2005/february/tradoc_121479.pdf
- EU (2006), *Impact Assessment of European Commission Policies: Achievements And Prospects*, Statement of the European Environment and Sustainable Development Advisory Councils (EEAC), EEAC Working Group Governance, April 2006, <http://www.oecd.org/greengrowth/40033017.pdf>
- EU (2009), *European Commission Impact Assessment Guidelines*, 15 January 2009, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/commission_guidelines/docs/iag_2009_en.pdf
- EU (2009), *Guidance for assessing Social Impacts within the Commission Impact Assessment system*, http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key_docs/docs/guidance_for_assessing_social_impacts.pdf (dostęp 08.03.2017)
- EU (2012), *Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego I Komitetu Regionów*, Sprawność regulacyjna UE, 12.12.2012, <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/PL/1-2012-746-PL-F1-1.Pdf>
- EU (2015), *Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. Better regulation for better results - An EU agenda*, 19.5.2015, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-better-regulation-for-better-results-an-eu-agenda_may2015_en.pdf
- EU (2015), *Communication From The Commission To The European Parliament And The Council Proposal for an Interinstitutional Agreement on Better Regulation*, 19.5.2015, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-proposal-for-an-inter-institutional-agreement-on-better-law-making_may2015_en.pdf
- EU (2016), *Porozumienie Międzyinstytucjonalne Pomiędzy Parlamentem Europejskim, Radą Unii Europejskiej A Komisją Europejską W Sprawie Lepszego Stanowienia Prawa Porozumienie Międzyinstytucjonalne z dnia 13 kwietnia 2016 r.*, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016Q0512\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016Q0512(01)&from=EN)
- EU (2016), *Communication From The Commission To The European Parliament, The European Council And The Council Better Regulation: Delivering better results for a stronger Union*, 14.9.2016, http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/better-regulation-delivering-better-results-stronger-union_sept_2016_en.pdf
- EU, REFIT, http://ec.europa.eu/smart-regulation/refit/index_pl.htm
- *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *European Centre for Health Policy* (1999), WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper

- Eurydice (2015), *System edukacji w Polsce w skrócie*, www.eurydice.org.pl (dostęp 08.03.2017)
- Ewing R., Kreutzer R. (2006), *Understanding the Relationship between Public Health and the Built Environment: A Report Prepared for the LEED-ND Core Committee*, <http://www.usgbc.org/DisplayPage.aspx?CMSPageID=148> (dostęp 08.03.2017)
- Evans R. G., Barer Morris L., Marmor T. (red.) (1994), *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, The Determinants of Health of Populations, New York
- Fadda R., Rapinett G., Grathwohl D., Parisi M., Fanari R., Calo C.M., Schmitt J. (2012), *Effects of drinking supplementary water at school on cognitive performance in children*, „Appetite”, 59, s. 730-737
- Faith-Ell C., Kalle H., Lund-Iversen M. (2014), *Health in EIA in Estonia, Norway and Sweden*, [w:] *Health Impact Assessment, Opportunities not to be missed*, R. Fehr, F. Villani, J. Nowacki, M. Martuzzi (red.), World Health Organization, s. 11-22
- Fałkowski J., Łopaciuk-Gonczaryk B., Kargol-Wasiluk A. (2013), *Partycypacja obywatelska w gminach województwa podlaskiego z punktu widzenia przedstawicieli władz samorządowych*, [w:] *Jakość rządzenia w Polsce. Jak ją badać, monitorować i poprawiać?*, Warszawa, s. 315-339
- Federowicz M., Sitek M. (red.) (2011), *Spółeczeństwo w drodze do wiedzy. Raport o stanie edukacji 2010*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych
- Feinstein L., Sabates R. et al. (2006), *What are the effects of education on health*, University of London, UK, <https://www1.oecd.org/edu/innovation-education/37425753.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Ferrie J., Shipley M., Stansfeld S., Marmot M. (2002), *Effects of chronic job insecurity on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, 56(6), s. 450-454
- FISE (2013), *Rozmowy w Kawiarence. Przewodnik krok po kroku, jak z rozmowy zrobić narzędzie*, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, http://partycypacjaobywatelska.pl/wp-content/uploads/2015/11/world_cafe_opis_narzedzia_final.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Forsyth A., Slotterback C.S., Krizek K. (2010), *Health Impact Assessment (HIA) for Planners: What Tools Are Useful?*, „Journal of Planning Literature”, 24, nr 3 s. 231-245
- Franssen E., Brigit A. M., Staatsen A. M., Lebreit E. (2002), *Assessing Health Consequences in an Environmental Impact Assessment: The Case of Amsterdam Airport Schiphol*, „Environmental Impact Assessment Review”, 22, nr 6 s. 633-653
- Freeman R.E. (1984), *Strategic management: a stakeholder approach*, Boston: Pitman - series in business and public policy
- Friedman D. (1987), *Law and economics*, [w:] *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, edited by J. Eatwell, M. Milgate, P. Newman
- *Future City Game*, British Council, http://creativitycities.britishcouncil.org/urban_co-design_tools/future_city_game
- Gaca S., Suchorzewski W., Tracz M. (2008), *Inżynieria ruchu drogowego, Teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwa Komunikacji i Łączności, <http://edroga.pl/inzynieria-ruchu/ruch-rowerowy-warunki-techniczne-a-praktyka-0304013> (dostęp 08.03.2017)
- Gątorska A., Smoczyński S., Wypyska M. (2010), *Wpływ sieci wodociągowej na jakość sensoryczną wody do picia*, „Roczn. PZH”, 61(3), s. 253-257
- *GLF bierze się za obrót pozaapteczny* (2016), <http://www.rynekapteki.pl/prawo/gif-bierze-sie-za-obrot-pozaaapteczny,13439.html> (dostęp 08.03.2017)
- GIS (2013), *Jakość wody przeznaczonej do spożycia*, Główny Inspektorat Sanitarny, <http://gis.gov.pl/images/bw/2013wps.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- GIS, *Stan sanitarny kraju w roku 2014*, Główny Inspektorat Sanitarny, http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan_sanitarny_kraju.pdf (dostęp 08.03.2017)

- GIS, *Stan sanitarny kraju w roku 2015*, Główny Inspektorat Sanitarny, http://gis.gov.pl/images/gis_stan_2015_internet_jb.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Glasl F., Houssaye L. (1975), *Organisationsentwicklung. Das Modell des Instituts für Organisationsentwicklung und seine praktische Bewährung*, Bern/Stuttgart: Verlag Paul Haupt
- *Globalna strategia dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia*, Pięćdziesiąte siódme Zgromadzenie w sprawie Zdrowia na Świecie, https://d1dmfej9n5lghm.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870, (dostęp 08.03.2017)
- *Główny Inspektorat Sanitarny*, <http://www.gis.gov.pl/?go=news&id=124> (dostęp 08.03.2017)
- Godzina P. (2015), *Współczesne planowanie przestrzenne Krakowa - Krótki zarys polityki miasta a model rozwoju miasta zwarteo*, [w:] *Miasto w badaniach geografów*, Soja M., Zborowski A. (red.), Kraków: IGI P UJ, s. 43-56
- Goetz K.H., Zubek R. (2005), *Stosowanie prawa w Polsce. Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa*, Program Sprawne Państwo, Warszawa: Ernst & Yang [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Stanowienie_prawa_w_Polsce_raport.pdf/\\$FILE/ATTYBZGI.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Stanowienie_prawa_w_Polsce_raport.pdf/$FILE/ATTYBZGI.pdf) (dostęp 08.03.2017)
- Gortmaker S.L., Must A., Sobol A.M., Peterson K., Colditz G.A., Dietz W.H. (1996), *Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-90*, „Arch Pediatr Adolesc Med”, 150, s. 356-362
- Goźlińska E., Kruszewski A. (2013), *Stan szkolnictwa zawodowego w Polsce - Raport*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa
- Grantham-McGregor S.M., Bun Cheung Y., Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B. i wsp. (2007), *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*, „Lancet”, 369, s. 60-70
- Greig S., Parry N., Rimmington B. (2004), *Promoting Sustainable Regeneration: Learning from a Case Study in Participatory HIA*, „Environmental Impact Assessment Review”, 24, nr 2, s. 255-267
- Grinnell S., *Prospective Desk-Top Health Impact Assessment of the Liverpool Cycling Strategy 'Get Liverpool Cycling' 2013 - 2026*, <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/impactpdfs/hiaimpactdocs/Cycling,Strategy,Health,Impact,Assessment,2013.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Gulis G., Paget D. Z. (2014), *What is and what is not health impact assessment*, „The European Journal of Public Health”, vol. 24, nr 6, 875
- GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia (2012), *Ubóstwo w Polsce w 2011 r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych)*, Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2011.pdf (dostęp 08.03.2017)
- GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia (2013), *Kultura fizyczna w Polsce w latach 2011 i 2012*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa-Rzeszów
- GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia (2013), *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa
- Wagner L. (2013), *Using Health Impact Assessment to Evaluate Bicycle and Pedestrian Plans*, http://www.pedbikeinfo.org/cms/downloads/WhitePaper_HIA_PBIC.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Haigh F., Mekel O. (2004), *Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot*
- *Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in Germany, 2004*
- *Health Impact Assessment (HIA)*, WHO, <http://www.who.int/hia/tools/en/>
- Hajer M. A. (2003), *A Frame in the fields: Policymaking and the Reinvention of Politics*, [w:] *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, s. 88-112
- Hall E. T. (2001), *Ukryty wymiar*, Warszawa

- Hanewinkel R., Isensee B., Sargent J.D., Morgenstern M. (2011), *Cigarette advertising and teen smoking initiation*, „Pediatrics”, 127 (2), s. 271-278
- Hargreaves D., Tiggemann M. (2002), *The Effect Of Television Commercials On Mood And Body Dissatisfaction: The Role Of Appearance-Schema Activation*, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 21, s. 287-308
- Harris P. J., Harris E., Thompson S., Harris-Roxas B., Kemp L. (2009), *Human Health and Wellbeing in Environmental Impact Assessment in New South Wales, Australia: Auditing Health Impacts within Environmental Assessments of Major Projects*, „Environmental Impact Assessment Review”, 29, nr 5 s. 310-318, doi:10.1016/j.eiar.2009.02.002
- *Health Impact Assessment*, http://en.wikipedia.org/wiki/Health_impact_assessment#CITEREFIMPACT2004 (dostęp 08.03.2017)
- *Health Impact Assessment Level 1: Preliminary Checklist. Version 2.1* (2007), <http://www.designforhealth.net/resources/hiarapidassessment.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Health Impact Assessment Level 2: Rapid Health Assessment Toolkit* (2007), <http://www.designforhealth.net/resources/hiathresholdanalysis.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Health Impact Assessment Level 3: Threshold Analysis* (2007), <http://www.designforhealth.net/resources/checklists.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Services* (2013)
- *Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002*, http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/docs/AfterschoolProp49_HIA_02-27-03.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *Healthy People 2000*, http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm, (dostęp 08.03.2017)
- *Healthy People 2010*, <https://www.healthypeople.gov/2010/> (dostęp 08.03.2017)
- *Healthy People 2020*, <https://www.healthypeople.gov/> (dostęp 08.03.2017)
- *Healthy Places & Impact Assessment*, Center for Quality Growth and Regional Development, <http://www.cqgrd.gatech.edu/research/healthy-places-impact-assessment/overview>
- *HEAT Health Economic Assessment Tool*, <http://www.heatwalkingcycling.org> (dostęp 08.03.2017), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking/examples-of-applications-of-heat> (dostęp 08.03.2017)
- Heath G.W., Brownson R.C., Kruger J., Miles R., Powell K.E., Ramsey L.T. and the Task Force on Community Preventive Services (2006), *The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: a Systematic Review*, „Journal of Physical Activity and Health”, 3, Suppl 1, s. 55-76, http://activelivingresearch.org/sites/default/files/JPAH_5_Heath_0.pdf (dostęp 08.03.2017)
- HIA (2013), *From local to global: Health Impact Assessment to face the new challenges*, 13th HIA 2013 International Conference - Geneva, Switzerland, 2-4 October 2013 http://www.unige.ch/medecine/eis2013/accueil/Positioning_Paper_HIA2013.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *HIA of the Liverpool Cycling Strategy „Get Liverpool Cycling”* (2013), <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/impactpdfs/hiainpactdocs/Cycling,Strategy,Health,Impact,Assessment,,2013.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *HIA of the Liverpool Cycling Strategy report* (2013), <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=137892> (dostęp 08.03.2017)
- HIP (2009), *Considerations for the selection of appropriate policies, plans, or projects for analysis using Health Impact Assessment*, Human Impact Partners <http://www.humanimpact.org/component/jdownloads/finish/12/20> (dostęp 08.03.2017)
- HIP (2012), *Lake Merritt Station Area Plan Health Impact Assessment*, Human Impact Partners

- Higgins C. et al. (2008), *Internet resources for health impact assessment*, WHO European Healthy Cities Health Impact Assessment Subnetwork, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101495/Net_Resources_HIA.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Higgins C., Lavin T., Metcalfe O. (2008), *Health impacts of education - a review*, Institute of Public Health in Ireland
- Horton M.B. (2010), *A Guide for Health Impact Assessment*, California Department of Public Health, <http://www.cdph.ca.gov/pubsforms/Guidelines/Documents/HIA%20Guide%20FINAL%2010-19-10.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Huisman M., Kunst A. E., Andersen O., Bopp M., Borgan J.-K., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Desplanques G., Donkin A., Gadeyne S., Minder C., Regidor E., Spadea T., Valkonen T., Mackenbach J.P. (2004), *Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, 58
- Hyła M. (2004), *Standardy techniczne dla infrastruktury rowerowej Miasta Krakowa*, <http://www.rowery.org.pl/standardy.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *i2010 eGovernment Action Plan: acceleration eGovernment in Europe for the benefit of all*, COM (2006), <http://ec.europa.eu/idabc/servlets/Doc92d2.pdf?id=25286> (dostęp 08.03.2017)
- *Identify Stakeholder - Project management workshop*, NetUrja Technology Pvt. Ltd., <http://www.neturja.com/identify-stakeholder-project-managment-workshop>
- IGPIK (1998), *Gospodarka przestrzenna gmin - Harmonizowanie interesów publicznych i prywatnych*, vol. III. Kraków: Instytut Gospodarki Przestrzennej i Mieszkalnictwa
- IEEP (2007), *Improving Assessment of the Environment in Impact Assessment. A project under the Framework contract for economic analysis ENV.G.1/FRA/2004/0081*, Institute for European Environmental Policy, Amsterdam
- IMP, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi, http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_instytucji/ (dostęp 08.03.2017)
- IMP, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, <http://www.imp.sosnowiec.pl/> (dostęp 08.03.2017)
- IMPACT (2008), *HIA Reports*, Międzynarodowe konsorcjum IMPACT, University of Liverpool, http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm (dostęp 08.03.2017)
- Impact Assessment, National Research Council (US) Committee on Health (2011), *Elements of a Health Impact Assessment*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83540/> (dostęp 08.03.2017)
- *Impact of physical activity and diet on health. Sixth Report of Session 2014-15* (2015), London: The Stationery Office Limited <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmhealth/845/845.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *Improving Health in the United States. The Role of Health Impact Assessment*, National Research Council of National Academies, The National Academies Press, Washington D.C., http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13229&page=R1 (dostęp 08.03.2017)
- Interinstitutional Agreement of 20 December 1994 Accelerated working method for official codification of legislative texts
- Interinstitutional Agreement of 22 December 1998 on common guidelines for the quality of drafting Community legislation
- Interinstitutional Agreement of 28 November 2001 on a more structured use of the recasting technique for legal acts
- IPH Ireland (2006), *Health Impact Assessment Guidance*, The Institute of Public Health in Ireland, Belfast-Dublin, www.publichealth.ie/files/file/Health_Impact_Assessment_Guidance.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Irani S. (2008), *Nonsmoking Beaches in the Future?*, August 27, 2008, http://ecosalon.com/nonsmoking_beaches_in_the_future/ (dostęp 08.03.2017)
- Irwin A. (2001), *Constructing the Scientific Citizen: Science and Democracy in the Biosciences*, „Public Understanding of Science”, 10, nr 1 s. 1-18, doi:10.1088/0963-6625/10/1/301

- Ison E. (2012), *Health Impact Assessment in a Network of European Cities*, „Journal of Urban Health”, 90, nr 1, s. 105-15
- Izdebski H. (2011), *Elementy teorii i filozofii prawa*, Lexis Nexis Polska
- Jacobs S. (2004), *Regulatory Impact Assessment and the economic transition to markets*, „Public Money and Management”, 24(5), s. 283-290
- Jakubiak L. (2015), *Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia: tak robią to inni*, „Rynek Zdrowia”, 12.03.2015, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Konsultacje-spoeczne-w-ochronie-zdrowia-tak-robia-to-inni,150057,14.html> (dostęp 08.03.2017)
- Jakubiak L. (2016), *Jak uchronić pacjentów przed reklamami leków wprowadzającymi w błąd*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Jak-uchronic-pacjentow-przed-reklamami-lekow-wprowadzajacymi-w-blad,164774,6.html> (dostęp 08.03.2017)
- Jakubiak L. (2016), *Państwo powinno reagować na reklamę niosącą fałszywe treści*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Panstwo-powinno-reagowac-na-reklame-niosaca-falszywe-tresci,161054,14,2.html> (dostęp 08.03.2017)
- Janikowski R. (2013), *Sustensywne doskonalenie przestrzeni publicznej miasta*, [w:] *Gospodarka regionalna i lokalna a rozwój zrównoważony*, Strzelecki Z., Legutko-Kobus P. (red.), CLLI:148-58. Studia, Warszawa: Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN
- Jarosz A., Jarosz M., Kurowska E., Hajduczek-Zgazańska M. (2013), *Struktura spożycia napojów 2006/2010*, „Żyw. Człow i Metab”, 40 (1), s. 5-13
- Jarosz M. (red.) (2008), *Obiady szkolne z uwzględnieniem zasad Dobrej Praktyki Higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych*, Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/obiady_szkolne_16012012.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Jarosz M. (red.) (2008), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia
- Jarosz M. (2009), *Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, Szczecin: Materiały II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
- Jarosz M. (red.) (2012), *Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacja*, Warszawa: Wyd. Instytut Żywności i Żywienia
- Jarosz M., Wolnicka K., Kłossowska J. (2012), *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 9, s. 770-777
- Jarzemska M., Węglarz A., Wielomska M. (2011), *Zrównoważone miasto - zrównoważona energia z perspektywy energetyki przyjaznej środowisku*, Warszawa: Fundacja Instytut na rzecz Ekorozwoju
- Jędraszko A. (2005), *Zagospodarowanie przestrzenne w Polsce: Drogi i bezdroża regulacji ustawowych*, Warszawa: Unia Metropolii Polskich
- Joffe M., J. Mindell (2005), *Health Impact Assessment*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, vol. 62, nr 12, s. 907-912
- Joint Declaration of 13 June 2007 on practical arrangements for the co-decision procedure
- Joint Political Declaration of 27 October 2011 of the European Parliament, the Council and the Commission on explanatory documents
- Jong G.W., Stricker B.H.C., Sturkenboom M.C.J.M. (2004), *Marketing in the lay media and prescriptions of terbinafine in primary care: Dutch cohort study*, „BMJ”, 328:931
- Jorant C. (2011), *The implications of Fukushima: The European perspective*, „Bulletin of the Atomic Scientists” 67 (4), <http://bos.sagepub.com/content/67/4/14.abstract> (dostęp 08.03.2017)
- *Kampania społeczna. Organizacja prawidłowego żywienia dzieci w placówkach oświatowych*, http://wiemcojem.um.warszawa.pl/files/zasady_zywienia.pdf (dostęp 08.03.2017)

- Kamphuis C.B.M., Turrell G., Giskes K., Mackenbach J.P., van Lenthe F.J. (2012), *Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of childhood socioeconomic conditions and adulthood risk factors: a prospective cohort study with 17-years of follow up*, „BMC Public Health”, 12:1045 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1045>
- Kapka L., Cyranka M., Szymańska J., Krasowka E., Skrzypczak M. (2010), *Realizacja projektu Światowej Organizacji Zdrowia Zdrowe Miasto w perspektywie ostatnich lat w Polsce*, „Zdrowie Publiczne”, 120, nr 3, s. 299-304
- Karen M., Dahl S.A. (2007), *Health differences between European countries*, „Social Science & Medicine”, vol. 64, Issue 8, s. 1665-1678
- Karwińska A. (2008), *Gospodarka przestrzenna. Uwarunkowania społeczno-kulturowe*, Warszawa: PWN
- *Katalog technik prowadzenia konsultacji społecznych*, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6330/Zalacznik_7_Katalog_teknik_07_15.pdf (dostęp 08.03.2017)
- KE (2011), *Spółeczny wymiar Europa 2020. Sprawozdanie Komitetu Ochrony Socjalnej*, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej
- Kearney M. (2004), *Walking the Walk? Community Participation in HIA: A Qualitative Interview Study*, „Environmental Impact Assessment Review”, 24, nr 2, s. 217-29
- Kemm J. (1999), *Developing health impact assessment in Wales*, Cardiff: Health Promotion Division, National Assembly for Wales
- Kemm J. (2000), *Can Health Impact Assessment Fulfil the Expectations It Raises?*, „Public Health”, 114, nr 6, s. 431-33
- Kemm J. (2005), *The Future Challenges for HIA*, „Environmental Impact Assessment Review”, Health Impact Assessment, 25, nr 7-8, s. 799-807
- Kemm J. (2006), *Health impact assessment and Health in All Policies [w:] Health in All Policies. Prospects and potentials*, T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo (red.), Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, <http://test.cp.euro.who.int/document/E89260.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Kemm J. (2007), *What is HIA and why it might be useful?*, [w:] *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, red. M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts, s. 3-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Kemm J. (2013), *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, OUP Oxford
- Kemm J., Parry J. (2004), *What Is HIA? Introduction and Overview*, [w:] *Health Impact Assessment*, Palmer S. (red.), Oxford, UK: Oxford University Press
- Kemm J., Parry J. (2005) *What is HIA?*, [w:] *Health impact assessment*, J. Kemm, J. Parry, S. Palmer, Oxford University Press, Oxford 2005, s. 1-14
- Kemm J., Parry J., Palmer S. (red.) (2002), *Rapid Appraisal Techniques*, [w:] *Health Impact Assessment*, Oxford, UK: Institute of Health Sciences, s. 115-130
- Kirkpatrick C., Parker D. (2007), *Regulatory Impact Assessment. An Overview*, [w:] C. H. Kirkpatrick, D. Parker, *Regulatory Impact Assessment: Towards Better Regulation?*, Edward Elgar Publishing
- Klein N. (2007), *Doktryna Szoku. Jak współczesny kapitalizm wykorzystuje klęski żywiołowe i kryzysy społeczne*, Warszawa: Muza
- Klein N., *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism* (2007); wyd. polskie: Klein N., *Doktryna Szoku* (2008), Muza
- Kłós L. (2015), *Jakość wody pitnej w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica”, 2 (313), s. 195-205

- Kłos L. (2016), *Spżycie wody butelkowanej w Polsce i jej wpływ na środowisko przyrodnicze*, „Barometr regionalny”, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu, t. 14, nr 1, s. 111-117
- Knesebeck O., Verde P.E., Dragon N. (2006), *Education and health in 22 European countries*, „Social Science and Medicine”, 63, s. 1344-1351
- Kobza J., Woźniak-Holecka J., Geremek M. (2008), *Perspektywy stosowania strategii Health Impact Assessment w Polsce*, Raport grant nr: 2004128, dofinansowana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego: 78/Zdrowie Publiczne/2007/7 oraz Śląski Uniwersytet Medyczny
- Kolipiński B., Radziejowski J., Skorupski J., Szulczewska B. (2010), *Planowanie przestrzenne stan i problemy ze szczególnym uwzględnieniem ochrony środowiska oraz ocen oddziaływania na środowisko*, Warszawa: Wszechnica Polska Szkoła Wyższa TWP w Warszawie
- Kolmaga A., Zimna-Walenzik E., Łaszek M., Niedźwiedzka-Stadnik M., Trafalska E., Szatko F. (2014), *Ocena stanu odżywienia 16-letniej młodzieży z łódzkich szkół ponadpodstawowych*, „Probl Hig Epidemiol”, 95(1), s. 93-97
- Komisja Wspólnot Europejskich (2007), *Biała Księga na Temat Sportu*, Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich
- Komosińska J. (2012), *Raport na temat stanu gospodarki wodnej w Polsce: jakość wody pitnej*, <http://kngap.uek.krakow.pl/wp-content/uploads/2012/01/Raport-na-temat-stanu-gospodarki-wodnej-w-Polsce.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia: tak robią to inni* (2015), Rynek Zdrowia, 12.03.2015, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Konsultacje-spoeczne-w-ochronie-zdrowia-tak-robia-to-inni,150057,14.html>
- Kopta T., Buczyński A., Hyła M., Lustofin M. (2012), *Zdrowotne aspekty codziennego używania roweru w warunkach dużych natężeń ruchu samochodowego*, Warszawa-Kraków, https://www.gddkia.gov.pl/userfiles/articles/i/infrastruktura-rowerowa_3000/Rower%20a%20zdrowie.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Korybski A., Leszczyński L. (2015), *Stanowienie i stosowanie prawa. Elementy teorii*, Wolters Kluwer
- Korzeniak G. (2011), *Planowanie przestrzenne jako element systemu zarządzania zrównoważonym rozwojem miasta*, [w:] *Zintegrowane planowanie rozwoju miast*, Korzeniak G., Kraków: Instytut Rozwoju Miast, s. 137-153
- Korzeniowska E. (2009), *Wykształcenie w badaniach socjologii zdrowia - przemiany zjawiska i dylematy interpretacyjne*, [w:] Bąk A., Kubisz-Muta Ł. (red.), *Metody, techniki i praktyka badań społecznych*, Bielsko Biała: Wyd. Naukowe ATH
- Kotler P., Zaltman G. (1971), *Social marketing: an approach to planned social change*, „The Journal of Marketing”, 35(3), s. 3-12
- Kotowski W. (2011), *Prawo o ruchu drogowym. Komentarz*, wyd. III, Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o
- Kotter J. P. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press
- Kotter J.P., Cohen D.S. (2008), *Sedno zmian - Narzędzia i taktyki pozytywnej transformacji twojej firmy*, Harvard Business Press - Helion
- Kowalewski A. T. (2005), *Rozwój zrównoważony w procesach urbanizacji*, „Nauka”, 1, s. 123-146
- KOWEZiU (2013), *Współpraca pracodawców ze szkołami zawodowymi. Terazniejszość i przyszłość*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa
- Kozłowski G., Rotnicki M., Trzeciakiewicz M., Witek P., Zadrozny J., Piwonońska J. (red.) (2014), *Narzędzia do badania dostępności i tworzenia dostępnych treści*, Warszawa, http://www.fdc.org.pl/gallery/Narzedzia_do_badiania_i_tworzenia_dostepnych_treści.pdf (dostęp 08.03.2017)
- KPMG (2016), *Rynek napojów bezalkoholowych w Polsce*, <https://home.kpmg.com/pl/pl/home/insights/2016/09/raport-rynek-napojow-bezalkoholowych-w-polsce.html> (dostęp 08.03.2017)

- Kraft D. (2014), *Our health is in our hands*, „Science”, <http://www.wired.co.uk/magazine/archive/2014/05/features/our-health-in-our-hands> (dostęp 08.03.2017)
- Krajczyńska E. (2010), *Eksperci: woda z kranu jest bezpieczna dla zdrowia*, <http://www.naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,375817,ekspert-woda-z-kranu-jest-bezpieczna-dla-zdrowia.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Integracji*, <https://www.mpips.gov.pl/bip/akty-prawne/programy/krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-wykluczeniu-spolecznemu-2020-nowy-wymiar-aktywnej-integracji/> (dostęp 08.03.2017)
- Kravitz R.L., Epstein R.M., Feldman M.D., Franz C.E., Azari R., i wsp. (2005), *Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomised controlled trial*, „JAMA”, 293 (16), s. 1995-2002
- KRBRD (2013), *Stosowanie kasków ochronnych w Polsce w 2013 roku*, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, http://www.krbrd.gov.pl/files/file_add/download/246_stosowanie-kaskow-ochronnych-w-polsce-w-2013-r-.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Krelowska-Kutas M. (2007), *Preferencje konsumentów związane ze spożywaniem wód butelkowanych*, „J. Elementol”, 12(1), s. 55-62
- Krieger N., Northridge M., Gruskin S., Quinn M., Kriebel D., Davey Smith G., Bassett M., Rehkopf D. H., Miller C. (2003), *Assessing Health Impact Assessment: Multidisciplinary and International Perspectives*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, 57, nr 9, s. 659-662
- KRRIT (2014), *KRRiT chroni dzieci przed reklamami tzw. niezdrowej żywności*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,1641,krrit-chroni-dzieci-przed-reklamami-tzw-niezdrowej-zywnosci.html> (dostęp 08.03.2017)
- KRRIT (2014), *Ograniczenie reklam tzw. niezdrowej żywności przy audycjach dla dzieci*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,1725,ograniczenie-reklam-tzw-niezdrowej-zywnosci-przy-audycjach-dla-dzieci.html> (dostęp 08.03.2017)
- KRRIT (2015), *Znika niepożądana społecznie reklama*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, <http://www.krrit.gov.pl/krrit/aktualnosci/news,2122,znika-niepozadana-spolecznie-reklama.html> (dostęp 08.03.2017)
- Książkowski J. (red.) (2015), *Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu i konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego*, <http://www.konsultacje.gov.pl/node/3598> (dostęp 08.03.2017)
- *Kultura organizacyjna*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Kultura_organizacyjna (dostęp 08.03.2017)
- Kułaga Z. et al. (2011), *Polish 2010 growth references for school aged children and adolescents*, „Eur.J. Pediatr.”, 170, s. 599-609
- Kunst A. E., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S. (2004), *Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project*, „Demographic Research”, 52 (9)
- Kuszewski K., Goryński P., Wojtyniak B., Halik R. (red.) (2007), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_1505_2007p.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Kwartnik-Pruc A., Przewięźlikowska A. (2007), *Porównanie funkcjonowania planowania przestrzennego w Polsce i w Niemczech*, „Geomatics and Environmental Engineering”, 1, nr 3, s. 149-160
- Kwiatkowski S.M. (2006), *Kształcenie zawodowe - wyzwania, priorytety, standardy*, Warszawa: Instytut Badan Edukacyjnych
- Lalonde M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*, Department of Health and Welfare, Ottawa, s. 32, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf (dostęp 08.03.2017)

- Latimer C. (2014), *The decline of evidence-based law making*, The Broadbent Blog, Aug 22, 2014, <http://www.broadbentinstitute.ca/en/blog/decline-evidence-based-law-making> (dostęp 08.03.2017)
- Latour B. (2009), *Polityka natury*, Warszawa
- Lavin T., Higgins C., Metcalfe O., Jordan A. (2006), *Health Impacts of the Built Environment. A Review, Institute of Public Health in Ireland*, http://www.publichealth.ie/files/file/Health_Impacts_of_the_Built_Environment_A_Review.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Lee J. H., Röbbel N., Dora C. (2013), *Cross-country analysis of the institutionalization of health impact assessment*, Social Determinants of Health, Discussion Paper 8, World Health Organization, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83299/1/9789241505437_eng.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Lehto J., Ritsatakis A. (1999), *Health Impact Assessment as a tool for inter-sectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden*. Brussels: ECHP,WHO
- Leinsalu M. (2002), *Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study*, „Social Science and Medicine”, 55
- Lena H.F., London B. (1993), *The political and economic determinants of health outcomes: A cross-national analysis*, „International Journal of Health Services”, vol. 23, nr 3, s. 585-602
- Lenoir R. (1974), *Les exclus, un français sur dix*, Paris
- Leppo K. (red.) (2013), *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, Ministry of Health and Social Affairs, Finland, European Observatory on Health Systems and Policies
- Lewin K. (1951), *Field theory in social science*, University of Chicago Press, Chicago
- Levasseur R. (2006), *Leadership and Change in the 21st Century: A Synthesis of Modern Theory Research, and Practice*, MindFire Press
- Limerick Regeneration Agency Master Plan (2008), *Health Impact Assessment of Early School Leaving, Absenteeism and Truancy*, <http://www.publichealth.ie/files/file/Hia%20ESL%20NEW-doc09.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Lis M., Miazga A., Lewandowski P. (2014), *Czas na przyszłość w szkolnictwie zawodowym*, Instytut Badań Strukturalnych, Policy Paper 03/ 2014
- Lobstein T., Dobb S. (2005), *Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight*, „Obes Rev”, 6 (3), s. 203-208
- Lock K. (2000), *Health Impact Assessment*, „British Medical Journal”, 320, s. 1395-1398
- Lotan Y., Buendia Jimenez I., Lenoir-Wijnkoop I., Daudon M., Molinier L., Tack I., Nuijten M.J. (2013), *Increased water intake as a prevention strategy for recurrent urolithiasis: major impact of compliance on cost-effectiveness*, „The Journal of Urology”, 189, s. 935-939
- Lorenz E. (1972), *Does the flap of a butterfly wings in Brazil set off a tornado in Texas*, The American Association for the Advancement of Science, Washington DC, http://gymportalen.dk/sites/lru.dk/files/lru/132_kap6_lorenz_artikel_the_butterfly_effect.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Lunn P. (2007), *Fair play? Sport and social disadvantages in Ireland*, Dublin: Economic and Social Research Institute
- Lyotard J-F. (1997), *Kondycja ponowoczesna. Raport o stanie wiedzy*, Warszawa: wyd. Aletheia
- Maas R., Grennfelt P. (red.) (2016), *Towards Cleaner Air. Scientific Assessment Report 2016*, EMEP Steering Body and Working Group on Effects of the Convention on Long-Range Transboundary Air Pollution, Oslo
- Macaulay S., Friedman L., Mertz E. (2007), *Law in Action: A Socio-Legal Reader*, New York: Foundation Press
- Mackenbach J.P. (2012), *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox*, „Social Science & Medicine”, vol. 75, Issue 4, s. 761-769

- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. (2007), *Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective* [w:] *Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach, Eurothine Final Report*, Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, s. 24-48
- Maison D., Wasilewski P. (2008), *Co to jest reklama społeczna?*, [w:] *Propaganda dobrych serc, czyli pierwszy tom o reklamie społecznej*, Kraków: Agencja Wasilewski
- Mannheimer L. N., Gulis G., Lehto J., Ostlin P. (2007), *Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods*, „European Journal of Public Health”, vol. 17, nr 5, s. 526-531
- Mansbridge J., Bohman J., Chambers S., Estlund D., Føllesdal A., Fung A., Lafont, Manin C.B., Martí J.L. (2010), *The Place of Self-Interest and the Role of Power in Deliberative Democracy*, „Journal of Political Philosophy”, 18, nr 1 s. 64-100, doi:10.1111/j.1467-9760.2009.00344.x
- Mansfield T.J., MacDonald Gibson J. (2015), *Health Impacts of Increased Physical Activity from Changes in Transportation Infrastructure: Quantitative Estimates for Three Communities*, „Bio-Med Research International”, doi:10.1155/2015/812325
- March J.G., Olsen J.P. (2005), *Instytucje: Organizacyjne podstawy polityki*, Warszawa, PL: SCHOLAR
- Marmot M.G., Wilkinson R.G. (red.) (2006), *Social determinants of health. Second Edition*, Oxford: Oxford University Press
- Maslyk R. (2010), *Obywatel w społeczeństwie informacyjnym*, Kraków: NOMOS
- Masztalski R. (red.) (2010), *Człowiek, przyroda, przestrzeń w myśl rozwoju zrównoważonego*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej
- Mazik-Gorzelańczyk M. (2016), *Kształcenie zawodowe w Polsce. W perspektywie zmian i potrzeb gospodarki*, Friedrich Ebert Stiftung
- Mazur J. (2015), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- McAfee T., Davis K.C., Shafer P., Patel D., Alexander R., Bunnell R. (2015), *Increasing the dose of television advertising in a national antismoking media campaign: results from a randomised field trial*, „Tob Control”, s. 1-10, doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052517 (dostęp 08.03.2017)
- McCaig K. (2005), *Canadian Insights: The Challenges of an Integrated Environmental Assessment Framework*, „Environmental Impact Assessment Review”, Health Impact Assessment, 25, nr 7-8, s. 737-46
- McCoy S., Kelly E., Watson D. (2008), *School Leavers' Survey Report 2007*, Dublin: ESRI and Department of Education and Science
- MEN, *Edukacja zdrowotna*, <https://men.gov.pl/zwiekszenie-szans/promocja-zdrowia/c164-informacje-materialy/edukacja-zdrowotna.html>(dostęp 08.03.2017)
- MEN (2016), *Informacja na temat planowanych zmianach w systemie oświaty oraz harmonogram ich wdrażania*, Ministerstwo Edukacji Narodowej, www.men.gov.pl (dostęp 08.03.2017)
- Mendell A., St-Pierre L. (2014), *Health Impact Assessment (HIA) Screening Grid*, Montréal: QC: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy
- Mergler L., Wudarski M., Pobłocki K. (2013), *Anty-bezradnik przestrzenny - prawo do miasta w działaniu*, Warszawa: Biblioteka Res Publici Nowej
- Metzler M. (2007), *Social Determinants of Health: What, How, Why, and Now*, „Prev Chronic Dis”, 4, nr 4, s.1-4
- MG (2013), *Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu i konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego*, Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, <http://www.rcl.gov.pl/sites/images/WytyczneOW.pdf> (dostęp 08.03.2017)

- Michael P. K., Morgan A., Bonnefoy J., Butt J., Bergman V. (2007), *Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health From Measurement and Evidence Knowledge Network*, http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Michno L. (2014), *SMART_KOM. Kraków w sieci inteligentnych miast*, Kraków
- MliB (2016), *Kodeks Urbanistyczno-Budowlany [Prezentacja]*, Warszawa: Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa, <https://mib.gov.pl/files/0/1797355/KUB.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Mindell J., Biddulph J., Taylor L., Lock K., Boaz A., Joffe M., Curtis S. (2010), *Improving the use of evidence in health impact assessment*, „Bulletin of the World Health Organization”, 88, s. 543-550
- Mindell J., Boaz A., Joffe M., Curtis S., Birley M. (2004), *Enhancing the evidence base for health impact assessment*, „J Epidemiol Community Health”, 58, s. 546-551
- Mindell J., Sheridan L., Joffe M., Samson-Barry H., Atkinson S. (2004), *Health Impact Assessment as an Agent of Policy Change: Improving the Health Impacts of the Mayor of London's Draft Transport Strategy*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 58, nr 3, s. 169-174
- Ministerstwo Gospodarki (2015), *Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego*, Ministerstwo Gospodarki we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Rządowe Centrum legislacji, <http://www.rcl.gov.pl/book/wytyczne>
- Models (2015), *Community development & health*, Models of health, Factsheet 1, 2015
- Mokrzycka A., Kowalska-Bobko I. (2016), *Raport cząstkowy nr 2 Problemu niepełnosprawności - prawo dostępu do Internetu i innych narzędzi cyberprzestrzeni jako zagadnienie kluczowe dla integracji/ aktywizacji/ partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Potencjalny model HIA w kontekście adekwatnych działań polityki społecznej*, wersja robocza
- Morgan R. K. (2003), *Health impact assessment: the wider context*, Bull WHO, 81(6):390
- MPiPS, *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
- MŚ (2015), *Krajowy Program Ochrony Powietrza do Roku 2020 (z perspektywą do 2030)*, Ministerstwo Środowiska, Departament Ochrony Powietrza, Warszawa
- Muckelbauer R., Libuda L., Clausen K., Reinehr T., Kersting M. (2009), *A Simple Dietary Intervention in the School Setting Decreased Incidence of Overweight in Children*, „Obes Facts”, 2, s. 282-285
- Muckelbauer R., Libuda L., Clausen K., Toschke A.M., Reinehr T., Kersting M. (2009), *Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial*, „Pediatrics”, 123(4), s. 661-667
- Mudde A. N., DeVries H. (1999), *The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in The Netherlands*, „American Journal of Public Health”, 89 (3), s. 346-350
- Murzyn-Kupisz M. (2006), *Kazimierz. Środkowoeuropejskie doświadczenie rewitalizacji*, Kraków: Międzynarodowe Centrum Kultury
- *National Diet and Nutrition Survey*, <https://www.gov.uk/government/statistics/national-diet-and-nutrition-survey-results-from-years-1-to-4-combined-of-the-rolling-programme-for-2008-and-2009-to-2011-and-2012> (dostęp 08.03.2017)
- National Geographic Channel (2009), *Polacy a świadomość oszczędzania wody*, <http://www.orsza.nazwa.pl/szkola/images/articles/swieta/03-22-woda-raport.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- National Research Council (US) Committee on Health Impact Assessment (2011) *Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment*, The National Academies of Sciences, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22379655> (dostęp 08.03.2017)

- NCCCHPP (2009), *Introduction to HIA*, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy NCCCHPP, HIA Series, http://www.nccchpp.ca/docs/Introduction_HIA_EN_.pdf (dostęp 08.03.2017)
- NCEH (2011), *Transportation Health Impact Assessment Toolkit. Strategies for Health-Oriented Transportation Projects and Policies Promote Active Transportation*, National Center for Environmental Health http://www.cdc.gov/healthyplaces/transportation/promote_strategy.htm (dostęp 08.03.2017)
- NF, *30 minut reklam w telewizji na godzinę*, <http://nf.pl/manager/30-minut-reklam-w-telewizji-na-godzine,50234,81> (dostęp 08.03.2017)
- NHS (2000), *A Short Guide to Health Impact Assessment. Informing Healthy Decisions*, NHS Executive, London, www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Nielsen-Bohlman L., Panzer A., Kindig D. (2004), *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington DC: National Academies Press
- Niemiec T. (red.) (2009), *Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące spożycia wody pitnej przez kobiety w okresie rozrodczym, ciężarne oraz karmiące piersią*, „Ginekologia po Dyplomie”, 4(62) s. 103-113
- NIK (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, Najwyższa Izba Kontroli, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- NIK (2013), *Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa
- NIK (2013), *Przeciwdziałanie zjawiskom patologii wśród dzieci i młodzieży szkolnej*, Najwyższa Izba Kontroli, KNO-4101-03-00/2013, Nr ewid. 143/2014/P/13/068/KNO
- NIK (2013), *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych, Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, KNO-4101-06-00/2012
- NIK (2016), *System szkolnictwa zawodowego*, Departament Nauki, Oświaty i dziedzictwa Narodowego, Nr ew. 15/2016/p/15/029/ KNO
- NIZP-PZH, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.pzh.gov.pl/szkolenia-kursy-oraz-wyklady/struktura/pion-zdrowia-srodowiskowego/zaklad-higieny-srodowiska/> (dostęp 08.03.2017)
- NIZP-PZH (2015), *Zasady udostępniania wody wodociągowej dzieciom w placówkach szkolno-wychowawczych - bezpieczne formy i zalecenia higieniczno-sanitarne*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny http://www.kuratorium1.home.pl/kuratorium2/promocja_zdrowia/zuww.pdf (dostęp 08.03.2017)
- NRC (2011), *Improving Health in the United States. The Role of Health Impact Assessment*, National Research Council (US) Committee on Health Impact Assessment, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83546/> (dostęp 08.03.2017)
- Ociepa-Kubicka A. (2014), *Rola planowania przestrzennego w zarządzaniu ochroną środowiska*, „Inżynieria i Ochrona Środowiska”, 17, nr 1, s. 135-146
- *Odpowiedź Ministra zdrowia*, <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/zespol-ds.-konwencji/wystapienia-pelnomocnika/Odpowiedz%20Ministerstwa%20Administracji%20i%20Cyfryzacji%2030.01.2015.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *Odwodnieni Polacy*, <http://www.wodadlzdrowia.pl/pl/1017/0/odwodnieni-polacy.html> (dostęp 08.03.2017)
- OECD, *Better Life Index*, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>
- OECD (1995), *Recommendation Of The Council Of The OECD On Improving The Quality Of Government Regulation*, Adopted On 9 March 1995, OECD/Gd(95)95, [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(95\)95&doLanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(95)95&doLanguage=en)
- OECD (2002), *Regulatory Policies in OECD Countries: From Interventionism to Regulatory Governance*, <http://regulatoryreform.com/wp-content/uploads/2015/02/OECD-Regulatory-Policies-in-OECD-Countries-2002.pdf>

- OECD (2008), *Introductory Handbook for Undertaking Regulatory Impact Analysis (RIA)*, Version 1.0, October 2008, <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/44789472.pdf>
- OECD (2012), *Recommendation of the Council on Regulatory Policy and Governance*, <https://alianzapacifico.net/wp-content/uploads/2015/06/recomendaciones-OCDE.pdf>
- OECD (2013), *Workshop On Inclusive Growth*, April 2013, OECD Conference Centre Session Notes, <https://www.oecd.org/inclusive-growth/events/Session%20Notes%20-%20Workshop%20Inclusive%20Growth,%2003.04.2013.pdf>
- OECD (2016), *The economic consequences of outdoor air pollution*, OECD Publishing, Paris
- OFOP, *Stanowisko Grupy ds. zdrowia w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejowego*, Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych, <http://ofop.eu/aktualnosci/stanowisko-grupy-ds-zdrowia-w-konsultacjach-spoecznych-dotyczacych-nowelizacji-ustawy-o> (dostęp 08.03.2017)
- *Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych, Stanowisko Grupy ds. zdrowia w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejowego*, <http://ofop.eu/aktualnosci/stanowisko-grupy-ds-zdrowia-w-konsultacjach-spoecznych-dotyczacych-nowelizacji-ustawy-o>
- *Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”*, http://www.trzymajforme.pl/index/?lang_id=2 (dostęp 08.03.2017)
- Oja P., Titze S., Bauman A., de Geus B., Krenn P., Reger-Nash B., Kohlberger T. (2011), *Health benefits of cycling: a systematic review*, „Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports”, 21(4), s. 496-509, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496106>, (dostęp 08.03.2017)
- O'Mullane M., Guliš G. (2014), *Health impact assessment*, [w:] *Health Impact Assessment, Opportunities not to be missed*, R. Fehr, F. Villani, J. Nowacki, M. Martuzzi (red.), World Health Organization, s. 89-110
- Osiecka-Chojnacka J. (2010), *Rola centralnych władz oświatowych w reformowanym systemie oświatowym*, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Polityka oświatowa, nr 2(22)
- Owen N., Bauman A., Booth M., Oldenburg B., Magnus P. (1995), *Serial mass-media campaigns to promote physical activity: reinforcing or redundant?*, „Am J Public Health”, 85, s. 244-248
- Panek T., Zwierzchowski J. (2015), *Opis metodologii badawczej. Współzależność pomiędzy wykluczeniem społecznym a edukacją*, Warszawa: Analizy Instytutu Badań Edukacyjnych
- Papadopoulos Y. (2012), *On the Embeddedness of Deliberative Systems: Why Elitist Innovations Matter More*, [w:] *Deliberative Systems*, Parkinson J., Mansbridge J. (red.), New York: Cambridge University Press, s. 125-150
- *Parks and Trails Health Impact Assessment*, http://www.cdc.gov/healthypaces/parks_trails/sectiona.htm (dostęp 08.03.2017)
- Parnes B., Smith P.C., Gilroy C., Quintela J., Emsermann C.B., i wsp. (2009), *Lack of impact of direct-to-consumer advertising on the physician-patient encounter in primary care: a SNOCAP report*, „Ann Fam Med”, 7 (1), s. 41-46
- PAP (2015), *KRRiT: Wszyscy powinni płacić ok. 8,5 zł miesięcznie na media publiczne. Za to mniej reklam*, <http://www.tvp.info/23262791/krrit-wszyscy-powinni-placic-ok-85-zl-miesiecznie-na-media-publiczne-za-to-mniej-reklam> (dostęp 08.03.2017)
- Parry J. M., Kemm J. R. (2005), *Criteria for Use in the Evaluation of Health Impact Assessments*, „Public Health”, 119, nr 12, s. 1122-1129
- *Partycypacja Obywatelska*, <http://partycypacjaobywatelska.pl/> (dostęp 08.03.2017)
- Parry J., Wright J. (2003), *Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult*, Bulletin of the World Health Organization, 81 (6), <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/parry.pdf?ua=1> (dostęp 08.03.2017)
- Paszkiewicz D., Dębski J. (2013), *Dostępność serwisów internetowych, Dobre praktyki w projektowaniu serwisów internetowych dostępnych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności*, Integracja, Warszawa

- Pawlucky A. (1996), *Pedagogika wartości ciała*, Gdańsk: AWF
- Philips J.R. (1983), *Enhancing the Effectiveness of Organizational Change Management*, „Human Resource Management”, 22(1/2), s. 183-199
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008), *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services
- Pieniak M., *Twarda woda służy zdrowiu*, http://www.wodadlazdrowia.pl/pl/82945/0/Twarda_woda_sluzzy_zdrowiu.html (dostęp 08.03.2017)
- *Planning Cells and Citizens' Juries, Foundation of Political Engineering of the Future*, http://www.planet-thenet.fsnet.co.uk/groups/wdd/99_planning_cells.htm
- Poczrowski A. (2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne
- Polit A. (2010), *Idea miasta zwartej a rzeczywistość*, „Czasopismo Techniczne - Architektura”, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, 6-A, nr 14, s. 85-91
- *Polscy niepełnosprawni cyfrowo wykluczeni*, <http://www.wprost.pl/ar/312553/Polscy-niepelnosprawni-cyfrowo-wykluczeni> (dostęp 08.03.2017)
- Polski J. (2007), *Systemowe planowanie przestrzenne a ochrona środowiska*, „Czasopismo Techniczne”, 7-A, s. 73-78
- Połowianuk M. (2015), *Ministerstwo Kultury chce widzom zgotować piekło. Przygotuj się na jeszcze więcej reklam w telewizji i radiu*, <http://www.spidersweb.pl/2015/02/telewizja-radio-czas-reklam.html> (dostęp 08.03.2017)
- Popiołek M. (2013), *Wykluczenie cyfrowe w Polsce*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy”, 32, s. 310-320
- *Porozumienie z 23 listopada 2009 r. o współpracy między ministrami: edukacji narodowej, zdrowia oraz sportu i turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/porozumienie_matka_16072010.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Powell M. (1995), *On the Outside Looking in: Medical Geography, Medical Geographers and Access to Health Care*, „Health & Place”, 1, nr 1, s. 41-50
- Preker A.A., Feachem R.G.A. (1993), *Market Forces in the Health Sector: The Experience of the Former Socialist States of Central and Eastern Europe*, Paper presented at an EDI Senior Policy Seminar „Health Sector Reform Under a Socialist Market Economy in China”, July 28-30, 1993
- Preston S. H. (1975), *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, „Population Studies”, 29 (2), s. 231-248
- Preston S.H., Elo A.E. (1995), *Are educational differentials in adult mortality increasing in the United States*, „Journal of Aging and Health”, 7 (4), s. 476-496
- *Producent wstrzymał dystrybucję Polocardu Magnez. Z powodu reklamy* (2016), <http://www.rynekapteki.pl/farmakologia/producent-wstrzymal-dystrybucje-polocardu-magnez-z-powodu-reklamy,13354.html> (dostęp 08.03.2017)
- Przewęda R. (1999), *Kondycja fizyczna*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, Warszawa: COiEOZ
- PTS (2012), *System planowania przestrzeni w Polsce*, Warszawa: Zespół ds. konsultacji społecznych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego
- 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 (dostęp 08.03.2017)
- Quigley R., den Broeder L., Furu P., Bond A., Cave B., Bos R. (2006), *Health Impact Assessment International Best Practice Principles*, „Special Publication Series”, nr 5, Fargo, USA: International Association for Impact
- Rachlinski J. J. (2011), *Evidence-Based Law*, „Cornell Law Review”, vol. 96, Issue 4, s. 901-924, <http://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3208&context=clr>

- Rahul (2014), *Identify Stakeholder - Project management workshop*, NetUrja Technology Pvt. Ltd., <http://www.neturja.com/identify-stakeholder-project-managment-workshop> (dostęp 08.03.2017)
- Rao A., Ross C. L. (2014), *Health Impact Assessments and Healthy Schools*, „Journal of Planning Education and Research”, 34, s. 141-152
- *Rapid Appraisal Tool for Health Impact Assessment: A Task-Based Approach* (2002), Oxford, UK: Institute of Health Sciences
- Raport GUS (2012), *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2006-2011*, red. D. Rozkruta, Raport GUS, Szczecin, http://www.stat.gov.pl/gus/nauka_tech-nika_PLK_HTML.htm (dostęp 08.03.2017)
- *Raport: fakty i mity o wodzie* Badanie eksploracyjne opinii dotyczących spożycia wody wśród internautów, <http://www.wodanastart.pl/pobieranie-materialow/55316db5b83c0.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Rasfeld M., *Das Schulkonzept*, http://www.trinx.info/downloads/WfM_Projektskizze.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Rathmann K., Ottova V., Hurrelmann K., de Looze M., Levin K., Molchog M., Elgar F., Gabhainn S.N., van Dijk P., Richter M. (2015), *Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states*, „Maturitas”, 80 (4), s. 414-420, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.01.008> 0378-5122/
- Ravens-Sieberer U., Erhart M., Torsheim T., et al. (2008), *An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents*, „Eur J Public Health”, 18(3), s. 294-299
- RCL (2016), *Projekt Ustawy Kodeks Urbanistyczno-Budowlany*, Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji, <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290463/katalog/12382118#12382118> (dostęp 08.03.2017)
- Regidor E. et al (1999), *Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults*, „Journal of Epidemiological and Community Health”, 53 (2), s. 75-82
- Reid B. (1985), *The New Urbanism as a Way of Life?: The Relationship between Inner City Revitalization in Canada and the Rise of the New Middle Class*, Faculty of Graduate Studies of the university of Manitoba, Canada
- Respondek W., Traczyk I. (2007), *Wody mineralne jako źródło wybranych składników mineralnych w diecie*, „Standardy medyczne”, 4, s. 86-90
- Richards J., Foster C., Townsend N., Bauman A. (2014), *Physical fitness and mental health impact of a sport-for-development intervention in a post-conflict setting: randomised controlled trial nested within an observational study of adolescents in Gulu, Uganda*, „BMC Public Health”, 201414:619, <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-619> (dostęp 08.03.2017)
- *Road Pricing Health Impact Assessment (HIA). How Could Road Pricing Impact on Our Health?*, <http://www.sfhealthequity.org/elements/transportation/21-elements/transportation/116-road-pricing-health-impact-assessment-hia> (dostęp 08.03.2017)
- *Rosnie sprzedaż leków OTC*, <http://www.politykazdrowotna.com/8271,rosnie-sprzedaz-lekow-otc> (dostęp 08.03.2017)
- *Rozmowy w Kawiarence. Przewodnik krok po kroku, jak z rozmowy zrobić narzędzie* (2013), FISE
- Rymcza M. (2013), *Aktywizacja osób niepełnosprawnych w Polsce. Cztery systemy, jedna polityka*, [w:] *Nowe priorytety i tendencje w polityce społecznej - wokół integracji i aktywizacji zawodowej*, K. Wódcz, K. Faliszek, A. Karwacki, M. Rymcza (red.), Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”
- *Rządowy portal konsultacji publicznych*, <http://www.konsultacje.gov.pl/> (dostęp 08.03.2017)
- Sadura P. (2012), *Szkoła i nierówności społeczne. Diagnoza zjawiska i propozycja progresywnej polityki edukacyjnej w Polsce*, Raport Fundacji Amicus Europae, Warszawa

- Salay R., Lincoln P. (2008), *Health impact assessments in the European Union*, „The Lancet”, vol. 372, issue 9641, s. 860-861
- *Schulkommunikation Wasser*, https://www.bdew.de/internet.nsf/id/8DGG2N-DE_Schulkommunikation (dostęp 08.03.2017)
- Schweizer C., Racioppi F., Nemer L. (2014), *Developing national action plans on transport, health and environment. a step-by-step manual for policy-makers and planners*, WHO Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/247168/Developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.pdf?ua=1 (dostęp 08.03.2017)
- Scott-Samuel A. (1998), *Health impact assessment - theory into practice*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, nr 52, s. 704-705
- Scott-Samuel A., Birley M., Ardern K. (2001), *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, *Merseyside Health Impact Assessment Steering Group*, International Health IM-PACT Assessment Consortium, Liverpool, <https://www.liverpool.ac.uk/psychology-health-and-society/research/impact/about/> (dostęp 08.03.2017)
- Sejmik Województwa Małopolskiego (2013), *Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego. Małopolska 2023 - w zdrowej atmosferze*, Załącznik nr 1 do uchwały Nr XLII/662/13 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30 września 2013 r.
- Sepiół J. (2014), *Przestrzeń życia Polaków*, http://www.sarp.org.pl/pliki/1908_53fdc64bb3140-pzp_spistresci_1.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O. I., McKee M. (2006), *The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s.*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, 60(10)
- Shkolnikov V.M., Jasilionis D., Andreev E.M., Jdanov D.A., Stankuniene V., Ambrozaitiene D. (2007), *Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania*, „Social Science and Medicine”, 64
- Sichert-Hellert W., Kersting M., Manz F. (2001), *Fifteen year trends in water intake in German children and adolescents: results of the DONALD Study*, Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study, „Acta Paediatr.”, 90 (7), s. 732-737
- Słomska K. (2014), *W bydgoskich szkołach i urzędach będzie można napić się wody ze specjalnych poidelek*, „Express Bydgoski”, 17.06.2014, <http://express.bydgoski.pl/312248,W-bydgoskich-szkolach-i-urzedach-bedzie-mozna-napic-sie-wody-ze-specjalnych-poidelek.html> (dostęp 08.03.2017)
- Soames R.F. (1988), *Job Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns*, „AJPH”, vol. 78, nr2, s. 163-167
- Socha J. (red.) (2007), *Sprawozdanie z sympozjum: Woda jako podstawowy składnik pokarmowy*, „Standardy Medyczne”, nr 2, t. 4, s. 212-215
- *Social media marketing roadmap*, Atlas Branding & Communication, <http://atlasbrandcomm.com/social-media-marketing-roadmap> (dostęp 08.03.2017)
- *Stakeholder Analysis Winning Support for Your Projects*, MindTools, http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_07.htm (dostęp 08.03.2017)
- *Stakeholder Analysis Winning Support for Your Projects*, MindTools, http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_07.htm
- Stakeholder Participation Working Group of the 2010 HIA in the Americas Workshop (2011), *Best Practices for Stakeholder Participation in Health Impact Assessment*, Oakland, CA, <https://www.tpchd.org/files/library/5cb1190d2cf97716.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=737&ml=pl&mi=737&mx=0&ma=18594> (dostęp 08.03.2017)

- Starfield B. (2001), *Basic concepts in population health and health care*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, 55, s. 452-454
- Starfield B. (2006), *Are social determinants of health the same as societal determinants of health?*, „Health Promotion Journal of Australia”, 17 (3), s.170-173
- Stec M., Mączyński M. (2012), *Partycypacja obywateli i podmiotów obywatelskich w podejmowaniu rozstrzygnięć publicznych na poziomie lokalnym*, Warszawa: Wolters Kluwer
- St-Pierre L. (2015), *When to Perform a Health Impact Assessment (HIA)?*, Montréal: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, http://www.ncchpp.ca/docs/2015_EIS-HIA_When-ToPerformAHIA_En.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *Street Science: Community Knowledge and Environmental Health Justice* (2005), 1 edition. Cambridge, MA: The MIT Press
- Strupczewski A., Radović U. (2006), *Koszty zewnętrzne wytwarzania energii elektrycznej*, Biuletyn Miesięczny PSE, styczeń 2006, s.14-29
- Sudak I. (2015), *Brała 31 różnych „witaminek” i wylądowała u lekarza. Cudowne właściwości suplementów to ściera?*, http://wyborcza.biz/biznes/1,147881,17953715,Brała_31_roznych_witaminek_i_wyladowala_u_lekarza_.html#MT (dostęp 08.03.2017)
- Suhrcke M., de Paz Nieves C. (2011), *Wpływ zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce w krajach wysokorozwiniętych: przegląd badań*, Kopenhaga, Europejskie Regionalne Biuro WHO
- Szenkowski D. (2010), *Pluralizm wartości a wola i racjonalność ustawodawcy - konflikt aksjologiczny w systemie i stosowaniu prawa*, „Dialogi Polityczne”, 13/2010
- Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. i wsp. (2003), *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*, Prace IŻŻ 101, Warszawa
- Suhrcke M., de Paz Nieves C. (2011), *Wpływ zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce w krajach wysokorozwiniętych: przegląd badań*, Kopenhaga, Europejskie Regionalne Biuro WHO
- *Sztuka dyskusji*, Edukacja Medialna, Fundacja Nowoczesna Polska <https://edukacjamedialna.edu.pl/lekcje/sztuka-dyskusji> (dostęp 08.03.2017)
- Śleszyński P. (2015), *Błędy polskiej polityki przestrzennej i krajobrazowej oraz propozycje ich naprawy*, „Problemy Ekologii Krajobrazu”, XL, s. 27-44
- Śliwa-Dominiak J., Deptuła W. (2012), *Przepisy dotyczące monitoringu wód powierzchniowych w Polsce*, „Ochrona Środowiska i Zasobów Naturalnych”, nr 54, s. 39-50
- Śpiewak P. (1997), *Demokracja Partycypacyjna*, „Wiedza i Życie”, nr 3, <http://archiwum.wiz.pl/1997/97033300.asp> (dostęp 08.03.2017)
- *The HIA Process*, The Pew Charitable Trusts-Research & Analysis <http://www.pewtrusts.org/en/about/news-room/news/2014/08/28/the-hia-process> (dostęp 08.03.2017)
- *The World Café*, <http://www.theworldcafe.com/tools-store/hosting-tool-kit> (dostęp 08.03.2017)
- Townsend P., Davidson N. (1982), *Inequalities in health: The black report*, Penguin, Harmondsworth
- Trump D. (2016), *Climate change a Chinese hoax?*, <https://www.theguardian.com/us-news/2016/nov/17/climate-change-a-chinese-plot-beijing-gives-donald-trump-a-history-lesson>
- UE (2011), *Miasta przyszłości: wyzwania, wizje, perspektywy*, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej
- UE (2015), *Europejski kodeks dobrej praktyki administracyjnej*, <http://www.ombudsman.europa.eu/pl/resources/code.faces#/page/1> (dostęp 08.03.2017)
- *Urban Planning, Environment and Health. From Evidence to Policy Action* (2010), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

- UK Health Centre (2010), *School Water Campaign for Continence*, <http://www.healthcentre.org.uk/incontinence/news/school-water-campaign-for-continence-5003.html> (dostęp 08.03.2017)
- UCLA (2007), *The Health Impact Assessment (HIA) project Partnership for Prevention and UCLA School of Public Health*, <http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/whatishia.htm> (dostęp 08.03.2017)
- UMSW, *Baza wiedzy - techniki prowadzenia konsultacji społecznych*, Urząd Miasta Stołecznego Warszawa, http://www.konsultacje.um.warszawa.pl/baza_wiedzy/techniki_konsultacji_spolecznych (dostęp 08.03.2017)
- UN-ESCAP (2009), *What is Good Governance*, United Nations - Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, <http://www.unescap.org/resources/what-good-governance> (dostęp 08.03.2017)
- Undas B., *Asortymentu sklepików szkolnych będących pod nadzorem tut. Inspektora Sanitarnego, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie*, <http://pssekrakow.wsse.krakow.pl/index.php/dzialania/nadzor-sanitarny/86-zywnosc/306-asortymentu-sklepikow-szkolnych-bedacych-pod-nadzorem-tut-inspektora-sanitarnego>, (dostęp 08.03.2017)
- Utter J., Scragg R., Schaaf D. (2006), *Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents*, „Public Health Nutr”, 9 (5), s. 606-612
- *Uzasadnienie do projektu ustawy o sporcie z dnia 05.08.2009 roku*, Biuletyn Informacji Publicznej Ministerstwa Sportu i Turystyki, <http://bip.msit.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnyc/zakonczone-proces-legi/ustawa-o-sporcie/409,Projekt-ustawy-o-sporcie-wraz-z-aktami-wykonawczymi-z-dnia-5-sierpnia-2009-r.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 4 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji*, http://bip.mkidn.gov.pl/media/docs/konsultacje_pub/2015/20150209uzasadnienie_do_projektu_4-02-2105.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Wacquant L. (2008), *Relocating Gentrification: The Working Class, Science and the State in Recent Urban Research*, „International Journal of Urban and Regional Research”, 32, nr 1, s. 198-205, doi:10.1111/j.1468-2427.2008.00774.x
- Wang Y., Wu Y., Wilson R.F., Bleich S., Cheskin L., Weston C., Showell N., Fawole O., Lau B., Segal J. (2013), *Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis*, „Comparative Effectiveness Review”, nr 115, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148737/pdf/Bookshelf_NBK148737.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *Warunki techniczne dróg rowerowych na terenie miasta Poznania. Wytyczne w zakresie projektowania, remontu i utrzymania dróg rowerowych*, projekt Urzędu Miasta Poznania z 2009 roku, <http://www.poznan.pl/mim/public/rzecznik/attachments.html?co=show&instance=1095&parent=35186&lang=pl&id=71652> (dostęp 08.03.2017)
- *Wasser macht Schule*, <http://www.wasser-macht-schule.com/> (dostęp 08.03.2017)
- *Water UK. Wise Up on water! Water in the workplace* (2006), https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/70380/3.3_Wise_Up_-_Water_in_the_Workplace_Final.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Watkiss P., Pye S., Holland M. (2005), *Baseline Scenarios for Service Contract for carrying out cost-benefit analysis of air quality related issues, in particular in the clean air for Europe (CAFE)*, European Commission DG Environment, AEAT/ED51014/Baseline Scenarios. Issue 5, AEA Technology Environment, Didcot, United Kingdom
- Wernham A., Harris-Roxas B., Viliani F., Bond A., Cave B., Divall M., Furu P., Harris P., Soeberg M., Winkler M. (2012), *Health Impact Assessment: The State of the Art*, „Impact Assessment and Project Appraisal”, 30, nr 1, s. 43-52, doi:10.1080/14615517.2012.666035
- West Midlands Directors of Public Health Group (2003), *Using Health Impact Assessment to make Better Decisions. A simple guide*, <http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44797> (dostęp 08.03.2017)

- *What is Good Governance*, UN-ESCAP (2009), <http://www.unescap.org/resources/what-good-governance>
- WHO (1948), *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (dostęp 08.03.2017)
- WHO (1998), *Health Promotion Evaluation - recommendations to policy-makers. Report of the WHO European working group on Health Promotion Evaluation*, Copenhagen
- WHO (1999), *Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach*, Gothenburg consensus paper, Brussels, WHO Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy, <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- WHO (2000), *Air Quality Guidelines for Europe, second edition-2000*, WHO Regional Publications, European Series Nr 91
- WHO (2003), *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of Child-Friendly/Health-Promoting school*, Information Series on School Health Document 9, World Health Organization, Geneva
- WHO (2007), *Health equity through action on the social determinants of health*, Commission on Social Determinants of Health
- WHO (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization
- WHO (2008), *Other impact assessments*, WHO, http://www.who.int/hia/tools/other_IA/en/index.html (dostęp 08.03.2017)
- WHO (2009), *Environmental and health performance review - Poland.*, Röbbel, N., Licari L., WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2010), *Global recommendations on physical activity for health*, Geneva
- WHO (2011), *Governance for health in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe
- WHO (2012), *Social inequalities in health in Poland*, World Health Organization, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/177875/E96720.pdf (dostęp 08.03.2017)
- WHO (2012), *Spoleczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, World Health Organization
- WHO (2013), *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, Review chair Michael Marmot, Report prepared by UCL Institute of Health Equity, World Health Organization 2013, updated reprint 2014 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- WHO (2014), *Health in Impact Assessments. Opportunities Not to Be Missed*, Fehr R., Viliani F., Martuzzi M. (red.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- WHO (2017), *HIA Tools and Methods*, <http://www.who.int/hia/tools/en/> (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Definitions of HIA*, [who.int/hia/about/defin/en/index.html](http://www.who.int/hia/about/defin/en/index.html) (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Health Impact Assessment (HIA)*, <http://www.who.int/hia/tools/en/> (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Physical activity*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity*, WHO/World Economic Forum Report, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/> (dostęp 08.03.2017)

- WHO, *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1 (dostęp 08.03.2017)
- WHO, *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/193878/Vienna-Declaration.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Wier M., Bhatia R., McLaughlin J., Morris D., Comerford Scully C., Harris M., Bedoya J., Cowles S., Rivard T. (2011), *Health Effects of Road Pricing in San Francisco*, California: Findings from a Health Impact Assessment, San Francisco, CA: San Francisco Department of Public Health
- Wierzejska R., Jarosz M. (2011), *Napoje energetyzujące a zdrowie - postęp wiedzy*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 15, 4, s. 507-513
- Winslow C. (1920), *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 1306, nr 51, s. 23-33
- Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy societies: the affliction of inequalities*, Routledge, London, http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781134872800_sample_528352.pdf (dostęp 02.03.2015)
- Wilkinson R., Marmot M. (red.) (2003), *The Social determinants of health. The solid facts*, International Centre for Health and Society, second edition, Copenhagen: WHO Regional Office, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1 (dostęp 08.03.2017)
- Wilkinson R., Pickett K. (2010), *Spirit level. (zmieniające się w kolejnych wydaniach pytanie) Why More Equal Societies Almost Always Do Better?, Why Greater Equality Makes Societies Stronger?, Why Equality is Better for Everyone?*, ostatnie wydanie, Penguin
- Wilkinson R., Pickett K. (2011), *Duch równości. Tam gdzie panuje równość wszystkim żyje się lepiej*, Warszawa: Czarna Owca
- Williams D., Matthews C., Rutt C. i wsp. (2008), *Interventions to Increase Walking Behavior*, „Med Sci Sports Exerc”, 40 (7 Suppl), s. 567-573
- Wimbush E., MacGregor A., Fraser E. (1998), *The effects of a national mass media campaign on walking in Scotland*, „Health Prom Int”, 13, s. 45-53
- Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.) (2007), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*, Copenhagen: Wismar M., Ernst K. (2007), *Is HIA Effective? A Synthesis of Concepts, Methodologies and Results*, [w:] *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*, Copenhagen: World Health Organization, s. 15-35
- *W lubelskich szkołach zamontowano źródła z wodą* (2014), „Kurier Lubelski”, 27.08.2014, <http://www.kurierlubelski.pl/artukul/3552451,w-lubelskich-szkolach-zamontowano-zrodelka-z-woda-zdjecia-wideo,id,t.html?cookie=1> (dostęp 08.03.2017)
- Włodarczyk C. (2014), *HIA - Ocena skutków zdrowotnych, wokół koncepcji i definicji*, <http://www nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2015/04/HIA-ocena-skutkow-zdrowotnych-wokol-definicji-i-koncepcji.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- Włodarczyk C.W. (2015), *Zdrowie we wszystkich politykach nowy wymiar polityki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 13, nr 1, s. 1-6
- WNA (2015), *Fukushima Accident*, World Nuclear Association, <http://www.world-nuclear.org/info/safety-and-security/safety-of-plants/fukushima-accident/> (dostęp 08.03.2017)
- Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J. (2011), *Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport*, Lublin: Instytut Medycyny Wsi
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red) (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
- Wollschläger N., Reuter-Kumpmann H. (2004), *From divergence to convergence. A history of vocational education and training in Europe*, Luxemburg: Cedefop, „European Journal Vocational Training”, nr 32, 2004/II, s. 6-17

- Wolnicka K., Taraszewska A., Jaczewska-Schuetz J. (2015), *Ocena asortymentu sklepików szkolnych i automatów z żywnością przeznaczoną do sprzedaży w szkołach podstawowych miejskich i wiejskich w Polsce w 2013 roku*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm”, 42, 4, s. 209-216
- World Bank, *Engagement - Diagnosing the Status and Potential for Public Private Dialogue, Investment Climate*, <https://www.wbginvestmentclimate.org/toolkits/public-policy-toolkit/mod4step2sub5.cfm> (dostęp 08.03.2017)
- World Bank (2009), *Introduction to Health Impact Assessment*, IFC's Good Practice Publications, <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES> (dostęp 08.03.2017)
- World Bank (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
- Woś H. (red.) (2011), *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież*, „Standardy Medyczne. Pediatria”, 8 (1), s. 27-35
- Woynarowska B. (2012), *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, „Remedium”, nr 12, s. 1-3
- Woynarowska B., Komosińska K., Małkowska-Szkućnik A., Kowalewska A. (2012), *Realizacja zajęć w bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach w pierwszych latach wdrażania podstawy programowej kształcenia ogólnego*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, nr 4, s. 5-13
- Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L. (2014), *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, „Studia BAS”, 38 (2), s. 169-187
- Wright J., Parry J., Scully E. (2005), *Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward?*, Bulletin of the World Health Organization, vol.83 n.6 Genebra, www.ecologic-events.de/eu-impact-assessment/en/documents/Env_in_IA_Final_Report.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Wright S. H., Ghani I., Parry J. (2013), *Health Impact Assessment of a UK Digital Health Service*, „The Journal of Community Informatics”.vol. 9, no 2,<http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/846/1014> (dostęp 08.03.2017)
- Wróblewska W. (2012), *Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce - analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia*, „Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych”, Zeszyt 28
- WSA (2010), Wyrok III SA/Wa 2114/10 - Wyrok WSA w Warszawie, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/3C247E32EA> (dostęp 08.03.2017)
- WUP (2011), *Kształcenie ustawiczne i jego rola w rozwoju zawodowym człowieka*, Wojewódzki Urząd Pracy, Kielce, http://www.wup.kielce.pl/images/stories/CIZ/Kształcenie_ustawiczne_www.pdf (dostęp 08.03.2017)
- Wydział Badań i Analiz Centrum Komunikacji Społecznej Urząd m.st. Warszawy (2014), *Raport z badania ilościowego Ocena jakości wody dostarczanej z miejskiej sieci wodociągowej oraz ogólna ocena jakości usług świadczonych przez Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji, Warszawa*, https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/o-warszawie/woda_mpwik_2009-2014_0.pdf (dostęp 08.03.2017)
- *Wyniki Głosowania Wrocławskiego Budżetu Obywatelskiego*, <https://www.wroclaw.pl/budzet-obywatelski-wroclaw/wyniki-glosowania-wbo-2015> (dostęp 08.03.2017)
- *Wystąpienia Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych do Ministra Zdrowia*, <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,119,wystapienia-pelnomocnika>(dostęp 08.03.2017)
Wystąpienie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_Pelnomocnika_Rzadu_ds_Osob_Niepelnosprawnych_ws_rozwiazan_prawnych_dotyczacych_osob_niepelnosprawnych.pdf (dostęp 08.03.2017)

- Valela N. (2010), *Personal health responsibility: blaming victims or empowering nations?*, „Interdisciplinary Journal of Health Sciences”, vol. 1, Issue 1, s. 83-88
- Van Dijk J. (2010), *Spoleczne aspekty nowych mediów*, Warszawa
- Van Oort F.V.A., van Lenthe F.J., Mackenbach J.P. (2014), *Cooccurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality. Results from the GLOBE study*, „Preventive Medicine”, 39, s. 1126-1134
- Verri A.P., Verticale M.S., Vallero E., Bellone S., Nespoli L. (1997), *Television and eating disorders. Study of adolescent eating behavior*, „Minerva Pediatr”, 49 (6), s. 235-243
- Visscher T.L.S., van Hal W.C.W., Blokdijk L., Seidell J.C., Renders C.M., Bemelmans W.J.E. (2010), *Feasibility and Impact of Placing Water Coolers on Sales of Sugar-Sweetened Beverages in Dutch Secondary School Canteens*, „Obes Facts”, 3, s. 109-115
- Young D.R., Haskell W.L., Taylor C.B., Fortmann S.P. (1996), *Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior*, „Am J Epidemiol”, 144 (3), s. 264-274
- Zabdyr-Jamróz M. (2016), *Combining Emotions, Self-Interests and Expertise: Three Discourses in Deliberation Assembled*, [w:] *Conference Paper for the Sciences Po 4th Political Theory Graduate Conference*, Paris, https://www.academia.edu/24621838/Combining_Emotions_Self-Interests_and_Expertise_Three_Discourses_in_Deliberation_Assembled (dostęp 08.03.2017)
- Zachry W.M., Shepherd M.D., Hinich M.J., et al. (2002), *Relationship between direct-to-consumer advertising and physician diagnosing and prescribing*, „Am J Health Syst Pharm”, 59, s. 42-49
- Zadrozny J. (2009), *Dostępne WWW*, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/publikacje/dostepnosc-serwisow-internetowych/Dostepne%20www.pdf> (dostęp 08.03.2017)
- *Zakaz reklamy leków? Promocja znajdzie inny sposób* (2016), <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/zakaz-reklamy-lekow-promocja-znajdzie-inny-sposob,13411.html> (dostęp 08.03.2017)
- *Zdrowie dla wszystkich polityk - Wspólne działania na rzecz zdrowia i dobrostanu* (2012), CrossingBridges
- Zimmerman F.J., Bell J.F. (2010), *Associations of television content type and obesity in children*, „Am J Public Health”, 100, s. 334-340
- *Zmiany w prawie oświatowym w zakresie szkolnictwa zawodowego, obowiązujące od 1 września 2012 roku. Zadania szkół kształcących w zawodach oraz organów prowadzących szkoły w świetle nowelizacji*, www.kuratorium.opole.pl (dostęp 08.03.2017)
- Zubek R. (2007), *Jak i dlaczego reformować ocenę skutków regulacji w Polsce?*, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12180262910.pdf> (dostęp 08.03.2017)

AKTY PRAWNE

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483)
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Kodeks pracy, tekst jednolity (Dz.U.1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm. - art. 17, 94, 10)
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. 1982, Nr 3, poz. 19, tekst ujednolicony - 4.04.2000 r.) z późn. zm.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230)
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 12 z 1985r. poz. 49. z późn. Zm.)
- Ustawa z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle (Dz. U z 2002 r., Nr 112, poz.979)

- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95. z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 20 lipca 1991 r. o Państwowej Inspekcji Ochrony Środowiska. Dz.U. 1991 nr 77 poz. 335
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004, Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 z późn.zm)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn.zm.)
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10 , poz. 55 z późn.zm)
- Ustawa z 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (t.j. Dz.U. 2007.226.1675 z późn.zm.)
- Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. 1996, Nr 24, poz. 110)
- Ustawa z 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów z późn. zm. oraz zarządzenie nr 2 Prezesa Rady Ministrów z dnia 5 stycznia 2016 r. w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (M.P. poz. 1148) § 8
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. kodeks karny, (t.j. Dz. U. 2016.1137 z późn. zm.)
- Ustawa z 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz.U.2017.128 z późn.zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, Nr 123, poz.776)
- Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812, 1255 i 1269)
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 1998r. nr 91 poz. 578 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 1998r. nr 91 poz. 576 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2001r. nr 62 poz. 627. z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381)
- Ustawa o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym z dnia 27 marca 2003 roku. Dz. U. 2003 nr 80 poz. 717 ze zmianami
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz.1118, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003 ,Nr 122, poz. 1143)
- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody(Dz.U. 2004 Nr 92 poz. 880 ze zm.)
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004, Nr 99, poz. 1001)
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. 2005, Nr 164 poz. 1365)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485)
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 594)

- Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2008r. nr 199 poz. 1227 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 19 marca 2009 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2009, Nr 56, poz. 458)
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (t.j. Dz.U. 2016.176 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U. 2016.627 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy (Dz.U.2011, Nr 36, poz. 181)
- Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011, Nr 84, poz. 455)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 205, poz. 1206)
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2015 poz. 1916
- Ustawa z dnia 29 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 35)
- Projekt z dnia 21 października 2004 r. ustawy o zmianie ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, z uzasadnieniem. Druk nr 3387, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruk/3387/\\$file/3387.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruk/3387/$file/3387.pdf)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz.U. 1993, Nr 103, poz. 472) z wraz z późniejszymi nowelizacjami
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów. Dz.U. 1996 nr 60 poz. 279
- Rozporządzenie Rady Ministrów w dnia 28 maja 1996 w sprawie przygotowania zawodowego młodocianych i ich wynagrodzenia (Dz.U. Nr 60, poz.228 z póź.zm)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 lutego 1999 r. w sprawie utworzenia okręgowych komisji egzaminacyjnych oraz określenie ich zasięgu terytorialnego(Dz. U Nr 14, poz. 134 z póź. zm.)
- Rozporządzenie ministra transportu i gospodarki morskiej z dnia 2 marca 1999 w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi publiczne i ich usytuowanie (t.j. Dz. U. 2016.124)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej i kształcenia w profilach kształcenia ogólnozawodowego (Dz. U Nr 50, poz. 451, póź. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 1 lipca 2002 roku w sprawie praktycznej nauki zawodu z późniejszymi zmianami (Dz.U.2002, Nr 113, poz. 988)
- Rozporządzenie ministrów infrastruktury oraz spraw wewnętrznych i administracji z dnia 31 lipca 2002r. w sprawie znaków i sygnałów drogowych (Dz. U. 2002.170.1393 z późn. zm.)
- Rozporządzenie z dnia 31 grudnia 2002 w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U. 2016.2022 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. z dnia 3 czerwca 2003)
- Rozporządzenie ministra infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków technicznych dla znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń bezpieczeństwa ruchu drogowego i warunków ich umieszczania na drogach (Dz. U. Nr 220, poz. 2181 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z dnia 8 sierpnia 2003 r.)

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 grudnia 2003 r. w sprawie akredytacji placówek doskonalenia nauczycieli. (Dz.U. 2003, Nr 227, poz. 2248)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 grudnia 2003 r. w sprawie akredytacji placówek i ośrodków prowadzących kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych. (Dz.U. 2003, Nr 227, poz. 2247)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2004 r., w sprawie sposobu organizacji uzupełnienia wykształcenia ogólnego młodzieży w Ochotniczych Hufcach Pracy oraz zdobywania przez nią kwalifikacji zawodowych (Dz. U. Nr 262, poz. 2604)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 września 2004 w sprawie standardów kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2004, Nr 207, poz. 2110)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 października 2005 r., w sprawie egzaminów na tytuł czeladnika i mistrza w zawodzie, przeprowadzanych przez komisje egzaminacyjne izb rzemieślniczych (Dz. U Nr 215, poz. 1820)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2006 r. w sprawie uzyskiwania i uzupełniania kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych (Dz. U Nr 31, poz. 216)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 czerwca 2006 r. w sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych. (Dz.U, Nr 126, poz. 897)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 83, poz. 562)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. nr 124, poz. 860, póź. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 nr 210 poz. 1327)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17)
- Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 6 kwietnia 2009 roku w sprawie dofinansowania z budżetu państwa zadań związanych z budową i remontami obiektów sportowych oraz rozwijaniem sportu (Dz. U. 2009, Nr 56, poz. 463)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 czerwca 2009 r. w sprawie publicznych placówek kształcenia praktycznego oraz publicznych ośrodków dokształcania i doskonalenia zawodowego (Dz. U. Nr 99, poz. 828)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2009 r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz.U. 2009, Nr 61, poz. 502)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2009, Nr 50, poz. 400)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie standardowych wymagań będących podstawą przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe (Dz. U Nr 103, poz. 652)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz. U. Nr 82, poz. 523)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu (Dz. U. z 2010 r. Nr 244, poz. 1626)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko (Dz. U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1397.)

- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 sierpnia 2012 r. w sprawie krajowego celu redukcji narażenia (Dz. U. z 2012r. poz. 1030)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie sposobu realizacji środków towarzyszących służących zapewnieniu skutecznego wykonania programu „Owoce w szkole” (Dz.U. 2011 nr 103 poz. 594)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lipca 2011 r. w sprawie szczegółowych zadań i organizacji Ochotniczych Hufców Pracy (Dz. U. 2011, Nr 155, poz. 920)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz.7)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012 roku w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 186 z późn.zm.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz.U. nr 25, poz. 131)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. z 2012 r. poz. 184)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. z.2012 r. poz. 204)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lutego 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 262)
- Rozporządzenie ministra transportu, budownictwa i gospodarki wodnej z dnia 12 kwietnia 2013 r. w sprawie uzyskiwania karty rowerowej (Dz. U. z 2013r., poz. 513)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1248, z późn. zm.)
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. z 2015 r. poz. 1908)
- Uchwała Nr 125 Rady Ministrów z dnia 4 września 2001 r. zmieniająca uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów. M.P. 2001 nr 33 poz. 547
- Uchwała nr 3/2013 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 4 kwietnia 2013 r. w sprawie zakończenia realizacji programu „STUDENT II - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych, www.pfron.org.pl/pl/programy-i-zadania-pfr/...ii/82,Student-II.pdf (dostęp 10.01.2015)
- Uchwała nr 204 Rady Ministrów z dnia 27 października 2015 r. zmieniającą uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 1063)
- Uchwała nr 62 Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2016 r. zmieniającej uchwałę - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 494)
- Obwieszczenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 sierpnia 2003 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz.U. 2003 nr 169 poz. 1650.
- Obwieszczenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2015 r. w sprawie wykazu miast o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i aglomeracji, w których wartość wskaźnika średniego narażenia dla miasta o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i aglomeracji przekracza wartość pułapu stężenia ekspozycji, oraz wykazu miast o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i aglomeracji, w których wartość wskaźnika średniego narażenia dla miasta o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy i aglomeracji nie przekracza wartości pułapu stężenia ekspozycji opublikowanych (Monitor Polski z 2015 r. Poz. 814)
- Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Rady Ministrów - Regulamin pracy Rady Ministrów, M.P.2016 Poz. 1006

- Zarządzenie nr 139 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2007 r. w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z późn. zm.
- Zarządzenie nr 1577/2011 prezydenta Miasta Krakowa z dnia 19 lipca 2011 r. w sprawie powołania Zespołu Zadaniowego ds. audytów rowerowych w Mieście Krakowie, http://wrower.pl/pliki/006/krakow_polityka_rowerowa_powo__anie_zespołu_zadaniowego_audyty_rowerowe.pdf (dostęp: styczeń 2015)
- Zarządzenie nr 94 Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, (M.P. z 2015 r. poz. 919)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz.Urz.Min. Zdrow., poz. 32) i Załącznik do zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32 ze zmianami
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2016r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ poz. 11
- Zarządzenie nr 15 Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 października 2016 r. w sprawie nadania Regulaminu organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-kancelarii-prezesa/podstawy-prawne/regulamin-organizacyjny/3846,Regulamin-organizacyjny-KPRM.html>
- RM (2016), *Formularz OSR*, Rada Ministrów Ocena wpływu, <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/ocena-wplywu/1773,Test-regulacyjny.html>
- RM (2016), *Ocena funkcjonowania ustawy* (OSR EX-POST), Rada Ministrów Ocena wpływu, <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/ocena-wplywu/1773,Test-regulacyjny.html>

ŹRÓDŁA PRAWA UE

- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiająca program działań w zakresie uczenia się przez całe życie
- Deklaracja kopenhaska - poprawa warunków, atrakcyjności i jakości szkolenia i kształcenia zawodowego 2002
- Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 9 grudnia 1975 r. (Proclaimed by United Nations General Assembly Resolution Nr 3447 (XXX) of 9 December 1975)
- Deklaracja Ministrów zatwierdzona jednomyślnie w dniu 11 czerwca 2006 roku w Rydze, Łotwa
- Disability Discrimination Act 1995 (ch.13) (DDA1995)
- Dyrektywa Rady 85/337/EWG z dnia 27 czerwca 1985 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko naturalne (Dz. Urz. WE L 175 z 05.07.1985, str. 40, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 1, str. 248)
- Dyrektywa Rady 92/43/EWG z dnia 21 maja 1992 r. w sprawie ochrony siedlisk przyrodniczych oraz dzikiej fauny i flory (Dz. Urz. WE L 206 z 22.07.1992, str. 7, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 2, str. 102)
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/42/WE z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko (Dz. Urz. WE L 197 z 21.07.2001, str. 30; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne)
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/35/WE z dnia 26 maja 2003 r. przewidującej udział społeczeństwa w odniesieniu do sporządzania niektórych planów i programów w zakresie środowiska oraz zmieniającej w odniesieniu do udziału społeczeństwa i dostępu do wymiaru sprawiedliwości dyrektywy Rady 85/337/EWG i 96/61/WE (Dz. Urz. UE L 156 z 25.06.2003, str. 17; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 7, str. 466.)

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy (Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2008, str. 1.)
- ECVET - Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskiego systemu transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym
- EQAVET - Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienie europejskich ram odniesienia na rzecz zapewnienia jakości w kształceniu i szkoleniu zawodowym
- ET 2020 - Konkluzje rady w sprawie strategicznych ram europejskiej współpracy w dziedzinie kształcenia i szkolnictwa zawodowego 2009
- Europa 2020 - strategia rozwoju UE na lata 2010-2020
- Europass - Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie jednolitych wspólnotowych ram dla przejrzystości i kwalifikacji
- Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r. Dz. U. z dnia 29 stycznia 1999 r.
- Europejski kodeks dobrej praktyki administracyjnej, Unia Europejska (2015), <http://www.ombudsman.europa.eu/pl/resources/code.faces#/page/1>
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) World Health Organization, Geneva
- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. , M.P. z dnia 13 sierpnia 1997r.
- Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2010/C 83/02
- Konkluzje rady w sprawie wspólnych europejskich zasad identyfikowania i walidacji efektów uczenia się uzyskanych poza edukacją formalną 2004 r.
- Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych A/RES/61/106 13 December
- Komunikat europejskich ministrów ds. kształcenia i szkolenia zawodowego europejskich partnerów społecznych oraz Komisji Europejskiej, zebranych na posiedzeniu w Brugii, zawierających przegląd strategicznego podejścia i priorytetów procesu kopenhaskiego na lata 2011-2020
- Komunikat Komisji z dnia 30 października 2003 r. „Równe szanse dla osób niepełnosprawnych: europejski plan działania”, COM(2003) 650 wersja ostateczna
- „Program Edukacja i Szkolenia 2010”
- Rezolucja Rady w sprawie kształcenia i szkolenia jako sił napędowych strategii lizbońskiej
- Rezolucja Rady „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy” 2007 r.
- Rezolucja Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich w sprawie lepszego uwzględnienia poradnictwa przez całe życie w strategiach uczenia się przez całe życie
- Section 508 of the Rehabilitation Act, 29 U.S.C. 794d
- Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 r. (Rezolucja 48/96)
- Strategia Lizbońska - 2000 r.
- Traktat Amsterdamski ustanawiający Wspólnotę Europejską
- Zalecenia PE i Rady w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie 2006 r.
- Zalecenia Parlamentu Europejskiego i rady w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie 2008 r.

