

# Politika in zdravje v postsocialistični slovenski družbi

## Uvod

Državno koordinirano prizadevanje ekonomske, socialne in zdravstvene politike za izboljšanje zdravja prebivalcev se v svetu kaže v obliki »zdrave javne politike« oziroma kot »politika promocije zdravja« (v nadaljevanju PPZ). V pričujočem prispevku poskušam skozi logiko in način njenega nastajanja in razvoja drugod po svetu pokazati na problem njenega (ne)nastajanja pri nas.

### 1. Politika promocije zdravja kot koncept, projekt in praksa

PPZ je integralni koncept in praksa takšnega političnega prizadevanja za uresničevanje ciljev in vrednot »gibanja za promocijo zdravja« (v nadaljevanju GPZ, ki temelji na spoznanju o medsektorski produkciji zdravja, med tem ko se konkretno kaže v sektorsko avtonomni zastopanosti interesov zdravja, v medsektorskem povezovanju z namenom uresničitve ciljev GPZ in v vladnem usklajevanju tega sodelovanja. Utemeljena je na spoznanju, da samo GPZ kot »konfederacija delnih gibanj« ostaja brez politike kot družbenega podsistema moči pri uresnitvi svojih ciljev bistveno omejeno. PPZ je koncept, projekt in praksa političnega uveljavljanja GPZ.

Kot taka pa GPZ in PPZ nikjer nista nastala naenkrat, ampak postopoma, kumulativno, izhajajoč iz procesov civilnodružbenega in institucionalnopolitičnega oz. državnoupravnega strukturiranja dane družbene skupnosti. Zato si je treba pred njeno tematizacijo v kontekstu postsocialistične slovenske družbe ogledati razvojno pot in logiko njenega »nastajanja« tako na konceptualni kot na konkretni procesualni ravni.

Ottawska listina o krepitvi zdravja (1976), ki poziva k aktivnejšemu uresničevanju ciljev »zdravje za vse do leta 2000« govori o »zdravi javni politiki« kot enem izmed ključnih področij tega prizadevanja (poleg oblikovanja podpornih okolij, razvoja osebnih veščin, krepitve skupnostne akcije in preusmeritve zdravstva). Pripravljenci listine so izhajali iz spoznanja, da zdravja kot vrednote (blagostanja), kot praviče, sredstva za vsakdanje življenje in kot družbene naložbe ni moč promovirati (izboljševati, krepiti, pospeševati) zgolj z medicinskim in socialnim varstvom, marveč njegova promocija zahteva tudi ustrezno (zdravo) aktiviranje tistega družbenega podsistema, ki temelji na moči.

Ko je pod vplivom novih družbenih gibanj, naraščajoče ekološke zavesti o globalni ogroženosti življenja, dekonstrukcije države blaginje v kontekstu naraščajoče survivalistične in individualistične vrednostne usmeritve prišlo do ponovnega odkritja zdravja kot systemske kvalitete, je kmalu prišlo do spoznanja, da je treba zdravje postaviti na dnevni red vseh političnih razprav na vseh področjih in na vseh ravneh, da je treba politikom pri tem nenehno kazati na zdravstvene posledice njihovih odločitev oziroma jih narediti za soodgovorne za proces družbene pro-

dukcije zdravja. V ta namen uporablja PPZ različne zakonske, organizacijske, ekonomske ipd. ukrepe, ki se med seboj dopolnjujejo v obliki usklajenega, povezanega delovanja.

»Takšno skupno delovanje vodi k proizvodnji manj nevarnih izdelkov, bolj zdravega potrošnega blaga in bolj čistega, za oddih ustrežnejšega okolja«... »politika promocije zdravja mora identificirati ovire, ki so na poti zdravstveno pravičnejšemu oblikovanju političnih odločitev in programov. Pripravljena mora biti pomagati odpravljati te ovire in interesna nasprotja« (Ottawa, 1986).

Na ta način je v okviru GPZ politika (kot center pozornosti) stopila na tisto mesto, kjer je prej bilo človekovo vedenje (obnašanje), zdravje pa je razumljeno kot rezultat kontinuirane interakcije in interdependence človeka individua in njegove ekosfere: t. j. družine, skupnosti, kulture, societalne strukture in fizičnega okolja.

Z namenom da bi se izognili nepotrebim, a žal pogostim ideološkim polarizacijam (znane »posameznik – verzus – sistem« debate), so avtorji listine oblikovali tako imenovano »načelo omogočanja« (princip of enabling) – pooblastitve ljudi, da sami identificirajo in uresničijo lastne želje, da zadovoljijo svoje potrebe in da spremenijo ali se prilagodijo okolju. To pa zahteva odgovornost in bolj ali manj usklajeno (integrirano) (so)delovanje vseh političnih oz. vladnih področij posameznih držav.

Vendar pa adelaidsko priporočilo z 2. mednarodne konference o promociji zdravja (1988), ki nosi delovni naslov Healthy Public policy, jasno opozarja, da lahko politika promocije zdravja zaživi le, če se bodo vlade posameznih držav za to resnično zavzemale, kar pomeni, da bodo izoblikovale jasne cilje za promocijo zdravja, da bodo izvajale aktivnosti na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, da bodo ugotovljale učinke lastnih zdravstvenopromocijskih odločitev in akcij in da bodo pri tem odgovorne javnosti kot edinemu izvoru lastne legitimnosti.

Toda preden se bomo soočili s stanjem PPZ pri nas, si pogledjmo, kako so se z njo soočile vlade posameznih držav.

Tako je npr. avstralska komisija za boljše zdravje leta 1986 pripravila dokument z naslovom V pričakovanju boljšega zdravja, ki je prodorna analiza obolenosti in zdravstvenih neenakosti, hkrati pa je vseboval tudi priporočila za ukrepanje na področju promocije zdravja in zdravstva. Svet zdravstvenih ministrov je leta 1987 ustanovil telo, imenovano Odbor za zdravje za vse, ki mu je bila zaupana naloga, da določi posamezna področja delovanja, opredeli specifične in merljive cilje, predlaga strategijo doseganja ciljev in opredeli proces spremljanja.

Pobude, ki se jih je Odbor lotil, vključujejo:

- ustanovitev Avstralskega inštituta za zdravje, ki naj bi pripomogel k nadaljnjemu razvoju zdravstvene statistike,
- regionalne programe za strokovnjake javnega zdravstva,
- ustanovitev Nacionalnega centra za epidemiologijo in zdravje prebivalstva pri avstralski nacionalni univerzi z namenom pospešenega usposabljanja strokovnjakov javnega zdravstva in za vodenje raziskav javnega zdravstva;
- dodatne sklade za proučevanje javnega zdravstva in ustanovitev posebne odbora za proučevanje in razvoj javnega zdravstva pri Nacionalnem zdravstvenem in medicinsko raziskovalnem svetu,
- vzpostavitev pogleda na razvoj in strategijo izboljšanja javnega zdravstva z ustanovitvijo Oddelka za pospeševanje zdravja pri Zveznem ministrstvu za zdravstvo in družbene službe.

Poleg tega je k razvoju PPZ Avstralcev v zadnjih letih znatno prispevalo še naslednje:

- priprava poročil in planskih dokumentov o promociji zdravja v vrsti državnih ministrstev,
- ustanovitev posebnih vej/oddelkov za promocijo in pospeševanje zdravja pri zveznem, državnih in teritorialnih zdravstvenih ministrstvih,
- bistveno povečanje proračunskih sredstev za promocijo zdravja,
- spremembe komunikacijskih mehanizmov znotraj države.

Dolgoročni in kratkoročni oz. neposredni cilji (goals in targets) so bili postavljeni na treh glavnih področjih, kot so: populacijske skupine, glavni vzroki obolenosti in umrljivosti in rizični dejavniki.

Naredili so program, od katerega pričakujejo 25% zmanjšanje obstoječih razlik v zdravstvenem statusu prebivalcev (zlasti med domorodci in preostalimi prebivalci), ter opozorili na nekatera akcijsko prednostna področja. Prednostne naloge v letu 1988 so bile naslednje:

- kontrola visokega krvnega pritiska,
- izboljšanje prehrane,
- preprečevanje poškodb,
- zdravje ostarelih,
- primarna preventiva pljučnega in kožnega raka ter sekundarna prevencija raka na dojki in na vratu maternice.

Ob tem pa so predvideli tudi ovire za doseganje boljšega zdravja, med katerimi poudarjajo zlasti naslednje:

- usmeritev zdravstvenega sistema k zdravljenju in varstvu ter konsekvентno omalovaževanje preventive,
- pomanjkanje urgentnosti pri tem, kako se birokracija in parlamenti lotevajo prevencije kroničnih bolezni v primerjavi z akutnimi zdravstvenimi problemi,
- finančne omejitve,
- posledice federalizma za usklajevanje in porazdelitev virov med zdravstvenimi ministrstvi,
- pomanjkanje jasne vizije vloge intersektorske aktivnosti pri promociji zdravja in celo ustrezne vloge zdravstvenih ministrstev pri takšnem usklajevanju ter
- učinki revščine na zmožnost izboljšanja lastnega zdravja.

Za ovire, ki omejujejo sodelovanje med vlado, vladnimi ministrstvi, zasebnim sektorjem in nevladnimi organizacijami, pravijo, da so tako visoke kot strukturni, ekonomski in kulturni dejavniki, ki delom populacije preprečujejo izboljšati lastno zdravje.

Nacionalni odbor za zdravje za vse pa naj bi v smislu implementacije PPZ zagotovil naslednje strategije, ki se nanašajo na posamezna projektna prednostna področja:

- identifikacija neenakosti in strategije za njihovo preseganje,
- znanstveni pristop k razvoju primarnega zdravstva,
- razvoj koordinacijskih mehanizmov, tako intersektorskih kot tistih znotraj zdravstva,
- razvoj mehanizmov za povečanje participacije skupnosti,
- razvoj ustreznih strategij financiranja,
- razvoj programov usposabljanja in vzgoje zdravstvenih delavcev.

Na ta način so za potrebe nacionalne politike in načrtovanja v letu 1988 pripravili akcijski načrt oz. program, ki izraža strukturne spremembe javnega sektorja, in so pripeljale do izboljšanja zdravja Avstralcev, po drugi strani pa priča o tem, da

resnična promocija zdravja zahteva tudi večje strukturne spremembe znotraj celotnega zdravstvenega področja.

V Kanadi je promocija zdravja prišla na dnevni red politike že leta 1974, ko je izšla publikacija Nove perspektive zdravja Kanadčanov, katere avtor je bil takratni minister za nacionalno zdravstvo in blagostanje. Njen vpliv je bil precejšen, pa čeprav večji v tujini kot doma, saj so ji kmalu sledila poročila kot Prevenција in zdravje: vsakogaršnja zadeva (1976 v Veliki Britaniji), Zdravi ljudje (1979 v ZDA) in Zdravje na Švedskem (1982).

Publikaciji sta sledila dva pomembna dogodka, s pomočjo katerih je promocija zdravja dobila svojo vladno legitimiteto.

Najprej je bila leta 1978 v okviru Ministrstva za zdravstvo in blagostanje ustanovljena Uprava za promocijo zdravja, leta 1982 pa je vlada formalno odobrila politiko promocije zdravja in program, ki se nanaša na naslednje vidike zdravja: prehrana, uporaba tobaka in alkohola in ciljne skupine, kot so mladi, ženske in starejši.

V okviru programa so bile sprejete naslednje štiri strategije:

- obveščanje javnosti,
- izboljšanje podpornega socialnega okolja,
- izboljšanje samopomoči in participacije državljanov
- spodbujanje vključevanja zdravja v zdravstvene in druge programe.

V kratkem času so bili po državi ustanovljeni enote za promocijo zdravja in fitness centri. Leta 1981 je bila v Vancouvru prva kanadska konferenca o promociji zdravja. Naslednje leto je bila ob obletnici kanadskega javnozdravstvenega združenja opravljena distinkcija med politiko javnega zdravstva in zdravo javno politiko. Ta je bila nadalje elaborirana leta 1984 na delovni konferenci o politiki promocije zdravja, ki je pomenila javno priznanje, da so glavne determinante zdravja pogosto zunaj zdravstvenega področja.

V Torontu je bila oblikovana skupina Paradigma zdravje, ki je začela objavljati članke in izdajati časopise s ciljem pospeševanja razmišljanja o zdravju. Leta 1986 pa je bila v Ottawi prva mednarodna konferenca na temo promocije zdravja, na kateri je Kanada nastopila s prispevkom Doseganje zdravja za vse: ogrodje za promocijo zdravja. V njem so predstavljeni trije izzivi kanadskemu zdravstvu: zmanjšanje neenakosti v zdravstvu, naraščajoča prevencija in povečevanje zmožnosti soočanja s kroničnimi boleznimi in prizadetostjo (invalidnostjo). Nanje pa so naslovljeni trije mehanizmi – samopomoč, vzajemna pomoč in zdravo okolje – in tri strategije: gojenje participacije, krepitev javnozdravstvene službe in usklajevanje politike promocije zdravja.

Sledili so široka distribucija prispevka, odgovori na pisma in spodbude, delavnica pod geslom Krepitev zdravja skupnosti pomeni krepitev same skupnosti in razvila se je mreža raziskovalcev promocije zdravja.

Med glavne ovire oz. dejavnike, ki so negativno učinkovali na razvoj PPZ, prištevajo Kanadčani svoj lasten sistem zdravstvenega varstva, federalno-provincijske odnose in nekatere bistvene zadeve, ki se tičejo samega »Ogrodja«.

Pomanjkanje konzultacij s strokovnjaki med nastajanjem gradiva je upočasnilo proces vzpostavljanja konsenza znotraj oddelka za promocijo zdravja kot tudi drugod. Pomanjkanje kvantitativnih analiz v »Ogrodju« je bilo ponekod interpretirano kot pomanjkanje rigoroznosti. Prevlada splošnega in bolnišničnega zavarovanja v prevladujoči koncepciji zdravja omogoča veliko moč profesionalcev, hkrati pa absorbira veliko zdravju namenjenih dolarjev. V federalno-provincijskih odnosih, kjer se odvijajo praktično vse politične razprave Kanadčanov, so namesto

pubud, temelječih na novih virih, prevladovale razprave na to temo. Ideje »Ogrodja«, kot na primer tiste o nepravilnosti v dostopnosti do možnosti, ki opredeljujejo zdravje, so politiki pogosto sprejeli kot preveč radikalne in kot take postavljene pod drobnogled. Posamezne ideje, kot na primer o vzajemni pomoči in samopomoči, izvzete iz konteksta, sicer prenašajo odgovornost na posameznika, vendar pa ga ne delajo obenem tudi politično odgovornega za spremembe v okolju, marveč ga prikazujejo predvsem kot žrtev teh sprememb.

Finska je primer države, v kateri je PPZ zrasla neposredno iz nedrja njihove (socialne) politike blagostanja in v kateri je odigralo ključno vlogo zdravstveno področje.

Izhodiščna točka njihovega učbenika o zdravstveni politiki je bila ideja, da mora biti glavni cilj zdravstvene politike najvišja možna stopnja zdravja in njegova enaka distribucija. Ta cilj bi lahko zasledovali po eni strani s promocijo zdravja in preprečevanjem bolezni, po drugi strani pa z obravnavanjem bolezni in ukvarjanjem z njenimi posledicami.

Največji izziv za takšno zdravstveno politiko je bila visoka stopnja umrljivosti moških srednjih let. Takšna ekscesna mortaliteta je bila povezana s številnimi boleznimi, ki so pogojene z načinom življenja in dejavniki okolja. Med pomembnimi povzročitelji so bile koronarne srčne bolezni, povezane s prehrabeniimi navadami in kajenjem, nesreče in samomori, povezani z uporabo alkohola, ter pljučni rak, povezan s kajenjem. Regionalne in socioekonomske razlike v umrljivosti so bile velike. Breme kronične obolevnosti je bilo prav tako veliko. Stopnja zgodnjega upokojevanja je bila dvakrat večja kot v drugih nordijskih državah.

Tako se je 1972. leta skupaj z reformo osnovnega zdravstvenega varstva pojavila potreba po ukrepih zunaj zdravstvenega področja. Ti so se pokazali v obliki posameznih jasno definiranih in implementiranih politik, ki so se nanašale na: prehrano, kontrolo kajenja, alkohol, zmanjševanje socialnih neenakosti, izboljšanje delovnega mesta in okolja (vključujoč preprečevanje nesreč).

Finske izkušnje kažejo, da so intersektorski, v zdravje usmerjeni ukrepi lahko široko implementirani le na podlagi širokega političnega konsenza med vključenimi partnerji. Njihova izkušnja je tudi ta, da so težave v zvezi z implementacijo PPZ tem večje, čim bolj so ti ukrepi v rokah nezdravstvenega področja, pa čeprav so bili načelno široko sprejeti. Nadalje kažejo, da implementacija predpostavlja vzpostavitev sodelovanja posameznih sektorjev na vseh ravneh: na nacionalni, na regionalni in na lokalni ravni. Eden glavnih virov za politiko promocije zdravja pa je tudi tam preusmeritev izobraževanja zdravstvenih delavcev in preusmeritev zdravstvenih raziskav.

V primerjavi s prejšnjimi primeri je konstituiranje politike promocije zdravja v primeru *Madžarske* potekalo v ekonomsko povsem neugodnih (v marsičem nam podobnih) razmerah, pri čemer je PPZ nastajala kot integralni del vladnega stabilizacijskega programa. Priprave nanjo so se pričele leta 1986 z razpravo vladnega kabineta ob poročilu zdravstvenega ministrstva o zdravju prebivalstva.

Na tej podlagi so bili izdelani posamezni dokumenti in programi za številne pomembne zadeve, kot so: analitična evalvacija zdravstvenega statusa, aplikabilnost evropskih ciljev za zdravje za vse, socialno ozadje nezdrave in škodljive prehrane, vloga lokalnih in centralnih zdravstvenih oblasti, zdravje v okolju ter športne in fizične aktivnosti.

Po desetmesečnem pripravljalnem obdobju je sledila široka javna razprava v okrajnih svetih, družbenih organizacijah, sindikatih in znanstvenih telesih. V njej so posebej poudarjena naslednja vprašanja:

a) Kako izpeljati nacionalni program promocije zdravja ob ekonomskih omejitvah?

b) Kako z omejenimi proračunskimi sredstvi za zdravstvo pokriti stroške takšnega programa?

c) Kako so lahko druga področja (industrija, trgovina, varstvo okolja, izobraževanje) motivirana za zagotavljanje možnosti za zdrav način življenja?

d) Kakšna je vloga zdravstvene administracije in kakšen je njen odnos do drugih področij pri usklajevanju programa?

Ti problemi so bili obravnavani v končni verziji dokumenta, medtem ko je bila sama elaboracija programa promocije zdravja podprta z različnimi informacijami, ki so se nanašale na evalvacijo spreminjajočega se zdravstvenega statusa prebivalcev, spremembe v načinu življenja in na stališča do zdravja.

Rezultat tako široko zasnovanih razprav je bil, da so bili posamezni programski dokumenti postopoma spremenjeni in dopolnjeni, dokler ni bil konec leta 1987 na seji kabineta sprejet program. Nacionalni svet za promocijo zdravja pa je poskrbel za programsko usklajevanje in evalvacijo.

Ta je nastal s preoblikovanjem in organizacijskimi spremembami dotedanje vladne komisije za boj proti alkoholizmu in danes je intersektorsko telo, ki se ukvarja s promocijo zdravja in preprečevanjem bolezni in ima obenem usklajevalne, poročevalske, pripravljalne, svetovalne in nadzorne funkcije. Po tem vzoru pa naj bi izvršni komiteji okrajnih in lokalnih svetov poskrbeli za reorganizacijo okrajnih in lokalnih komisij za boj proti alkoholizmu in njihovo preobrazbo v regionalne in/ali lokalne svete za promocijo zdravja.

Z namenom vzpostavitve intersektorskih programskih aktivnosti in zagotovitve neposrednih finančnih virov za učinkovito publiciteto in boj zoper zdravju škodljive navade je bil ustanovljen poseben sklad za promocijo zdravja, katerega namen, vire in uporabo ureja poseben pravni akt.

Z namenom omogočanja sistematičnih analiz in evalvacije izoblikovanega programa po enotnih in znanstvenih merilih je bil (na podlagi ustreznega preoblikovanja in razširitve obstoječega sistema zbiranja podatkov) za potrebe programa izdelan poseben informacijski sistem.

Sledeč osnovnemu načelu programa (nadzor in odstranitev škodljivih dejavnikov načina življenja oziroma promocija načina življenja, ki lahko ovira ali preprečuje razvoj rizičnih dejavnikov) in z namenom, da bi omogočili ljudem, da dalj časa ohranijo svoje zdravje oziroma da se izognejo resni obolenosti, so si Madžari kot temeljni dolgoročni cilj zastavili možnost, da si vsak posameznik lahko poveča število let življenja brez bolezni za 10%.

V ta namen se je za obdobje naslednjih 20 let izoblikovalo naslednjih pet dolgoročnih ciljev:

1. Znatno zmanjšanje razlik med regijami in okraji v stopnji umrljivosti otrok in umrljivosti v zvezi s kroničnimi nalezljivimi boleznimi.

2. Znatno zmanjšanje obstoječe stopnje smrtnosti novorojenčkov, ki znaša 20 na 1000 živo rojenih.

3. Zmanjšanje umrljivosti zaradi kardiovaskularnih bolezni v naslednjih 7–8 letih; pri mlajših od 65 let bi jo morali v naslednjih 15–20 letih zmanjšati vsaj za 10%.

4. Zmanjšanje umrljivosti zaradi raka za vsaj 10% pri populaciji, mlajši od 65 let.

5. Zmanjšanje naraščajočega trenda nesreč s smrtnim izidom za okrog 10%.

Doseganju teh ciljev so namenili vrsto konkretnih programov. Njihova uresničenje pa zahteva tudi ustrezno prilagoditev zdravstvene službe, ki se kaže v naslednjem:

– v usposobljenosti osebja v službah osnovnega zdravstvenega varstva (zdravniki splošne medicine, pediatri in zdravstveni delavci v industriji) za prevzemanje aktivne vloge pri skrbi za zdravje,

- v večji odprtosti splošnih ambulant za pobude skupin za samopomoč,
- v razširitvi organizacijskega sistema mentalne higijene in uvedbi novih oblik podpornih omrežij, namenjenih družinam,
- v bolj usklajenem skriningu prebivalstva,
- v boljšem sodelovanju zdravstva s socialnozavarovalnimi agencijami na področju rehabilitacije,
- v organizacijski prilagojenosti zdravstvene vzgoje ciljem nacionalnega programa promocije zdravja ter
- povečanju raziskovanja ter mednarodnih znanstvenih in profesionalnih vezi, ki prispevajo k implementaciji programa.

Podobno kot druge države pa se tudi madžarska PPZ srečuje s težavami in ovirami, ki so poleg pomanjkanja finančnih sredstev naslednje:

- pomanjkanje interesa za relativno slabo plačano delo,
- paternalistična rutina ustanov,
- odločilna vloga kurativne medicine v interesih in vrednostnem sistemu javnega zdravstva,
- zlom oziroma porušenje socialnih razmerij,
- negativni vpliv stagnacije in padca življenjskega standarda na način življenja,
- nasprotje med nujnostjo potreb po hitrih rezultatih in zahtevami po uspešnosti dolgoročne strategije,
- neopredeljen in nerazvit koncept socialne politike ter
- pomanjkanje metodoloških in profesionalnih izkušenj pri preventivi.

### *Politika promocije zdravja kot konkreten izziv in (z)možnost*

Kot vsaka zavestna, projektno-strateška družbena akcija ima tudi politika promocije zdravja svojo začetno fazo, fazo oblikovanja/načrtovanja, fazo implementacije znotraj obstoječih družbenostrukturalnih pogojev in institucionaliziranih okvirov ter fazo spremljanja/evalvacije, feed-backa in korekcije. S tem da je treba pri izhodiščih njenega konstituiranja upoštevati pogoje in okoliščine, ki kot taki opredeljujejo samo tovrstno prizadevanje. Med temi bi pri nas lahko na hitro našli vsaj naslednje:

- nestabilna sedanost in negotova prihodnost,
- težave slovenskega gospodarstva in počasnost njegovega prestrukturiranja,
- počasnost modernizacije državnoupravnega kompleksa, ki je podedoval strokovne službe nekdanjih SIS-ov,
- tradicionalno kurativna naravnost slovenskega zdravstva in njegova nepripravljenost za prevzem vloge advokature zdravja,
- kronično pomanjkanje proračunskih sredstev ob neizdelanih merilih za financiranje tako imenovanih nacionalnih programov posameznih družbenih dejavnosti,
- neopredeljen in nerazvit koncept (vrednostna usmeritev in cilji) socialne politike,

- nizka stopnja odgovornosti ljudi za lastno zdravje in negativni vpliv recesije na življenjske navade prebivalstva,
- hitro naraščajoča brezposelnost in z njo povezani problemi v zvezi z zdravjem itd.

Navedeni pogoji in okoliščine so v glavnem omejujoči dejavniki za oblikovanje PPZ, pri čemer ne gre pozabiti, da smo pri nas dolga leta živeli in »se vzgajali« v nekakšni umetni, funkcionalni nizko diferencirani, segmentirani skupnosti, obnašajoč se na način »kot da« (živimo v naravni, normalni skupnosti), dokler nazadnje nismo pristali v obstoječih povsem anomičnih razmerah, učeč se abecede (individualne) odgovornosti ter z njo povezane komunikacije, odnosov in družbenih procesov, ki so v visoko razvitih industrijskih državah podlaga za premik moči (vpliva na glavne pogoje in okoliščine, ki opredeljujejo zdravje) od birokracije k skupnosti.

Skratka, gre za problem soočanja z delno, omejeno oziroma zapozneno modernizacijo družbe v turbulentnih in anomičnih razmerah in za s tem povezan splet omejujočih dejavnikov, ki jih razviti svet ne pozna.

Vendar pa je tudi ob upoštevanju vsega navedenega – če seveda pri tem izhajamo iz potrebe po ponovni vzpostavitvi zgodovinske vezi med zdravstvenim, ekonomskim, socialnim in političnim področjem (ki je bila, kot pravita Twaddle in Hessler, v medicini pretrgana z vzponom naravoslovnostanstvene medicine v začetku 20. stoletja) – možno videti pot oblikovanja PPZ oziroma njene implementacije.

Tako bi se npr. lahko oblikoval nekakšen zdravstveni lobi, ki bi lahko vladi predlagal, da pooblasti že obstoječi zavod za zdravstveno varstvo (posebno skupino v njem), da pripravi prodorno analizo zdravstvenega stanja prebivalcev Slovenije, ki bi jo obravnaval parlament. Ta bi na tej podlagi lahko pooblastil slovensko vlado za politično aktivnost, usmerjeno v oblikovanje PPZ. Pri vladi oz. pri ministru za zdravstvo bi se lahko oblikovalo posebno implementacijsko telo, ki bi ob sočasno zagotovljenih proračunskih sredstvih lahko takoj začelo pripravljati strategijo (program) razvoja oziroma promocije zdravja prebivalcev Slovenije in ki bi imelo usklajevalno vlogo med parlamentom in vlado, med posameznimi ministri, med temi in nevladnimi organizacijami itd.

Na ta način bi postopoma lahko prišli do racionalne, jasno zasnovane, dejansko implementirane, sistematične, konsekventne in usklajene politične aktivnosti, usmerjene v promocijo zdravja, ki si jo shematsko lahko predstavljamo na naslednji način:

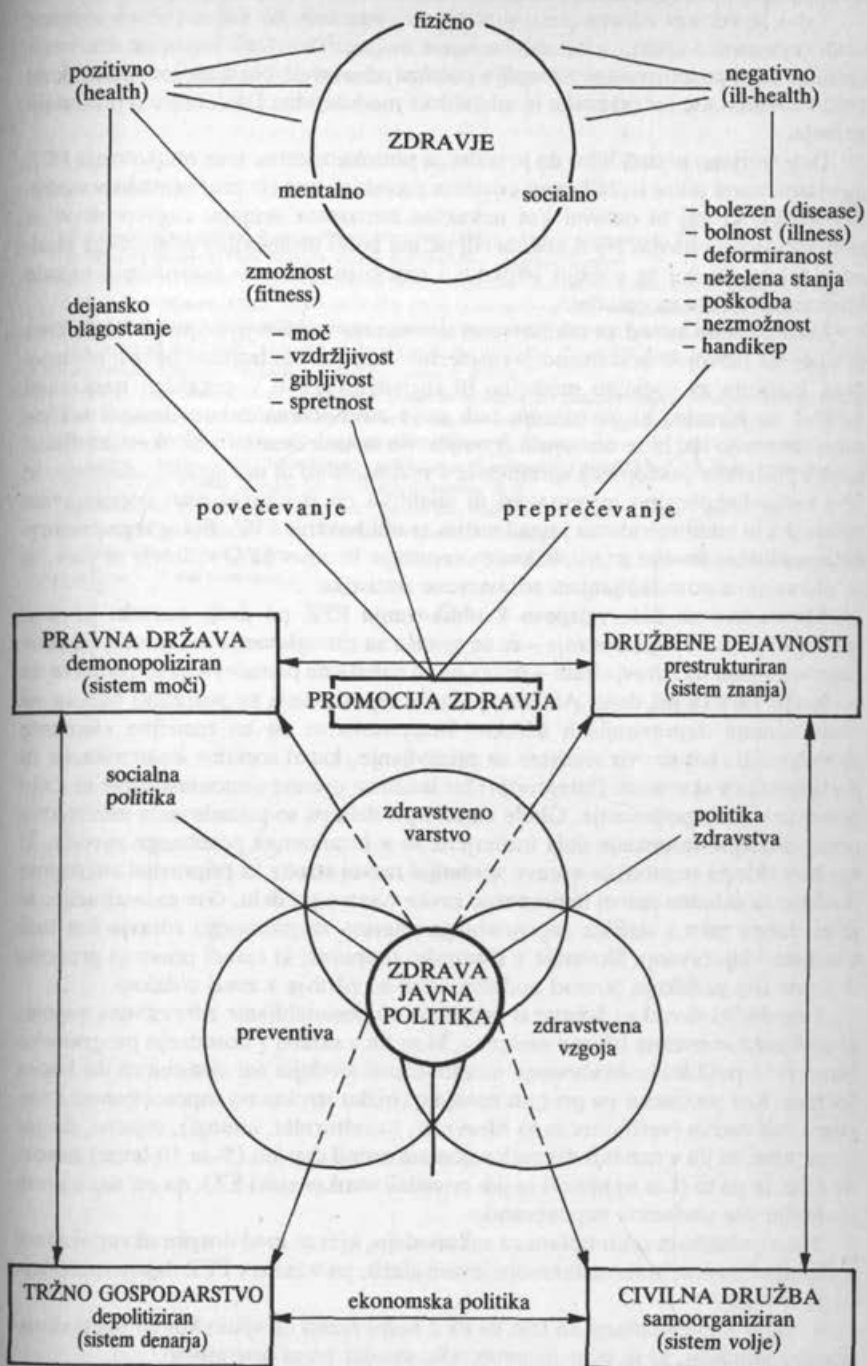
Iz navedene sheme/modela PPZ je razvidno zdravje kot celovit družbeni projekt, ki je kot tak determiniran z obstoječimi strukturnimi spremembami slovenske družbe oziroma s procesi, kot so:

- vzpostavljanje sistema državne uprave z odgovorno vlado ter z ustvarjalno in usklajevalno vlogo proračuna oziroma s preglednim ter obvladljivim sistemom javnih financ,
- vzpostavljanje tržnih zakonitosti na temelju lastninjenja lastnine, odgovornega podjetništva, motivirajočega dela, profesionalnega poslovanja itd.,
- samoorganiziranje civilne družbe na podlagi povečevanja individualne odgovornosti, povečevanja zmožnosti prenašanja tveganja (negotovosti kot možnosti), novih oblik individualne in skupinske identitete ter v obliki različnih oblik samopomoči in vzajemne pomoči

Vendar kot smo že uvodoma omenili, zdravje kot družbeni projekt zahteva ustrezno konkretno prizadevanje in aktivnosti vlad, posameznih področij, institu-



# MODEL POLITIKE PROMOCIJE ZDRAVJA V POSTSOCIALISTIČNI SLOV. DRUŽBI



cij, skupin in posameznikov. Zato nas ob razmišljanju o procesih oblikovanja PPZ zanimajo povsem konkretna prizadevanja in aktivnosti institucij tega sistema.

Tako je recimo zdravstveno ministrstvo pripravilo že več osnutkov zakona o zdravstvenem varstvu, v katerih so zajete nekatere bistvene sestavine družbene skrbi za zdravje in razvojne filozofije javnega zdravstva, kot je opredeljena skozi gradiva Alma-Ate ter ottawske in adelajdske mednarodne konference o promociji zdravja.

Dogovorjeno je tudi bilo, da je treba za potrebe začetne faze oblikovanja PPZ na vladni ravni takoj izoblikovati poseben projektni svet (iz profesionalcev različnih strok), ki naj bi deloval kot nekakšna strokovna skupina zagovornikov in pospeševalcev zdravja. Njen končni cilj pa naj bi bil ustanovitev pristojnega vladnega telesa, ki naj bi s svojo strokovno močjo in oblastno avtoriteto dosegalo konkretne učinke in rezultate.

Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo je pripravil konkreten predlog za razvojno in statusno preusmeritev v njegovem lastnem okviru obstoječega Inštituta za socialno medicino in socialno varstvo v nekakšen nacionalni inštitut za zdravje, ki ga omenja tudi nova zdravstvena zakonodaja. S takšno preusmeritvijo naj bi se obstoječa (po njihovih lastnih besedah) birokratska zbirateljica podatkov postopoma spremenila v raziskovalno in pedagoško ustanovo, ki bi s svojo kakovostno informatiko in analitiko po strokovni plati dopolnjevala zakonska in administrativna prizadevanja za oblikovanje PPZ. Poleg tega pripravljajo analitično študijo o tem, kako se uresničuje 38 ciljev SZO »zdravje za vse«, in se ukvarjajo s posodabljanjem zdravstvene statistike.

Ministrstvo za delo prispeva k oblikovanju PPZ po dveh smereh: prva je (aktivna) politika zaposlovanja – če se nanaša na zmanjševanje negativnih učinkov brezposelnosti na zdravje ljudi – druga pa se nanaša na prizadevanja ministrstva na področju varstva pri delu. Aktivna politika zaposlovanja se posredno nanaša na zmanjševanje deprivirajočih učinkov brezposelnosti na tri temeljne elemente zaposlenosti, kot so: vir sredstev za preživljanje, kanal socialne komunikacije in participacija v skupnosti (integracija) ter možnost osebne samouresničitve in z njo povezano samospoštovanje. Glede varstva pri delu pa so prizadevanja ministrstva poleg običajne inšpekcije dela usmerjena še v ustanovitev posebnega zavoda, ki naj bi v sklopu republiške uprave spremljal razvoj stroke in pripravljaj strokovne podlage za skladen razvoj in primerno raven varstva pri delu. Gre za institucijo, ki je potrebna tako s stališča neposrednega interesa za promocijo zdravja kot tudi s stališča vključevanja Slovenije v Evropsko skupnost, ki zaradi prostega prehoda delovne sile pričakuje povsod podobno skrb za zdravje v zvezi z delom.

Republiški zavod za šolstvo si prizadeva za posodabljanje zdravstvene vzgoje, ki sodi med »obvezne izbirne vsebine«, ki so jih v skladu z dosedanjim programsko usmerjeno politiko izobraževanja morali učenci srednjih šol absorbirati do konca šolanja. Kot probleme pa pri tem navajajo: nizko strokovno usposobljenost izvajalcev teh vsebin (večinoma so to zdravniki, fizikulturniki, biologi), dejstvo, da gre za vsebine, ki jih v razvitih državah zajemata zadnji dve leti (9- in 10-letne) osnovne šole, in pa to (kar so opazili in jim povedali strokovnjaki SZ), da pri nas na tem področju vse »delamo« nepovezano.

Na republiškem sekretariatu za zakonodajo, kjer se med drugim ukvarjajo tudi z vzpostavljanjem in reorganizacijo javnih služb, pa v zvezi s PPZ dajejo naslednje tri predloge:

– da je implementacijsko telo za PPZ bolje vezati na vlado kot pa imeti skupščinsko komisijo, ki je sicer delovno telo, vendar pa ni operativno,

– da to telo sicer pozneje lahko preide pod ministrstvo za zdravstvo, vendar šele potem ko se to ne bo več ukvarjalo zgolj z zagotavljanjem pogojev (virov, infrastrukture) za zdravljenje, ter

– da se je pri PPZ treba nujno zavzemati za družinskega zdravnika, ki bo neposredno spremljal zdravstveno stanje in kot tak lahko najboljše preventivno deloval.

#### UPORABLJENI VIRI:

- The Adelaide recommendations: healthy public policy (1988), v *Health promotion* št. 2
- Ursula Dobraszczyc (1989): *Sickness, Health and Medicine*, Longman, London
- R.S. Downie, C. Fyfe in A. Tannahill (1990): *Health promotion – models and values*, Oxford University Press
- I. Forgacs, P. Makara (1988): *Health promotion policy in Hungary – a case study*, *Health promotion* št. 2
- L. W. Green, J.M. Raeburn (1988): *Health promotion. What isn't? What will it become?*, *Health promotion*, št. 2
- Health for all Australians. Summary of the report to the Australian Health Ministers Advisory Council and the Australian Health Ministers Conference, *Health promotion* št. 2/1988
- Ciril Klajniček (1990): *Zdravje, brezposelnost in politika zaposlovanja v funkciji gibanja za promocijo zdravja*, rokopis
- Ciril Klajniček (1990): *Zdravje kot predmet in cilj naše razvojne politike*, *Teorija in praksa*, št. 12
- Slaven Letic (1989): *Politika zdravstva u doba krize*, Naprijed, Zagreb
- K. Leppo, T. Melkas (1988): *Toward healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987*, *Health promotion*, št. 2
- Halfdan Mahler (1988): *Keynote adress*, *Health promotion*, št. 2
- Osnutek ustave Republike Slovenije (1990), Poročevalec Skupščine Republike Slovenije z dne 19. 10.
- Ottawska listina o promociji zdravja (1986), prevod zdr. sk. Slovenije
- L. Pinder (1988): *From A new perspective to the formework: a case study of the development of health promotion policy in Canada*, *Health promotion*, št. 2