

VSEVLADNI PRISTOP ZA ZDRAVJE IN BLAGINJO PREBIVALCEV IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU



**VSEVLADNI PRISTOP ZA ZDRAVJE IN BLAGINJO
PREBIVALCEV IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI
V ZDRAVJU**



VSEVLADNI PRISTOP ZA ZDRAVJE IN BLAGINJO PREBIVALCEV IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Avtorji: Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Helena Koprivnikar, Andreja Drev, Pia Vračko, Nina Pirnat, Tadeja Hočevar, Mitja Vrdelja, Helena Jeriček Klanšček, Vesna Pucelj, Tatjana Kofol Bric, Brane Martinovič, Igor Kranjc, Aleksandra Martinovič

Urednice: Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev

Recenzenta: doc. dr. Marjan Premik, asist. dr. Tit Albreht

Oblikovanje in prelom: Andreja Frič

Elektronski vir, objavljeno na spletni strani www.ivz.si

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Ljubljana, junij 2012

Publikacija ni lektorirana.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614(082)

VSEVLADNI pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju / [avtorji Mojca Gabrijelčič Blenkuš ... [et. al] ; urednice Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev]. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012

Dostopno tudi na: <http://www.ivz.si>

ISBN 978-961-6659-90-1

ISBN 978-961-6659-93-2 (pdf)

Gabrijelčič Blenkuš, Mojca 2. Koprivnikar, Helena

262216704

PREDGOVOR

PREDGOVOR DIREKTORICE INŠTITUTA ZA VAROVANJE ZDRAVJA RS

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje blaginje. Aktivnosti, za katere mora poskrbeti družba, da zagotovi ustrezne razmere in okolje, v katerem bodo ljudje zdravi, lahko v širšem smislu opredelimo kot javno zdravje. To pa ne pomeni, da so take aktivnosti le naloga dejavnosti javnega zdravja ali širšega zdravstvenega sektorja, ampak je skrb za zdravje naloga celotne družbe. Zato je zelo pomembno, da so pri sprejemanju odločitev na najvišji politični ravni vzpostavljeni taki mehanizmi, ki omogočajo presojo ukrepov z vidika njihovega vpliva na zdravje in zagotavljajo upoštevanje priporočil za sprejemanje ukrepov, ki dokazano pomenijo vpliv na boljše zdravje prebivalcev. Tak način sprejemanja odločitev je temelj pristopa zdravja v vseh politikah.

Zelo pomembno vlogo v tem procesu imajo strokovnjaki javnega zdravja. Njihovo področje delovanja obsega proučevanje zdravja in vseh dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, ter na tej podlagi oblikovanje strokovnih podlag za sprejemanje zdravju naklonjenih politik, programov za krepitev zdravja in ukrepov za preprečevanje bolezni. V Sloveniji večino teh nalog na nacionalni ravni opravlja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ). IVZ tako predstavlja ekspertno raven za podporo odločitvam, ki jih sprejema država na nacionalnem in lokalnem nivoju in ki imajo posreden ali neposreden vpliv na zdravje.

Pričujoča publikacija predstavlja pomemben doprinos v našem prostoru, saj prinaša celovit prikaz področja pristopa zdravja v vseh politikah. Za boljše razumevanje pristopa tudi nepoučenemu bralcu daje prvi del pregled teoretičnih podlag in razvoja pristopa zdravja v vseh politikah. Primeri dobrih praks in izkušnje drugih držav pri uvajanju koncepta zdravja v vseh politikah v strukturo političnega odločanja nam bodo lahko v veliko pomoč pri izboljševanju tega pristopa, saj se lahko izognemo pastem, ki so jih druge države že prepoznale in tudi uspešno zaobšle. Zadnji del je namenjen predstavitvi ključnih priporočil in orodij, razvitih v državah, ki so ta pristop že uspešno uvedla. Za uspešno uvedbo in izvajanje pristopa Zdravje v vseh politikah je poznavanje teh orodij namreč ključnega pomena.

S pričujočo publikacijo IVZ daje doprinos eni od svojih pomembnih vlog pri oblikovanju informacij, ki služijo posameznikom, da lahko sprejemajo odločitve glede svojega zdravja, strokovnjakom za pomoč pri oblikovanju programov ter zdravstveni politiki za oblikovanje zdravju naklonjenih okolij in politik. Želimo si, da bi publikacija našla čim več bralcev in pripomogla k oblikovanju razmer, ki bodo omogočale še boljše zdravje.

Mag. Marija Seljak

RECENZIJI

Doc. dr. MARJAN PREMIK

Gradivo "Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju", obravnava sodobno paradigmo zdravja z vidika enega ključnih vprašanj sodobnih družb - kako vnesti zdravje v politiko in kako politiko zdravja uporabiti v vseh javnih politikah. Gradivo ima tri sklope.

V prvem sklopu z naslovom "Oris vsevladnega pristopa za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju" avtorji na osnovi znanstvenih dokazov in širših spoznanj, da je zdravje ključni vidik družbenega in ekonomskega razvoja, utemeljujejo potrebo po uvedbi zdravja v vse politike. V posameznih poglavjih opisujejo načine uvedbe zdravja v politiko, s tem v zvezi opozarjajo na izzive in priložnosti ter ovire tudi glede na politične cikle. Poseben poudarek dajejo ocenjevanju vplivov posameznih sektorskih politik na zdravje ljudi v danem socialno ekonomskem in fizikalnem okolju.

V drugem sklopu "Primeri uvedbe in izvajanja zdravja v vseh politikah v različnih okoljih in državah" so podane pomembne izkušnje, ki so se nabrale v okviru institucij evropske regije kot tudi posameznih držav (Anglija, Finska, Južna Avstralija, Kanada – Quebec, Nizozemska, Norveška, Nova Zelandija, Švedska), ki so sprejele in izvajale strategijo zdravja v vse politike.

V tretjem sklopu gradiva "Ključna priporočila, usmeritve in osnovna orodja", pa so avtorji pripravili še operativna, vsebinska, organizacijska in postopkovna navodila za ocenjevanje vpliva posameznih politik in njihov vpliv na izboljšanje zdravja in zmanjšanje razlik v zdravju med prebivalstvom. Na koncu tega sklopa je med prilogami vključen poziv političnim odločevalcem za povečanje pomena zdravja v političnem delovanju.

Vsebina je problemsko naravnana. Izhaja iz sodobnih idejnih, civilizacijskih in praktičnih dosežkov ter ima v sedanjem času uporabno vrednost. Socialno ekonomska kriza, v kateri se nahaja Slovenija, narekuje pripravo teoretičnih in praktičnih izhodišč za učinkovite spremembe v politiki do zdravja kot tudi do sistema zdravstvenega varstva. V tem smislu je treba razumeti sporočila političnim odločevalcem, strokovnjakom in drugim udeležencem v procesu sprejemanja, udejanja in vrednotenja politik z vidika zdravja in blaginje ljudi. Gradivo je neposreden prispevek k manjšanju vrzeli v znanju na tem področju in posreden prispevek k prilagajanju politike zdravja znanstvenim spoznanjem.

Dr. TIT ALBREHT

Z zanimanjem sem prebral publikacijo z zgovornim, čeprav morda malo premalo izzivalnim naslovom. Zagotovo gre za prvo tovrstno pregledno izdajo, ki je manjkala v strokovni literaturi v slovenskem javnem zdravju. Hitrost doktrinarnih in zasnovnih sprememb v pogledih na zdravje v zadnjih 30ih do 35ih letih je bila izjemna. Spoznanja o družbeni naravi bolezni so bila dopolnjena tudi s številnimi dokazi o povezanosti družbenega napredka z ravno zdravja oziroma bolezni v neki družbi. Temu razvoju smo v Sloveniji dosedaj sicer sledili na načelni strokovni ravni ter z določenimi ukrepi zdravstvene politike.

Avtorji prinašajo uravnoteženo in pregledno obravnavano tematiko z aktualnimi spoznanji iz trenutno najbolj uveljavljenih spoznanj. V slogovno zelo lahko razumljivem in berljivem prikazu se sprehodimo skozi najbolj ključno pomembna tematska področja besedne zveze 'Zdravje v vseh politikah (ZVP)' ter analitike vplivov na neenakosti v zdravju in dejavnikov, ki na te neenakosti vplivajo. Ob tem velja izpostaviti opozorila avtorjev, da so tudi zdravstveni sistemi tisti, ki vplivajo na zmanjšanje neenakosti ter na raven zdravja nasploh. O tem je danes na voljo vrsta dokazov, v nasprotju z dolgoletno paradigmo, da so za zdravje edino pomembni kontekstualni dejavniki okolij, v katerih živimo, delamo in se gibljemo. To velja še posebej izpostaviti v tovrstnem prikazu, saj ne gre za to, da bi s takšnim poudarkom zanimali osnovno sporočilo publikacije – ravno nasprotno, s tem je to sporočilo samo še toliko bolj nedvoumno.

Po uvodnem pregledu osnovnih zasnov ter metodoloških vprašanj se avtoriji lotijo prikazov ukrepov ZVP v Sloveniji ter nato še v EU na krovni ravni ter v nekaterih državah EU in neevropskih državah. S temi prikazi je obravnavana tematika še toliko bolj utemeljena in podprta, saj postane neodvisna od konkretnega tipa zdravstvenega sistema ali splošno družbene ali politične opredelitve. Publikacija se zaključuje s sklopom priporočil in orodij ter s praktičnimi prikazi, kako pripraviti nekatere ključne elemente ocene vplivov na zdravje.

Menim, da je pričujoča publikacija odličen prikaz trenutnih sodobnih spoznanj o vplivih na zdravje ter o zasnovi ZVP. S tem slovenska javnozdravstvena literatura dobiva novo vrsto publikacij, ki obravnavajo dejavnike, ki vplivajo na zdravje ter metodološka orodja za njihovo vrednotenje. Konkretni časovni okvir izida te publikacije pa, glede na širši družbeni in ekonomski kontekst v Sloveniji in v mednarodnem okviru, ne bi mogel biti bolj aktualen.

BESEDA UREDNICE

ZDRAVJE V VSEH POLITIKAH – IZGRADNJA KAPACITET ZNANJA, IZ TEORIJE IN PRAKSE ZA PRAKSO JAVNEGA ZDRAVJA

Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Zdravje v vseh politikah (ZVP) je koncept, ki izhaja iz dejstva, da je zdravje populacije na strukturni ravni bolj kot od delovanja zdravstvenega sistema odvisno od vpliva praktično vseh javnih politik. Oddaljene determinante zdravja lahko najdemo v večini elementov fizičnega in socialno - ekonomskega okolja, ki so predmet dela različnih vladnih sektorjev. To ne pomeni, da bi morale zdravje vedno prevladovati v političnih ciljih, pač pa naj bodo politični cilji vedno premišljeni in določeni tudi na podlagi njihovega potencialnega vpliva na zdravje. Prav to, da pri pripravi različnih političnih ukrepov pomislimo tudi na njihove možne vplive na zdravje, da imamo vzpostavljene strukturne mehanizme in orodja, ki omogočijo presojo vsakega ukrepa na zdravje, pa tudi doseženo zadostno raven osveščenosti med političnimi odločevalci, stroko in splošno javnostjo, omogoči, da se potem pri sprejemanju ukrepov tudi dejansko upoštevajo in udeležijo priporočila za doseganje boljšega zdravja, večje blaginje in večje enakosti v zdravju, in pomeni koncept zdravja v vseh politikah. Vlaganje v zdravje posamezne družbe še zdaleč ne pomeni le finančnega vložka, ampak pomeni tudi ekonomsko uspešnejšo družbo, večjo kvaliteto življenja posameznikov in lokalnih skupnosti, več sreče in zadovoljstva tam, kjer ljudje živijo, delajo, se igrajo in se imajo radi. Družba, ki uveljavi koncept zdravja v vseh politikah, dokaže, da se zaveda, da odgovornost za zdravje ne more biti le odgovornost vsakega posameznika, ampak da je v pretežni meri odgovornost celotne družbe.

Navedena paradigma je bila izziv, ki je delovno skupino na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ) spodbudila, da se je v letu 2011 v okviru Letnega programa nalog, ki jih financira Ministrstvo za zdravje (Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011), lotila poglobljenega študija koncepta zdravja v vseh politikah, pregleda dostopnih (dobrih) praks in priprave priporočil. Prednost delovne skupine je, da so bili v njej zbrani predstavniki različnih centrov in oddelkov IVZ, kar je omogočilo primerjavo pristopov na različnih vsebinskih delovnih področjih javnega zdravja. Ideja za tako nalogo je zorela več let, saj gre tudi v tujini za inovativno področje, ki se je tudi na ravni EU intenzivno razvijalo v zadnjem desetletju. Zato je skupina svoje delo povezala z več mednarodnimi aktivnostmi, ki so delo bogatile z vsebinskimi in tudi čisto praktičnimi izkušnjami ter znanji.

Osnovo je predstavljala navezava s projektom Crossing bridges (Eurohealthnet 2012), ki ga je koordinirala mednarodna organizacija Eurohealthnet in v katerem je IVZ sodeloval kot partner. Omogočila je pridobivanje novega znanja, sodelovanje pri študijah primerov in izvedbo praktičnega izobraževanja na temo, kako se znajti v konceptih ZVP v vsakdanjem življenju. Projekt je koncept »Zdravja v vseh politikah« nadgradil v smer »Zdravja za vse politike«. Tudi pričujoča publikacija je plod tega sodelovanja, poglavje Pogajalske veščine za doseganje ciljev zdravja pa je povzetek gradiva projektne delavnice »Prečkajmo mostove«.

Istočasno so v letu 2011 v Mreži zdravja za Jugovzhodno Evropo potekale priprave na 3. Forum ministrov za zdravje na temo Zdravja v vseh politikah v Banja Luki, pri katerih je v okviru aktivnosti Ministrstva za zdravje sodelovala tudi Slovenija. Dragocena je bila primerjava izkušenj s sosednjimi državami, prav tako pa tudi sodelovanje v razpravah o konceptu, ki jih je strokovno podpirala pisarna Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v Benetkah. Beneška pisarna je ob podpori SZO pisarne za Slovenijo v decembru 2011 izvedla tudi delavnico na temo ocenjevanja vpliva na zdravje, s posebnim poudarkom na upoštevanju enakosti v zdravju. Tudi izkušnje foruma in WHO delavnice so knjigi dodale še nekaj kamenčkov v mozaik znanja, ki ga prinaša bralcu.

Ne nazadnje pa so v knjigi zbrane tudi izkušnje vseh sodelujočih strokovnjakov IVZ, ki so ob različnih nalogah na tak ali drugačen način vsak dan prihajali v stik z javnimi politikami, tako pri nas kot na ravni EU. Zato so teme, ki jih obravnava publikacija, tudi neposredni odgovori na strokovna vprašanja, ki so potrebovala odgovor, da bomo v prihodnje v Sloveniji, upajmo, lahko delali še boljše, bolj strokovno in predvsem bolj učinkovito, s ciljem zaščite, varovanja in predvsem krepitev zdravja ljudi.

Publikacija, ki je pred vami, v prvem delu podaja oris vsevladnega pristopa za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Razložiti skuša, zakaj je zdravje ključni vidik družbenega in ekonomskega razvoja, podaja koncept politike zdravja, ki se mora odraziti v vseh politikah, opisuje splošne pristope za uvajanje koncepta ZVP, opiše značilnosti ocene vplivov na zdravje (OVZ), pa tudi osnovne značilnosti političnega cikla, v katerega je vpet celoten koncept ZVP.

V duhu deklaracije iz Alma Ate (WHO 1978), ki je uvedla paradigmo novega javnega zdravja, Ottawske deklaracije o promociji zdravja (WHO 1986), skladno s priporočili iz Adelaide (WHO, 1988) ter Rimsko deklaracijo o zdravju v vseh politikah (EU 2007) je za politiko zdravja značilna jasno izražena skrb za zdravje in enakost v vseh sektorskih politikah ter skupna odgovornost za vplive na zdravje. Glavni namen javne politike zdravja je ustvarjati podpora okolja, ki omogočajo ljudem, da se odločajo za zdrav življenjski slog. Taka politika ljudem približa in poenostavi ter bolje omogoča zdrave izbire v socialnem in fizičnem okolju. Politika zdravja, v nasprotju s tradicionalnim konceptom bolezni, na katerem sloni klasična zdravstvena politika, sloni na konceptu zdravja, je medsektorska in je odgovornost celotne vlade. Politika zdravja se v praksi udejanja v zdravstvenem sektorju kot zdravstvena politika, ki je danes v največji meri namenjena delovanju zdravstvene dejavnosti, medsektorsko pa kot koncept zdravja v vseh politikah, ki je implementacija politike zdravja v različnih vladnih sektorjih (Premik, 2005). Svetovno poročilo o zdravju (WHO 2008a) deli politike, ki vplivajo na zdravje, še malenkost drugače – na (1) politike, urejajo zdravstveni sistem in ki omogočajo univerzalno zdravstveno zavarovanje ter učinkovito delovanje zdravstvene dejavnosti, še posebej primarnega zdravstvenega varstva, (2) na javno zdravstvene politike, kot specifične aktivnosti, ki so usmerjene v prednostne zdravstvene probleme s preventivnimi in promocijskimi ukrepi, ter (3) politike drugih sektorjev v okviru koncepta zdravja v vseh politikah, ki prispevajo k zdravju v okviru medsektorskega delovanja.

Čeprav je do nedavnega vladalo splošno prepričanje, da zdravstveni sistemi predstavljajo predvsem strošek, ki izčrpava potencialne za blagostanje določene družbe, je danes opazen

premik v razmišljanje, da tako zdravstveni sistemi kot vložki v zdravje v vseh politikah lahko vzajemno prispevajo k izboljšanju zdravja in k večji kvaliteti življenja, blagostanju in zmanjšanju neenakosti v zdravju v populaciji (McKee in sod, 2009). V nadaljevanju se publikacija ukvarja predvsem s politikami drugih sektorjev, ki lahko prispevajo k zdravju – to je s konceptom zdravja v vseh politikah, kot je bil definiran v času finskega predsedovanja EU v letu 2006 (Stahl in sod 2006) in kot ga razume izjava o zdravju v vseh politikah iz Adelaide (WHO 2010) - ter z determinantami zdravja in problemom nepravilnih neenakosti v zdravju (WHO 2008b).

Determinante zdravja razumemo kot dejavnike, ki imajo značilne vplive, tako pozitivne kot negativne, na zdravje. Determinante zdravja vključujejo fizično, socialno in ekonomsko okolje, pa tudi posameznikove značilnosti in vedenjski slog (Hočevar Grom in sod 2010). Socialni in ekonomski pogoji kot so revščina, socialna izključenost, brezposelnost in slabi bivalni pogoji so tesno povezani z zdravstvenim stanjem. Prispevajo k neenakostim v zdravju in so razlog, zakaj ljudje, ki živijo v revščini, umirajo prej in so bolj bolni kot tisti, ki živijo v bolj ugodnih pogojih. Danes velikokrat uporabljan pojem, ki se pojavlja tudi v tej publikaciji, so socialne determinante zdravja, ki pomenijo socialne pogoje, v katerih ljudje živijo in delajo. Socialne determinante kažejo na specifične značilnosti socialnih povezav, ki vplivajo na zdravje, in načine, na katere socialne razmere pogojujejo zdravstvene izide (Sihto in sod 2006, Buzeti in sod 2011).

Publikacija v drugem delu prinaša pregled primerov uvedbe in izvajanja politike zdravja v vseh politikah v različnih okoljih in državah. Prikazuje, kako so se različne države po svetu lotile uvajanja koncepta ZVP v svoj politični sistem, kakšne prednosti imajo pristopi v posameznih državah, pa tudi, kakšne so težave in pomanjkljivost vsakega od opisovanih pristopov. Tema se neprestano razvija in v času nastajanja pričujoče publikacije Finci zaradi problemov pri praktični implementaciji ZVP na podlagi svoje nove zdravstvene zakonodaje že oblikujejo diagram operativnih povezav med bistvenimi vprašanji posamezne sektorske politike, možnimi ravnanji in orodji za izvajanje ZVP. Avtorji publikacije smo se potrudili, da smo poiskali primere držav ali regij, ki so trenutno vodilne pri uvajanju koncepta v svetu (Anglija, Finska, Južna Avstralija, Kanada, Nizozemska, Norveška, Nova Zelandija, Švedska), pa tudi glede na obstoječo literaturo in dostopne vire. Pri tem se zavedamo morebitnih omejitev na angleško govoreče države in bralcem priporočamo, da si ogledajo tudi države izven angleško govorečega prostora, kot so na primer Tajska, Brazilija ali Čile. Samo želimo si lahko, da bi se vodilnim državam na tem področju pridružila tudi Slovenija.

Tretji del je praktičen. Navaja ključne spodbujevalne in zaviralne dejavnike ter orodja vodenja za uvedbo in izvajanje zdravja v vseh politikah, ki jih je možno uporabiti pri konkretnem delu. Za tiste, ki bi se želeli lotiti postopka izvedbe ocene vplivov na zdravje, opiše praktične pristope in navede orodja, ki obstajajo v različnih državah.

V prilogah so dodana izhodišča za pregled stanja v Sloveniji – naloga, ki bi jo bilo dobro opraviti v prihodnosti, če želimo koncept strukturirano uvesti v prakso, in primer poziva političnim odločevalcem za povečanje pomena zdravja v političnem delovanju.

Publikacija se samemu zdravstvenemu sistemu zaradi značilnosti koncepta ZVP ne posveča posebej. Prav tako ne poudarja posebej razlik v pristopih med nacionalno, regionalno in lokalno ravni, čeprav je posamezne značilnosti možno razbrati v prikazih posameznih držav. Zagotovo ima še kakšno pomanjkljivost, ki pa bi jo lahko odtehtali dobra volja, zagnanost in kvalitetno delo sodelavcev delovne skupine.

Publikacija je v prvi vrsti namenjena različnim profilom strokovnjakov, ki delujejo na področju javnega zdravja, ustvarjalci knjige pa bi si želeli, da bi jo v roko vzeli tudi strokovnjaki različnih drugih medicinskih specialnosti. Prav tako si v njej več o vplivu različnih politik na zdravje in blagostanje prebivalcev lahko preberejo politični odločevalci in strokovnjaki v različnih vladnih sektorjih – tudi v Sloveniji bo potrebno vzpostaviti sistematične mehanizme, ki nam bodo pomagali vplive politik na zdravje in kvaliteto življenja razumeti, preverjati in zdravju naklonjeno modulirati.

Tokrat je publikacija nastala kot splet srečnih okoliščin, učenja in razvojnega znanja je bila deležna delovna skupina strokovnjakov na Inštitutu za varovanje zdravja, ki so bili svoje izkušnje v pisni obliki pripravljene deliti z drugimi. Več kot nujno pa bi bilo, da se tovrstno znanje med javno zdravstvenimi delavci širi bolj sistematično, idealno v okviru Šole javnega zdravja (Premik in sod 2004).

Upati je, da bo publikacija bralcem vseh vrst prinesla zvrhano mero pozitivne energije, idej in volje za delo na tem zahtevnem javnozdravstvenem področju, za dobro nas vseh.

Zahvala

Zahvaljujem se doc. dr. Marjanu Premiku za nasvete in usmeritve pri definiranju politike zdravja.

Viri

Buzeti in sod 2011

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Krek B, ur. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

EU 2007

European Union. Declaration on Health in All Policies. Ministerial conference »Health in all policies: achievements and challenges«, Rome 2007. Pridobljeno 17. 2. 2012 s spletne strani http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf

Eurohealthnet 2012

Eurohealthnet. Crossing Bridges project. Pridobljeno 17. 2. 2012 s spletne strani <http://eurohealthnet.eu/research/crossing-bridges>

Hočevar Grom in sod 2010

Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden-Dobrin P, Albreht T, ur. Zdravje v Sloveniji. Inštitut za varovanje Zdravja RS, 2010.

Inštitut za varovanje zdravja RS 2011

Inštitut za varovanje zdravja RS. Letni program nalog na področju javnega zdravja v letu 2011, IVZ. Pridobljeno 28. 4. 2012 s spletne strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/letni_program_ZZV_2011/ivz.pdf

McKee in sod 2009

McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menance N. Health systems, health and wealth: a european perspective. *Lancet* 2009; 373:349-51.

Premik 2005a

Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravja. In: Filej B. et al.(eds.). Zbornik predavanj 5.kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 12.-14.2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005, str. 25-39.

Premik 2005b

Premik M. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V: Cvahtetovi dnevi 2005, zbornik srečanja. Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.

Premik in sod 2004

Premik M, Bilban M, Zaletel Kragelj L, Artnik B. Slovenska šola za javno zdravje. Strokovne podlage za ustanovitev. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2004.

Sihto in sod 2006

Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Stahl in sod 2006

Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. 2006. Health in all policies: Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health Finland, Helsinki.

WHO 1978

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, 1978. Pridobljeno 1. 2. 2012 s spletne strani <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

WHO 1986

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Pridobljeno 1. 2. 2012 s spletne strani <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

WHO 1988

World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Pridobljeno 27. 4. 2012 s spletne strani <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>

WHO 2008a

World Health Organization. Primary health care – Now more than ever. World health report 2008, WHO Geneva

WHO 2008b

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

WHO 2010

World Health Organization. 2010. Adelaide statement on health in all policies – moving towards a shared governance for health and wellbeing. WHO, Government of South Australia, Adelaide Pridobljeno 14. 1. 2012 s spletne strani http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf

KAZALO

ORIS VSEVLADNEGA PRISTOPA ZA ZDRAVJE IN BLAGINJO PREBIVALCEV IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU.....	15
Zdravje kot ključni vidik družbenega in ekonomskega razvoja	17
Zdravje v vseh politikah – osnove pristopa	29
Zdravje v vseh politikah – uvedba, priložnosti in izzivi	36
Koncept zdravja v vseh politikah v političnem ciklu.....	45
Ocenjevanje vplivov na zdravje.....	54
PRIMERI UVEDBE IN IZVAJANJA ZDRAVJA V VSEH POLITIKAH V RAZLIČNIH OKOLJIH IN DRŽAVAH.....	61
Primer medresorskega sodelovanja v Sloveniji na področju okolja in zdravja v letih 2010-2011	63
Zdravje v vseh politikah v Evropski uniji.....	71
Anglija	79
Finska	84
Južna Avstralija	88
Kanada - Québec	94
Nizozemska	99
Norveška.....	105
Nova Zelandija.....	112
Švedska	116
KLJUČNA PRIPOROČILA, USMERITVE IN OSNOVNA ORODJA.....	121
Ključni spodbujevalni in zaviralni dejavniki ter orodja vodenja za uvedbo in izvajanje zdravja v vseh politikah	123
Postopek in orodja za izvedbe ocene vplivov na zdravje.....	127
Pogajalske veščine za doseganje ciljev zdravja.....	137
Kako delujem, kadar vplivam na druge?	144
Značilnosti zdravju v vseh politikah naklonjene organizacije	147
Izhodišča za pregled stanja v Sloveniji.....	149
PRILOGE.....	153
Primer poziva političnim odločevalcem za povečanje pomena zdravja v političnem delovanju.....	155
Projekt "Crossing Bridges"	159
Slovarček pogostejših izrazov	160
Kratice.....	161

**ORIS VSEVLADNEGA PRISTOPA ZA ZDRAVJE IN
BLAGINJO PREBIVALCEV IN ZMANJŠEVANJE
NEENAKOSTI V ZDRAVJU**

Uvod

Dobro zdravje je prva želja vsakega posameznika po celem svetu in modrost marsikaterega naroda je rek "Zdravje je bogastvo". Za posameznika in družine zdravje pomeni zmožnost osebnega razvoja in ekonomske varnosti v prihodnosti, zdravje je osnova delovne produktivnosti, učne kapacitete in osnova za intelektualni, čustveni in fizični razvoj. Dobro zdravje populacije je pomembno za zmanjševanje revščine, ekonomsko rast in dolgoročni ekonomski razvoj družbe. Ta dejstva so sprejeta in pripoznana s strani analitikov in političnih odločevalcev, a kljub temu podcenjena v kvalitativnem in kvantitativnem smislu, vključno pri naložbah virov posameznih vlad (WHO 2001).

V ekonomskem smislu sta izobrazba in zdravje temelja človeškega kapitala (WHO 2001). Že dlje časa obstajajo dokazi, da je človeški kapital pomemben za ekonomsko rast, vendar pa je bil relativno ozko definiran, to je v smislu izobrazbe. Idejo, da zdravje poleg izobrazbe predstavlja pomembno komponento človeškega kapitala, je prvič uvedel Grossman leta 1972, vendar je bila širše priznana šele v zadnjem času. Glede na to, da je človeški kapital pomemben za ekonomsko rast in glede na to, da je zdravje pomembna komponenta človeškega kapitala, je torej zdravje pomembno za ekonomske izide, obenem pa so tudi ekonomski izidi pomembni za zdravje (McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008, Suhrcke in sod 2005, WHO 2001). Izboljšanje in zaščita zdravja sta ključni za celokupni človeški razvoj in zmanjšanje revščine (OECD 2003).

Danes vemo, da velik delež današnjega ekonomskega blagostanja v razvitih državah izhaja iz preteklih dosežkov na področju zdravja (Suhrcke in sod 2005). Kar 50 % razlike v ekonomski rasti med bogatimi in revnimi državami pripisujemo slabemu zdravju in krajši pričakovani življenjski dobi (WHO 2001).

Zdravje in ekonomski izidi

Raziskave, ki potrjujejo povezave med zdravjem in različnimi ekonomskimi izidi, so na voljo, vendar v omejenem obsegu, še posebej za določene dele povezav, obenem pa so omejene tudi z različnimi metodološkimi problemi (Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005). Omejitve so prisotne tudi na področju spremljanih kazalnikov in pokazala se je potreba po določitvi bolj posrednih, subtilnejših kazalnikov zdravja, kakovosti življenja in blaginje (WHO 2002). Na voljo je največ raziskav, ki kažejo na obseg ekonomskih virov, ki jih porabimo za zdravljenje bolezni oziroma slabega zdravja ter tistih, ki kažejo na ekonomske posledice bolezni (izguba produktivnosti). Te raziskave kažejo, da je obseg ekonomskih posledic slabega zdravja precejšen (Suhrcke in sod 2005).

Dokazi o ekonomskih stroških slabega zdravja oziroma obratno ekonomskih koristih dobrega zdravja so ključni pri oceni ekonomske donosnosti naložb v zdravje. Zato je potrebno

definirati vrste stroškov, ki jih pri tovrstnih ocenah lahko uporabimo, v nadaljevanju navajamo različne skupine stroškov (Suhrcke in sod 2008).

Najožja, a tudi najširše uporabljena, je ocena stroškov za zdravstveno dejavnost zaradi slabega zdravja (Suhrcke in sod 2008), ki prikaže strošek slabega zdravja oziroma, koliko zaradi slabega zdravja posamezniki in države potrošijo za zdravje in ali bodo naložbe v zdravje privedle do prihrankov v bodočnosti (Suhrcke in sod 2008). Raziskave dosledno kažejo, da je obseg stroškov najpogostejših bolezni v Evropski uniji (EU) znaten (Suhrcke in sod 2006), pa tudi, da paket ukrepov za preprečevanje kroničnih bolezni privede do znatnih koristi za zdravje in dolgoročno privede tudi do zmanjšanja stroškov za zdravstvo (Cecchini in sod 2010, Suhrcke in sod 2008). Drugi stroški, predvsem stroški novih tehnologij, lahko sicer presežejo morebitne prihranke (Suhrcke in sod 2008), a so strokovnjaki mnenja, da povišanje stroškov ni neizogibno in da je možno nadzorovati tudi stroške novih tehnologij ob tem, da izkoristimo njihove koristi (Figueras in sod 2008). Obenem tudi ni dokazov v podporo trditvi, da je boljše zdravje samo po sebi pomemben vir stroškov (Suhrcke in sod 2008).

Omejitve zgornjega pristopa do neke mere zmanjšamo z oceno mikroekonomskih in makroekonomskih stroškov, povezanih z zdravjem (Suhrcke in sod 2006).

Mikroekonomski pristop je usmerjen na raven posameznika oziroma gospodinjstva. Obstajajo štiri mehanizmi, prek katerih lahko posamezniki in/ali gospodinjstva prispevajo k ekonomiji v državah z visokimi prihodki. To so delovna produktivnost, udeležba na trgu dela, izobrazba in prihranki ter naložbe. Ta pristop torej lahko ocenjuje npr. izgubo prihodka v gospodinjstvu zaradi zmanjšane produktivnosti ali izgube dela zaradi slabega ali poslabšanega zdravja pri posamezniku (McKee in Suhrcke 2010, Suhrcke in sod 2008, Suhrcke in sod 2006). Ekonomsko pomembnost zdravja v bogatih državah podpira znaten obseg dokazov, ki kažejo, da je zdravje pomembno za številne ekonomske izide: plače oziroma zaslužek, število delovnih ur, udeležbo na trgu dela, zgodnji umik s trga delovne sile oziroma zgodnjo upokožitev in ponudbo delovne sile med tistimi, ki morajo skrbeti za bolne člane gospodinjstev. Dobro zdravje poveča verjetnost udeležbe na trgu dela, medtem ko slabo zdravje negativno vpliva na plače oziroma zaslužke in je pomembno za odločitev za zgodnji umik s trga delovne sile oziroma upokožitev. V primeru bolezni v družini se pri moških udeležba na trgu delovne sile zmanjša, pri ženskah pa poveča (McKee in Suhrcke 2010, CHE 2009, McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008, Suhrcke in sod 2008, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005). Zdravi posamezniki so verjetneje zaposleni kot posamezniki s slabšim zdravjem, so manj odsotni z dela zaradi bolezni in so bolj produktivni (Suhrcke in Stuckler 2012, McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Suhrcke in sod 2006, OECD 2003). O vplivu zdravja na izobrazbo so na voljo omejeni dokazi, predvsem v državah z visokimi prihodki (WHO 2011, McKee in Suhrcke 2010, CHE 2009, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005), a strokovnjaki zaključujejo, da zdravje vpliva na izobrazbo (WHO 2011, McKee in Suhrcke 2010, Suhrcke in sod 2006). Višja izobrazba pomeni boljše zdravje in obratno. Splošno dobro zdravje otrok pozitivno vpliva na njihovo akademsko uspešnost in dosežke pa tudi obratno (WHO 2011, CHE 2009, Suhrcke in sod 2006). Dobro zdravje v otroštvu spodbuja kognitivne funkcije in zmanjšuje obseg odsotnosti iz šole. Otroci z boljšim zdravjem bodo z večjo verjetnostjo dosegli višje stopnje izobrazbe in bili bolj produktivni v

prihodnosti (CHE 2009, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005, OECD 2003). Bolj zdravi posamezniki z daljšo pričakovano življenjsko dobo imajo tudi več spodbud za vlaganje v izobraževanje (CHE 2009, McKee in sod 2009, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005). Raziskave tudi kažejo, da imajo otroci, rojeni v revnejših družinah, slabše zdravje v otroštvu in zgodnji odrasli dobi in slabše učne dosežke ter nižje prihodke v odrasli dobi (CHE 2009). Še manj kot o vplivu zdravja na izobrazbo pa je na voljo dokazov o vplivu zdravja na prihranke. Zelo verjetno je, da boljše zdravje spodbuja posameznika k prihrankom za starost, saj realna možnost doživetja starosti v primeru nizkih stopenj umrljivosti predstavlja spodbudo za kopičenje prihrankov (McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005, OECD 2003).

Stroške v makroekonomskem smislu ocenjujemo z vidika nacionalne ekonomije, torej ali slabo oziroma poslabšano zdravje negativno vpliva na ekonomsko rast v državi (Suhrcke in sod 2008, Suhrcke in sod 2006). Mednarodne primerjave kažejo, da so izboljšanja v zdravju povezana s povečano ekonomsko rastjo (McKee in sod 2009). V praktično vseh raziskavah, ki so poskusile pojasniti razlike v ekonomski rasti med bogatejšimi in revnejšimi državami, se je zdravje pokazalo kot zelo robusten in pomemben napovedovalec bodoče ekonomske rasti (Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005). Tako bi npr. lahko kar 50 % ekonomske rasti v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske med 1780 in 1980 pripisali izboljšanemu zdravju. Izboljšano zdravje, predvsem zaradi intervencij v javnem zdravju, kot so sanitarni ukrepi, izboljšanje bivalnih pogojev in cepljenje, pa tudi varna delovna mesta, prepoznava ogroženih skupin in razvoj sistemov zdravstvenega varstva, je v industrializiranih državah v obdobju vsaj zadnjih 100 let povečalo ekonomsko rast za 30-40 %. Nekatere raziskave kažejo, da je zdravstveno stanje celo močnejši napovedovalec prihodnje ekonomske rasti kot izobrazba, pa tudi, da se pozitivni učinki izboljšane zdravja na stopnjo rasti zmanjšujejo po doseganju določenih ravni zdravja prebivalstva, vendar je to predvsem lahko posledica izbora in kombinacije kazalnikov zdravja, ki jih uporabljamo pri pripravi ocen (Suhrcke in sod 2006). Na makroekonomski ravni je na voljo precej dokazov, da zdravje vpliva na ekonomsko rast. Večina teh dokazov je pridobljenih za države izven evropske regije. Obstajajo pa tudi podatki za evropski prostor, ki kažejo, da so, zaradi dobrega oziroma izboljšane zdravja znatne tudi makroekonomske koristi (Suhrcke in sod 2008).

Za politične odločevalce sta pomembna oba vidika, tako mikro kot makroekonomski, vključno za tiste izven sektorja zdravja, npr. finančni sektor, kjer se lahko odločijo za naložbe oziroma vlaganje v zdravje za doseganje lastnih, ekonomskih ciljev, še boljše pa, če se na ravni vlade oblikujejo "dobim-dobiš" ("win-win") strategije za različne sektorje. Mikroekonomski podatki pa so pomembni tudi za posameznike, ki se večinoma ne zavedajo, v kolikšni meri slabo zdravje lahko vpliva na njihovo ekonomsko blagostanje (Suhrcke in sod 2008).

Najširši je strošek oziroma korist zdravja za družbeno blaginjo, to je vrednost, ki ga ljudje pripisujemo boljšemu zdravju. Zdravje nima tržne cene, a so ocene možne z različnimi metodami. Ena od teh opisuje, da vrednost podaljšanja življenjske dobe med 1970 in 2003 v evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) predstavlja kar 29-38 % bruto domačega proizvoda (BDP), kar se sicer razlikuje med posameznimi državami, a v vsakem

primeru presega stroške za zdravstveno dejavnost. Države, ki so izkusile zmanjšanje pričakovane življenjske dobe, so izkusile tudi upad BDP, med 16-31 % (Suhrcke in sod 2008).

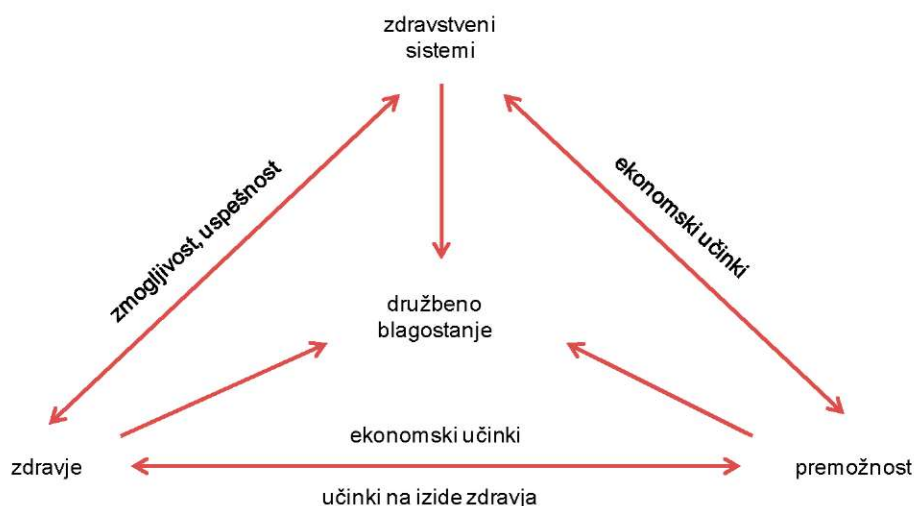
Pomembno pa je, da prepoznamo, da konvencionalne mere ekonomskega razvoja, kot je npr. BDP, niso najustreznejše mere ekonomskega, družbenega in človekovega razvoja oziroma napredka, zato se iščejo alternativni kazalci, kot so npr. Indeks trajnostnega ekonomskega blagostanja (Index of Sustainable Economic Welfare), Avtentični indikator razvoja (Genuine Progress Indicator) (McKee in Suhrcke 2010) in OECD Indeks boljšega življenja (Better life index) (OECD 2011). Avtentični indikator razvoja je npr. v Združenih državah Amerike dosledno padal v obdobju, ko je bruto domači proizvod rasel, kar morda razloži paradoks večjega bogastva ob manjšem zadovoljstvu oziroma sreči (McKee in Suhrcke 2010). Zadovoljstvo oziroma sreča prebivalcev bogatejših držav namreč ne narašča več po tem, ko država doseže določeno stopnjo bogastva oziroma povprečnega dohodka na posameznika, podobno velja tudi pri drugih kazalnikih blagostanja. Kot kažejo podatki zadovoljstvo oziroma sreča ni naraščala niti tako dolgo, kolikor je bilo potrebno, da so se realni prihodki podvojili (Wilkinson in Pickett 2010). S tem želimo opozoriti, da je potrebno na ekonomski razvoj pogledati širše in predvsem s stališča vrednosti življenja, preživetega v boljšem oziroma dobrem zdravju.

Druga delitev stroškov je delitev na direktne, indirektno in nezaznavne stroške. Večinoma raziskave merijo predvsem prvi dve vrsti stroškov. Direktni stroški so stroški zdravljenja bolezni, indirektni so tisti, povezani z zmanjšanjem produktivnosti zaradi bolezni ali prezgodnje smrti, nezaznavni pa poudarjajo predvsem psihološke razsežnosti bolezni. Kronične bolezni po teh izračunih npr. predstavljajo od 0,02-6,77 % BDP. V večini razvitih držav predstavljajo srčno-žilne bolezni med 1-3 % BDP (Suhrcke in sod 2006b).

Podatki o vplivu zdravja na ekonomske izide so bili v EU podlaga za pripravo dela Bele knjige Skupaj za zdravje: strateški pristop EU 2008 -2013 (White paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013). Bela knjiga, pripravljena po obsežni javni razpravi med številnimi deležniki, je predlagala štiri glavna načela, ki podpirajo 3 strateške cilje. Eno od glavnih načel je zdravje kot največje bogastvo, poleg zdravja v vseh politikah in načela skupnih vrednot. Bela knjiga v okviru tega načela navaja, da je zdravje pomembno za blagostanje posameznikov in družbe, zdravo prebivalstvo pa je predpogoj za ekonomsko produktivnost in napredek. Navaja tudi, da je vlaganje v zdravje investicija, ne strošek, vključno z vlaganjem v preventivo, zaščito in izboljševanje zdravja prebivalcev, ki pa trenutno v EU, pa tudi v Sloveniji, predstavlja minimalni del, to je le 3-4 % stroškov za zdravstveno dejavnost (Albrecht in sod 2009, EU 2007). Aktivnosti, ki je jih predlagala Bela knjiga, so raziskave povezav med zdravjem, vlaganjem v zdravje in ekonomsko rastjo in razvojem, ni pa predvidela aktivnosti za povečevanje vlaganja v zdravje (EU 2007). Tudi v Talinski listini iz leta 2008 je zapisana obveza, da države članice EU spodbujajo naložbe v zdravje v različnih sektorjih na osnovi dokazov povezav med socioekonomskim razvojem in zdravjem (Talin 2008).

Zdravstveni sistem, zdravje in družbeno blagostanje

Z ekonomskim razvojem in družbenim blagostanjem pa se poleg zdravja povezuje tudi zdravstveni sistem. Zdravstveni sistem, zdravje in premožnost se vsi vzajemno podpirajo, kot kaže spodnji model (Slika 1) in so sredstva za družbeno blagostanje, ki je situirano v središču modela (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008).



Slika 1: Zdravstveni sistem, zdravje in blagostanje (povzeto po McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008)

Skrbno ciljne intervencije v okviru zdravstvenega sistema lahko tako koristijo tako zdravju kot ekonomskemu razvoju. V tem modelu je zdravstveni sistem predstavljen kot produktivni sektor in ne le kot sektor porabe sredstev, ki je potreben ocen finančne vzdržnosti sistema (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008). Nov pogled na zdravstveni sistem je torej, da ne predstavlja neskončne porabe virov, pač pa naložbo v zdravje prebivalcev in ekonomsko rast. Zdravstveno varstvo pa v tem primeru pojmuje kot skupek zdravstvenih storitev v kombinaciji z aktivnostmi za vpliv na druge sektorje in politike, ki so relevantni za zdravje (Figueras in sod 2008).

Danes ni več dvoma, da ima zdravstveno varstvo pomemben vpliv na zdravje, tudi v Sloveniji (Albreht in sod 2009, McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008). Kljub temu je še vedno razširjeno mišljenje, da zdravstveno varstvo malo prispeva k zdravju, saj so v preteklosti k zmanjševanju umrljivosti prispevali predvsem izboljšani življenjski pogoji, ter da predvsem predstavlja nikoli končano zgodbo porabe in povečevanja stroškov (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008). Vendar pa se danes prispevek zdravstvenega varstva k zdravju populacije povečuje, predvsem prek zmanjševanja preprečljivih smrti, ki v razvitih državah upadajo hitreje kot splošna umrljivost, kar lahko povežemo z uvedbo določenih ustreznih intervencij (McKee in sod 2009, Gusmano in sod 2008). Zdravstveno varstvo v zadnjih desetletjih tako prispeva približno polovico podaljšanja življenjske dobe (Figueras in sod 2008). Po nekaterih ocenah koristi zdravstvenega varstva za zdravje celo močno presegajo stroške naložb vanj (Gusmano in sod 2009).

Dodatne obsežne prihranke bi lahko pridobili, v kolikor bi zdravstveni sistem aktivno promoviral zdravje in ne le zdravil bolezni. V Veliki Britaniji bi v tem primeru prihranili okoli 30 milijard funtov do 2022-23, kar predstavlja 40 % proračuna za zdravstvo v letu 2002 (McKee

in sod 2009). Najpogostejši nasprotujoči argument temu je, da bo doseganje daljše pričakovane življenjske dobe ob dejstvu, da stroški zdravstvene oskrbe naraščajo s starostjo, privedlo do povečanih stroškov v zdravstvu. Tega pa ne potrjujejo novejšje raziskave, ki kažejo, da povečani stroški v zdravstvu niso povezani s starostjo samo, pač pa z bližino smrti. Kažejo tudi, da tisti, ki umirajo starejši, predstavljajo dejansko manjši strošek, ker so zdravljeni manj intenzivno (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008).

Zdravstveni sistem ima kot eden najpomembnejših sektorjev v razvitih ekonomijah, na ekonomijo vpliv tudi ne glede na to, kako sicer vpliva na zdravje. Trendi v produktivnosti in učinkovitosti v zdravstvenem sektorju bodo imeli velik vpliv na kazalce uspešnosti celotne ekonomije (Suhrcke in sod 2005). Prisotnost zdravstvenih ustanov v manj razvitih področjih je pomemben dejavnik ekonomskega razvoja teh področij in porazdelitve blaginje. Obenem imajo zdravstveni sistemi pomembno vlogo v porazdelitvi blaginje in zmanjševanju neenakosti tudi zato, ker "poskrbijo" za revnejše, ki bi sicer v primeru bolezni imeli previsoke stroške (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008).

Naložbe v zdravstveni sistem v posamezni državi so povezane s premožnostjo posamezne države in prioriteta vlade. Čeprav je to še vedno kontroverzna trditev, ki ima tudi nekatere izjeme (lepotna industrija), pa vendarle lahko rečemo, da trditev, da je povečanje stroškov za zdravstveno varstvo bolj kot ne "razvajanje", ni podprto z dokazi. Raziskave kažejo na 50 % do 250 % donosnost naložb v zdravstveno varstvo (McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008).

Pomen zdravstvenega sistema za ustvarjanje socialne kohezije, produktivne delovne sile, zaposlovanja in posledično ekonomske rasti so v EU poudarjali že v enem od dokumentov srednjeročnih ocen Lizbonske strategije (EC 2004). Nekaj let kasneje so v Beli knjigi Skupaj za zdravje: strateški pristop EU 2008-2013 (White paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) navedli, da je zdravstveni sektor pomemben ponudnik zaposlitev in izobraževanj, pomemben vir in uporabnik novih in inovativnih tehnologij, ki podpira regionalne politike in socialno in ekonomsko kohezijo (EU 2007). Evropski ministri za zdravje so se leta 2008 v Talinu, Estonija, obvezali k vlaganju v zdravstveni sistem kot način k doseganju razvoja na področju zdravja in ekonomskem področju (Talin 2008). Velik izziv pa bo takšen dogovor spremeniti v konkretne aktivnosti (McKee in Suhrcke 2010).

Neenakosti v zdravju in ekonomski izidi

V državah z večjimi razlikami v dohodkih in neenakostmi v porazdelitvi dohodkov je zdravje populacije slabše (Wilkinson in Pickett 2010, Bezruchka 2009, WHO 2008, Premik 2007, Wilkinson in Pickett 2006, WHO 2002), oziroma drugače rečeno, bolj enakopravne družbe so bolj zdrave (Wilkinson in Pickett 2010, WHO 2002). Neenakosti v zdravju predstavljajo znatne ekonomske izgube za države, zmanjšujejo ekonomske izide, povečujejo družbene stroške in zmanjšujejo družbeno blagostanje (WHO 2008, Figueras in sod 2008, Premik 2007). Zmanjšanje neenakosti v zdravju bi privedlo do znatnih koristi v nacionalnih prihodkih, pa tudi do znatnih prihrankov pri nadomestilih za brezposlenost in/ali manjzmožnost, obenem pa bi se ob enakomernejši porazdelitvi zdravja povečali družbena blaginja in socialna kohezija (Figueras in sod 2008). Če bi npr. 25 držav članic EU približalo raven zdravja v

najmanj izobraženih skupinah prebivalcev tistemu med najbolj izobraženimi, bi lahko po eni prvih ocen na tem področju dosegli 22 % zmanjšanje sprejemov v bolnišnice in pridobile 141 milijard EUR (to je 1,4 % BDP) skozi povečanje produktivnosti vsako leto. Če pa govorimo o zdravju v smislu koristi za družbeno blagostanje, pa so prihranki še večji, to je 1000 milijard EUR (9,5 % BDP). Izračuni kažejo, da predstavljajo stroški neenakosti v zdravju okoli 15 % stroškov sistema socialne varnosti in 20 % stroškov za zdravstveni sistem letno (Mackenbach in sod 2007).

Vpliv recesije na zdravje

Kot predhodno omenjeno imajo tudi ekonomski izidi vpliv na zdravje posameznika in prebivalcev. Kakšen bi torej lahko bil vpliv recesije na zdravje? Podatki o vplivih ekonomskih recesij na zdravje so sicer omejeni, a nekateri primeri nedvoumno kažejo na zvišanje umrljivosti v posameznih državah v obdobjih krize, lahko tudi samo v nekaterih populacijskih skupinah, npr. med moškimi (IPHI 2011, WHO 2009). Za države z visokimi prihodki nekateri podatki kažejo, da je malo verjetno, da bo recesija imela obsežne učinke na glavne populacijske kazalnike zdravja, kot so splošna umrljivost (Suhrcke in Stuckler 2012, Bezruchka 2009, Suhrcke in sod 2009, WHO 2009) in pričakovana življenjska doba (Suhrcke in Stuckler 2012, Suhrcke in sod 2009), nekateri pa, da se umrljivost poveča (WHO 2009). Vendar pa so na voljo le podatki kratkoročnega opazovanja relativno kratkih obdobjih kriz, kar seveda ne prikaže morebitnih kasnejših sprememb (WHO 2009).

V obdobju kriz pa bi narasle specifične bolezni in umrljivost zaradi specifičnih vzrokov, npr. stopnja samomorilnosti (Suhrcke in Stuckler 2012, IPHI 2011, Bezruchka 2009, Suhrcke in sod 2009), poslabšalo bi se duševno zdravje populacije (IPHI 2011, Bezruchka 2009) in povečalo število umorov (Bezruchka 2009), obenem pa bi se lahko zmanjšalo število prometnih nezgod (Suhrcke in Stuckler 2012, Suhrcke in sod 2009), vendar se s slednjim ne strinjajo vsi strokovnjaki (Nursing Times 2008). V Evropi je npr. recesija leta 2008 privedla do povečanja števila samomorov in znatnega upada števila prometnih nezgod, obenem pa ni bilo sprememb v stopnji splošne umrljivosti. Raziskava pa ne nudi vpogleda v spremembe na področju neenakosti v zdravju (Stuckler in sod 2011, Stuckler in sod 2009). Zdravje skupin prebivalstva, ki bi jih še posebej prizadeli neugodni ekonomski izidi, npr. izguba službe, bi bilo slabše v primerjavi z bogatejšimi skupinami prebivalstva. Povečale bi se torej neenakosti v zdravju (Suhrcke in Stuckler 2012, IPHI 2011, Bezruchka 2009, Suhrcke in sod 2009, Nursing Times 2008). Povečanje nezaposlenosti raziskave namreč povezujejo z znatnimi kratkoročnimi porasti stopnje prezgodnjih smrti zaradi namernega nasilja (samomori, umori), obenem pa z zmanjšanjem števila žrtev prometnih nezgod (Stuckler in sod 2009). Sicer resda še omejeni podatki tudi kažejo, da so v obdobju rasti nezaposlenosti, tudi pri zaposlenih koristi za zdravje manjše, kot bi bile sicer (Bezruchka 2009).

Raziskave kažejo, da so učinki krize manj izraziti v državah z večjo zaščito delavcev in višjimi ravnmi socialne zaščite. Obstajajo številni ukrepi, ki jih lahko uvede vlada in lahko zmanjšajo učinke obdobja krize na družbo in zdravje (Bezruchka 2009, WHO 2009).

Države pogosto v času ekonomskih kriz obseg investicij v zdravje zmanjšajo, kar pa lahko vodi v dolgoročne težave za zdravje in zdravstveni sistem države (WHO 2009).

Vlaganje v zdravje prebivalstva

Politični odločevalci, zainteresirani za izboljševanje ekonomskih izidov, imajo torej dobre razloge in podlage, da razumejo vlaganje oziroma naložbe v zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju kot eno izmed možnosti za doseganje ekonomskih ciljev (McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Suhrcke in sod 2008, Suhrcke in sod 2007, Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005, WHO 2001), kot enega pomembnih vzvodov razvoja in del širšega razvojnega programa, ne le kot ekonomski strošek (Suhrcke in sod 2006, Suhrcke in sod 2005). Vlaganje v zdravje populacije je način pospeševanja razvoja (World Bank 2003) in ključno za zagotavljanje pravičnega družbenega in ekonomskega razvoja (WHO 2002). Vlade, ki želijo zagotoviti trajnostni ekonomski razvoj morajo vključiti zdravje njihovih prebivalcev vključno z izobraževanjem in fizično infrastrukturo v uravnoteženo razvojno strategijo (McKee in Suhrcke 2010).

SZO je že sredi 90. let vzpostavila program o vlaganju v zdravje. Med leti 1998 in 2000 so izvedli tri sestanke na to temo v Veroni, po tretjem pa zapisali deklaracijo "Izziv Verone" ("Verona Challenge"), ki govori o specifičnih odgovornostih za delovanje na tem področju. V 2001 je bila ustanovljena Evropska pisarna SZO za vlaganja v zdravje in razvoj (WHO European Office for Investment for Health and Development) s sedežem v Benetkah, katere cilj je bil, da postane center učenja, znanja, povezav in premagovanja ovir ter pospeševanja aktivnosti in premikov na tem področju (WHO 2002). Evropska pisarna je v letih po ustanovitvi pripomogla k razvoju in širitvi znanja na tem področju, njeni sodelavci so izdali številne pomembne objave (WHO 2002, WHO 2001).

Tako kot zdravje tudi neenakosti v zdravju v veliki meri izhajajo iz dejavnikov izven dosega sektorja zdravja (WHO 2008, Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006). Izboljšanje zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju torej zahteva delovanje in naložbe skozi celotno vlado oziroma vse sektorje. Velik izziv na področju vlaganj v zdravje populacije pa je prav osvoboditev opredelitve zdravja iz okvira biomedicinskega modela, kar zahteva preusmeritev fokusa od vedenja posameznikov do umestitve le-tega v družbeni, ekonomski in okoljski kontekst oziroma preusmeritev od patogenetskega k salutogenetskemu pristopu (WHO 2002). Uveljavljanje vlaganja v zdravje torej zahteva preusmeritev fiskalnih in drugih virov na politična področja izven tradicionalnih meja medicine in zdravstvenega varstva. Tu pa se dotaknemo občutljivih področij moči in nadzora, zato je nasprotovanj in ovir temu pristopu precej (WHO 2002). Najnovejša Strategija razvoja EU Evropa 2020 (Europe 2020), ki je naslednica Lizbonske strategije, ima zastavljene ambiciozne cilje, a ne glede na naraščajočo prepoznavnost vloge zdravja v razvoju, vključuje omejene povezave z zdravjem. Cilji v strategiji so (EU 2020):

1. Zaposlovanje: 75-odstotna zaposlenost aktivnega prebivalstva, starega od 20 do 64 let.
2. Raziskave in razvoj: 3 % BDP EU za naložbe v raziskave in razvoj.

3. Podnebne spremembe in energija: za 20 % manj izpustov toplogrednih plinov (ali celo za 30 % pod ugodnimi pogoji) kot leta 1990, 20 % energije iz obnovljivih virov, 20 % večja energetska učinkovitost.
4. Izobraževanje: manj kot 10 % mladih, ki opustijo šolanje, vsaj 40 % oseb med 30. in 34. letom z visokošolsko izobrazbo.
5. Revščina in socialna izključenost: vsaj 20 milijonov manj revnih in socialno izključenih prebivalcev.

Ker je zdravje pomembna komponenta družbenega blagostanja, mora biti vključeno med mere ekonomskega razvoja (Suhrcke in sod 2006a) in leta 2005 je bil med lizbonske strukturne kazalnike uveden kazalnik zdravih let življenja, saj je pričakovana življenjska doba v zdravju in ne le življenjska doba, ključni dejavnik ekonomske rasti (EU 2007).

Za vlade je pomembno, da vzpostavijo ustrezen sistem integrativnega pristopa k nastajanju politik ("integrated policy framework"), s katerim lahko zagotovijo, da bo tisto, kar bo narejeno za doseganje dobrega zdravja, ustrezno in učinkovito. Glede na to, da je v razvitih državah največje breme kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so predvsem posledica dejavnikov življenjskega sloga, mora vlaganje v zdravje poseči izven dosega tradicionalnega zdravstvenega sistema. Vlaganje v zdravje zahteva vsevladni pristop ("action across government") (Suhrcke in sod 2005, WHO 2001) oziroma medsektorsko sodelovanje na vseh ravneh oblasti in sodelovanje z drugimi ustreznimi deležniki (WHO 2002), kar vključuje pristop oziroma strategija Zdravje v vseh politikah.

Zaključki

Zdravje je gonilna moč moderne družbe, je determinanta rasti in produktivnosti, blaginje in kvalitete življenja prebivalcev (McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Figueras in sod 2008, Suhrcke in sod 2005, OECD 2003, World Bank 2003, WHO 2001). Družba, ki investira v zdravje, investira v svojo prihodnost (Suhrcke in sod 2005). Boljše zdravje je eden od načinov naslavljanja ekonomskih izzivov (McKee in Suhrcke 2010, McKee in sod 2009, Suhrcke in sod 2008, Suhrcke in sod 2007, Suhrcke in sod 2006, Wismar in sod 2006, Suhrcke in sod 2005, WHO 2001). Potrebno pa je poudariti, da sta zdravje in blaginja nedvoumno pomembna družbena cilja in nista vezana izključno na doprinos zdravja k ekonomskim ciljem (Wismar in sod 2006).

Viri

Bezruchka 2009

Bezruchka S. The effect of economic recession on population health. *CMAJ* 2009;181(5):281-5.

Cecchini in sod 2010

Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 2010; 376: 1775–84.

CHE 2009

Epstein D, Jimenez-Rubio D, Smith PC, Suhrcke M. An Economic Framework for Analysing the Social Determinants of Health and Health Inequalities. CHE Research Paper 52. The University of York, Centre For Health Economics, 2009.

EC 2004

Report from the High-Level Group. Facing the challenge: The Lisbon strategy for growth and employment. Luxembourg: European Commission; 2004.

EU 2020

European Commission. Europe 2020: EU's growth strategy for the coming decade. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

EU 2007

Commission of the European Communities. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013, white paper. Brussels: COM; 2007. Pridobljeno 2.2.2012 s spletne strani

Figueras in sod 2008

Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Background document for WHO Ministerial Conference on Health Systems in Tallinn, June 2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Gusmano in sod 2008

Gusmano MK, Suhrcke M, Nolte E, McKee M, Rodwin VG, Weisz D. Health Care as Investment? Reframing the Health Policy Debates in Europe. Alliance for Health & the Future. Issue Brief 2008;3(1).

IPHI 2011

Institute of Public Health in Ireland. Belfast: IPHI, 2011 Facing the Challenge The Impact of Recession and Unemployment on Men's Health in Ireland. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani <http://www.mhfi.org/IPHreport2011.pdf>

Mackenbach in sod 2007

Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Communities, 2007.

McKee in Suhrcke 2010

McKee M, Suhrcke M. Investing in Health: A Contribution to the Achievement of the Lisbon Agenda. Eur Rev 2010;18(1):19-21.

McKee in sod 2009

McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menable N. Health systems, health and wealth: a european perspective. Lancet 2009; 373:349-51.

Nursing Times 2008

Public health in a recession. Nursing Times, Nov 2008. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani <http://www.nursingtimes.net/public-health-in-a-recession/1931623.article>

OECD 2011

OECD. Better Life Index. OECD, 2011. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani <http://oecdbetterlifeindex.org/>

OECD 2003

OECD, WHO. Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series, 2003.

Premik 2007

Premik M. Javno zdravje - od zamisli do izvedbe. V: Zupanič Slavec Z. Javno zdravstvo 20.stoletja in njegov soustvarjalec dr. Bojan Pirc. Znanstvena monografija: Ljubljana, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije; Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 31-46.

Premik 2005

Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravja. In: Filej B. et al.(eds.). Zbornik predavanj 5.kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 12.-14.2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005, str. 25-39.

Sihto in sod 2006

Sihto M, Ollilla E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Stuckler in sod 2011

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: the first look at European data. *Lancet* 2011;378:124-5.

Stuckler in sod 2009

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315–23.

Suhrcke in sod 2009

Suhrcke M, Stuckler D, Leone T. Recession and health in Europe: what to expect? Research Note. The London School of Economics and Political Science, European Commission, December 2009.

Suhrcke in sod 2008

Suhrcke M, Sauto Arce R, McKee M, Rocco L. The economic costs of ill health in the European Region. Background Document. WHO Regional Office for Europe, 2008.

Suhrcke in sod 2007

Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. WHO European Office for Investment for Health and Development, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

Suhrcke in sod 2006

Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Sauto Arce R, Tsoolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Background Document. *Public Health* 2006;120:994-1001.

Suhrcke in sod 2006a

Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsoolova S, Mortensen J. Investment in health could be good for the Europe's economies. *BMJ* 2006;333:1017-9.

Suhrcke in sod 2006b

Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance; 2006.

Suhrcke in sod 2005

Suhrcke M, McKee M, Arce RS, Tsoolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. European Commission, Directorate Generale for Health and Consumer Protection. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.

Suhrcke in Stuckler 2012

Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012;74:647-53.

Talin 2008

The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Ministerial Conference on Health Systems in Tallinn, June 2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

WHO 2011

Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011.

WHO 2009

World Health Organization. The financial crisis and global health: Report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland, 19 January 2009. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf

WHO 2008

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

WHO 2002

Ziglio E, Levin L, Levi L, Bath E (edit). Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants. Studies on social and economic determinants of population health, No.1, 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, WHO European Office for Investment for Health and Development, 2002.

WHO 2001

WHO Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Wilkinson in Picket 2010

Wilkinson R in Picket K. *The spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin Books, 2010.

Wilkinson in Picket 2006

Wilkinson RG in Picket KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Science Med* 2006; 62: 1768–1784.

Wismar in sod 2006

Wismar M, Lahtinen E, Stahl T, Ollilla E, Leppo K. Introduction. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

World Bank 2003

World Bank. *World development report 1993: investing in health*. Washington, DC: World Bank, 2003.

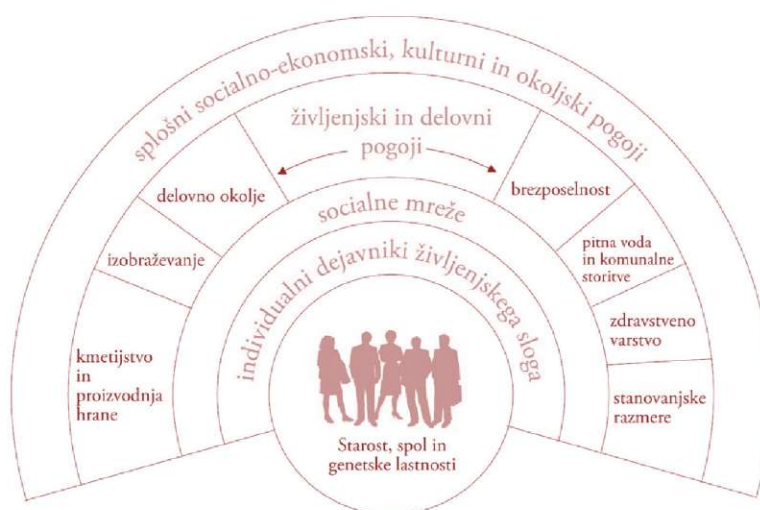
ZDRAVJE V VSEH POLITIKAH – OSNOVE PRISTOPA

Helena Koprivnikar in Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Uvod

V javnem zdravju smo dandanes soočeni s številnimi izzivi, kot so npr. staranje prebivalstva, naraščanje kroničnih nenalezljivih bolezni, naraščanje debelosti, slabo duševno zdravje, neenakosti v zdravju med državami in znotraj posameznih držav, hitro naraščanje stroškov zdravstva idr. Danes je zdravstveni sistem tisti, ki "podeduje" te probleme in jih mora reševati, kljub temu, da je večina vzrokov izven nadzora zdravstvenega sistema in odgovori nanje niso medicinske ali klinične narave, pač pa družbene in okoljske. Medicinski in tehnični razvoj lahko rešujeta nakopičene probleme le v omejenem obsegu (Kickbush in Buckett 2010, Sihto in sod 2006), saj je večina sodobnih zdravstvenih problemov predvsem družbeno osnovanih, kar kaže na potrebo po delovanju v okviru drugih sektorjev, ne le v sektorju zdravja (Sihto in sod 2006, Premik 2005a). Dejstvo, da na zdravje vplivajo politike vseh sektorjev, podpirajo tehtni dokazi. Politike oblikujejo pogoje, v katerih živimo in delamo in ti pogoji, ključne determinante zdravja, imajo lahko pozitivne ali negativne posledice na zdravje posameznikov ali populacije (WHO 2008, Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006, Premik 2005a).

Ključne determinante zdravja (Slika 2) so tisti dejavniki, ki imajo največji vpliv na zdravje, ki ustvarjajo, izboljšujejo ali poslabšujejo zdravje (Kickbush 2010, Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006, Premik 2007). Na različne ključne determinante zdravja lahko obsežno in (ne)posredno vplivajo politike in aktivnosti različnih področij in sektorjev, te iste determinante pa potem pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje, blaginjo in kvaliteto življenja. Izboljšanje zdravja, povečanje blaginje in kvalitete življenja prek delovanja na ključne determinante zdravja je lahko enostavnejše kot prek bolj tradicionalnih pristopov, usmerjenih na bolezen ali zdravstveni problem (Sihto in sod 2006). Gre za salutogenetski pristop, za ohranjanje zdravja in dobrega počutja v smislu krepitve zdravja, in ne samo za zdravljenje bolezni oziroma patogenetski pristop.



Slika 2: Ključne determinante zdravja (Dahlgren in Whitehead 1991, slovenski prevod povzet po publikaciji Neenakosti v zdravju v Sloveniji, 2011)

Ne le, da imajo drugi sektorji prek svojih politik in aktivnosti vpliv na zdravje posameznika in populacije, prav tako ima zdravje pomembne učinke na uresničevanje ciljev drugih sektorjev (Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006), tudi ekonomskih. Zdravje je gonilna moč moderne družbe, je determinanta rasti in produktivnosti, blaginje in kvalitete življenja prebivalcev (EC 2005). Človeški kapital je pomemben za ekonomsko rast in ker je zdravje pomembna komponenta človeškega kapitala, je zdravje torej pomembno za ekonomske izide, kar pa velja tudi v obratni smeri in so tudi ekonomski izidi pomembni za zdravje (EC 2005). Družba, ki investira v zdravje, investira v svojo prihodnost (EC 2005) in investiranje v boljše zdravje je eden od načinov naslavljanja ekonomskih izzivov (Wismar in sod 2006, EC 2005). Glede na sodobne izzive v zdravju lahko pričakujemo upad udeležbe na trgu dela, kar je posledica tako staranja kot tudi naraščanja obolelih za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, zaradi česar je pomembno ohranjati zdravo in produktivno delovno silo kot osnovo za ekonomski napredek in zmanjšati breme kroničnih nenalezljivih bolezni (Kickbush in Buckett 2010, Pitcher in sod 2010). Seveda pa sta zdravje in blaginja nedvoumno že sama po sebi pomembna družbena cilja in nista vezana izključno na doprinos zdravja k ekonomskemu razvoju (Baum 2007).

Strategija Zdravje v vseh politikah

Medsektorsko delovanje za zdravje je bila ključna strategija že v Deklaraciji iz Alma Ate v 1978 (Alma-Ata Declaration), ki je spodbujala zdravstveni sektor k iskanju dejanskih vzrokov slabega zdravja ljudi (WHO 1978). Naslednji pomemben korak je predstavljala Ottawska deklaracija (Ottawa Declaration), ki govori o razvoju javnih politik zdravja in delovanju v okviru vseh okolij, v katerih nastajajo politike, s ciljem izboljšav na področju zdravja in blaginje prebivalcev (WHO 1986). Javna politika zdravja je politika, za katero je značilna izražena skrb za zdravje in enakost na vseh področjih politik in z odgovornostjo glede vpliva na zdravje. Ključni namen javne politike zdravja je oblikovanje podpornih okolij, ki ljudem omogočajo zdrave izbire (Premik 2007, Premik 2005b, WHO 1988), kajti vedenje posameznikov se najverjetneje spremeni, kadar je sociokulturno, ekonomsko in politično okolje podporno zdravemu življenjskemu slogu (Baum in Laris 2010). Priporočila iz Adelaide (Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy) iz leta 1988 prav tako govorijo o pomembnosti o delovanju v okviru politik izven sektorja zdravja (WHO 1988), Zdravje21 (Health21) pa uvršča večsektorski pristop h ključnim determinantam zdravja kot eno od štirih glavnih strategij za delovanje (WHO 1998). Bangkoška listina iz leta 2005 (Bangkok Charter) poleg ocen vplivov politik na zdravje v posameznih državah v današnjem globaliziranem svetu poziva tudi k močnim meddržavnim povezavam in dogovorom za izboljšanje zdravja (WHO 2005).

Kaj je Zdravje v vseh politikah?

Zdravje v vseh politikah (ZVP) je strategija, ki inovativno nadgrajuje zgoraj opisane pristope, čeprav vsi pristopi delijo isto sporočilo, da je potrebno vključiti skrb za zdravje, blaginjo in kvaliteto življenja v druge politike in sektorje izven sektorja zdravja. ZVP vpeljuje boljše

zdravje (izboljšani zdravstveni izidi v populaciji) kot ključen del blaginje in definira zmanjševanje vrzeli v zdravju kot skupen cilj vseh delov vlade. Kompleksnih izzivov na področju zdravja, blaginje in kvalitete življenja se loteva preko enotnih političnih odzivov različnih sektorjev oziroma področij in tako omogoča vladam, da se lotijo ključnih determinant zdravja na bolj sistematičen način in obenem izkoristijo koristi izboljšanega zdravja, blaginje in kvalitete življenja populacije za doseganje ciljev drugih sektorjev (Buzeti in sod 2011, Kickbush 2010, Kickbush in Buckett 2010, Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006).

Končni cilj ZVP je izboljšati z dokazi podprto pripravo politik (Ollila 2011, Sihto in sod 2006). ZVP torej ni omejen na sektor zdravja in javnozdravstveno skupnost, pač pa se izvaja v okviru vseh področij in sektorjev vlade in je komplementarna strategija z visokimi zmožnostmi izboljševanja zdravja prebivalstva, kjer so povezava med politikami in zdravstvenimi izidi determinante zdravja (Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006). Deluje pri začetku vzročne verige, sestavljene iz politik, determinant zdravja in zdravja populacije (Wismar in sod 2006).

ZVP je osnovan na medsebojnih in dodatnih koristih za vse sektorje, ima zmožnosti za zmanjšanje stroškov zdravstvene dejavnosti, izboljša ekonomsko in okoljsko stanje in gradi družbeno blagostanje, enakost in trajnostni razvoj (Buzeti in sod 2011, Baum in Laris 2010).

Kaj je potrebno za učinkovito izvajanje ZVP?

Za izvajanje ZVP je pomembno horizontalno vodenje oziroma vsevladni pristop ali kot to nekateri imenujejo združena vladna politika (Kickbush 2010). Skupna priprava politik je prepoznana kot ključen vidik sodobne in boljše priprave politik, saj ne samo sektor zdravja, tudi drugi sektorji potrebujejo za doseganje lastnih ciljev sodelovalni način dela z drugimi sektorji (Sihto in sod 2006). Pri tem gre za spremembo vodenja, ki se kaže v pripravi in oblikovanju skupnih ciljev države (Kickbush 2010, Premik 2005b) (ki vključujejo tudi cilje s področja zdravja, blaginje in kvalitete življenja) v ključnih strateških dokumentih celotne vlade ter določitev odgovornosti in sistema delovanja vlade. Primer tovrstnega delovanja sta npr. Južna Avstralija in Švedska (Kickbush 2010). Pri tem pristopu se skupni cilji (in kazalniki ter izidi) jasno definirajo na začetku, prav tako način sodelovanja oziroma dela med sektorji, implementacija pa je prepoznana kot del procesa (Sihto in sod 2006).

Katere so ravni delovanja ZVP?

ZVP ne naslavlja le učinkov politik vseh sektorjev na zdravje, blagostanje in kvaliteto življenja (tako kmetijskih, izobraževalnih, okoljskih, fiskalnih, bivalnih, transportnih idr.), pač pa tudi politik vseh ravni, tako lokalnih, nacionalnih in nadnacionalnih (Buzeti in sod 2011, Sihto in sod 2006, Wismar in sod 2006).

Po eni od perspektiv je ZVP primarno pristop od zgoraj navzdol, vendar pa cilj ZVP ne more biti dosežen le z vključitvijo političnih odločevalcev in vlade. ZVP je tudi izzivalni proces vključevanja vseh v politike zdravja, torej tudi nevladnih organizacij, privatnega sektorja, socialnih gibanj, prebivalcev, medijev idr (Mulgan 2010, Premik 2005a).

Katera so glavna izhodišča in izzivi ZVP?

Začetno izhodišče in glavni izziv ZVP je zagotoviti razumevanje pomembnosti vpliva drugih politik na zdravje, blaginjo in kvaliteto življenja ter vključevanje teh vidikov pri pripravi in izvajanju politik na vseh področjih in ravneh (Sihto in sod 2006). Ali bo vlada dejansko delovala v tej smeri ali ne, je odvisno od številnih dejavnikov, npr. ekonomskih koristi, demografskih gibanj, političnih ideologij, medicinskih novosti, predanosti družbenim reformam, socialni pravičnosti idr. Danes je zdravje načeloma visoko na političnem programu in interes številnih različnih deležnikov, predvsem zaradi pomembnosti zdravja za gospodarstvo, družbenih pravic in pričakovani prebivalcev, kar je privedlo do pomembne politične debate o determinantah zdravja, neenakosti v zdravju in ponovno prestavilo žarišče javnega zdravja izven zdravstvene oskrbe oziroma sektorja (Kickbush 2010). Zdravje je kot vrednota resda na visokem mestu v EU in Sloveniji, politike, dokumenti in vedenje pa žal tega največkrat ne odsevajo, saj teoretično sprejemanje vrednot ne pomeni vedno tudi izvajanja v praksi (Ritsatakis in Jarvisalo 2006).

Prav kopičenje kompleksnih zdravstvenih problemov je eden od razlogov, da je ZVP postal aktualen in pomemben kot inovativen pristop k vodenju zdravja, vendar pa začetek ali uvedba koncepta nista preprosta, saj zahtevata, da vsak družbeni akter, sektor, institucija in vse ravni upravljanja "razmišljajo zdravje, blaginjo, kvaliteta življenja", torej razmišljajo o tem v okviru svoje osnovne dejavnosti in prispevajo k okoliščinam, v katerih bodo ljudje zdravi (Kickbush 2010). Ko sodelujemo z različnimi deležniki, smo lahko bolj uspešni, kadar iščemo skupne cilje in koristi skupnega pristopa in delovanja ter manj, kadar pristopamo izključno skozi paradigmo zdravja (Williams in Broderick 2010).

Ovira pri izvajanju je lahko poznavanje kompleksnosti determinant zdravja in celovitosti potreb, ki lahko vodi v akcijsko ohromelost (Premik 2005b). Tudi narava nastajanja politik je kompleksna in multidimenzionalna, kar otežuje razpoznavo ključnih politik in političnih procesov, ki vplivajo na determinante zdravja. Odločitve in politike se sprejemajo na različnih ravneh, ki morajo biti usklajene in ne smejo ovirati druga druge (npr. politike na evropski, nacionalni, regionalni in lokalni ravni, z vertikalnim in horizontalnim povezanjem različnih ravni in sektorjev), kar bi lahko bilo dodatna ovira. Obenem imajo še vedno pogostejše prednost ekonomski razvoj, trgi, industrija, konkurenčnost in privatni sektor in ne zdravje, blaginjo in kvaliteta življenja in se politikam, ki bi omejevale prosti trg, tržne in investicijske priložnosti, nasprotuje (Sihto in sod 2006). ZVP je torej politično izzivalna strategija, za njeno napredovanje so potrebne premišljeni in načrtni napor. Druge politike imajo druge cilje in prioritete in vključevanje zdravja, blaginje in kvalitete življenja v druge politike zahteva solidno bazo dokazov in informacij, ustrezno izobražene kadre, dobro poznavanje sistema nastajanja politik in političnih struktur, kot tudi pogajalske sposobnosti. Potrebno je upoštevati porazdelitev moči in interese številnih akterjev (Kickbush 2010). Javne politike zdravja lahko ogrozijo že uveljavljene interese, zato potrebujejo zagovorništvo s strani interesnih skupin in politično sponzorstvo (Baum in Laris 2010).

Eden od pomembnih izzivov za ZVP je, kako pospešiti umestitev zdravja, blaginje in kvalitete življenja v programe političnih odločevalcev in sektorjev, ki tega do sedaj niso upoštevali kot del svojega programa. Za to se v literaturi omenjajo različni pristopi in strategije. Lažje je,

kadar je možno v okviru procesa najti skupne cilje in koristi različnih področij, sektorjev ali ravni, kadar pa to ne velja, je potrebno veliko dela, aktivnosti in pritiska ter dolgotrajnega delovanja. Nasploh je dolgoročna perspektiva in trajno delovanje ključnega pomena za izvajanje ZVP, prav tako pa tudi zagotavljanje vzdrževanja človeških kapacitet, znanja in kontinuitete dela. Delovanje in odločitve morajo biti usklajene in udejanjene na vseh relevantnih ravneh političnega odločanja (Sihto in sod 2006).

Neenakosti in koncept Zdravje v vseh politikah

Pogojem vsakodnevnega življenja, to je socialnim determinantam zdravja, lahko pripišemo večino neenakosti v zdravju, le določen delež pa razlikam v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Prav delovanje na socialne determinante zdravja (kot so bivalne razmere, izobrazba, prihodek, zaposlenost idr.) ima največjo zmožnost zmanjševanja neenakosti. Ne glede na očitno moč socialnih determinant zdravja pa je bila večina aktivnosti marsikje še vedno usmerjena v zdravstveni sistem in medicinsko oskrbo, ki pa se predvsem ukvarja z boleznimi in njihovimi posledicami, kar pa samo po sebi ne zadošča za izboljšanje zdravja prebivalstva (WHO 2008).

Komisija za socialne determinante zdravja pri SZO je pripravila pregled obstoječih dokazov o socialnih determinantah zdravja in njihovem vplivu na enakost v zdravju ter pripravila set priporočil, kako lahko promoviramo enakost v zdravju. Ključni vidik priporočil je, da morajo vlade zagotoviti, da se vsa vladna področja in sektorji zavedajo svojega vpliva na zdravje in na enakost v zdravju in so odgovorni zanje ter da je ključno delovanje, kot ga razumemo v okviru strategije ZVP (WHO 2008).

Izhodišča jasno kažejo, da so mnoge determinante neenakosti v zdravju izven dosega zdravstvene oskrbe in sektorja zdravja, a je njegova vloga zelo pomembna, saj je lahko iniciator in zagovornik dela in sprememb na tem področju v okviru skupnega dela z drugimi sektorji (WHO 2008).

Zaključki

ZVP je pomemben pristop za izboljšanje zdravja, blaginje in kvalitete življenja prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Strategijo odlikujejo velike možnosti pomembnega doprinosa k razvoju, pripravi in izvajanju javnih politik zdravja. Zdravje, blaginja in kvaliteta življenja populacije je v veliki meri odvisna od socialnih in ekonomskih dejavnikov, koncept pa se prek različnih sektorjev sistematično usmerja ravno v te dejavnike, ki kreirajo, ohranjajo in ščitijo ali poslabšajo zdravje (Sihto in sod 2006).

OPREDELITEV ZVP: je horizontalna, komplementarna in sistematična strategija glede politik, ki ima visok potencial vpliva na zdravje populacije; bistvo pristopa je pregled determinant zdravja, na katere lahko vplivamo za izboljšanje zdravja, a jih večinoma vodijo oziroma nanje vplivajo druga področja oziroma sektorji (Sihto in sod 2006).

Viri

Baum 2007

Baum F. Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An introduction to the Alma Ata Declaration. *Soc Med* 2007;2(1):34-41.

Baum in Laris 2010

Baum F, Laris P. Improving health equity: action on the social determinants of health through Health in All Policies. Chapter 2. In: Kickbush I, Buckett K, edit. *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Buzeti in sod 2011

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Krek B, ur. 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

Dahlgren in Whitehead 1991

Dahlgren G., Whitehead M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

EC 2005

Suhrcke M, McKee M, Arce RS, Tsovala S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. European Commission, Directorate Generale for Health and Consumer Protection. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.

Kickbush in Buckett 2010

Kickbush I, Buckett D. Health in All Policies: The evolution. Introduction. In: Kickbush I, Buckett K, edit. *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Kickbush 2010

Kickbush I. Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal governance. Chapter 1. In: Kickbush I, Buckett K, edit. *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Mulgan 2010

Mulgan G. Health is not just the absence of illness: Health in All Policies and "all in health policies". Chapter 3. In: Kickbush I, Buckett K, edit. *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Ollila 2011

Ollila E. Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39(6 Suppl):11-8.

Pitcher in sod 2010

Pitcher S, Jordan D, Buckett K. South Australia's Strategic Plan and health in All Policies. Chapter 7. In: Kickbush I, Buckett K, edit. *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Premik 2007

Premik M. Javno zdravje - od zamisli do izvedbe. V: Zupanič Slavec Z. *Javno zdravstvo 20.stoletja in njegov soustvarjalec dr. Bojan Pirc*. Znanstvena monografija: Ljubljana, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije; Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 31-46.

Premik 2005a

Premik M. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V: *Cvahtetovi dnevi 2005*, zbornik srečanja. Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.

Premik 2005b

Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravja. In: Filej B. et al.(eds.). *Zbornik predavanj 5.kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 12.-14.2005*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005, str. 25-39.

Ritsatakis in Jarvisalo 2006

Ritsatakis A, Jarvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Sihto in sod 2006

Sihto M, Ollilla E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

WHO, 2008

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

WHO 2005

World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

WHO 1998

World Health Organization. Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 5, 2005. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

WHO 1988

World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988. Pridobljeno 29.9.2011 s spletne strani

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

WHO 1986

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

WHO 1978

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, 1978. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

Wismar in sod 2006

Wismar M, Lahtinen E, Stahl T, Ollilla E, Leppo K. Introduction. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Williams in Broderick 2010

Williams C, Broderick D. Navigating through the policy territory of other sectors: South Australia's Health in All Policies approach. Chapter 6. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Uvod

Namen uvedbe in izvajanja ZVP je vključiti zdravje, blaginjo, kvaliteto življenja in enakost v zdravju v politiko vlade na vseh ravneh in vseh področjih njenega delovanja (sektorjih). To pomeni vzpostaviti institucionalizirano in trajno sodelovanje med sektorji in področji ter pripravljati usklajene, sinergistične politike za doseganje skupnih ciljev. Kako to doseči, nam opisuje zaenkrat še omejen obseg literature, veliko več o tem povedo izkušnje držav oziroma primeri dobrih praks. Pri uvajanju ZVP so lahko v pomoč vzpostavljanje skupnih vrednot, povečanje osveščenosti o potrebi po strategiji ZVP, nato pa priprava in uvedba ustreznih orodij vodenja in mehanizmov, ki omogočajo oziroma zagotavljajo izvajanje ZVP. Izkušnje kažejo, da vsaka država izbere ustrezno strategijo izvajanja ZVP, prilagojeno svojemu specifičnemu kulturnemu in političnemu kontekstu, kar predstavljamo v pričujočem prispevku.

V okviru ZVP in podobnih konceptov (medsektorsko sodelovanje za zdravje, javne politike zdravja) se že dlje časa poudarja pomen, ki jih imajo za zdravje politike, aktivnosti in intervencije izven sektorja zdravja. Vendar pa so se ideje lažje prenesle v retoriko kot prakso in uvedba ter izvajanje medsektorskih politik za zdravje ostaja izziv (Ollila 2011, Wismar in Ernst 2010), kar potrjuje tudi slovenski primer - v Sloveniji imamo v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (UL RS 9/92) opredeljen »Svet za zdravje« kot vladni medresorski organ, ki pa ne deluje (Premik 2005a).

Vrednote

Priprava politik je proces, določen z vrednotami in načeli. Zdravje je kot vrednota na visokem mestu v EU in Sloveniji, politike, dokumenti in vedenje pa tega pogosto ne odsevajo, saj teoretično sprejemanje vrednot ne pomeni vedno tudi izvajanja v praksi. Cilji drugih sektorjev so pogosto lahko nasprotujoči ciljem zdravja. Zato je potrebno najti zaveznike in partnerje, s katerimi delimo vrednote in cilje, in kadar ni tako, najti sprejemljive kompromise. Pri tem je pomembna osrednja povezovalna vloga sektorja zdravja, ki bi moral imeti jasne argumente s področja zdravja, zagotoviti holistično razumevanje zdravja, jasno definirati lastne vrednote in njihov pomen za politike ter nakazati morebitne učinke zanemarjanja teh vrednot (Buzeti in sod 2011, Ritsatakis in Jarvisalo 2006, Premik 2005b).

Povečanje osveščenosti o potrebi po ZVP

Za uvedbo in izvajanje ZVP je pomembno, da izboljšamo razumevanje javnosti, političnih odločevalcev in medijev o načinih, kako politike in aktivnosti iz drugih sektorjev, kot je sektor zdravja, vplivajo na zdravje in enakost v zdravju (Buzeti in sod 2011, Ollila 2011, Premik 2005b) in kako zdravje vpliva na doseganje ciljev drugih sektorjev.

Za vključitev vidikov zdravja v druge sektorje morajo pomembna javno-zdravstvena vprašanja in teme najprej prepoznati strokovnjaki in zagovorniki s področja zdravja. Definirati in predstaviti je potrebno determinante izzivov v zdravju in argumente za razumevanje in upoštevanje pomembnosti vpliva drugih politik in sektorjev na zdravje, kar lahko različnim javnostim predstavimo v obliki poročil o socialnih determinantah, poročil o zdravju, poročil raziskav, poročil, prilagojenih za posamezne ciljne skupine, objav v medijih idr. V proces osveščanja naj bodo vključeni številni deležniki, kot so ključne osebnosti, politični odločevalci, mediji, privatni sektor, civilna družba idr (Ollila 2011, Ritsatakis in Jarvisalo 2006, Premik 2005b). Podpore civilne družbe za vprašanja zdravja je pravzaprav lahko pridobiti, saj je zdravje pomembna vrednota prebivalcev, prav tako enakost v zdravju, solidarnost in občutek pravičnosti in poštenosti. Težje je uvrstiti vidik zdravja visoko na politični program, kot kaže, najlažje v primeru katastrof ali morda menjave vlade, saj se sicer področje zdravja osredotoča najpogosteje na kurativno medicino (Ollila 2011).

Za pripravo podatkov in argumentov so potrebne ustrezne podatkovne baze in podatki, tako mednarodni kot tudi lokalni, ki služijo za prikaz povezav med zdravstvenimi izzivi in sektorji ter determinantami zdravja in so pomembne za z dokazi podprto pripravo politik. A vedno niso na voljo vsi potrebni podatki. Vedno več je sicer raziskav o determinantah zdravja in neenakostih v zdravju, manj podatkov pa je na voljo na področju učinkovitosti politik v zmanjševanju neenakosti v zdravju in o ekonomskih učinkih in stroških, kar pa še posebej zanima prav politične odločevalce (Buzeti in sod 2011, Ollila 2011, Ritsatakis in Jarvisalo 2006, Premik 2005b).

Pridobljene podatke je potrebno predstaviti različnim javnostim in jih tudi predebatirati, npr. v parlamentu, mestnih svetih, na konferencah, konferencah za doseganje konsenza, v medijih idr, podobno se lahko postopa tudi v fazah priprave pomembnejših dokumentov s ciljem vključevanja vseh ustreznih deležnikov (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Predpogoj za tovrstno delovanje je odprta in pregledna priprava politik (Ollila 2011).

Potrebno je upoštevati, da se jezik političnih odločevalcev in jezik zagovornikov zdravja pomembno razlikujeta. Politiki in odločevalci razumejo potrebo po ZVP le, če zdravje povežemo z njihovimi cilji in interesi, kot so prihodki, izobrazba, zaposlenost, varovanje narave, enakost idr. Celo v državah z dolgotrajno tradicijo promocije zdravja je še vedno manj pozornosti usmerjene na povezave s socialnimi determinantami zdravja in več na dostopnost zdravstvenih storitev in individualni življenjski slog (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Dodatni izziv je tudi to, da se pri zdravju naklonjenih politikah rezultati pogosto pokažejo po daljšem času, kar večinoma ni v interesu politikov, ki imajo kratke mandate in so zanje bolj zanimive alternativne investicije s hitreje vidnimi rezultati (Ollila 2011, Premik 2005b), morda pa tudi ne v interesu prebivalcev (Premik 2005b). Zato je za motivacijo političnih odločevalcev potrebno najti in poudariti hitre učinke zdravju naklonjenih politik. Po drugi strani pa je tudi res, da zdravju naklonjene politike ne predstavljajo nujno dodatnih večjih stroškov, včasih celo privedejo do povečanja prilivov v državno blagajno, npr. preko povečanja obdavčitve zdravju škodljivih proizvodov (Buzeti in sod 2011, Ollila 2011).

Za razpoznavo potrebe po ZVP moramo torej analizirati stanje zdravja in njegovih determinant ter politično okolje, da lahko prepoznamo priložnosti za izboljšanje zdravja preko

vključevanja determinant v politike vseh sektorjev ter moramo biti pri teh spremembah proaktivni. Potrebno je tudi prepoznati politične trende, predloge in načrtovane aktivnosti v sektorjih in področjih izven sektorja zdravja, ki imajo lahko pomembne vplive na zdravje, in nanje odreagirati (Ollila 2011).

V administraciji in na različnih političnih ravneh lahko razumevanje in potrebo po ZVP promoviramo prek različnih struktur in mehanizmov (Ollila 2011), ki jih v nadaljevanju besedila opisujemo kot orodja vodenja.

Orodja vodenja na nacionalni ravni

Za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP je potrebno uporabiti ustrezna orodja vodenja, ki jih lahko trenutno proučujemo na primeru dobrih praks držav, ki so strategijo že uvedle oziroma izvajajo vsevladni pristop z medsektorskim sodelovanjem na najvišjih ravneh vlade. Orodja vodenja omogočajo vladam, da promovirajo sodelovanje in skladnost politik za doseganje skupnih ciljev, tudi deljene skrbi za zdravje in blagostanje prebivalstva ter enakost v zdravju. Primeri različnih držav potrjujejo, da so številna ključna orodja vodenja za uvedbo in izvajanje ZVP na ravni vlade (St-Pierre 2009).

Strukture in mehanizmi za medsektorsko sodelovanje dejansko že obstajajo v večini držav in na vseh ravneh vodenja, zato je potrebno preučiti že obstoječe možne kanale za uvedbo in izvajanje ZVP in jih ustrezno uporabiti (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). V Sloveniji je npr. tak organ Svet za zdravje, uzakonjen kot vladni medresorski organ, ki pa ne deluje (Premik 2007), izboljšali bi lahko tudi delovanje Zdravstvenega sveta (Buzeti in sod 2011).

Poznamo različna orodja vodenja, ki jih lahko razdelimo na štiri skupine, to so organizacijske strukture (odbori in organizacije za spodbujanje sodelovanja), procesi (skupno načrtovanje in vrednotenje), finančni mehanizmi, ki spodbujajo medsektorsko sodelovanje, in mandati (zakonodaja in uredbe, ki nalagajo odgovornost). V nadaljevanju navajamo najpogosteje citirana in v primerih dobre prakse uporabljena orodja vodenja po posameznih skupinah (St-Pierre 2009).

Organizacijske strukture:

- komisije in odbori na ravni predsednika vlade (St-Pierre 2009, Ritsatakis in Jarvisalo 2006), ki jih lahko najdemo npr. v Angliji, Finski, Južni Avstraliji, Nizozemski:
 - Te kažejo na visoko raven vladne zaveze. Vpostavitve nadsektorske avtoritete je ključno za uspeh medsektorskega sodelovanja. Pogosto v teh komisijah oziroma odborih prevladujejo predstavniki sektorja zdravja, čeprav ponekod vanje vključujejo tudi že deležnike izven vlade. Njihovo učinkovitost pogosto zmanjšuje dejstvo, da se sestankov udeležujejo predstavniki nižjih ravni.
- medpodročni oziroma medsektorski odbori in komisije (St-Pierre 2009), ki jih lahko najdemo npr. v Finski:
 - To so najpogostejše organizacijske strukture, vendar niso nujno bolj učinkovite kot vodenje od zgoraj navzdol. Promovirajo razumevanje različnih področij, a pogosto predstavljajo dodatno birokratsko breme. V izogib temu so določene države postavile trajne strukture.

- usmerjevalni (steering) odbori (St-Pierre 2009):
 - V prid usmerjevalnim odborom govorijo izkušnje, ki kažejo, da je medsektorsko sodelovanje oziroma izvajanje ZVP uspešnejše, kadar obstaja načrt na visoki ravni za vsa področja vlade in ta načrt usmerja oziroma koordinira vodilna agencija, ki ima jasno definirane pristojnosti in odgovornosti.
- mreženje (mreže, omrežja) (St-Pierre 2009), npr. v Finski:
 - Mreženje ponuja bolj fleksibilne koordinacijske mehanizme, a njihov obstoj ni zagotovljen. Pristop v omrežja je običajno prostovoljen, med člani je pogosto prisotna visoka stopnja zaupanja in usmeritev v skupne cilje.
- organizacijske enote (St-Pierre 2009), najdemo jih npr. v Angliji, Nizozemski, Norveški, Novi Zelandiji, Južni Avstraliji:
 - Predstavljajo sicer pomembno investicijo v vire, vendar pa zagotavljajo stabilno in dolgoročno zavezo, ki je potrebna za kulturne spremembe in uvedbo ter izvajanje ZVP. Pogosto prav ta struktura zagotavlja izgradnjo kapacitet, pridobivanje in izmenjavo veščin ter podporo razvoju novih praks.

Procesi:

- Procesi načrtovanja in določanja prioritet (St-Pierre 2009), ki potekajo npr. v Angliji, Finski, Norveški, Švedski, Novi Zelandiji in Južni Avstraliji:
 - Skupni cilji so eden najpomembnejših pogojev za uspeh sodelovalnega načina dela, poleg tega je ključno še vodenje. Ta način delovanja naj se vzpostavi čimbolj zgodaj v procesu. Skupen razvoj ciljev je pomemben za to, da posamezni sektorji ali področja prepoznajo cilje zdravja in blagostanja kot lastne.
- Skupno vrednotenje (St-Pierre 2009), ki se izvaja npr. v Norveški, Švedski, Finski in Južni Avstraliji:
 - Vrednotimo skupen izid, kar pripomore k izvajanju vsevladnega pristopa in pospešuje priznavanje povezav med cilji različnih področij.
- Formalni posveti pri pripravi zakonodaje (Ritsatakis in Jarvisalo 2006):
 - Običajno potekajo v pozni fazi priprave politike, ko je le malo možnosti za večje spremembe.
- Referendumi (Ritsatakis in Jarvisalo 2006)
- Neformalni stiki, predvsem v manjših državah (Ritsatakis in Jarvisalo 2006)

Finančni mehanizmi (St-Pierre 2009):

- Mehanizmi finančne podpore za izvajanje aktivnosti so npr. prisotni v Angliji, Norveški, Švedski, Novi Zelandiji in Južni Avstraliji:
 - Zaveza za financiranje je eden ključnih dejavnikov uspešnosti.
- Skupni dogovori o financiranju

Podpora finančnega sektorja je zelo pomembna pri uvajanju in izvajanju ZVP, ne le v smislu zagotavljanja, da bo pri posameznih ciljnih zagotovljeno financiranje, pač pa tudi zagotavljanju sodelovanja drugih sektorjev (St-Pierre 2009).

Mandati (St-Pierre 2009):

- Zakonodaja in predpisi, npr. v Finski, Nizozemski, Kanadi, Južni Avstraliji:
 - So močan vzvod za spremembe. Marsikatera država je izkoristila spremembe zakonodaje o javnem zdravju za vpeljavo ukrepov za podporo uvedbi in izvajanju ZVP.
- Dogovori:
 - Dogovore je potrebno formalizirati. Imajo naj jasno opredeljene cilje, vloge, odgovornosti in metode vrednotenja.
- Okviri odgovornosti:
 - Kjer potekajo dogovori na več ravneh, je potrebno določiti vodilno osebo ali agencijo.

Vsako orodje vodenja ima svoje prednosti in slabosti glede zmožnosti omogočanja vsevladnega pristopa za zdravje, njihova učinkovitost pa je odvisna od konteksta, v katerem se uporabljajo. Idealnega orodja vodenja, ki bi delovalo v vsakem kontekstu ni, se pa jasno kaže, da je najučinkovitejša kombinacija prisilnih ukrepov in ukrepov spodbude z istočasno močno in dolgotrajno podporo na vsakiravni izvajanja strategije. Pomembne so vse štiri omenjene skupine orodij vodenja, predvsem pa komisije na ravni predsednika vlade za močno zavezo in kohezivne politike, medsektorski dogovori za koordinacijo in medsebojno razumevanje, enota za razvoj znanja in zmogljivosti, skupen proces priprave in vrednotenja ključnih strategij (npr. strategije javnega zdravja), vključevanje ciljev glede determinant zdravja v obstoječe finančne mehanizme in mehanizme odgovornosti ter obvezno medsektorsko sodelovanje in obvezna OVZ (St-Pierre 2009).

Učinkovitost orodij vodenja se kaže v tem, kako promovirajo vsevladni pristop in umeščajo zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju v program vlade in v politike na vseh ravneh. Vendar pa je o tem na voljo le omejen obseg literature in dokazov zaradi kompleksnosti področja in pomanjkanja primernih metod vrednotenja (St-Pierre 2009).

Ocena vplivov na zdravje (OVZ) kot specifično orodje vodenja v okviru ZVP

OPREDELITEV OVZ: Ocena vplivov na zdravje (OVZ) je kombinacija postopkov, metod in orodij, s katerimi lahko ocenimo politike, programe ali projekte glede njihovih potencialnih učinkov na zdravje populacije in porazdelitev teh učinkov znotraj populacije (WHO 1999).

OVZ se uvršča med najbolj strukturirane pristope v procesu vključevanja zdravja v vse politike in jo lahko obravnavamo kot orodje vodenja, saj spodbuja interakcije med različnimi sektorji, podpira horizontalni način vodenja vlade, vpliva na odločevalski proces, prispeva k preglednosti tega procesa in omogoča sodelovanje številnih deležnikov. OVZ je učinkovita glede na stroške. Predstavlja tudi način povečevanja znanja in osveščenosti odločevalcev izven zdravstvenega sektorja o povezavah med njihovim sektorjem in determinantami zdravja (Wismar in Ernst 2010, St-Pierre 2009).

Večina držav, ki uvajajo oziroma izvajajo strategijo ZVP promovirajo ali uporabljajo OVZ, saj menijo, da omogoča sistematično vgradnjo zdravja v vse politike. V nekaterih državah je obvezna (Wisnar in Ernst 2010, St-Pierre 2009), npr. v Angliji, Kanadi in Južni Avstraliji. Izkušnje kažejo, da ukrepi spodbude, kot so smernice in praktična navodila, ne zadoščajo za uvedbo in izvajanje OVZ, še posebej v sektorjih z bolj ekonomsko usmeritvijo, tako da so potrebni zakonodajni ukrepi. Te mora spremljati strategija podpore medsektorskemu sodelovanju, znatna podpora najvišjih ravni vlade, razumevanje OVZ in koncepta zdravja, "dobim-dobiš" («"win-win«")pogleda oziroma pristopa, jasna vizija in cilji skupaj z ukrepi spodbude in podpore ter vzpostavitev podporne enote za OVZ z urejenim in trajnim financiranjem (St-Pierre 2009).

OVZ je predvsem primerna za situacije, kadar aktivnosti načrtujemo za dlje časa naprej, medtem ko pri vsakodnevnih političnih odločitvah morda ne bo dovolj časa za tovrstne ocene (Ollila 2011).

Ob vzpostavitvi OVZ se lahko pojavijo pomembna vprašanja in izzivi, kot so zmožnost procesa OVZ, da se prilagodi programu nastajanja politik, dostopnost znanja in ekspertize za podporo OVZ, legitimnost ocen javnozdravstvenega sektorja o odločitvah drugih sektorjev, možne administrativne obremenitve zaradi procesa in vprašanje ustreznih orodij za delo na različnih ravneh vlade in različnih vrstah politik idr. OVZ ne sme biti razumljena kot mehanizem, ki omogoča sektorju zdravja nadzor nad drugimi sektorji, pač pa kot mehanizem podpore odločitvam (St-Pierre 2009).

V zadnjem času so popularne t.i. splošne ocene vplivov, ki jih običajno izvajajo osebe, ki niso s področja zdravja. Teža, ki jo ima zdravje v okviru teh ocen, je lahko zelo raznolika, in analize kažejo, da tovrstne ocene v EU zdravja ne zajamejo vedno, zato se že pojavljajo dvomi o zmožnosti splošnih ocen vplivov glede vključevanja področja zdravja (Ollila 2011).

Ključni elementi za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP in medsektorskega sodelovanja

Ko politični odločevalci, različni sektorji, vključno s sektorjem zdravja, in drugi relevantni deležniki dosežejo skupno razumevanje glede vključevanja vidikov zdravja v politike vseh sektorjev, določijo in porazdelijo odgovornosti za izvajanje, vire za izvajanje in vzpostavijo procese spremljanja, vrednotenja in revizije s kazalci (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Način uvedbe in izvajanja ZVP v posameznih državah je odvisen od političnega, socialnega, ekonomskega in institucionalnega konteksta, zato je prenos struktur v drug kontekst potrebno obravnavati s previdnostjo, vendar pa se kažejo določene podobnosti, ki lahko veljajo na splošno (St-Pierre 2009).

Medsektorsko sodelovanje je odvisno od vizije in vodenja centralne vlade, to je usmerjanja in koordinacije kompleksne skupine organizacij s pomočjo nadzornega sistema, ki vključuje mnogoštevilne povezave. Ključni elementi dobrega vodenja so vključevanje številnih akterjev znotraj in izven vlade, uporaba tako vertikalnega kot tudi horizontalnega upravljanja, odgovornost in nadzorni mehanizmi, zaveza najvišjih političnih ravni, zagotovljeni finančni in človeški viri, razvoj veščin in obstoj sistemov razvoja znanja (St-Pierre 2009).

Obstoječa literatura in izkušnje držav kažejo, da so za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP ključni močno vodenje uvajanja in izvajanja ZVP na najvišjih ravneh vlade, podprto s strani sektorja zdravja, jasna vizijapolitike zdravja, ki vključuje jasno postavljene cilje in izide, nadsektorska avtoriteta oziroma organizacija, zadolžena za strategijo ZVP, vzpostavitev nove, trajne organizacijske strukture, ki podpira ZVP ali dodelitev dodatnih funkcij obstoječim strukturam, zakonodajna podpora ZVP (revizija zakonodaje o javnem zdravju), pravna podpora določenim aktivnostim, hkratne aktivnosti na različnih institucionalnih ravneh in enota za OVZ z ustreznim in trajnim financiranjem (St-Pierre 2009). Med ovire za uspešno izvajanje ZVP se iz primerov posameznih držav pogosto omenjajo neustrezno načrtovanje virov (npr. podelitev dodatnih nalog že tako preobremenjenim javnim uslužbencem) in neupoštevanje potrebe po zagotavljanju finančnih virov in vrednotenja z izborom ustreznih kazalnikov ter določitvijo kvantificiranih ciljev z izidi. Ključno za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP je, da se natančno določijo človeški viri, odgovornosti in izobraževanje ter jasno načrtujejo sredstva za posamezne aktivnosti, medtem ko ustrezno zastavljeni cilji spodbujajo spremljanje izvajanja in izidov (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Ključna je tudi okrepitev zmogljivosti in znanja na področju javnega zdravja (Ollila 2011). Poleg znanja o determinantah zdravja je pri uvajanju in izvajanju strategije ZVP potrebno analitično, konceptualno, vodstveno in politično znanje oziroma veščine. Potrebno je poznavanje političnega okolja in trendov, predlogov in načrtovanih aktivnosti izven sektorja zdravja. Za vsa različna znanja je potrebno zagotoviti ustrezne zmogljivosti in izobraževanja. V evropskem okolju že obstajajo številne možnosti za pridobitev znanja na potrebnih področjih (Ritsatakis in Jarvisalo 2006).

Za uspešno medsektorsko delovanje so ključni elementi ustvarjanje okolja, ki je usmerjeno v zdravje, zagotavljanje politične podpore, čimzgodnejše vključevanje ključnih partnerjev, osredotočanje na konkretne cilje in vidne rezultate, zagotavljanje vodenja in nagrajevanja, razvoj praktičnih modelov, orodij in mehanizmov podpore izvajanju medsektorskega sodelovanja, porazdelitev odgovornosti in krepitev zmogljivosti (St-Pierre 2009) ter multidisciplinarna kompetenca (poznavanje okoliščin, ciljev in "jezika" drugih sektorjev). Medsektorsko sodelovanje najpogosteje zavirajo oziroma ovirajo preobremenjenost, neskladnost med cilji sektorja zdravja in drugimi sektorji, dojemanje, da je za zdravje odgovoren izključno zdravstveni sektor, in pomanjkanje dokazov o tem, kaj je učinkovito in kaj ne (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Medsektorsko sodelovanje je učinkovito, kadar se dogaja simultano na več ravneh in se integrira v politike in zakonodajo. Kot že večkrat omenjeno je centralno vodenje zelo pomembno, a delovanje na socialne determinante zdravja zahteva tudi znatno vključevanje lokalnih ravni (St-Pierre 2009). Pri tem lahko izpostavimo primer in s tem tudi pomen primarnega zdravstvenega varstva, kjer se medsektorsko sodelovanje velikokrat lažje vzpostavi kot na višjih ravneh (Premik 2005a).

Neuspehi vsevladnega pristopa se pogosto pripisujejo pomanjkanju zavedanja o potrebi po vzpostavitvi ustrezne infrastrukture za uvedbo in izvajanje ZVP. Države ugotavljajo, da medsektorsko sodelovanje še zdaleč ni enostavno in so zato za promocijo medsektorskega sodelovanja večinoma vzpostavile trajne strukture, ki so vzpostavljene centralno in tako zagotavljajo, da se vizije in zaveze izražene na najvišji ravni tudi dejansko izvajajo (St-Pierre 2009).

Ministrstvo za zdravje ima pomembno vlogo v usmerjanju drugih sektorjev in civilne družbe k prevzemanju njihovih odgovornosti za zdravje prebivalstva in mora prevzeti vlogo vizionarja, usmerjevalca in zagovornika na tem področju (St-Pierre 2009, Premik 2005b). Sektor zdravja mora razumeti cilje drugih sektorjev, njihov način dela in strokovno znanje ter izkušnje in mora znati najti skupno pot in skupen jezik preko determinant zdravja, s katerimi se v določenem sektorju ukvarjajo. Vpliv sektorja zdravja lahko zagotovimo s prisilnimi ukrepi (npr. zakonodaja, predpisi) ali ukrepi spodbude (npr. finančni ukrepi) (St-Pierre 2009).

Strategije izvajanja ZVP

Obstajajo vsaj štiri različne strategije priprave politik v okviru ZVP (Ollila 2011).

Prva je strategija zdravja, kjer so cilji zdravja v središču. Namen te strategije je, da drugi sektorji oblikujejo politike in ukrepe, ki bodo zagotovili doseganje ciljev zdravja. Je proaktivna strategija in ena najbolj tradicionalnih ter je najbližje medsektorskemu sodelovanju za strategijo zdravja SZO. Primer te strategije so med drugim ukrepi nadzora nad tobakom (Ollila 2011).

Naslednja je "dobim-dobiš" (»"win-win«") strategija, katere namen je iskanje politik in ukrepov, ki koristijo vsem vključenim področjem oziroma sektorjem. Tovrsten pristop se je že tradicionalno izvajal na nekaterih področjih, npr. izobraževanje, okolje, higiena (Ollila 2011). V uvajanju ZVP je potrebno iskati "dobim-dobiš" (»"win-win«") situacije, ker so spodbudne za proces uvajanja (Ritsatakis in Jarvisalo 2006). Ta pristop pa nas lahko omeji na to, da delujemo le na področjih, kjer hitro najdemo skupne cilje in poglede in hitro dosežemo rezultate (Ollila 2011).

Strategija sodelovanja je strategija, pri kateri je poudarek na sistematičnem sodelovanju sektorja zdravja z drugimi sektorji v smislu, kaj lahko sektor zdravja naredi za druge, da jim pomaga uresničiti njihove cilje. V nasprotju s strategijo zdravja tu sektor zdravja ne poudarja lastnih ciljev, ampak svoje cilje uresničuje skozi sistematični sodelovalni pristop. Primer takega delovanja je Južna Avstralija (Ollila 2011).

Zadnja, četrta strategija, je strategija omejevanja škode, ki je pogosta v realnem življenju. Pri tem pristopu sektor zdravja razpozna morebitne negativne učinke politik drugih sektorjev in področij na zdravje. Interesi in cilji posameznih sektorjev pač pogosto niso isti ali si celo nasprotujejo, spremembe predlogov pa lahko zmanjšajo tveganje za poslabšanje zdravja ali celo vodijo do obojestranskih koristi (Ollila 2011).

Vse strategije so uporabne in naj se izbirajo pri vsakem primeru posebej. Kadarkoli lahko najdemo skupne interese in uporabimo "dobim-dobiš" (»"win-win«") strategijo, bomo seveda dosegli največ za vse, zato je vredno čim pogosteje izvajati to strategijo. Vendarle pa se konfliktom interesov ne bomo mogli vedno izogniti in včasih bo prav tako potrebna strategija omejevanja škode. Za dolgotrajno in trajnostno naravnano vključevanje ZVP pa je morda najboljša izbira strategija sodelovanja (Ollila 2011), ki vodi v integrirano pripravo politik.

Zaključki

V kompleksnem okolju nastajanja in izvajanja politik in obstoječih prednostnih področij ne moremo pričakovati, da bo uvedba ZVP lahka, hitra ali brez komplikacij. Za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP je potrebno, da se strategiji dodeli ustrezna prednost in podpora znotraj vlade in med političnimi odločevalci, vključno z ustreznimi deležniki izven vlade. Ključni za uspeh so tudi človeški viri in znanje (St-Pierre 2009). Ne glede na vse poznano in opisano literaturo pa zaenkrat nimamo EU raziskave o vsevladnem pristopu in orodjih vodenja ter okvirjih za ZVP, več pa se dogaja v posameznih državah in na lokalni ravni (Wismar in Ernst 2010).

V nadaljevanju gradiva zato opisujemo premike v smeri ZVP v nekaterih evropskih državah in nekaterih državah izven EU, o katerih je na voljo zadosten obseg podatkov in literature v razumljivem jeziku. Zavedamo se, da se strategija uvaja tudi v drugih državah, a o tem obstaja zaenkrat premalo podatkov ali pa so na voljo v nam nerazumljivem jeziku.

Viri

Buzeti in sod 2011

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Krek B, ur. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

Ollila 2011

Ollila E. Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39(6 Suppl):11-8.

Premik 2007

Premik M. Javno zdravje - od zamisli do izvedbe. V: Zupanič Slavec Z. Javno zdravstvo 20.stoletja in njegov soustvarjalec dr. Bojan Pirc. Znanstvena monografija: Ljubljana, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije; Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 31-46.

Premik 2005a

Premik M. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V: Cvahtetovi dnevi 2005, zbornik srečanja. Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.

Premik 2005b

Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravja. In: Filej B. et al.(eds.). Zbornik predavanj 5.kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 12.-14.2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005, str. 25-39.

Ritsatakis in Jarvisalo 2006

Ritsatakis A, Jarvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 26. 9. 2011 s spletne strani <http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

WHO 1999

WHO European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. The Gothenburg Consensus paper. Brussels: WHO Regional Office for Europe, 1999.

Wismar in Ernst 2010

Wismar M, Ernst K. Health in All Policies in Europe. Chapter 4. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Uvod

Zdravje ne nastaja le v zdravstvenem sektorju, temveč je plod številnih sektorskih zdravju bolj ali manj naklonjenih politik, ki ustvarjajo zdravju bolj ali manj prijazna okolja, v katerih se posamezniki lahko odločajo za (zdrave) izbire (WHO 1986). »Bangkoška listina« (WHO 2006) je opozorila na problem, da je odgovornost za zdravstvene izide trenutno na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, medtem ko politike, ki ključno vplivajo na determinante zdravja, nastajajo tudi na globalni ravni (na primer strategije trženja hrane, ki jih razvijajo prehranske multinacionalke, Lang in Haesman 2004). Tudi Evropska unija (EU) se je odzvala na izzive globalizacije - zaradi potrebe ekonomije EU, da ohrani svojo kompetitivno vlogo, ter je zaradi potrebe po moderniziranju socialnega modela, socialne zaščite in promocije socialne kohezije (ki vključuje tudi zdravje in njegove determinante), in je sprejela »Lizbonsko strategijo« (European parliament, 2000). V postmoderini družbi tveganja, v kateri se relativno zmanjšuje moč politike in se postopoma politizira celotna družba (Beck, 2001), je za sodobne javne politike na prehodu v novo tisočletje sicer značilno, da nastajajo pod imperativom omejevanja tveganj.

V splošnem javno politiko lahko opredelimo kot dolgo vrsto bolj ali manj povezanih izbir (skupaj z odločitvami ne delovati), ki jih sprejmejo vladna telesa in uradniki. Gre za politične odločitve oziroma uradna pravila obnašanja, ki so zavezujoča na teritoriju, ki ga upravlja in nadzoruje pristojna državna avtoriteta. (Fink-Hafner, 2007). Interesne skupine, posamezniki in različne družbene skupine, tudi različne institucije, lahko v določeni meri vplivajo na proces oblikovanja »političnih predlogov«, vendar njihove ideje, stališča, predlogi, strokovne podlage niso dovolj, da bi neka politika postala javna. To lahko stori le vlada s svojimi pristojnostmi, ki ima največjo vlogo v procesu oblikovanja javnih politik.

Oblikovanje javnih politik

Pri oblikovanju javnih politik je udeleženo veliko t.i. javno-političnih »igralcev«. Delimo jih po dveh kriterijih. Glede na raven oblikovanja lahko govorimo o lokalnih, nacionalnih in nadnacionalnih igralcih. Delimo pa jih tudi glede na sfero, iz katere prihajajo, tj. na državne in nedržavne igralce. Med državne uvrščamo parlament, vlado, državno upravo, kdaj pa kdaj tudi sodišča in predsednika države, med civilno-družbene igralce pa spadajo predvsem različne interesne skupine, množični mediji, raziskovalne organizacije in različna družbena gibanja ter tudi neparlamentarne stranke (Fink-Hafner, 2007).

Shematično lahko nastanek javne politike (oziroma popularno rečeno postavljanje politične programa ali "agende" opišemo z naslednjimi fazami (Mandič 2001):

- pojav in definiranje perečega vprašanja, kot posledico artikulacije družbenega problema;
- pripoznavanje problema v delu zainteresirane javnosti in širjenje te zaznave v splošno javnost;

- oblikovanje javno političnega vprašanja v naslednjih podfazah: predproblemska, alarmantno odkritje, umirjanje, upad zanimanja, poproblemska faza;
- kreiranje javne politike – bolj ugodno je, če se to dogaja v umirjeni poproblemski fazi, v kateri se definirajo individualni in strukturni dejavniki javne politike; vzporedno pa se izpostavlja problematika zagotavljanja enakih možnosti.

Takrat, ko se javno vprašanje, ki zahteva politično rešitev, že artikulira in ga zaznajo politični odločevalci, pravzaprav vstopimo v politični cikel v ožjem smislu.

Politični cikel sledi določenim zakonitostim, ki jih različni avtorji opisujejo z manjšimi razlikami. V razpredelnici so prikazane zaporedne faze, njihov redosled in proces političnega odločanja v vsaki fazi posebej.

Tabela 1: *Proces oblikovanja javnih politik, po katerih se načeloma ravna tudi oblikovanje politik javnega zdravja*

FAZE PROCESA OBLIKOVANJA IN IZVAJANJA JAVNIH POLITIK	PROCES POLITIČNEGA ODLOČANJA O JAVNI POLITIKI
1. OBLIKOVANJE DNEVNEGA REDA	Politični odločevalci zaznavajo problem, tehtajo njegove značilnosti in se odločijo, ali ga uvrstijo na institucionalni dnevni red ali ne. V tej fazi lahko nedržavni igralci opozarjajo in prepričujejo politične odločevalce o obsegu in pomenu določenega problema ter potrebi po državnem vpletanju v njegovo reševanje.
2. OBLIKOVANJE ALTERNATIVNIH REŠITEV	Različni javno-politični igralci predlagajo različne rešitve istega družbenega problema ali pa celo na podlagi iste opredelitve, v čem je problem, predlagajo načelno različne javne politike.
3. LEGALIZACIJA (UZAKONITEV) IZBRANE REŠITVE	Praviloma parlament sprejme enega izmed alternativnih predlogov (ga uzakoni), na določeni ravni javno politiko določa tudi izvršna oblast.
4. IMPLEMENTACIJA	Izvršna oblast praviloma izvaja sprejete javne politike, lahko pa to dejavnost prenese na zasebne igralce.
5. VREDNOTENJE	Politični igralci, različne organizacije in ustanove in zainteresirani državljani s svojimi izjavami, ocenami učinkov javnih politik, na formalni ali neformalni ravni, opravljajo politično evalvacijo javnih politik.

Vir: (Fink-Hafner 2007)

Z nekoliko drugačnega zornega kota lahko pri definiranju političnega cikla govorimo o (1) razvoju politike z analizo potreb in postavitvijo prioritet, pregledom obstoječih regulatornih instrumentov ter z opredelitvijo namena politike; (2) implementaciji politike z definiranjem vlog deležnikov in določitvijo nalog, definiranjem koordinacije med relevantnimi sektorji, opredelitvijo mehanizmov za spodbujanje implementacije ter ozaveščanjem javnosti o nastajajoči politiki; (3) spremljanju in vrednotenju politike z vzpostavitvijo transparentnega in neodvisnega monitoringa, definiranjem merljivih kazalnikov na vseh ravneh, določitvijo baznega stanja in sprotim izvajanjem vrednotenja implementacije; ter (4) reviziji politike s ponovno oceno političnih potreb na osnovi izvedene evalvacije, pripravo in predlogom korektivnih ukrepov na osnovi vrednotenja (WHO 2004). Opisov političnega cikla je še več,

eden od modelov, ki opisuje politični cikel in ki ga uporabljajo v Veliki Britaniji, je krožni ROAMEF model (ROAMEF pomeni »Rationale, Objectives, Appraisal, Monitoring, Evaluation, Feedback«), (HM Treasure 2011). Spet nekoliko drugačna slika političnega cikla in vrednot znotraj njega se uporablja v Kanadi, tako glede možnih pristopov (NCCHPP 2010) kot tudi glede izkušenj sodelovanja z drugimi sektorji (PHAC 2007).

Z vidika umestitve katerekoli teme, tudi zdravja, v določeno politiko, aktivnost ali ukrep, sta ključni v fazi oblikovanja nove javne politike prva in druga faza, torej faza oblikovanja dnevnega reda in faza oblikovanja alternativnih rešitev. V teh dveh fazah se lahko vključijo vsi akterji, ki imajo interes pri oblikovanju določene javne politike, da predstavijo svoje probleme in jih argumentirajo ter se zavzemajo za svoja stališča, vizijo (Mandič 2001, Fink-Hafner 2007, NCCHPP 2010). Pri tem čim bolj opredelijo prednosti in slabosti, ki jih določen ukrep predstavlja za javno zdravje. V tej fazi se lahko izvaja sočasna ocena vplivov določene politike na zdravje, uporabni pa so tudi rezultati prospektivnih ali retrospektivnih ocen (v javnem zdravju tu uporabljamo ocenjevanje vplivov na zdravje, s posebnim fokusom na enakost v zdravju – glej ustrezno poglavje v knjigi). Izjava o zdravju v vseh politikah iz Adelaide (WHO 2010) poleg ocene vplivov navaja še naslednje orodja, ki so uporabna v različnih fazah političnega cikla: skupni odbori, javne razprave, medsektorske delovne skupine, platforme, integrirani proračuni, presečni sistemi informiranja in vrednotenja, skupni razvoj kadrov in zakonodajni okvir.

Pri oblikovanju javne politike se ustvarijo različni odnosi med deležniki, nastajajo javno-politična omrežja. Za vzpostavitev javno-političnega omrežja sta potrebna dva pogoja. Prvi pogoj je nujna medsebojna odvisnost vpletenih javno-političnih deležnikov, ki zahteva vsaj minimalno stopnjo sodelovanja, drugi potreben pogoj pa je, da v njem sodeluje vsaj eden od vladnih deležnikov (Krašovec, 2002).

Pri procesih oblikovanja javnih politik imajo deležniki različno moč. Tisti z veliko močjo lahko na primer uveljavijo svoje interese navkljub nasprotovanju ostalih deležnikov. Zato se tukaj vidi pomembnost sodelovanja z vsemi drugimi, ki so vpleteni v javno-politični proces. Tisti, ki torej želi uveljavljati svoje interese, mora sodelovati v procesih oblikovanja javnih politik in jih (so)oblikovati - predvsem z vplivanjem, svetovanjem, sodelovanjem in pogajanjem, lahko pa tudi s pozicijo moči. Zaradi različnih interesov se v tem procesu vzpostavljajo različni odnosi med sektorji in deležniki.

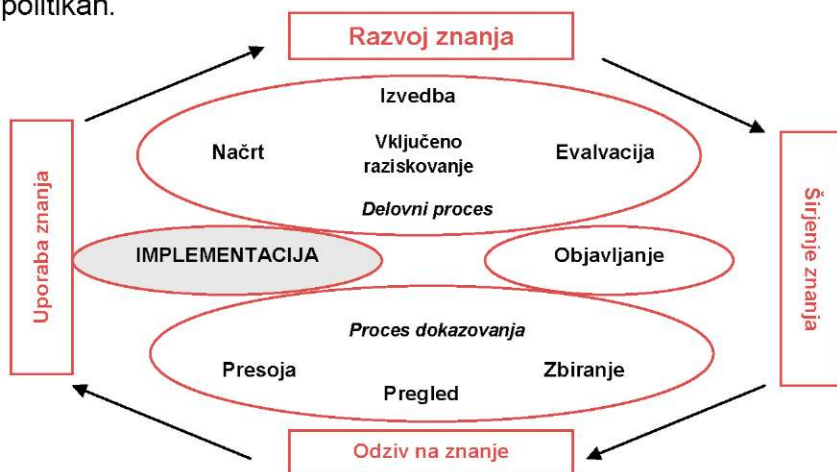
Tako na primer Premik (2005) navaja, da se s stališča javnega zdravja politično svetovanje lahko nanaša na prepoznavo političnih izbir, javno zdravstveno oceno prikladnosti določenih političnih opcij, vzpostavljanje zdravstvenih ciljev ter spremljanje in vrednotenje sprememb, povezanih z zdravjem, kot so vplivi odločitev na enakosti v zdravju, na kakovost in učinkovitost izvajanja določenih aktivnosti in podobno. Za obvladovanje političnih veščin je pomembno poznavanje organizacije vseh z zdravjem povezanih dejavnosti in sposobnost, da se v njihove programe sprejme in implementira politika zdravja (Premik 2005). Kako, si bomo pogledali v nadaljevanju.

Implementacija koncepta Zdravja v vseh politikah, povezave političnega in ekspertnega cikla

Pri konceptu Zdravje v vse politike je bistveno vzpostavljeno dobro med-sektorsko sodelovanje, ki je produkt tako vplivanja in sodelovanja kot tudi podreditve, tekmovanja ter prevlade interesov posameznih sektorjev. V konceptu zdravja v vseh politikah lahko medsektorsko sodelovanje opišemo na več ravneh:

- Kooperacija več sektorjev je najbolj poenostavljen model medsektorskega sodelovanja, pri katerem se z usklajevanjem že pripravljenih političnih predlogov doseže do neke mere bolj učinkovito delovanje posameznih sektorskih politik.
- Koordinirana priprava politik je nekoliko bolj zahtevna, ko se v fazi priprave določene politike že upošteva predloge drugih sektorjev do te mere, da se sektorska politika prilagaja argumentiranim interesom drugega sektorja, v svoji osnovi pa še vedno sledi doseganju izvajanja bolj učinkovite politike določenega sektorja.
- Integrirana javna politika pa pomeni »spojeno« politiko več različnih sektorjev, ki se oblikuje v procesu skupne priprave in prinaša tudi uspešnejšo implementacijo v interesu več sektorjev in predvsem prebivalcev, ki jim je taka politika namenjena (Meijers in Stead 2004).

Strokovnjake v javnem zdravju zgoraj opisano sodelovanje z deležniki samo po sebi vodi v interdisciplinarnost, multidisciplinarno kompetenco in participativnost in jim daje do neke mere legitimnost za povezovanje znanosti in politike. Čeprav lahko delujejo kot nekakšen »vmesni člen«, so obenem pogosto nekoliko zaprti v krogih svojega znanja in dojemanja. Ključni poudarek dajejo razvoju in širjenju znanja, reflektiranju znanja v procesih dokazovanja ter uporabi znanja pri implementaciji (Slika 3). Kot je razvidno iz spodnje slike, pa je implementacija v obliki priprave in izvajanja politik in programov pri strokovnjakih javnega zdravja v prikazanem promocijskem modelu nekoliko zapostavljena – polje sodelovanja pri implementaciji je (zaenkrat) omejeno in majhno, kar posledično pomeni, da je lahko tudi delovanje javnega zdravja v političnem ciklu manj učinkovito. Prav uspešna implementacija, in to predvsem na lokalni ravni, v katero je vloženih dovolj zmogljivosti vseh vrst (znanja, kadrov, finančnih in institucionalnih virov), je ključ do uspeha politik in s tem tudi zdravja v vseh politikah.



Slika 3: Povezovanje političnega in ekspertnega cikla s stališča javnega zdravja in s poudarkom na podciklu znanja, NIGZ 2004

Poleg tega se dogaja, da razdrobljenost nalog in odgovornosti zmanjšuje možnosti, da bi uspešno pripravljali vsestranske predloge političnih ukrepov. Pretirana specializiranost (dobra specializiranost je nujna za strokovno timsko delo) prav tako omejuje iskanje kompleksnih rešitev (Rutter 2011). Povezovanje političnega in ekspertnega cikla zato lahko vidimo tudi širše (Slika 4) in v ekspertni vlogi pogumno vstopamo tudi v podporo delovanju političnih odločevalcev v polju politike. Za tako delovanje, predvsem njegovo učinkovitost, so potrebna določena znanja in pristopi (Barkenbus 1998), ki jih bo v prihodnje potrebno bolj razvijati tudi med strokovnjaki javnega zdravja pri nas.

Če kot strokovnjaki ustvarjamo ustrezne informacije, postavljamo in testiramo teorije, razvijamo metode za merjenje in vrednotenje ter znamo interpretirati znanstvene rezultate v različnih kontekstih, so v polju političnega potrebna znanja in veščine o pogajanjih na področju konfliktnih interesov ter znanja o izbiri primernih politik in ukrepov, pripravi, implementaciji ter doslednem uveljavljanju trde in mehke zakonodaje ter spremljanju doseženega (WHO 2004). Če v polju ekspertnega na podlagi analiz in interpretacije ustreznega znanja na posameznem strokovnem področju (ki naj mu ne manjka razumevanja kulturnega konteksta in zgodovinskega spomina) definiramo prednostne naloge in na podlagi le-teh cilje in cilje skupine, ključne deležnike in indikatorje spremljanja, se ob selitvi v polje politike srečamo z iskanjem in definiranjem ustreznih politik oziroma sektorjev za pripravo in izvedbo določenega ukrepa, izbiro in definiranjem primernih ukrepov, ki kar najbolj možno ne povečujejo neenakosti ne v zdravju ne na drugih področjih, obenem pa pripravljamo interaktivne komunikacijske strategije za povečanje sprejemljivosti in uspešnosti posameznega ukrepa – tega verjetno v naši praksi na področju javnega zdravja še posebej primanjkuje. Ključni korak, ki ga opisujejo nekateri novejši pristopi, je »knowledge brokering« (posredovanje znanja), ki naj pripelje do prenosa znanja iz znanosti v politično akcijo. Področje učinkovitega posredovanja znanja med poljem znanosti in poljem politike je danes eden od najhitreje razvijajočih se in obetavnih izzivov v javnem zdravju (Fafard 2008). Ne nazadnje pa je potrebno poudariti tudi, da je pri oblikovanju ekspertnega znanja za politične ukrepe nujno upoštevanje časovnih omejitev za pripravo podlag, stališč in mnenj (Barkenbus 1998).



Prilagojeno po Food and health in Europe, WHO RPES 96

Slika 4: Povezava političnega in ekspertnega cikla v interdisciplinarnem pristopu, po idejni zasnovi WHO 2004

Najbolj zahtevni koraki, ki vplivajo na uspešnost uvedbe posameznega ukrepa, pa se pojavijo pri implementaciji – tisti konkretni, na lokalni ravni, kjer je potrebno na trajosten in sistematičen način zagotoviti vire. Na lokalni ravni lahko dobro sodelovanje med zdravstvenim sistemom in lokalno skupnostjo pripomore k celovitemu pristopu do zdravja, to je ne le k dobro delujočim programom zdravstvene oskrbe in preventivnih aktivnosti, ampak na primer tudi k urejanju problematike bivalnega okolja, urbanističnega planiranja, zagotavljanja različnih socialnih servisov in sodelovanja z delodajalci, s posebnim poudarkom na zmanjševanju neenakosti v zdravju (WHO 2008).

Pogosto se namreč državam dogaja, da imajo odlično napisane politike, ki pa se ne prevajajo učinkovito v vsakdanje življenje. Med drugim se lahko zgodi (Wayne 1995), da ukrep ne najde primerne razmerja med spreminjanjem strukturnega okolja in vložkom posameznikov (klasična »structure – agency dilemma«, Hays 1994), zato je preobremenjenost na strani posameznikov prevelika in sodelovanje ciljne populacije posledično manjše. Možno je, da je ukrep pripravljen na podlagi kvantitativnih informacij, ki ne upoštevajo dejanskih potreb ciljne populacije in brez celovitega poznavanja razmer v ciljnim okolju. Pri tem je potrebno upoštevati, da je vloga strokovnega znanja v procesih političnega odločanja lahko različna. Načeloma strokovno znanje služi za definiranje prednostnih nalog in iskanje rešitev, lahko pa se strokovno znanje uporabi le za »posthoc« racionalizacijo že predhodno izbranih političnih rešitev (Barkenbus 1998). Tovrstna uporaba stroke zmanjšuje možnosti za uspešno implementacijo.

Posebej pomembno je, da je posamezen politični ukrep pripravljen v postopnih korakih, ki omogočajo kratkoročne uspehe in dolgoročne spremembe. Politični odločevalci namreč delujejo v okolju kratkih časovnih rokov ter omejenih finančnih virov in informacij, v katerem pa je po drugi strani doseganje političnega uspeha ključno za ponovno izvolitev (Barkenbus 1998). Prav omogočanje doseganja kratkoročnih uspehov je lahko tisto, ki politike prepriča v sprejem določene politične rešitve, zato je odgovornost pri pripravi ustreznih strokovnih podlag toliko večja. Namreč, iskanje pravega razmerja med tehtno strokovno ekspertizo in časovnimi okviri izvedbe take analize, ki ne ignorira niti strokovne neodvisnosti niti politične realnosti, je izziv. Uspešno rešen omogoča konstruktivno sodelovanje politike in stroke janvega zdravja (Barkenbus 1998).

Politični ukrepi lahko niso uspešni, ker niso bile opredeljene in ocenjene različne možnosti implementacije (PHAC 2007). Pogosto se zgodi, da ukrep ne upošteva realno dostopnih virov in presega finančne in druge zmožnosti (Fafard 2008). Zgodi se tudi, da ukrep ne upošteva možnih različnih vplivov na različne sloje ciljne skupine (moške – ženske, višje in nižje izobražene, boljše in slabše socialno ekonomsko stoječe posameznike in podobno). Prav tako se pogosto zgodi, da politični ukrep v fazi priprave ni ocenjen z vidika možnih vplivov na zdravje, še posebej ne z vidika enakosti, kar poveča možnosti, da zgreši cilj. Eden takih opisanih primerov je obdavčitev pijač, ki ima lahko nasprotno delujoče/regresivne učinke, kadar ukrep ne upošteva potreb in značilnosti ciljne skupine in obenem ne predvidi sprememb vzorcev obnašanja v ciljni skupini - na primer v Južni Avstraliji, kjer je dodatna obdavčitev pijač z dodanim sladkorjem v njihovem kulturnem okolju pri mladostnikih

prispevala k preusmeritvi mladih k uživanju alkoholnih pijač in posledičnim javno zdravstvenim problemom, še posebej pri fantih (Mann in Truswell 1998).

Eden od pomembnih korakov v političnem cilju je tudi vrednotenje politik s stališča javnega zdravja, čeprav je bilo do nedavnega precej zapostavljeno in se izvaja relativno nesistematično. Vrednotenje politik je namenjeno preverjanju, ali so politike uspešne glede na to, kar hočejo doseči, in ali so širše gledano konsistentne druga z drugo. Ambicija vrednotenja je oceniti pozitivne in negativne učinke javnih politik na različnih področjih vplivanja. Včasih to ni mogoče, zato je treba vrednotenje razumeti širše, kot ocenjevanje vladnega delovanja in vladnih namer na podlagi preverljivih dokazov in sistematične analize tehtnosti zbranih evidenc (Radej in drugi 2011).

Pri vrednotenju se uporabljajo priporočeni standardi vrednotenja, ki zagotavljajo tehnično ter postopkovno korektnost vrednotenja, ter upoštevajo etične zaveze o tem, kako vrednotenje opraviti nepristransko. Vrednotenje učinkov javnih politik je možno oceniti na več ravneh, in sicer kot (1) vrednotenje procesa priprave in izvajanja politike, ki vključuje tudi pregled opravljenih nalog nosilcev ukrepov; (2) vrednotenje izidov (ali izdelkov), to je rezultatov programa za uporabnike, ki jim je bila politika namenjena ter (3) vrednotenje vplivov na ciljno skupino, od vpliva na spremembe stališč, vedenja, stopnje zdravja in kakovosti življenja, pa vse do izgradnje institucij sistema in infrastrukture na problemskem področju. Zaželeno je, da vrednotenje v tem segmentu vrednotenja neke javne politike upošteva tudi varčnost porabe javnih sredstev ter vpliv na socialne razmere in na strateške cilje drugih resorjev (Radej in drugi 2011).

S tem, ko določeno politiko ovrednotimo in napišemo priporočila, se premaknemo v spiralo ponovne opredelitve politike in nov politični cikel, ki po ljudski modrosti spominja na pravljico o vajencu, ki je imel počen čeber, pa je prišel mojstra prosit, če mu ga popravi; ta ga je poslal najprej po kosilo, da bo lahko delal, pa po pijačo, da ne bo žejen, pa po polnilo, da bo zamašil luknjo, vendar je imel skrhan nož in ga ni mogel odrezati; pa je čevljarjev vajenec romal po brus, da bo mojster lahko nabrusil nož, vendar mojster brez vode ni mogel uporabiti brusa in je vajenca poslal po vodo – ta pa je ves nesrečen obstal z odprtimi usti, saj je vendar prišel zaradi počenega čebra, v katerem ni mogel prenašati vode.

Zaključki

Dobro poznavanje političnega cikla nam pomaga, da bomo imeli čim manj presenečenih vajencev, kompliciranih mojstrov in nepotrebnih poti, pa čim več uporabnih čebrov, ki jim zaradi uspešno zastavljene promocije zdravja niti pokati ne bo treba več. Strokovnjaki javnega zdravja za tak pristop potrebujejo široko znanje in pregled ter zmožnost sintetiziranja znanja več področij, obenem pa zavedanje, da politični sistemi niso predvsem komplicirani, ampak predvsem kompleksni. Za javno zdravstveno delovanje v kompleksnih sistemih pa potrebujemo kvalitetno bazo v biomedicinski paradigmi, nato pa povezavo z družboslovno-humanistično paradigmo ter znanje o značilnostih kompleksnih sistemov, vse od delovanja motenj do narave adaptacijskih mehanizmov v takih sistemih (Rutter 2011). Zares pa bomo uspešni, ko bomo razumeli vpliv konteksta in okolja, v katerem naj bi bila določena politika uspešna (Potter in Harries 2006), še posebej, ko govorimo o njenih vplivih na zdravje.

Zahvala

Za pomoč pri pisanju članka se zahvaljujem študentki Barbari Perkovič, za strokovne namige pa dr. Timu Lobsteinu.

Viri

Barkenbus 1998

Barkenbus J. Expertise and the Policy Cycle. Energy, Environment and Resources Center. The University of Tennessee, 1998

Beck 2001

Beck U. Družba tveganja: na poti v neko drugo moderno. Krtina, Ljubljana, 2001.

European Parliament 2000

European Parliament. Lisbon European Council 23 and 24 March 2000. Presidency conclusions. Pridobljeno 22.3.2012 s spletne strani http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm

Fafard 2008

Fafard P. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. National Collaborative Centre for Healthy Public Policy, Quebec, 2008.

Fink-Hafner 2007

Fink-Hafner, Danica. Uvod v analizo politik: teorije, koncepti, načela. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2007.

Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2011

Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Blaznik U in drugi. Vrednotenje izvajanja resolucije o nacionalnem programu prehranske politike 2005 – 2010. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.

Hays 1994

Hays S. Structure and agency and the sticky problem of culture. Sociological theory 1994; 12:1:57-72.

HM Treasury 2011

HM Treasury. The Magenta book. Guidance for evaluation. Crown copyright 2011

Krašovec 2002

Krašovec, Alenka. Oblikovanje javnih politik: primer kulturnih politik v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2002.

Lang in Haesman 2004

Lang T, Haesman M. Food Wars: The global battle for mouths, minds and markets. Sterling, 2004.

Mandič 2001

Mandič S. Uporabnost družbenih ved v prostoru med državo in civilno družbo. Družboslovne razprave, XVII 2001, 36:79-86.

Mann in Truswell 1998

Mann J, Truswell AS. Essentials of human nutrition. 2nd Ed. Oxford University Press, 1998.

Meijers in Stead 2004

Meijers E, Stead D. Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Delft University of Technology OTB Research Institute for housing, Urban and Mobility Studies, 2004.

NCCHPP 2010

National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Methods for synthesizing knowledge about public policies. Institut national de sante publique Quebec, 2010.

NIGZ 2004

Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention. Health Promotion Framework, NIGZ, 2004.

PHAC 2007

Public Health Agency Canada. Crossing Sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health. Ministry of Health, 2007.

Potter in Harries 2006

Potter CC, in Harries J. The determinants of policy effectiveness. *Bulletin of WHO*, 2006, 84:11.

Premik 2005

Premik M. 2005. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V: Cvahtetovi dnevi. 2005, zbornik srečanja. Medicinska fakulteta v Ljubljani, katedra za javno zdravje.

Radej in drugi 2011

Radej B, Golobič M, Macur M, Dragoš S. Vrednotenje politik – obzorja nove miselnosti. Založba Vega, v sodelovanju s SDE, 2011.

Rutter 2011

Rutter H. Where next for obesity? *The Lancet* 2011, 378:746-7.

Wayne 1995

Wayne P. *Public Policy: An introduction to the theory and practice of policy analysis*. Edward Elgar Publishing, 1995.

WHO 1986

World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. WHO, 1986.

WHO 2004

World Health Organization. *Food and Health in Europe. New Basis for Action*. WHO Regional Publications European Series, Copenhagen, 2004.

WHO 2006

World Health Organization. *Bangkok Charter*. WHO, 2006.

WHO 2008

World Health Organization. *Primary health care – Now more than ever*. World health report 2008, WHO Geneva

WHO 2010

World Health Organization. 2010. *Adelaide statement on health in all policies – moving towards a shared governance for health and wellbeing*. WHO, Government of South Australia, Adelaide Pridobljeno 14. 1. 2012 s spletne strani

http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf

OCENJEVANJE VPLIVOV NA ZDRAVJE

Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Uvod

Zdravje v populaciji je odvisno od številnih dejavnikov, na katere zdravstveni sektor neposredno ne vpliva. Obenem pa zdravje pogosto ni predmet politike drugih sektorjev, ki pa nanj s svojimi odločitvami posredno lahko vplivajo. Za zdravstveni sektor neugodna posledica je, da nanj pogosto pade finančno breme negativnih učinkov posameznih politik na zdravje, zdravstveni sektor pa v tem primeru igra pomembno vlogo predvsem pri zdravljenju že obolelih in deluje v vlogi neto porabnika državnega proračuna. Zato je na področju krepitve zdravja in preventive bolezni potrebno skupno in usklajeno delovanje vseh relevantnih politik, čeprav se različne politike tega še ne zavedajo dovolj (WHO 2006). Vplivi različnih politik, programov in projektov na zdravje prebivalcev so lahko pozitivni ali negativni in se lahko pojavljajo v različnem obsegu ter pri različnih podskupinah prebivalcev (WHO 2002).

Zakaj ocenjevati vplive na zdravje s posebno metodologijo?

Socialna medicina, higiena in klasična epidemiologija so na področju javnega zdravja že v preteklosti na različne načine pristopale k proučevanju vplivov politik, programov in projektov na zdravje. Vendar pa je razvoj javnega zdravja pokazal, da je za učinkovitejše izvajanje ocenjevanja potrebna bolj sistematična in prožna metodologija, ki se je razvila pod imenom **ocena vplivov na zdravje** (OVZ; v angleščini Health Impact Assessment oziroma tudi pri nas že precej udomačena kratica HIA). Ta naj bi spodbudila predvsem večjo udeležbo deležnikov (angl. stakeholders), torej multidisciplinarnost in sodelovanje vseh vpletenih partnerjev v procesu ocenjevanja ter pripravi priporočil. To povečuje zavedanje o pomenu vplivov na zdravje pri drugih sektorjih, osvešča deležnike in jih do določene mere zavezuje, da pri svojem delu upoštevajo tudi vplive na zdravje. Obenem tak koncept vključuje širši nabor ocenjevanih determinant oziroma določilnic zdravja (WHO 2002, Wismar in sod 2007, Kemm in drugi 2011). Pri tem moramo od OVZ ločiti druge podobne postopke, kot so vrednotenje različnih politik, nadzor in spremljanje različnih izidov, pomembnih za zdravje, ocena zdravstvenih potreb, ekonomske ter druge ocene, ki obravnavajo tudi zdravje (Kemm 2007).

Sama metodologija ocenjevanja vplivov na zdravje temelji na metodologiji ocenjevanja vplivov na okolje (Kemm in drugi 2011, UN 1992), ki je področje zdravja ljudi formalno sicer vključila, vendar ga ocenjuje le kot enega od elementov celovite ocene vplivov na okolje, kot presojo vplivov na zdravje znotraj strateške okoljske ocene (angl. strategic environmental assessment oziroma SEA), saj sta zdravje in dobro počutje ključni prvini trajnostnega razvoja vsake družbe (WHO 1999).

Metodologija ocenjevanja vplivov na zdravje

Če želimo razumeti, kaj ocena vplivov na zdravje pravzaprav je, moramo najprej definirati vplive na zdravje, ki jih Gothenburška listina soglasja (WHO 1999) razlaga kot vse

neposredne ali posredne učinke politik, strategij, programov ali projektov na zdravje populacije. Ocena vplivov na zdravje pa je kombinacija postopkov, metod ali orodij, s katerimi ocenimo možne vplive, tako pozitivne kot negativne, različnih politik, programov ali projektov na zdravje populacije in razporeditev teh učinkov v populaciji (WHO 1999). Na podlagi take ocene pripravijo ocenjevalci priporočila, ki spodbujajo povečanje predvidenih pozitivnih in zmanjšanje predvidenih negativnih vplivov na zdravje ljudi. Za metodologijo OVZ je značilnih nekaj vrednot: odprtost, enakost, trajnostni pristop ter etična uporaba dokazov in znanja.

OVZ ima tri ključne značilnosti, in sicer (1) podpira politične odločitve pri izbiri med različnimi možnimi političnimi ukrepi ter (2) pri tem razišče in napove bodoče posledice implementacije vsake od obravnavanih možnosti. Ob tem (3) zagotavlja, da so v proces raziskovanja in odločanja vključeni tudi tisti deležniki, na katere določena odločitev vpliva ali pa imajo pri sprejemu take odločitve svoje interese (Kemmm 2007).

Enega bolj preprostih pristopov izvajanja OVZ, ki je še vedno osnovna podlaga različnih kasneje razvitih pristopov, ki poudarjajo ali dopolnjujejo posamezne korake izvedbe, je priporočila Svetovna zdravstvena organizacija, Urad za Evropo (Breeze in Lock 2001). Pri izvedbi ocene vplivov na zdravje SZO pristop predvideva pet faz (Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004, Kemmm 2007):

- (1) presejanje (po hitrem postopku dognati tehtnost izvajanja ocene posamezne politike, programa ali projekta glede na njihove potencialne vplive na zdravje);
- (2) določitev obsega oziroma okvirov izvajanja ocene (če je bilo v prvi fazi ugotovljeno, da je izvajanje ocene tehtno, je druga faza namenjena opredelitvi vprašanj oziroma problematike, na katera naj se osredotoči izvajanje ocene; izvede se v okviru logičnega diagrama);
- (3) ocena (ocenjevanje možnih vplivov na zdravje glede na vse dostopne podatke, taka ocena je lahko zelo hitra in okvirna ali pa se izvede poglobljeno);
- (4) priprava poročila (bistvena je priprava zaključkov in priporočil, ki predlagajo rešitve za odstranitev oziroma ublažitev ugotovljenih možnih negativnih vplivov na zdravje in/ali povečanje ugotovljenih možnih pozitivnih vplivov na zdravje);
- (5) spremljanje in vrednotenje (spremljanje učinkov priporočil in zbiranje podatkov za povečevanje znanja na tem relativno novem področju).

Pomembno je, da proces vključuje tudi mnenja in pričakovanja vseh, ki so v določeno politiko, program ali projekt vključeni oziroma se jih rezultati projekta kakorkoli tičejo (Lock 2000). OVZ je lahko prospektivna, poteka sočasno, ali je retrospektivna, lahko pa je tudi različno obsežna – mini ali »desktop«, standardna ali poglobljena (Wissmar in sod 2007). Danes obstajajo številni pristopi OVZ, ki so jih razvile posamezne nacionalne ali regionalne vlade, akademske institucije ali posebne agencije, ki se ukvarjajo z OVZ (Wissmar in sod 2007, Kemmm 2011).

Enakost in poštena razporeditev pozitivnih učinkov posameznih ukrepov sta ključna politična cilja, čeprav posamezni deli ciljne populacije pogosto od določenega ukrepa pridobijo več kot drugi. Pomembno je, da priporočila, ki nastanejo v procesu OVZ, opozorijo na take možne izide, končna odločitev o pošteni distribuciji učinkov političnega ukrepa pa je predmet demokratične politične odločitve (Kemmm 2007). Kar se tiče ocenjevanja ekonomskega vpliva

v okviru OVZ, pa pregledne raziskave ugotavljajo (Wisnar in sod 2007, Determine 2007), da se ekonomski argumenti uporabljajo in ocenjujejo, tudi z namenom vpliva na socialne determinante zdravja in zmanjšanja neenakosti v zdravju, v večji meri pa se izvajalci OVZ ekonomskih evalvacij ne poslužujejo. Poročajo o splošnem pomanjkanju povezav ekspertnih področij, še posebej pri ocenjevanju neenakosti v zdravju. Najmanj pogosti so izračuni distribucijskih učinkov, kar pripisujejo pomanjkanju tehničnega znanja, primernih podatkov, politične podpore in vodenja (Determine 2007).

Izvajanje OVZ ni niti izrazito znanstveno niti izrazito težko (Kemmm 2007). Zahteva predvsem »zdravo kmečko pamet«, sposobnost povezovanja različnih elementov v celostno sliko in zmožnost povezovanja različnih deležnikov, tako da delujejo skupaj. Za izvedo OVZ so potrebne veščine timskega dela, pogajanja, projektnega vodenja, poznavanje raziskovalnih pristopov ter zakonitosti delovanja različnih skupnosti (Kemmm 2007), pa tudi multidisciplinarna kompetenca, pomeni medsebojno poznavanje ciljev, strokovnih usmeritev in argumentov različnih sektorjev (Gabrijelčič Blenkuš in Scagnetti 2007).

Uporaba metodologije ocenjevanja vplivov na zdravje

SZO Observatorij za zdravstvene sisteme in politike je na podlagi evropskega projekta (Blau in sod 2007) pripravil pregled uporabe metodologije OVZ v Evropski zdravstveni regiji. Poročilo navaja, da točnega števila izvedenih OVZ v Evropi ni bilo mogoče ugotoviti, ker je v letih 2005/06 le šest držav v Evropi sistematično spremljalo izvajanje OVZ, največje število OVZ pa so v tistem času izvedle Anglija, Wales, Finska in Nizozemska. Države so najpogosteje uporabljale Gothenburgški konsenz (WHO 1999), obstajale pa so tudi številne druge opredelitve OVZ, vsem pa je bilo skupno dvoje: (1) pristop skuša napovedati zdravstvene posledice različnih možnih izbir in (2) vplivati na politične odločevalce ter jim pomagati pri odločitvah. Sicer pa je bilo največ OVZ izvedenih na lokalni ravni, najpogosteje ocenjevane politike in programi pa so prihajali iz sektorjev transporta, prostorskega planiranja in okolja, večina izvedenih OVZ pa je bila prospektivnih. Zanimivo je, da je bilo vseh pet faz OVZ izvedenih le redko, večinoma je bil pri pregledovanih OVZ v Evropi v procesu določen obseg ocenjevanja, izvedena ocena in pripravljeno poročilo, najpogosteje je bilo opuščeno vrednotenje, same učinke metodologije pa je ob sedanjem stanju znanja težko izmeriti (Blau in sod 2007).

Čeprav so si opredelitve OVZ v državah precej podobne, pa za njimi stojijo različni nameni in vrednote, med katerimi so najpogostejši: (1) najbolj možno povečati pozitivne vplive na zdravje, (2) zmanjšati neenakosti v zdravju, (3) povečati osveščenost med političnimi odločevalci in drugimi deležniki, (4) pomagati političnim odločevalcem izboljšati zdravstvene dosežke določenega ukrepa ter (5) pomagati tistim, ki jih določena politična odločitev zadeva, da se lahko vključijo v proces odločanja in prispevajo k odločitvam. Žal se je leta 2007 izkazalo (Blau in sod 2007), da sta bili prav enakost in participativnost najmanj pogosti vrednoti OVZ v državah v Evropi.

V času poljskega predsedovanja (2011) je bil pripravljen pregled uporabe metodologije ocenjevanja vplivov na zdravja v Evropski skupnosti (Kemmm in sod 2011). Rezultati so

pokazali, da je leta 2001 OVZ metodologijo v različnem obsegu uporabljalo 14 držav članic skupnosti, leta 2003 je število naraslo na 20, uporaba pa raste še naprej. Večinoma se OVZ izvaja na projektni način, nekatere države, kot so Avstrija, posamezni kantoni Švice in nekatere zvezne države v Nemčiji, pa v zadnjih letih skušajo OVZ uvajati na bolj sistematičen način. OVZ se uporablja največ regionalno, manj pa pri kompleksnih nacionalnih politikah. Pregled stanja iz leta 2006, ki ga navajajo Kemm in drugi (2011), kaže, da je bilo do tega leta v Evropski skupnosti v petih državah članicah skupaj izvedenih le 15 OVZ na nacionalnih politikah, eno od teh smo izvedli tudi v Sloveniji na temo kmetijske in prehranske politike v času pridruževanja Evropski Skupnosti (Lock in sod 2004, Gabrijelčič Blenkuš in Scagnetti 2007). Gledano globalno je zaznati največ OVZ aktivnosti v Avstraliji, Novi Zelandiji in Kanadi ter v zadnjem času tudi Združenih državah Amerike (Kemm in sod 2011), drugje pa OVZ ostaja za zdaj bolj na retorični ravni.

Metodologija ocenjevanja vplivov na zdravje v Sloveniji

V Sloveniji je ocenjevanje vplivov na zdravje formalno zapisano v zakonodajo že od leta 1992, ko je bil na podlagi 5. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (DZ RS 1992) že leta 1992 za ta namen pri Vladi RS ustanovljen Svet za zdravje, ki ima v svojem področju delovanja pristojnosti spremljanja vplivov okolja in življenjskih navad na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi in predlaganje primernih ukrepov, ocenjevanje razvojnih načrtov in zakonskih osnutkov vseh področij dejavnosti z vidika njihovega vpliva na zdravje ljudi, usklajevanje medresorskega delovanja, predlaganje ukrepov za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in uvedbe zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov, predlaganje ukrepov za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad in drugo. Svet za zdravje je imel pri svojem delovanju v preteklosti kar nekaj težav, saj se je koncept politike zdravja šele razvijal, prav tako se je v preteklem desetletju šele razvijala tudi metodologija ocenjevanja vplivov na zdravje, obenem pa je bil Svet sestavljen iz strokovnjakov brez večje podpore izvršilne moči in dostopnih finančnih virov za izvedbo predlaganih ukrepov, v njem pa so manjkali strokovnjaki javnega zdravja (Premik 2007). To je povzročilo tudi težave v celotnem razumevanju vloge Sveta kot varuha zdravja in koordinatorja različnih politik pri zagotavljanju zdravja. Svet bi verjetno moral delovati bolj operativno in ciljno usmerjeno, pri svojem delu pa bi se lahko opiral na strokovne time v okviru javnozdravstvene infrastrukture v Sloveniji (Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004). Ker zakonska možnost ustanovitve Sveta v naši zakonodaji še vedno obstaja, bi bilo možno obnoviti njegovo delovanje (ali vzpostaviti novo strukturo) in ponovno ujeti trend razvoja na področju OVZ.

V Sloveniji uporabljamo nacionalno prilagojen način ocenjevanja vplivov na zdravje, ki ima številne elemente, značilne za sistematični OVZ pristop, postopek pa načeloma izvajajo Zdravstveni inšpektorat RS, IVZ RS ali zavodi za zdravstveno varstvo v sodelovanju z vsemi zainteresiranimi ali prizadetimi deležniki. V pripravo pregleda uporabe OVZ v Evropi (Blau in sod 2007) je bilo vključenih šest vzorčnih primerov, in sicer na področju reševanja problema golobov v dijaškem domu v Ljubljani (1994), ocenjevanja vpliva na zdravje zaradi delovanja kamnoloma (1994), vpliva kvalitete zraka v Celju (1994) in prisotnosti kemičnih substanc v

vodi v zdravilišču (1998), predvidevanja učinka sprememb kmetijske in prehranske politike na zdravje v času pristopa Slovenije k EU (2003) in ocenjevanja vpliva cinka na zdravje triletnih otrok (2004), (Blau in sod 2007). Sicer pa je bilo ocenjeno, da je v Sloveniji izvedenih nekaj deset takih primerov na leto, obseg pa je različen – večinoma gre za manjše OVZ. V Sloveniji smo začeli anglosaksonski model OVZ uporabljati po letu 2004, vezano predvsem na mednarodna projekta HIA-NMAC (Health Impact Assessment in New Member States and Accession and Pre-accession Countries) in RAPID (Rapid Assessment from policy to Impact Dimension), tovrstno prakso pa je vzpostavil projekt »Ocena vplivov prehranske in kmetijske politike na zdravje prebivalcev Republike Slovenije zaradi pristopa k Evropski uniji« (Lock in sod 2004, Lock in Gabrijelčič Blenkuš 2004, Gabrijelčič Blenkuš in sod 2004). V Sloveniji trenutno poteka tudi projekt Uporaba in učinkovitost celovite presoje vplivov na okolje in presoja vplivov na zdravje, katerega cilj je izdelava priporočil za izvajanje presoje vplivov na zdravje v okviru upravnega postopka Celovite presoje vplivov na zdravje.

Zaključki

Na ravni Evropske skupnosti so z Rimsko deklaracijo o zdravju v vseh politikah, ki daje poseben pomen tudi ocenjevanju vplivov na zdravje, definirali kot najpomembnejše dejavnike, ki prispevajo k učinkovitosti ocenjevanja vplivov na zdravje, naslednje: politično odločitev in podporo za tovrstno aktivnost, podporo javnosti, vključevanje zdravja in enakosti v zdravju v procese priprave politik v čim bolj zgodnji fazi, zagotavljanje zakonske osnove za uporabo podatkov različnih determinantah zdravja, vzpostavitev tehnične podpore v obliki posebnih organizacijskih enot, ki naj zagotavljajo koncepte in dokaze, potrebne za izvajanje OVZ, ter zagotavljanje virov financiranja, ob tem, da se po potrebi jasno definirata, kdo nosi stroške izvajanja OVZ.

Pri nas je v Strategiji razvoja Slovenije je zapisano, da je poleg izobraženosti in usposobljenosti tudi zdravje pomembna sestavina človeškega kapitala, hkrati pa je zdravje tudi del socialne blaginje in kazalec razvitosti. Krepitev razvojnega prispevka človeških virov zato zahteva sistematično delovanje države za ustvarjanje možnosti in uveljavitev bolj zdravega in kakovostnega načina življenja, od krepitve zdravja pri opolnomočenih državljanih do zagotavljanja potrebnih ukrepov virov zanj. Za uspešno uveljavitev koncepta zdravja v vseh politikah v našem prostoru bo zato potrebno pripraviti tudi sistematične protokole in orodja za izvajanje OVZ na regionalni in nacionalni ravni, prav tako pa tudi zagotoviti sistemske strukture z zadostnimi kapacitetami vseh vrst, da bo tako delovanje možno.

Zahvala

Za uporabne pripombe na besedilo se zahvaljujem Piji Vračko.

Viri

Blau in sod 2007

Blau J, Ernst K, Wissmar M, Baro F, Gabrijelčič Blenkuš M, von Bremen K, Fehr R, Gulis G, Kauppinen T, Mekel O, Nelimarkka K, Perttola K, Scagnetti N, Sprenger M, Stegeman I and Welteke R. (2007). The use of HIA across Europe. In: Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J (editors). The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Breeze in Lock 2001

Breeze C, Lock K. (2001). Health impact assessment as part of strategic environment assessment. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

Determine 2009

Lavin T, Metcalfe O. (2009) Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities. Determine consortium and Institute of Public Health in Ireland. www.health-inequalities.eu

EU 2007

European Union. Declaration on Health in All Policies. Ministerial conference »Health in all policies: achievements and challenges«, Rome 2007. Pridobljeno 17. 2. 2012 s spletne strani http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf

DZ RS 1992

Državni zbor RS. (1992). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, številka 9/92 (s spremembami in dopolnitvami).

Gabrijelčič Blenkuš in sod 2004

Gabrijelčič Blenkuš M, Maučec Zakotnik J, Lock K. (2004). Health impact assessment: implementing the CAP in Slovenia after accession. *Eurohealth*, 10(1):17-20.

Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004

Gabrijelčič Blenkuš M, Lock K. (2004). Osnove vplivov na zdravje, zgodovinski okvir in osnove metodologij. Health impact assessment, historical overview and basic methodology. *ZdravVar*; 43; 83-87.

Gabrijelčič Blenkuš in Scagnetti 2007

Gabrijelčič Blenkuš M, Scagnetti N. (2007). Using intersectoral networks towards the adoption of the Common Agriculture Policy: an HIA on the Food and Nutrition Action Plan in Slovenia. In: Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J (editors). The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kemm 2007

Kemm J. (2007). What is HIA and why might it be useful? In: Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J (editors). The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kemm in sod 2011

Kemm J, Broeder L, Wissmar M, Fehr R, Douglas M, Gulis G. (2011). How can HIA support Health in All Policies? Draft for consultation. European Observatory on Health Systems and Policies, EUPHA, Ministry of Health Poland.

Lock 2000

Lock K. Health impact assessment. *BMJ* 2000; 320: 1395 – 1398.

Lock in sod 2004

Lock K, Gabrijelčič Blenkuš M, Maučec Zakotnik J, Poličnik R. 2004. Ocena vplivov prehranske in kmetijske politike na zdravje prebivalcev Republike Slovenije zaradi pristopa k Evropski uniji. Poročilo za Ministrstvo za zdravje RS. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.

Lock in Gabrijelčič Blenkuš 2004

Lock K, Gabrijelčič Blenkuš M. (2004). HIA of agricultural and food policies. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, eds. Health impact assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press: 375-387.

Premik 2007

Premik M. Javno zdravje - od zamisli do izvedbe. V: Zupanič Slavec Z. Javno zdravstvo 20.stoletja in njegov soustvarjalec dr. Bojan Pirc. Znanstvena monografija: Ljubljana, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije; Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 31-46.

Premik 2005

Premik M. 2005. Od zdravstvene politike do politike zdravja. In: Filej B. et al.(eds.). Zbornik predavanj 5.kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«, 12.-14.2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 25-39.

UN 1992

United Nations conference on environment and development. (1992). The earth summit (Agenda 21). United Nations, Rio de Janeiro.

WHO 1999

WHO European Centre for Health Policy. (1999). Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper. WHO Observatory Brussels.

WHO 2002

WHO, Regional committee for Europe. (2002). Health impact Assessment: A tool to include health on agenda of other sectors, current experience and emerging issues in European region. Technical briefing, WHO Copenhagen.

WHO 2006

WHO (2006). Bangkok Charter, WHO, Ženeva. Pridobljeno 22. 3. 2012 s spletne strani http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Wismar in drugi 2007

Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

**PRIMERI UVEDBE IN IZVAJANJA ZDRAVJA V
VSEH POLITIKAH V RAZLIČNIH OKOLJIH IN
DRŽAVAH**

PRIMER MEDRESORSKEGA SODELOVANJA V SLOVENIJI NA PODROČJU OKOLJA IN ZDRAVJA V LETIH 2010-2011

Pia Vračko, Nina Pirnat

Uvod

Zdravje in dobro počutje človeka sta v veliki meri odvisni od okolja, v katerem človek živi. Človek kot sestavni del narave bistveno vpliva na okolje, enako pa tudi okolje vpliva nanj. Človekovi posegi v okolje imajo posledice za okolje, pa tudi za človeka samega, saj sta človek in okolje v nenehni medsebojni odvisnosti. V zadnjih desetletjih se je človek, predvsem zaradi negativnih posledic, ki so jih povzročili njegovi posegi v okolje, začel zavedati svoje usodne soodvisnosti od okolja, kar je vodilo do oblikovanja paradigme trajnostnega razvoja.

Okolje je omejena naravna dobrina, ki pomembno vpliva na zdravje in dobro počutje ljudi. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ocenjuje, da lahko na ozemlju celotne Evrope pripišemo okoljskim dejavnikom tveganja (v nadaljevanju: ODT) 15 - 20 % vseh smrti in 18 - 20 % izgubljenih aktivnih let življenja, pri čemer je v vzhodni Evropi ta delež še nekoliko večji (EEA 2010).

Pri tem pa lahko posameznik le omejeno vpliva na onesnaženost zraka, ki ga diha, kvaliteto pitne vode v svojem domu, raven okoljskega hrupa, ki mu je izpostavljen, mikrobiološko in kemijsko ustreznost živil in proizvodov v vsakdanji rabi ter druge okoljske dejavnike bolezni/zdravja, ki jim je izpostavljen vsak dan. V teh primerih je posameznik odvisen od sistemskih ukrepov države in delovanja celotne družbe, zato je varovanje zdravja prebivalcev na področju okolja in zdravja odgovornost številnih resorjev in ima kot tako že v svoji osnovi močan med-disciplinarni in medresorski značaj.

Ko pa govorimo o medresorskem javnozdravstvenem delovanju na področju okolja in zdravja, je potrebno poudariti, da povezovanje resorjev za zaščito zdravja prebivalstva pred ODT, kot ga razumemo danes v luči anglosaksonskega vzora medresorskega delovanja, v Sloveniji nikakor ne pomeni izgradnje nekega novega mehanizma delovanja. Prej nasprotno, saj je bilo v preteklosti mnogo več področij ukrepanja za zaščito zdravja prebivalstva v pristojnosti zdravstvenega resorja (Zupanič Slavec 2005). Posebna pozornost je bila namenjena nadzoru nad živili, tako proizvodnjo, kot prometom z živili, higiensko sanitarnim in tehničnim pogojem v obratih družbene prehrane, nadzoru pitne vode, higienskimi pogoji dela, pa tudi higienskimi pogoji stavbenih, rekreacijskih in drugih površin. Inštitut za varovanje zdravja in zavodi za zdravstveno varstvo so desetletja spremljali sanitarno higienske in tehnične razmere v javnih ustanovah, zlasti šolah in vrtcih, nadzirali kakovost kopalnih voda in pitnih voda, izvajali dezinfekcijo, dezinsekcijo in deratizacijo, nadzirali sanitarno higienske in tehnične razmere v obratih za pripravo hrane, gostinstvu itd. S hitrim industrijskim in tehnološkim razvojem v zadnjih nekaj desetletjih, pa tudi zaradi drugih strokovnih, političnih in ekonomskih razlogov, je prišlo do spreminjanja pristojnosti številnih resorjev, predvsem s prevzemom Evropske zakonodaje pa so bile na te resorje prenesene tudi pristojnosti ukrepanja za zaščito zdravja prebivalstva. S tem se je pristojnost

zdravstvenega resorja vedno bolj omejevala na zagotavljanje dokazov, posredovanje informacij in spodbujanje drugih resorjev k izvajanju ukrepov, povezovanje z drugimi resorji pa je postalo ključno za zagotavljanje ukrepov za zaščito zdravja prebivalstva.

Zakaj je na področju okolja in zdravja sodelovanje s številnimi resorji ključno?

Področje okolja in zdravja obsega kemijske, fizikalne in biološke, pa tudi socialne in psihosocialne dejavnike v okolju, ki potencialno lahko vplivajo na zdravje in kakovost življenja sedanjih in prihodnjih generacij.

Primarna naloga javnozdravstvene dejavnosti na področju okolja in zdravja je zaščita zdravja prebivalstva pred posameznimi ODT. Ključne dejavnosti za to so:

- zagotavljanje dokazov o škodljivih učinkih ODT na zdravje ljudi,
- hitro odzivanje ob pojavu dejavnika tveganja iz okolja s predlaganjem ukrepov,
- izrazito medresorsko delovanje ob predlaganju ukrepov za obvladovanje posameznih ODT,
- stalno posredovanje informacij in znanja o dejavniki tveganja iz okolja ciljnim javnostim.

Naloge, ki se izvajajo na nacionalni ravni v sodelovanju stroke javnega zdravja z drugimi resorji, se nanašajo pretežno na pripravo in izvajanje tistih politik drugih resorjev, ki se eksplicitno nanašajo na zdravje. Tako se za okoljski resor v okviru upravnega postopka celovite presoje vplivov na okolje, ki je predpisana z Zakonom o varstvu okolja, pripravljajo presoje vplivov na zdravje za posege v okolje, ki lahko vplivajo na stanje pitne vode, onesnaženja zraka, hrupa in odpadnih voda. V podporo uradnemu nadzoru se, glede na pristojnosti, nudi Zdravstvenemu inšpektoratu RS, Inšpektoratu RS za kmetijstvo, gozdarstvo in hrano ter Inšpektoratu RS za okolje in prostor, strokovna podpora z izvedbo ocene tveganja za zdravje ljudi v primerih odstopanja od normativov, s svetovanjem glede primernih ukrepov za odstranitev nevarnosti in zmanjšanje tveganja. Za Fitosanitarno upravo RS se izvajajo naloge na področju ocenjevanja vplivov fitofarmaceutskih sredstev (FFS) na zdravje ljudi v postopku registracije. V tem postopku poleg IVZ sodelujejo še druge institucije, in sicer na področju ocenjevanja učinkovitosti FFS, fizikalno kemijskih lastnosti, analitiških metod, ekotoksikologije, usode in obnašanja FFS v okolju ter ocenjevanja ostankov FFS na rastlinah. Vsemu navedenemu sledi ocena tveganja za potrošnike (Bolčič Tavčar, Fatur 2012).

Manj aktivno je sodelovanje IVZ z drugimi resorji na področju izvajanja ukrepov za nadzor nad ODT. Ukrepi so učinkoviti, kadar preprečujejo, zmanjšujejo ali odstranjujejo nevarnost, pot izpostavitve ali izpostavljenost človeka. Za izvajanje ukrepov za nadzor nad ODT so odgovorna številna resorna področja: okolje, kmetijstvo in veterina, gostinstvo in živila, promet, industrija, energetika, obramba, notranje zadeve in civilna zaščita, turizem, šport, socialno varstvo, regionalni razvoj in lokalna samouprava.

Poleg sodelovanja za ukrepanje je pomembno tudi sodelovanje s šolstvom in znanostjo na področju izobraževanja, ozaveščanja in raziskovanja, z resorjem za zunanje zadeve pri pripravi mednarodnih politik in aktivnosti, pomembno vlogo ima tudi sodelovanje s civilno iniciativo, nevladnimi organizacijami, sektorjem mladih in z mediji, omeniti pa je potrebno tudi sodelovanje z občinami, zdravstvenimi ustanovami, šolami in vrtci.

Premalo vzpostavljeno pa je sodelovanje strokovnjakov na področju okolja in zdravja pri presoji vplivov na zdravje tistih politik in ukrepov drugih sektorjev, ki se ne nanašajo neposredno na zdravje, imajo pa zaradi obremenjevanja okolja z ODT za zdravje pomembne posledice. To so predvsem politike in ukrepi gospodarskega, prometnega in kmetijskega resorja.

Za uspešno zaščito zdravja prebivalstva pred ODT je stalno sodelovanje javnozdravstvene dejavnosti na področju okolja in zdravja z zgoraj navedenimi resornimi področji bistvenega pomena. V okviru Evropske regije SZO se je zaradi ozaveščenosti o povezavah med zdravjem in njegovimi številnimi okoljskimi determinantami, tako na ravni posameznika kot na ravni celotnega prebivalstva, razvil Evropski proces Okolje in zdravje, katerega osnovni namen je dodeliti zdravstvenim resorjem po državah članicah vodilno vlogo za sodelovanje z drugimi resorji pri zagovarjanju ukrepov za znižanje izpostavljenosti okoljskim tveganjem za zdravje.

Povezovanje resorjev na področju okolja in zdravja - Evropski proces okolje in zdravje

Zaskrbljenost javnosti zaradi onesnaženja okolja z biološkimi, kemičnimi in fizikalnimi povzročitelji bolezni in škodljivih vplivov ODT na zdravje je vodila do ustanovitve Evropskega proces Okolje in zdravje leta 1989 v okviru Evropske regije SZO. Proces zaznamuje serija 5-letnih Ministrskih konferenc o okolju in zdravju. Konference so edinstvene v tem, da združujejo različne sektorje za oblikovanje evropskih politik in ukrepov za okolje in zdravje. Poleg 53 držav članic evropske zdravstvene regije proces podpirajo tudi mednarodne organizacije Ekonomska komisija Združenih narodov za Evropo (UNECE – United Nations Economic Commission for Europe), Program Združenih narodov za okolje (UNEP – United Nations Environment Programme), Program Združenih narodov za razvoj (UNDP – United Nations Development Programme), Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development), Evropska banka za obnovo in razvoj (EBRD – European Bank for Reconstruction and Development), Regionalni center za okolje (REC – Regional Environmental Center) ter evropski agenciji Evropska okoljska agencija (EEA – European Environment Agency) in Evropska agencija za varno hrano (EFSA – European Food Safety Agency).

Področje okoljske in zdravstvene politike je bilo zasnovano na 1. Ministrski konferenci o okolju in zdravju v Frankfurtu leta 1989. Rezultat te konference je bila Evropska listina o okolju in zdravju, imenovana tudi Frankfurtska deklaracija (WHO 1989), ki je prvič v zgodovini povezala zdravstveni in okoljski sektor, izražena pa je bila tudi namera o obravnavi zdravja kot posledici onesnaženega okolja skozi nacionalni okoljski in zdravstveni akcijski načrt.

Nujnost priprave nacionalnih načrtov okolje-zdravje je bilo potrjeno s Helsinško deklaracijo o ukrepih na področju zdravja in okolja (WHO 1994a), sprejeto na 2. Ministrski konferenci leta 1994 na Finskem. Cilj Helsinške deklaracije je bil uskladiti delovanje oziroma izvajanje ukrepov za izboljšanje okolja in posledično zdravja na nacionalni in lokalni ravni, kar zahteva

sodelovanje različnih sektorjev - okolja, zdravja, prometa, kmetijstva in šolstva. Pripravljen je bil Akcijski načrt za okolje in zdravje v Evropi (WHO 1994b).

Korak naprej glede priprave načrtov okolje-zdravje ter javno objavo podatkov s področja okolja in zdravja je bil narejen na 3. Ministrski konferenci, organizirani leta 1999 v Londonu, kjer so sprejeli sklep, da se problematika zagotavljanja zdravja zaradi onesnaženosti okolja postavi v ospredje političnih aktivnosti v smislu zagotavljanja zdravja kot temeljne človekove pravice (WHO 1999a). S tem je bila zagotovljena možnost demokratične udeležbe vseh deležnikov v procesu zagotavljanja trajnostnega razvoja ter prost dostop do podatkov o okolju in zdravju ljudi. Sprejeta je bila Listina o prometu, okolju in zdravju (WHO 1999b), v kateri so opredeljeni cilji in ukrepi, ki jih je na nacionalni in mednarodni ravni potrebno izvesti, da se doseže "trajnosten promet za zdravje in okolje", pri tem pa je kot ključno področje, na katerem je potreben nadaljnji razvoj, prepoznana ocena vpliva na zdravje (OVZ) prometnih politik/ukrepov/odločitev. V listini je še posebej poudarjeno, da je treba: uveljaviti postopek OVZ za oceno prometnih načrtov, programov in strategij; razvijati metode, orodja in zmogljivosti za izvajanje OVZ in ekonomskega vrednotenja učinkov na zdravje, povezanih s prometom; ter izboljšati in povečati bazo dokazov, na katerih temelji OVZ.

Sledila je četrta Evropska ministrska konferenca o okolju in zdravju v Budimpešti leta 2004, na kateri je bila sprejeta Deklaracija o okolju in zdravju (WHO 2004a) ter pripravljen Akcijski načrt za okolje in zdravje otrok v Evropi (Children's Environment and Health Action Plan for Europe - CEHAPE) (WHO 2004b), ki je predstavljal podlago za pripravo nacionalnih akcijskih planov za okolje in zdravje otrok. Ti naj bi v skladu s priporočili Deklaracije bili pripravljeni v sodelovanju pristojnih resorjev in obravnavali osnovne okoljske sklope, kot so kakovost pitne vode, kakovost zraka, kemijska varnost in zagotovitev pogojev za ustrezno fizično aktivnost, namenjeni pa so vzpodbujanju izvajanja politik na ravni države, tako na področju rabe zemljišč, energetike, prometa, kot tudi na področju prehrane, upravljanja z vodami in drugih; ne glede na resor, vse bodo politike za zdravje.

Na peti Evropski ministrski konferenci o okolju in zdravju leta 2010 v Parmi sprejeta Parmska Deklaracija o okolju in zdravju (WHO 2010) je uvedla v proces nov način upravljanja, ki ga zaznamujeta dve vodilni telesi: Evropski ministrski svet za okolje in zdravje, kot glavna politična sila procesa, in Evropska delovna skupina za okolje in zdravje, kot vodilno mednarodno telo za izvajanje in spremljanje procesa. Z zavezo za ukrepanje (ibid.) so se vlade sodelujočih držav zavezale zagotoviti enake možnosti za vsakega otroka do leta 2020 z zagotavljanjem dostopa do pitne vode in sanitarij, možnosti za telesno dejavnost in zdravo prehrano, izboljšanje kakovosti zraka in okolje brez strupenih kemikalij. Parmska deklaracija poudarja nujnost sprejetja odločitev in aktivnosti za zmanjšanje negativnega vpliva podnebnih sprememb na zdravje, med drugim tudi s preučevanjem vplivov energetskih politik držav na zdravje prebivalstva, zmanjšanje socialno-ekonomskih neenakosti, bremena kroničnih bolezni in negativnega vpliva nanotehnologij, motilcev hormonskega ravnovesja in drugih nevarnih kemikalij na zdravje ljudi. Ključni cilj je združiti informacije in znanje s podporo različnih strokovnih disciplin in tako vplivati na izboljšanje zakonodaje v smislu

integrirane obravnave vpliva onesnaženega okolja na zdravje ljudi, pri izvajanju ukrepov pa povezati vse pristojne resorje, tako na regionalni kot državni in lokalni ravni.

Slovenija je aktivno vključena v izvajanje Evropskega procesa okolje in zdravje že vse od leta 1989. S podpisom mednarodnih deklaracij, ki izhajajo iz tega procesa, nazadnje Parnske deklaracije, podpisane leta 2010 na 5. Ministrski konferenci okolje in zdravje, se je Slovenija zavezala k upoštevanju dogovora, da mora biti varovanje zdravja otrok pred škodljivimi dejavniki okolja sestavni del javnozdravstvene in okoljske politike vsake države.

Medresorska delovna skupina za izvajanje zavez Parnske deklaracije

Za izvajanje Parnske deklaracije je Vlada RS spomladi leta 2010 ustanovila delovno skupino državnih sekretarjev enajstih pristojnih ministrstev in drugih vladnih organov (Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za okolje in prostor, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano, Ministrstvo za promet, Ministrstvo za obrambo, Ministrstvo za šolstvo in šport, Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, Služba Vlade za lokalno samoupravo in regionalni razvoj, Služba RS za podnebne spremembe; v letu 2011 so se pridružili še predstavniki Sektorja mladih), ki jo vodi zdravstveni sektor. K sodelovanju je delovna skupina pritegnila tudi mlade iz Mladinskega sveta Slovenije kot njihove krovne organizacije, ki so s svojim znanjem in pobudami prispevali k izvajanju deklaracije in določanju prioritet. Glavne naloge delovne skupine so načrtovanje, usklajevanje in priprava programa za izvajanje Parnske deklaracije v vseh pristojnih resorjih ter nadzor njegovega izvajanja.

Po enem letu delovanja se je izkazalo, da je tak način dela odprl in pričel reševati številne okoljsko-zdravstvene probleme, ki jih sicer ne bi reševali tako učinkovito ali pa bi ne pridobili take prioritete, kot jo imajo danes. Predvsem je omogočil skupen pristop vseh pristojnih resorjev k reševanju vprašanj, zagotovil pa je tudi, da so predstavniki različnih resorjev uvideli in razumeli, kakšne posledice na zdravje prebivalstva imajo odločitve njihovih resorjev.

Medresorska skupina je pripravila Strategijo Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012-2020, sodelovala pri pripravi Strategije za prehod v nizkoogljico družbo do leta 2050 in pristopila k pripravi osnutka Mobilnostnega načrta, ki bo kot pomemben segment vključil kolesarske mreže. Poleg tega je pripravila popis in pregled stanja čezmerno obremenjenih območij v Sloveniji, zagotovila medresorski pristop k izvajanju Protokola voda in zdravje in Podonavske strategije. Medresorska delovna skupina je obravnavala tudi številna druga okoljsko-zdravstvena vprašanja, za katera so predstavniki različnih resorjev tvorno zagotovili ustrezne rešitve.

Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012-2020

Medresorska delovna skupina za izvajanje zavez Parnske deklaracije je pripravila Strategijo za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012-2020 (v nadaljevanju strategija),

ki jo je potrdila Vlada republike Slovenije. Cilj strategije je zaščita zdravja otrok in mladostnikov pred nevarnostmi onesnaženega okolja, glavni namen pa, da pomaga zagotoviti usklajen pristop različnih organov vlade k izboljšanju zdravja otrok in mladih z izboljšanjem stanja onesnaženosti okolja.

Strategija se osredotoča na tiste okoljske dejavnike, ki najbolj vplivajo na zdravje otrok v Sloveniji, kot izhaja iz ocene obstoječih aktivnosti in trenutnega stanja okolja in zdravja otrok v celotni državi. Vključuje se v obstoječe politike na področju okolja in zdravja, ob tem pa prepoznava vrzeli in prednostna področja, na katerih se lahko okrepijo aktivnosti za izboljšanje varovanja zdravja otrok pred okoljskimi nevarnostmi in za zagotavljanje čistega okolja, ki bo spodbudno za zdravje in dobro počutje.

V strategiji so določena prednostna področja, na katerih je mogoče v Sloveniji dodatno zmanjšati okoljsko breme bolezni pri otrocih in mladostnikih, izboljšati njihovo zdravje in dobro počutje, ter priporočeni ukrepi, s katerimi jim bo omogočeno, da odraščajo v okolju, v katerem bodo lahko polno razvili svoje potenciale.

Z usklajenim pristopom med vsemi pristojnimi resorji in z izvajanjem ukrepov v celotni državi Slovenija, v korist svojega prebivalstva, izpolnjuje svoje obveznosti do Evropskega procesa okolje in zdravje. Področja, ki so kot prednostna izpostavljena v strategiji, bodo prilagojena posebnim lokalnim potrebam, tako da bo zagotovljena največja možna stroškovna učinkovitost ukrepov za izboljšanje zdravja otrok in mladostnikov.

Za spremljanje stanja onesnaženosti okolja in s tem povezanih vplivov na zdravje bodo uporabljeni kazalniki Environmental Health Information System (ENHIS), ki jih je SZO razvila za spremljanje izvajanja zavez Parmske deklaracije po posameznih državah. Z njimi bo mogoče tudi identificirati področja onesnaženega okolja, ki v veliki meri vplivajo na zdravje prebivalstva, še posebej otrok. Za Slovenijo Kazalce okolje-zdravje (ARSO 2011) pripravljata Agencija RS za okolje (ARSO) in IVZ s sodelovanjem regionalnih ZZV.

Strategija je vladni dokument, usklajen med pristojnimi vladnimi resorji. Za njeno izvajanje bo pripravljen akcijski načrti, ki bo vključeval ukrepe v vseh pristojnih resorjih. Ključna elementa za uspešno izvajanje strategije bosta odgovornost posameznega pristojnega resorja za izvajanje dogovorjenih aktivnosti ter sodelovanje in vključevanje lokalnih organov in skupnosti, da se zagotovi dejansko izvajanje ukrepov.

Zaključki

Varovanje zdravja prebivalcev na področju okolja in zdravja je odgovornost številnih resorjev in ima kot tako že v svoji osnovi močan med-disciplinarni in medresorski značaj. Slovenija ima dolgo tradicijo preventivne zdravstvene dejavnosti na področju okolja in zdravja in v preteklosti je bilo mnogo področij ukrepanja za zaščito zdravja prebivalstva v pristojnosti zdravstvenega resorja. Predvsem s prevzemom Evropske zakonodaje pa so bile te pristojnosti prenesene na druge resorje. S tem se je pristojnost zdravstvenega resorja omejila na zagotavljanje dokazov, posredovanje informacij in spodbujanje drugih resorjev k

izvajanju ukrepov, povezovanje z drugimi resorji pa je postalo ključno za zagotavljanje ukrepov za zaščito zdravja prebivalstva.

Nujnost medresorskega delovanja je bila prepoznana tudi v evropskem prostoru, kar je ob naraščajoči zaskrbljenosti javnosti glede škodljivih vplivov okolja na zdravje vodilo do ustanovitve Evropskega procesa Okolje in zdravje leta 1989 v okviru Evropske regije SZO. Proces povezuje različne sektorje za oblikovanje evropskih politik in ukrepov na visoki politični ravni, na nacionalni ravni pa se zavzema, da se zdravstvenim resorjem po državah članicah dodeli vodilna vloga za sodelovanje z drugimi resorji pri zagovarjanju ukrepov za znižanje izpostavljenosti okoljskim tveganjem.

V Sloveniji je v letih 2010 in 2011 to nalogo uspešno izvajala Medresorska delovna skupina za izvajanje zavez Parnske deklaracije, ki je predvsem s Strategijo za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012-2020, potrjeno na Vladi Republike Slovenije, zagotovila usklajen pristop različnih resorjev k zaščiti zdravja otrok in mladih pred škodljivimi dejavniki v okolju.

V prihodnje je zaželeno, da se nadalje utrdi pristojnost medresorske skupine za zagotavljanje vključevanja zdravja v politike vseh resorjev, in to ne samo na področju okolja in zdravja, temveč tudi na področjih preprečevanja nalezljivih bolezni, kroničnih nenalezljivih bolezni in še posebej na področju zdravega življenjskega sloga. Čisto okolje, zdravje in izobrazba bodo omogočili posameznikom, da v polnosti razvijejo svoj potencial kot posamezniki in kot člani družbe.

Za zaključek še besede nekdanjega generalnega direktorja SZO Dr Lee Jong-Wooka: »Nemogoče si je prizadevati za zdravje vseh, še posebej otrok, ne da bi se vsak dan soočali z reševanjem vprašanj revščine, izobrazbe, enakosti med spoloma, okolja in globalnega partnerstva.«

Viri

ARSO 2011

Agencija Republike Slovenije za okolje: Kazalci okolja v Sloveniji, Zdravje ljudi in ekosistemov. Spletna aplikacija. Ljubljana: Agencija republike Slovenije za okolje, 2011. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://kazalci.arso.gov.si/?data=group&group_id=25

EEA 2010

European Environment Agency: Evropsko okolje – stanje in napovedi 2010, Strnjeno poročilo. Kopenhagen: Evropska agencija za okolje, 2010.

Bolčič Tavčar, Fatur 2011

Bolčič Tavčar M., Fatur T. Predstavitev ocenjevanja tveganja fitofarmaceutskih sredstev za zdravje ljudi v letu 2011. ENBOZ. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2011. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_FileName=attName.png&_6_MediaId=4789&_6_AutoResize=false&pl=78-6.3.

WHO 1989

World Health Organization: European Charter on Environment and Health. Conference Declaration. First European Conference on Environment and Health, Frankfurt-am-Main, Germany, 7–8 December 1989. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/european-process-on-environment-and-health/policy-documents/european-charter-on-environment-and-health,-1989> .

WHO 1994a

World Health Organization: Helsinki Declaration on Action for Environment and Health in Europe. Conference Declaration. Second European Conference on Environment and Health, Helsinki, Finland, 20-22 June 1994. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/past-conferences/second-ministerial-conference-on-environment-and-health,-helsinki,-1994/helsinki-declaration-on-action-for-environment-and-health-in-europe> .

WHO 1994b

World Health Organization: Environmental Health Action Plan for Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/109877/EUR_ICP_CEH_212A.pdf

WHO 1999a

World Health Organization: Declaration of the Third Ministerial Conference on Environment and Health. Conference Declaration. Third European Conference on Environment and Health, London, United Kingdom, 18 June 1999. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/past-conferences/third-ministerial-conference-on-environment-and-health,-london,-united-kingdom,-1999/declaration.-third-ministerial-conference-on-environment-and-health> .

WHO 1999b

World Health Organization: Charter on Transport, Environment and Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/88575/E69044.pdf .

WHO 2004a

World Health Organization: Declaration of the Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Conference Declaration. Fourth European Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 25 June 2004. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/past-conferences/fourth-ministerial-conference-on-environment-and-health,-budapest,-hungary,-2004/fourth-ministerial-conference-on-environment-and-health.-declaration> .

WHO 2004b

World Health Organization: Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2004. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78639/E83338.pdf .

WHO 2010

World Health Organization: Parma Declaration on Environment and Health. Conference Declaration. Fifth European Conference on Environment and Health, Parma, Italy, 10-12 March 2010. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/Climate-change/publications/2010/protecting-health-in-an-environment-challenged-by-climate-change-european-regional-framework-for-action/parma-declaration-on-environment-and-health> .

Zupanič Slavec 2005

Zupanič Slavec Z. Razvoj javnega zdravja na Slovenskem v času med prvo in drugo svetovno vojno; dr. Ivo Pirc (1891-1967) – utemeljitelj javnega zdravstva na Slovenskem. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.

ZDRAVJE V VSEH POLITIKAH V EVROPSKI UNIJI

Helena Koprivnikar in Mojca Gabriječič Blenkuš

Uvod

Deklaracija iz Alma Ate in Ottawska deklaracija so že pred desetletji poudarjale potrebo po medsektorskem sodelovanju in upoštevanju učinkov različnih političnih predlogov oziroma politik na zdravje (WHO 1986, WHO 1978). V letu 1981 sprejeta globalna strategija za zdravje za vse do leta 2000 je posebno pozornost prvič namenila ne le zdravstvenim politikam, ampak tudi z njimi povezanim socialno ekonomskim politikam, ki naj vsem ljudem do leta 2000 omogočijo doseganje najvišje možne stopnje zdravja. Strategija je med drugim definirala za zdravje najpomembnejše politike drugih sektorjev (socialne zadeve, kmetijstvo, izobraževanje, gospodarstvo, delo in druge), opisala povezavo med zdravjem in socialno ekonomskim razvojem družb ter opredelilo potrebo po bolj pravični ekonomski ureditvi sveta, predvsem v razmerju med razvitimi državami in državami v razvoju. »Zdravje za vse« naj bi namreč ne pomenilo le skupnega cilja, ampak strategijo, ki opredeljuje proces izboljševanja zdravja vseh ljudi. Zanimivo je, da je strategijo močno podprlo tudi takratno gibanje neuvrščenih (WHO 1981), v katerem je imela veliko vlogo Jugoslavija.

Evropski urad SZO je na podlagi globalne strategije sprejel več akcijskih dokumentov. Za 21. stoletje je pripravil globalni dokument Health 21 (WHO 1998) in leto kasneje še politični okvir za njegovo izvajanje (WHO 1999). Oba dokumenta prinašata vizijo, namen in ključne vrednote za izvajanje pristopa zdravja za vse, tudi v vseh politikah, opozarjata na zagotavljanje enakosti v zdravju in pomen solidarnosti ter definirata zdravstvene cilje za Evropsko regijo. Podajata okvir za multisektorske strategije za doseganje trajnostnih rezultatov v zdravju in definirata okvirje za sodelovanje z drugimi sektorji na načelih promocije zdravja. Prav tako pa predlagata tudi politike in politične mehanizme, ki naj prispevajo k tovrstnim spremembam v delovanju zdravstvenega sektorja. Pomembno je, da so pri procesu SZO »Zdravje za vse« in kreiranju Health 21 sodelovale tudi države Evropske Unije, ki so duha Health 21 prenesle tudi v politični prostor EU in vnesle vizijo zdravja v vseh politikah v pogodbe, politične dokumente in politične strukture EU.

V Evropi je Finska leta 1970 začela z nacionalnimi aktivnostmi za zmanjševanje umrljivosti zaradi srčno-žilnih obolenj in drugimi, v katere so bili vključeni številni sektorji in sektorske politike, rezultat pa je bil pomembno izboljšanje zdravja prebivalstva. To je bil uvod, ki je v nekaj desetletjih prerasel v finsko iniciativo za Zdravje v vseh politikah v okviru njenega predsedovanja Evropski uniji (EU) v letu 2006 in razvoj področja na Finskem in v EU (Puska in Stahl 2010). Druge države na področju EU so si v zvezi s politikami javnega zdravja zastavljale različne fokuse – Švedska in Anglija na primer primarno za socialne determinante zdravja in determinante življenjskega sloga, Nizozemska je pri politikah javnega zdravja izhajala izključno iz determinant življenjskega sloga, nekatere druge države pa so izhajale iz kombinacije različno opredeljenih determinant zdravja in zdravstvenih stanj, npr. Finska in Danska (Hogstedt in drugi 2008).

Finsko predsedovanje 2006

Finska se je odločila za temo Zdravje v vseh politikah tudi zato, ker so se v tem času pojavljala mnenja in pomisleki, da je vključevanje zdravja v politike skupnosti premajhno ter, da pri tem sistem priprave politik nezadostno koristi razpoložljive mehanizme in strukture. Pri izboru teme je bilo pomembno tudi dejstvo, da odločanje na ravni EU pomembno vpliva na, v nekaterih primerih pa določa, nacionalno pripravo politik in ima tako velik pomen za nacionalno zakonodajo in vpliva na zdravje, saj države članice nimajo več popolnega nadzora nad vsemi z zdravjem povezanimi politikami (Puska in Stahl 2010). Kot enega od pomembnih izzivov na vseh ravneh priprave politik so zaznali tudi izrazito prepletanje politik, saj sektorske politike vedno bolj vplivajo ena na drugo in potreba po usklajenosti politik je vedno večja (Ollila in sod 2006).

Med finskim predsedovanjem EU leta 2006 je bila torej glavna tema na področju zdravja Zdravje v vseh politikah (ZVP). Tema je bila zasnovana na 152. členu Amsterdamske pogodbe (EU 1997) s ciljem krepitve izvajanja tega člena pri pripravi politik v EU. Pristop ZVP je bil definiran kot pristop, ki upošteva učinke politik na zdravstvene izide in ključne determinante zdravja pa tudi na zdravstveni sistem, s posebnim poudarkom na porazdelitvi učinkov med prebivalstvom. Končni cilj pristopa je z dokazi podprta priprava politik, pri kateri politični odločevalci poznajo učinke politik na zdravje, enakost v zdravju in zdravstveni sistem (Ollila 2011).

V okviru predsedovanja so Finci izdali publikacijo o Zdravju v vseh politikah (Ollila in sod 2006) in organizirali konferenco, ki so se je udeležili visoki predstavniki vseh držav članic, kandidatki za države članice, Svetovne zdravstvene organizacije in različnih mednarodnih organizacij (Koivusalo 2010, Puska in Stahl 2010). V zaključkih konference so udeleženci poudarili, da lahko številne politike skupnosti imajo tako pozitivne kot negativne učinke na zdravje preko ključnih determinant zdravja in da sta zdravje in enakost v zdravju pomembna za celokupni družbeni in ekonomski razvoj EU, zapisali pa so tudi predloge aktivnosti za različne deležnike. Po konferenci so bili pripravljene Zaključki Evropskega sveta o Zdravju v vseh politikah (Council Conclusions on Health in All Policies, EC 2006), v katerih Svet poziva Evropsko komisijo, države članice in Evropski parlament, da zagotovijo ustrezno vključenost zdravja v razvoj politik in zakonodaje v EU in izvajanje ocen vplivov (OVZ) na zdravje v EU, obenem pa podaja predloge aktivnosti tako za Evropsko komisijo kot tudi države članice ter tako formalno legitimizira pristop ZVP kot del evropske politike (Koivusalo 2010).

Zdravje v vseh politikah v EU po letu 2006

Finsko predsedovanje je koncept ZVP uspešno uvrstilo med aktualne teme v EU, kar jasno kaže sprejem Rimske deklaracije o Zdravju v vseh politikah decembra 2007 (Rimska deklaracija 2007). ZVP je bil uvrščen med ključne principe v strategiji zdravja v EU 2008-2013 (Ollila 2011, Puska in Stahl 2010). V EU so bili morda najpomembnejši politični trenutki, naklonjeni Zdravju v vseh politikah, vezani prav na pripravo omenjenega dokumenta, to je Bele knjige Skupaj za zdravje: strateški pristop EU 2008 -2013 (White paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) (EU 2009) in pa tudi sporočila Komisije

Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij – Solidarnost na področju zdravja: Zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU (Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions: solidarity in health: reducing health inequalities in the EU) (EU 2007).

Bela knjiga, pripravljena po obsežni javni razpravi med številnimi deležniki, predlaga štiri glavna načela, ki podpirajo 3 strateške cilje. Eno od glavnih načel je Zdravje v vseh politikah, poleg načela skupnih vrednot in zdravja kot največjega bogastva, ki sta prav tako pomembna za uspešno izvajanje ZVP. V okviru načela ZVP je predvidena aktivnost krepitev integracije skrbi za zdravje v vse politike na ravni skupnosti, držav članic in regionalno, vključno z uporabo OVZ in orodij vrednotenja (EU 2009). Oba omenjena dokumenta poudarjata potrebo po medsektorskem sodelovanju (EU 2009, EU 2007).

ZVP je bil v tem obdobju aktualna tema oziroma pristop tako v EU kot tudi SZO, zato so se mnoge države v tem času trudile okrepiti svoje pristope k ZVP in socialnim determinantam zdravja s poudarkom na zmanjševanju neenakosti v zdravju (Ollila 2011). Ob tem pa je potrebno poudariti, da so vodilne med državami na področju ZVP in neenakosti v zdravju, kot so npr. Anglija in skandinavske države, bile dejavne že precej pred letom 2006, kot kažejo opisi razvoja koncepta v posameznih državah.

Za uspešnost in učinkovitost uvedbe in izvajanja ZVP je pomembna ustrezna pravna podpora konceptu (St-Pierre 2009). V EU pravno osnovo predstavlja 168. člen Pogodbe o delovanju EU oziroma Lizbonske pogodbe (EU 2010), to je dopolnjen 152. člen Amsterdamske pogodbe (EU 1997). Obe pogodbi, Lizbonska in Amsterdamska, sta za javno zdravje pomembni, saj v primerjavi s predhodnimi pogodbami poleg ekonomskih ciljev enakovredno uvajata cilje socialne kohezije, med katerimi so tudi cilji zdravja – za zdravje v vseh politikah je najpomembnejši 1. člen, ki pravi, da se pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi (glej spodaj v okvirčku). Zakonodajna podpora uvedbi in izvajanju ZVP v okviru nacionalnih zakonodaj posameznih držav članic pa se razlikuje med državami, kar je natančneje opisano v kasnejših opisih nekaterih držav članic EU v gradivu.

168. člen Lizbonske pogodbe

1. Pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije se zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi.

Dejavnost Unije, ki dopolnjuje nacionalne politike, je usmerjena k izboljševanju javnega zdravja, preprečevanju telesnih in duševnih obolenj in bolezni ter odpravljanju vzrokov, ki ogrožajo zdravje ljudi. Ta dejavnost zajema obvladovanje močno razširjenih težkih bolezni s spodbujanjem raziskovanja njihovih vzrokov, prenosa in preprečevanja, pa tudi obveščanja o zdravju in zdravstvene vzgoje, hkrati zajema tudi nadzor nad veliko čezmejno ogroženostjo zdravja, zgodnje obveščanje o taki ogroženosti in boj proti njej.

Unija dopolnjuje ukrepe držav članic za zmanjševanje škode za zdravje zaradi uživanja drog, vključno z obveščanjem in preprečevanjem.

2. Unija spodbuja sodelovanje med državami članicami na področjih iz tega člena in, če je potrebno, podpira njihove ukrepe. Zlasti spodbuja sodelovanje med državami članicami za izboljšanje komplementarnosti njihovih zdravstvenih storitev na obmejnih območjih.
- Države članice v povezavi s Komisijo medsebojno usklajujejo svoje politike in programe na področjih iz odstavka 1. Komisija lahko v tesni povezavi z državami članicami daje koristne pobude za pospeševanje takšnega usklajevanja, zlasti pobude, namenjene oblikovanju smernic in kazalcev, organizaciji izmenjave najboljših praks ter pripravi elementov, potrebnih za redno spremljanje in presojo. Evropski parlament se o tem izčrpno obvesti.
3. Unija in države članice pospešujejo sodelovanje s tretjimi državami in pristojnimi mednarodnimi organizacijami na področju javnega zdravja.
4. Z odstopanjem od člena 2(5) in člena 6(a) ter v skladu s členom 4(2)(k) Evropski parlament in Svet po rednem zakonodajnem postopku ter po posvetovanju z Ekonomsko-socialnim odborom in Odborom regij prispevata k doseganju ciljev iz tega člena s sprejetjem, zaradi zagotavljanja skupnih potreb po varnosti:
- (a) ukrepov, ki določajo visoke standarde kakovosti in varnosti organov in snovi človeškega izvora, krvi in krvnih derivatov; ti ukrepi državam članicam ne preprečujejo ohranjanja ali uvedbe strožjih zaščitnih ukrepov;
 - (b) ukrepov na veterinarskem in fitosanitarnem področju, katerih neposredni cilj je varovanje javnega zdravja;
 - (c) ukrepov, ki določajo visoke standarde kakovosti in varnosti zdravil in medicinskih pripomočkov.
5. Evropski parlament in Svet lahko po rednem zakonodajnem postopku in po posvetovanju z Odborom regij in Ekonomsko-socialnim odborom sprejmeta tudi spodbujevalne ukrepe za varovanje in izboljšanje zdravja ljudi in zlasti za boj proti hudim čezmejnimi grožnjam za zdravje, ukrepe v zvezi z nadzorom nad veliko čezmejno ogroženostjo zdravja, zgodnjim obveščanjem o taki ogroženosti in bojem proti njej, kakor tudi ukrepe, katerih neposredni cilj je varovanje javnega zdravja glede tobaka in zlorabe alkohola, pri čemer je izključeno kakršno koli usklajevanje zakonov in drugih predpisov držav članic.
6. Svet lahko na predlog Komisije sprejme tudi priporočila za namene iz tega člena.
7. Pri dejavnosti Unije se upošteva odgovornost držav članic za opredelitev njihove zdravstvene politike ter za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvene oskrbe. Odgovornosti držav članic vključujejo upravljanje sistema zdravstvenih storitev in zdravstvene oskrbe in razporejanje dodeljenih virov. Ukrepi iz odstavka 4(a) ne vplivajo na nacionalne določbe o darovanju organov in krvi ali njihovi uporabi za namene zdravljenja.

Ocena vplivov na zdravje (OVZ) v EU

Pravna podlaga za izvajanje ocene vplivov na zdravje je prav tako 168. člen Pogodbe o delovanju EU (EU 2010) oziroma pred tem 152. člen Amsterdamske pogodbe iz 1997 (EU 1997). V skladu s slednjim je Evropska komisija že med leti 1995 in 1999 pripravljala poročila o vidikih zdravja v okviru drugih politik, ki so bila obsežna in opisna, niso pa vsebovala priporočil za delovanje vnaprej. Po letu 1999 poročil niso več izdajali (Puska in Stahl 2010, Stahl 2009).

Namesto priprave poročil se je kasneje Direktorat za zdravje in zaščito potrošnikov (DG SANCO) osredotočil na vključevanje skrbi za zdravje v ključne politike, ki so imele največji potencial izboljševanja zdravja. DG SANCO je 2001 predstavil (tako kot drugi direktorati) za svoj sektor specifično oceno vplivov z namenom, da zagotovi, da bodo vplivi na zdravje enotno ocenjevani in predstavljeni v okviru različnih organov EU (Puska in Stahl 2010, Stahl 2009).

Od 2002 naprej je Evropska komisija razvijala pristop k ocenam vplivov (angl. »impact assessment«, s kratico IA) politik na treh področjih, ekonomskem, okoljskem in socialnem, v slednjega je vključeno tudi zdravje (Puska in Stahl 2010, Smith 2010). Izvedba ocene vplivov na vseh treh področjih je potrebna pri pomembnejših politikah in političnih iniciativah z možnimi ekonomskimi, socialnimi in okoljskimi vplivi (Salay in Lincoln 2008), potrebna je pri vseh točkah dela Evropske komisije, vključno z vsemi zakonodajnimi predlogi, Belimi knjigami idr. (Stahl 2009). Vendar pa se v vsakem direktoratu v EU (Directorate General) lahko samostojno odločijo, ali je pri posameznem predlogu ocena vplivov potrebna ali ne ter v primeru, da je potrebna, kako bo oblikovana in organizirana. Na te odločitve se drugi direktorati le redko odzovejo (Salay in Lincoln 2008), čeprav se praksa sodelovanja načeloma izboljšuje.

Za izvajanje ocen vplivov na omenjenih treh področjih je Evropska komisija 2002, 2005 in 2009 tudi izdala tri vodnike (Puska in Stahl 2010, Stahl 2009). Evropska komisija meni, da so na ta način zagotovili uravnoteženo oceno vseh vplivov, kritiki pristopa pa menijo, da je ekonomsko področje znotraj ocene vplivov najmočneje upoštevano oziroma zastopano. OVZ, ki je vključena v socialni del ocen vplivov, je bila izven sektorja zdravja predmet omejene pozornosti (Smith 2010, Koivusalo 2010, Salay in Lincoln 2008), na kar so opozarjali tudi v času finskega predsedovanja (Stahl 2009). V letih 2005 in 2006 (sicer resda v času razvoja pristopa ocen vplivov v EU) naj bi med 137 izvedenimi ocenami vplivov več kot polovica takih, ki niso omenile besede zdravja v povezavi z javnim zdravjem ali zdravstvenimi sistemi, kljub 168. členu Pogodbe o delovanju EU oziroma 152. členu Amsterdamske pogodbe, glede na katere bi izvedbo OVZ pričakovali pri vseh EU politikah (Smith 2010, Koivusalo 2010, Salay in Lincoln 2008). V letu 2006, še vedno v času razvoja pristopa ocen vplivov v EU, je pregled 48 ocen vplivov pokazal, da jih 32% ni omenjalo besede zdravja v povezavi z javnim zdravjem ali zdravstvenimi sistemi, kar glede na prvi pregled pomeni, da se je ta delež povečal, in to je spodbudno. Določeni direktorati v svojih ocenah vplivov zdravje pogosteje upoštevajo, nekateri pa sploh ne ali le zelo redko, čeprav se stanje v zadnjih letih na splošno izboljšuje. Vključevanje zdravja v ocene vplivov je torej v veliki meri odvisno od tega, kateri direktorat načrtuje in vodi oceno vplivov. Zdravje se v teh ocenah omenja predvsem v poglavjih o analizah učinkov ali opredelitev problemov, zelo poredko pa v poglavjih o nadzoru in vrednotenju (monitoringu in evalvaciji), političnih možnostih (policy options), primerjavi možnosti in ciljih, kar daje občutek, da zdravje ni pomemben dejavnik ali cilj pri obravnavi različnih političnih možnosti oziroma izbor. Vodnik, izdan leta 2009, vsebuje nova orodja za oceno vplivo na zdravje (Stahl 2009), vendar pa po izdaji tega vodnika ni novih pregledov vključevanja zdravja v ocene vplivov v EU.

Nasprotno pa se na ravni EU redno izvajajo ocene vplivov na okolje, čeprav je pravna podlaga zanje podobna kot pri zdravju. Ocene vplivov na zdravje so po direktivah EU

obvezne tudi za države članice, na področju zdravja pa takih določb na ravni EU ni, posamezne države članice pa to na nacionalni ravni rešujejo različno (Salay in Lincoln 2008), kot opisano pri primerih držav v nadaljevanju gradiva.

Trenutno tudi ni jasno kakšne kompetence, znanje in človeške vire imajo na voljo različni organi v EU za izvajanje OVZ. Po nekaterih ocenah DG SANCO morda nima kadrov, ki bi lahko pomagali drugemu direktoratu v primeru, da bi jih le-ta zaprosil za pomoč pri oceni vplivov (Salay in Lincoln 2008).

Vseeno pa OVZ kot orodje za oceno vplivov na zdravje pridobiva na pomenu kot del priprave politik, vendar pa jo trenutno izvajajo večinoma posamezniki, ki niso strokovnjaki s področja javnega zdravja, kar je še dodaten razlog, da je pomembnost oziroma teža, ki jo zdravje ima v tovrstnih ocenah lahko zelo različna (Ollila 2011). Strokovnjaki še vedno dvomijo o trenutnih zmožnostih vključevanja zdravja v ocene vplivov (Smith 2010, Koivusalo 2010). Ocena vpliva tobačne industrije na nekatere politike EU namreč kaže, da bolj poslovno zastavljene ocene vplivov, kot se trenutno tudi dejansko izvajajo, bolj ustrezajo interesom velikih korporacij, kot pa prebivalcev EU. To kaže na potrebo po čimprejšnjemu razmisleku o tem, kako lahko ocene vplivov, ki se trenutno izvajajo, spodkopljejo ali podprejo javnozdravstvene cilje in politike in po uvedbi ustreznih pristopov k ocenam vplivov na zdravje (Smith 2010, Koivusalo 2010).

ZVP je namreč še posebej v kontekstu evropskih politik potrebno razumeti ne le kot prizadevanja za vključevanje zdravja, blagostanja in kvalitete življenja v politike in aktivnosti drugih sektorjev, ampak tudi kot način zagotavljanja, da se politike, ki zadevajo zdravje, oblikujejo in izvajajo na osnovi prioritete za zdravje in ne npr. prioritete komercialnih politik (Koivusalo 2010).

Zaključki

Izvajanje ZVP ostaja na evropski ravni še vedno izziv (Koivusalo 2010, Ollila 2010). Zaenkrat je na voljo malo dokazov o izvajanju ZVP v najpomembnejših EU politikah in Zdravje v vseh politikah je ostalo bolj na retoričnem ravni (Ollila 2011, Koivusalo 2010, Wismar in Ernst 2010), izvajanje OVZ v korist javnemu zdravju se niso zadostno okrepila (Koivusalo 2010). Glede na to, da na področju ni hitrih premikov, jih po mnenju strokovnjakov tudi v prihodnje ne moremo pričakovati (Koivusalo 2010). Ocenjuje se, da so trenutno na evropski ravni zdravstveni sistemi in politike na področju zdravja pod pritiskom tega, da se podredijo ciljem drugih politik, zlasti komercialnih. Evropska politika bi morala zagotoviti spoštovanje obveznosti iz pogodb v smislu zaščite zdravja. Zdravje v vseh politikah se ne sme razumeti le kot OVZ ali administrativno sodelovanje, pač pa kot sredstvo in proces priprave politik in političnega odločanja ter odgovornosti (Koivusalo 2010). To je še kako pomembno v luči dejstva, da bodo evropske politike vedno bolj pomembne pri oblikovanju nacionalnih političnih rešitev, zato vključevanje v pripravo evropskih politik pomeni tudi zaščito nacionalnega interesa.

Viri

EC 2006

The Council of the European Union. Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP). 2767th Employment, Social Policy Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006. Pridobljeno 2.2.2012 s spletne strani

http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lisa/91929.pdf

EU 2010

Prečiščena različica Pogodbe o delovanju Evropske unije 2010. Uradni list Evropske unije C 83/47, 30.3.2010. Pridobljeno 2.2.2012 s spletne strani

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:SL:PDF>

EU 2009

Commission of the European Communities. Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions: solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels: COM; 2009.

EU 2007

Commission of the European Communities. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013, white paper. Brussels: COM; 2007. Pridobljeno 2.2.2012 s spletne strani

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf

EU 1997

Amsterdamska pogodba, 1997. Pridobljeno 2.2.2012 s spletne strani

http://www.svz.gov.si/fileadmin/svz.gov.si/pageuploads/Primarna_zakonodaja/Amsterdamska.pdf

Hogstedt in drugi 2008

Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M. Health for all? A crytical analysis of public health policies in eight European countries. Swedish national institute of public health, 2008

Koivusalo 2010

Koivusalo M. The state of Health in All Policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. J Epidemiol Community health 2010;64:500-3.

Ollila 2011

Ollila E. Health in All Policies: From rhetoric to action. Scandinavian Journal of Public Health 2011;39(6 Suppl):11-8.

Ollila in sod 2006

Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T & Leppo K. Health in All Policies in the European Union and its member states. GASPP Policy Brief 2006. Pridobljeno 2. 2. 2012 s spletne strani

[http://gaspp.stakes.fi/NR/rdonlyres/3C3A992D-CF6F-421B-8D11-](http://gaspp.stakes.fi/NR/rdonlyres/3C3A992D-CF6F-421B-8D11-4CC215028C63/6795/HealthinAllPolicies.pdf)

[4CC215028C63/6795/HealthinAllPolicies.pdf](http://gaspp.stakes.fi/NR/rdonlyres/3C3A992D-CF6F-421B-8D11-4CC215028C63/6795/HealthinAllPolicies.pdf)

Puska in Stahl 2010

Puska P, Stahl T. Health in All Policies – The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. Ann Rev Pub Health 2010;31:315-28.

Rimska deklaracija 2007

European Union. Declaration on Health in All Policies. Ministerial conference »Health in all policies: achievements and challenges«, Rome 2007. Pridobljeno 17. 2. 2012 s spletne strani

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf

Salay in Lincoln 2008

Salay R, Lincoln P. Health Impact Assessments in the European Union. Lancet 2008;372:860-1.

Smith 2010

Smith KE, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Mandal S, Gilmore AB. "Working the systems" – British American Tobacco's influence on the European Union treaty and its implications for policy: an analysis of internal tobacco industry documents. PloS Med 2010;7(1):e1000202.

Stahl 2009

Stahl TP. Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments. Eur J Pub Health 2009;20(2):176–81.

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 1. 2. 2012 s spletne strani <http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

WHO 1981

World Health organization. Global strategy for health for all by the year 2000. WHO HQ, Geneva, 1981.

WHO 1986

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

WHO 1978

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, 1978. Pridobljeno 1.2.2012 s spletne strani <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

WHO 1998

World Health Organization. Health 21 – health for all in the 21st century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European health for All Series No 5. WHO European office, Copenhagen, 1998.

WHO 1999

World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European region. European Health for All Series No 6. WHO European office, Copenhagen, 1999.

Wismar in Ernst 2010

Wismar M, Ernst K. Health in All Policies in Europe. Chapter 4. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Uvod

Anglija je največja in najgosteje naseljena od dežel, ki sestavljajo Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske. Na področju Anglije prebiva nekaj več kot 49 milijonov ljudi, kar je več kot 80% prebivalstva Združenega kraljestva. Vlade Anglije ima na nekaterih političnih področjih polne pristojnosti (npr. transport, kultura idr.), druga področja pa tudi za Anglijo vodijo ustrezni oddelki na ravni vlade Združenega kraljestva, mednje sodi tudi področje zdravja. Oddelek za zdravje oziroma sektor zdravja v Angliji vodi državni sekretar za zdravje, ki je tudi minister v kabinetu vlade Združenega kraljestva. Specifično za angleški sistem mu pomagajo štiri ministri in sicer za zdravje, za zdravstvene storitve, za javno zdravje in za kvaliteto (DOH 2011a). Pričakovana življenjska doba moških v Angliji je 77,2 let, žensk pa 82,8 let (ONS 2006).

Razvoj področja ZVP v Angliji, pomembnejši politični dokumenti in odločitve

Anglija sodi med vodilne države na področju delovanja za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Hogsted in sod 2008, SZO 2008).

Leta 1997 je vlada ustanovila Komisijo za neenakosti v zdravju, ki je leto kasneje izdala poročilo s priporočili, to je Achesonovo poročilo (Acheson report). Poročilo govori o obstoječih neenakostih v zdravju v Angliji, izhajajočih iz njihovega družbenega sistema, in poudarja pomembnost delovanja na tem področju in vsevladnega pristopa (St-Pierre 2009). V poročilu so bila predstavljena tri ključna področja in za vsako od njih tudi ključna priporočila (Acheson 1999):

- vse politike, ki bi lahko vplivale na zdravje, morajo biti ovrednotene s stališča vpliva na neenakosti v zdravju;
- največ pozornosti je potrebno posvetiti družinam z otroci;
- potrebno je dodatno zmanjšati dohodkovne razlike in izboljšati bivalne pogoje revnejših gospodinjev (to so tista, ki prejemajo socialno podporo).

V letu 1999 je vlada pripravila dve strategiji v odgovor na Achesonovo poročilo in sicer Belo knjigo o ohranjanju življenj in bolj zdravem narodu (Saving Lives: Our Healthier Nation White Paper) in Akcijski načrt za zmanjševanje razlik v zdravju (Reducing Health Disparities: An Action Report). Strategiji predlagata ukrepe za promocijo sodelovanja in partnerstev med različnimi vladnimi sektorji in ravnmi, skupnostmi in posamezniki ter integriran pristop vseh, ki vplivajo na zdravje (St-Pierre 2009, Oliver and Nutbeam 2003). Za boljšo koordinacijo in v podporo medsektorskemu sodelovanju na tem področju je vlada izvedla medsektorski pregled porabe sredstev, osredotočen na neenakosti v zdravju. Pregled porabe sredstev po posameznih sektorjih je bil osnova za oceno porazdelitve koristi za zdravje, ki jih nudijo številni programi na področju zdravja, blaginje, okolja, transporta idr. Poročilo pregleda naj bi posamezni sektorji uporabili za pripravo proračunov za naslednje obdobje, sam proces pa bi

predstavljal tudi jasno obvezo za delovanje vsakega posameznega sektorja v okviru vsevladnega načrta zmanjševanja neenakosti v zdravju. Pregled je delovanje sektorjev porazdelil na pet velikih skupin: (1) prekinitev ciklusa neenakosti v zdravju (zmanjševanje revščine, podpora zdravih nosečnosti in zgodnjega otroškega razvoja ter izobraževalne intervencije), (2) delovanje na največje "ubijalce" (delovanje na socialni gradient pri vedenjskih in psiholoških tveganjih z zagotovitvijo storitev zdravljenja), (3) izboljšanje dostopa do javnih storitev in objektov, (4) krepitev prikrajšanih skupnosti in (5) delovanje v ranljivih skupinah (Oliver and Nutbeam 2003).

V letu 2003 je vlada predstavila program delovanja na področju neenakosti v zdravju (Tackling Health Inequalities: A Programme for Action), ki je bil osnova za široko javno razpravo in je bil osredotočen na prepoznavanje primerov uspešnih programov za delovanje na vzroke in učinke neenakosti v zdravju. Program je bil prava medsektorska strategija in primer vsevladnega pristopa k zmanjševanju neenakosti z jasnimi cilji in prioriteta. Ratificiralo ga je 12 sektorjev oziroma oddelkov in številni nacionalni in regionalni uradi. Predviden je jasen nacionalni cilj in sicer 10% zmanjšanje vrzeli v zdravju na področju umrljivosti dojenčkov in pričakovanega trajanja življenja do leta 2010, program pa vključuje tudi preko 80 vladnih obvez za delovanje na področju vzrokov neenakosti v zdravju. Program se osredotoča na lokalno raven (aktivnosti) in vključuje redno vrednotenje doseganja ciljev in porabe virov (St-Pierre 2009, Oliver and Nutbeam 2003).

V letu 2004 je bila sprejeta nacionalna strategija javnega zdravja Izberimo zdravje (Choosing health), katere osnova je sodelovanje in partnerstvo vseh vladnih področij in sektorjev z ljudmi, njihovimi lokalnimi skupnostmi, lokalno upravo, privatnim sektorjem in nevladnimi organizacijami za doseganje boljšega zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Neenakosti v zdravju se namreč niso zmanjšale in, kot so opredelili v strategiji, ostajajo ključni izziv (DOH 2004). Strategija je vključevala specifične zaveze, cilje in časovne termine za izvedbo in kazalnike uspeha ter redno spremljanje in vrednotenje. Sektorji oziroma oddelki naj bi rutinsko ocenjevali vpliv svojih politik na neenakosti v zdravju (Hogsted in sod 2008, DOH 2004), kar je danes redna praksa in Anglija je dejansko prepoznana kot ena od vodilnih držav na tem področju (Wismar in sod 2006).

Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske je za glavno temo predsedovanja EU na področju zdravja leta 2005 izbrala neenakosti v zdravju (Tackling Inequalities in Health) in tako pripeljala temo v evropski politični prostor (DOH 2005). Ob tej priliki je bilo izdano tudi poročilo o neenakostih v državah članicah EU (Mackenbach 2006).

Poročilo o izvajanju programa delovanja na področju neenakosti v zdravju (Tackling Health Inequalities: A Programme for Action) iz leta 2007 kaže, da je bilo medsektorsko sodelovanje uspešno, saj so bile obveze sektorjev skoraj v celoti dosežene, vendar pa neenakosti v zdravju vztrajajo, resda z nekaj obetavnimi znaki. Kot glavni problem je bila izpostavljena težavnost izvajanja zastavljenega na lokalni ravni (St-Pierre 2009, Oliver and Nutbeam 2003).

Kot odgovor na problem sta bili pripravljena v letu 2010 pregled Poštena družba, zdrava življenja (Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010) in v letu 2011 strategija Zdrava življenja, zdravi ljudje: Strategija javnega zdravja v

Angliji (Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England). V slednji ponovno ocenjujejo, da trenutni pristopi ne delujejo ustrezno oziroma niso kos nalogi zmanjševanja neenakosti v zdravju, zato so potrebni novi pristopi. Ti so v novo strategijo tudi vključeni. To so vodenje s strani najvišjih vladnih ravni, opolnomočenje lokalnega vodenja ter radikalen premik moči na lokalno raven, spodbujanje odgovornosti, osredotočenje na ključne izide, delovanje v vseh življenjskih obdobjih in reforma zdravstvenega sistema z organizacijo podporne službe Javno zdravje Anglije (Public Health England), ustrezno financiranje in finančne spodbude ter pomembnejša vloga ministra za zdravje v svetovanju vladi glede zdravja prebivalcev (DOH 2011b, Marmot 2010).

Strukture in mehanizmi izvajanja

Zaveza za zmanjševanje neenakosti je bila že kmalu po letu 1997 ratificirana (v skladu z njihovim nacionalnim sistemom zdravstvenega zavarovanja, to je Beveridge-ov sistem, pri katerem država prevzame vlogo vodenja in upravljanja preko državnega urada) s strani najvišjih vladnih ravni, sektorja financ in sektorja zdravja. Uvedeni so bili ukrepi za promocijo sodelovanja različnih področij in sektorjev na različnih vladnih ravneh za doseganje nacionalnih ciljev, ustrezno so bili spremenjeni tudi mehanizmi delovanja. V ta namen je bil vzpostavljen Odbor v okviru kabineta predsednika vlade, ki ga vodi minister za javno zdravje (Cabinet subcommittee under the responsibility of Minister for PH). Vzpostavljena je bila tudi Enota za neenakosti (Health Inequality Unit), ki je del sektorja zdravja in promovira povezave med organizacijami, predvsem na regionalnih in lokalnih ravneh (St-Pierre 2009).

Skladnost delovanja vlade v doseganju nacionalno zastavljenih ciljev zmanjševanja neenakosti in medsektorsko sodelovanje krepita dva vzpostavljena mehanizma vodenja. To sta medsektorski pregledi porabe sredstev in formalni dogovori med vlado, sektorji, področji in lokalnimi ravnmi glede zastavljenih ciljev. Oba mehanizma sta med seboj povezana, obenem pa so tudi cilji, zastavljeni v predhodno opisanih strategijah, del omenjenih dogovorov (St-Pierre 2008).

Anglija je tudi med vodilnimi državami na področju ocene vplivov na zdravje (OVZ) za projekte in politike izven zdravstvenega sektorja. Že leta 2004 je vlada formalno vpeljala OVZ kot obvezno prakso za vse nove zakonodajne dokumente, kar pomeni, da sta skrb za zdravje in blaginjo sistemsko vgrajena v nacionalne politike. Ministrstvo za zdravje podpira izvajanje OVZ s pripravo priporočil in s svetovanjem. Razvoj znanja, veščin in izgradnjo kapacitet na področju neenakosti v zdravju in ocen vplivov na zdravje pa zagotavljajo London Public Health Observatory, Association of Observatories in University of Liverpool ter Council for Science and Technology. Številna orodja so na voljo na naslednjih spletnih straneh: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/DH_647 in http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA. Na voljo so tudi različna izobraževanja (Hogsted in sod 2008, St-Pierre 2008).

Uspešnost uvedbe in izvajanja, ključne prednosti ter ključne slabosti procesa

Med ključne pozitivne dejavnike procesa v Angliji lahko uvrstimo zavezanost najvišjih vladnih ravni in jasno politično zavezo na področju zmanjševanja neenakosti, zavezanost k pripravi in izvajanju nacionalne strategije, pripravo konkretnih akcijskih načrtov vse do lokalne ravni, pregled porabe sredstev ter doseganja obvez in ciljev ter obvezno izvajanje OVZ. Največje težave so v Angliji zaznali pri izvajanju akcijskih načrtov na lokalnih ravneh, zato so v najnovejši strategiji vključili nove pristope v izogib ponovitvi tega problema (St-Pierre 2008). Kaj pa se po mnenju strokovnjakov lahko naučimo iz primera Anglije za obdobje do 2008? Predvsem pomena in pomembnosti politične volje za prepoznavanje problema neenakosti v zdravju, delovanja s ciljem zmanjševanja neenakosti in sprejetosti vsevladne odgovornosti za tovrstno delovanje. Ko je politična volja prisotna, pa morajo biti strokovnjaki pripravljeni na doprinos k rešitvam, saj hočejo politiki takoj odgovore, kako reševati probleme. Tu se razgali problem pomanjkanja dokazov, kar kaže še posebej na pomembnost vrednotenja kompleksnih intervencij v javnem zdravju in iskanja novih načinov sintetiziranja podatkov, ki že obstajajo. Primer Anglije tudi jasno kaže, kaj se zgodi, ko se želijo implementirati široko zastavljene strategije. V Angliji je od leta 1998 do 2004 prišlo do močne zožitve fokusa od prvotnega pristopa k socialnim determinantom zdravja do osredotočenosti na specifične skupine in nato na posamezne dejavnike življenjskega stila v letu 2004. Res je lažje načrtovati aktivnosti na področju posameznega dejavnika življenjskega sloga, vendar pa nikakor ne smemo zanemariti delovanja na oddaljenih determinantah zdravja. Delovanje je bilo tudi preveč osredotočeno na najbolj depriviligirane skupine, rezultat tega je bil, da so do neke mere zanemarili širši pristop. V novi strategiji iz leta 2011 skušajo te probleme preseči. Za problematičnega se je izkazal tudi pristop k pripravi kazalnikov, saj se je npr. pokazalo, da se je v povprečju zdravje izboljšalo, neenakosti v zdravju pa ostale iste ali se celo povečale, kar je sprožilo obsežno debato o ustreznem izboru kazalnikov. Pojavili so se tudi konflikti glede virov, reševanje nujnejših potreb, npr. kirurške čakalne liste, je imelo prednost pred mehkejšimi dolgoročnejsimi cilji. To se je pojavljalo v vseh sektorjih, ne le v sektorju zdravja, in potrebna bo stalna pozornost, da bodo strategije zmanjševanja neenakosti ostale na začrtani poti (Hogsted in sod 2008).

Kljub številnim strategijam in dokumentom pa v Angliji vedno znova ugotavljajo, da razlike v zdravju vztrajajo in iščejo nove pristope k njihovem zmanjševanju.

Viri

Acheson 1998

Acheson D, Chair. Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London: The Stationery Office, U.K. Government, 1998. Pridobljeno 24. 10. 2011 s spletne strani <http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>

DOH 2011b

HM Government, UK. Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England. London: The Stationery Office, U.K. Government, 2010. Pridobljeno 25. 10. 2011 s spletne strani http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_121941

DOH 2011a

Organization of Department of Health UK. Pridobljeno 21. 10. 2011 s spletne strani <http://www.dh.gov.uk/health/about-us/people/ministers/>

DOH 2005

Department of Health, UK. The National Archives. EU Presidency 2005.

Pridobljeno 6. 1. 2012 s spletne strani

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/healthcare/international/europeanunion/eupresidency2005/index.htm>

DOH 2004

Department of Health, UK. Choosing Health: Making healthy choices easier. London: Department of Health, 2004.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

Hogsted in sod 2008

Hogsted C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M. Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries. Swedish National Institute of Public Health. Oestersund: Swedish National Institute of Public Health, 2008.

Mackenbach 2006

Mackenbach PJ. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK. Presidency of the EU (February 2006). Pridobljeno 6. 1. 2012 s spletne strani

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

Marmot Review 2010

Marmot Review. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review; 2010. Pridobljeno 6. 1. 2012 s spletne strani

<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Oliver and Nutbeam 2003

Oliver A, Nutbeam D. Addressing health inequalities in the United Kingdom: a case study. *Journal of Public Health Medicine* 2003;25:281-287.

ONS 2006

Office for National Statistics. Life expectancy at birth for wards in England and Wales, 1999-2003 (experimental), Results, 2006. Pridobljeno 6. 1. 2012 s spletne strani

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/life-expec-birth-wards-eng-wal/results/index.html>

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 21. 10. 2011 s spletne strani

<http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

SZO 2008

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

Wismar in sod 2006

Wismar M, Blau J, Ernst K, Elliott E, Golby A, van Herten L, Lavin T, Strička M, Williams G. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. Chapter 12. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Uvod

Finska je dežela gozdov in jezer, ki slovi po neokrnjeni naravi (338.000 km²) z glavnim mestom Helsinki. Na skrajnem severu sonce poleti kakih 10 tednov sploh ne zaide – to je čas polnočnega sonca, pozimi pa se v teh krajih sonce približno osem tednov sploh ne dvigne nad obzorje. Na Finskem živi 5,3 milijona prebivalcev. Pričakovana življenjska doba na Finskem je leta 2009 znašala za ženske 83,5 let in za moške 76,6 (HEIDI 2010). V Evropsko unijo je Finska vstopila leta 1995 (EU 2012).

Razvoj področja

V začetku 70-tih let je bila pri moških pričakovana življenjska doba ob rojstvu precej nižja kot danes, v tistem času je bila tudi precej nižja kot v drugih državah Zahodne Evrope. V sedemdesetih letih preteklega stoletja je bila stopnja mortalitete zaradi koronarno srčnih obolenj in kapi zelo visoka, prav tako incidenca raka, stanje na področju nalezljivih bolezni, bolezni zob in ust je bilo izredno slabo (Koskinen in sod 2006, WHO 2002).

Zaradi vseh zgoraj omenjenih težav so na Finskem že v tem času začeli intenzivno z različnimi programi in strategijami za izboljšanje zdravja prebivalstva. Najprej so bile le-te bolj usmerjene predvsem na zdravstveni sektor, s ciljem približevanja primarne zdravstvene ravni prebivalcem. Leta 1972 so v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) razvili uspešen projekt preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni v provinci Severna Karelija (Project North Karelia). Vzhodni del države, predvsem pa prebivalce province Severna Karelija, so kardiovaskularne bolezni namreč še posebej pestile. Zato je bil glavni cilj projekta sprememba nezdravega načina življenja prebivalcev s pomočjo preventivnih programov, usmerjenih v lokalno skupnost. Ob tem so tesno sodelovali z lokalnimi organizacijami, nevladnimi organizacijami, privatnim sektorjem ter političnimi odločevalci. Projekt je nakazoval začetke medsektorskega sodelovanja (Puska in sod 2009, Puska 2010).

Po letu 1980 so se bolj intenzivno usmerili tudi na druga področja oz. sektorje. Zdravstvena politika je z različnimi ukrepi in programi želela vplivati predvsem na dva ključna cilja, in sicer zagotavljanje najboljšega možnega zdravja prebivalstva in vplivati na zmanjševanje razlik v zdravju. Intenzivno se je povezovala z lokalnimi skupnostmi ter z nevladnimi organizacijami (decentralizacija) (WHO 2002). Intenzivno so delovali v različnih mednarodnih mrežah in organizacijah (mreža skandinavskih držav - Nordic Dimension Partnership, SZO, Evropska Unija).

Tradicija poročanja o javnem zdravju v Evropi sega v 70-ta leta prejšnjega stoletja. Na Finskem je prvo poročilo nastalo leta 1985, deset let kasneje pa je poročanje o javnem zdravju dobilo zakonsko osnovo. Finska je danes ena od redkih držav, ki ima predpisano, da se poročila o zdravju predstavljajo v parlamentu. Poročila o javnem zdravju sicer nastajajo vsake štiri leta. Prav poročilo o javnem zdravju je ključni dokument s področja zdravja v vseh

politikah. Finska je bila prva država, ki je sprejela (leta 1986) program zdravja, usklajen z SZO deklaracijo »Zdravje za vse do leta 2000« (Health for all by the year 2000). Leta 2001 so na vladni ravni sprejeli dokument Program javnega zdravja 2015 (Health 2015 Public Health Programme). Program vključuje tako splošne cilje (podaljšanje življenjske dobe, zmanjševanje neenakosti, povečanje zadovoljstva z zdravstvenim varstvom) kot tudi bolj specifične cilje, povezane načinom življenja posameznih skupin prebivalstva (otroci, mladostniki, aktivna populacija, starostniki). Cilji so se nanašali na izboljšanje zdravja in blaginje, zmanjšanje kajenja, uživanja alkoholnih pijač, zmanjšanje nasilja in nezgod in podobno (St-Pierre 2009).

V letu 2006 je Finska ob predsedovanju Evropski Uniji lansirala iniciativo za »zdravje v vseh politikah«. S tem je želela pokazati, kako pomembno je sodelovanje med različnimi sektorji za doseganje realnega in vzdržnega izboljševanja zdravja populacije (St-Pierre 2009). Danes je Finska ena od vodilnih držav na področju politike javnega zdravja.

Struktura delovanja in vodenje

Ministrstvo za socialne zadeve in zdravje (MSZZ) je ključni akter na področju implementacije in koordinacije programov javnega zdravja prek različnih orodij upravljanja.

Eden najpomembnejših mehanizmov koordinacije je Posvetovalni odbor za javno zdravje, ki deluje pod okriljem MSZZ. Naloga odbora je spremljanje zdravja prebivalstva in implementacija različnih aktivnosti prek različnih sektorjev. Aktivno sodeluje pri razvoju programov javnega zdravja. Med drugim koordinira tudi uresničevanje programov znotraj Programa javnega zdravja 2015 in Nacionalnega programa za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Prav tako promovirajo medsektorsko sodelovanje med vladnimi in nevladnimi organizacijami ter drugimi partnerji. Finska pomemben del implementacije programov prepušča lokalni ravni ter nevladnim organizacijam. Posvetovalni odbor ima tri oddelke (division), od katerih je eden Oddelek za nacionalno medsektorsko sodelovanje (St-Pierre 2009, Ståhl in sod 2006).

Nacionalni plan za zmanjševanje neenakosti v zdravju je bil sprejet leta 2008 s strani MSZZ. Plan opisuje predloge za strateške politične odločitve in najbolj pomembne ukrepe za zmanjševanje socialno ekonomskih neenakosti na področju zdravja. Glavna področja dela so: socialna politika, boljši pogoji za zdrave izbire/zdravega načina življenja ter izboljšanje dostopnosti do socialnega in zdravstvenega varstva (St-Pierre 2009).

Drugi pomemben mehanizem za spodbujanje medsektorskega sodelovanja so Medsektorski politični programi za področje javnega zdravja, ki delujejo pod okriljem pisarne predsednika vlade. To so trije politični programi: Program promocije zdravja, Program zaposlovanja, podjetništva in delovnega okolja ter Program blaginje otrok, mladostnikov in družin.

Tretji mehanizem spodbuja tako horizontalne (na lokalni ravni) kot tudi vertikalne mehanizme prek Zakona o javnem zdravju. V zakonu je namreč opredeljeno medsektorsko delovanje predvsem na lokalni ravni.

Pomemben dokument medsektorskega delovanja in povezovanja so tudi že omenjena redna poročila o zdravju in razvoju javnega zdravja in socialne varnosti, ki so kot priloga vladnemu letnemu poročilu predstavljena Parlamentu vsaka štiri leta. Specifično za Finsko je to, da morajo pri pisanju tega poročila sodelovati tudi drugi sektorji (zakonska obveza). Poročilo je po eni strani odraz uspešnosti politike na tem področju ter osnova za načrtovanje v prihodnosti (poročilo nastane eno leto po volitvah). Ker se poročilo obravnava v parlamentu, je to odlična priložnost za povečanje pomembnosti zdravja v naslednjih vladnih programih (Ståhl in sod 2007).

Poročila o javnem zdravju imajo sicer dolgo zgodovino v vseh evropskih državah, vendar gre v večini primerov za bolj kot ne tehnično poročilo s stanju na področju zdravja, ki ga napiše Ministrstvo za zdravje ali neodvisna raziskovalna inštitucija, kjer imajo zaposleni medicinsko ali epidemiološko predznanje. Večinoma je v poročilih tudi zaznati, da glavne determinante zdravja ležijo izven zdravstvenega sektorja (Ståhl in sod 2006).

Priprava finskega poročila o javnem zdravju je v letu 2006 potekala na osnovi bilateralnih pogovorov med MSZZ in vsemi ostalimi sektorji. Namen pogovorov je bil predvsem v močnejšem medsektorskem delovanju in boljšemu usklajenemu razumevanju koncepta zdravja in determinant zdravja. Prav to poročilo je bilo prvo, ki je nastalo v tesnejšem sodelovanju z vsemi sektorji. Cilji so bili okrepiti medsektorsko sodelovanje, dosegati bolj celostno sliko o zdravju in kako je le-to promovirano prek aktivnosti drugih sektorjev ter povečati razumevanje zdravja in determinant zdravja.

Ob vstopu Finske v Evropsko Unijo se je Finska zavezala k boljšemu medsektorskemu sodelovanju. Izkušnje iz članstva v EU so dobre, saj se vsi procesi izvajajo participativno in zagotavljajo enake možnosti za vse deležnike, da tvorno sodelujejo pri sprejemanju odločitev.

Finska daje velik poudarek evalvaciji vseh političnih dokumentov kot tudi različnih programov s področja javnega zdravja. Monitoring in evalvacija sta ponavadi že vključena v vladne dokumente, programe in politiko (St-Pierre 2009).

Prednosti delovanja

Glede na poročila, različne dokumente in evalvacijska poročila lahko sklepamo, da je prednost medsektorskega delovanja na področju javnega zdravja na Finskem predvsem v koordinaciji in vodenju, ki poteka na najvišji ravni, tj. raven države. Prednost je vsekakor tudi v tradiciji javnega zdravja in promociji zdravja, saj Finska velja za vodilno državo na tem področju. Razumevanje pomena zdravja in promocije zdravja je jasna vsem deležnikom, ki sodelujejo v procesu odločanja (temu še vedno dajejo velik poudarek). Prav tako je potrebno upoštevati »naravo« Fincev, saj veljajo za družbo, kjer so vrednote, kot so zdravje, sodelovanje, solidarnost, enakost v zdravju visoko na prednostni lestvici vrednot tako posameznikov kot celotne družbe. Finska se je v svojem strateškem razvoju javnega zdravja naslanjala na obstoječe trdne mreže in organizacije, kot so npr. SZO, Mreža skandinavskih držav in Evropska Unija. Medsektorsko sodelovanje je značilno za vsa področja delovanja in ne samo za področje javnega zdravja. Velik poudarek dajo tudi evalvaciji dejavnosti, programov in dokumentov (tako notranji kot tudi zunanji).

Zaključki

Finska je vodilna država na področju javnega zdravja. Tesno je vpeta v mednarodno sodelovanje (SZO, EU, skandinavske države) in aktivna na ravni sodelovanja za lastne potrebe in tudi kot ekspertna država za področje javnega zdravja za druge države ES ter širšo mednarodno skupnost. Finsko odlikuje visoka raven strateškega razmišljanja na področju zdravja in trajnostnega razvoja kot tudi na področju sistematičnega načrtovanja in spremljanja.

Kljub že vzpostavljenemu dobremu delovanju si v bodoče želijo področje medsektorskega delovanja na področju javnega zdravja (priprava poročil, bilateralni pogovori ...) še bolj institucionalizirati in deležnike bolj obvezati k sodelovanju. Dobre prakse (ali vsaj del delovanja in vodenja) želijo prenesti tudi v druge države Evropske unije (Ståhl in sod 2006).

Viri

EU 2012

Portal Evropske Unije. Finska. Pridobljeno 3. 1. 2012 s spletne strani
http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/finland/index_sl.htm

HEIDI 2010

Evropska komisija. Javnozdravstveni portal Evropske unije. Pričakovana življenjska doba: HEIDI data tool. Pridobljeno 3. 1. 2012 s spletne strani
http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_sl.htm

Koskinen in sod 2006

Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J (eds.). Health in Finland. National Public Health Institute KTL, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

MSZZ 2008

National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011. Helsinki, Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, 2008.

Puska in sod 2010

Puska P, Ståhl T. Health in All Policies – The Finnish Initiative: Background, Principles and Current Issues. Annu. Ev. Public Health 2010; 31: 315-28.

Puska in sod 2009

Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M (eds.). North Karelia project: From North Karelia to national action, Helsinki, National Institute for Health and Welfare (THL) in collaboration with the North Karelia Project Foundation, 2009.

Ståhl in sod 2006

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo L. Health in All Policies. Prospects and potentials, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno s spletne strani 3.1.2012
<http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

WHO 2002

Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future, Copenhagen, World Health organisation, 2002.

Uvod

Južna Avstralija (JA) je četrta največja in najbolj sušna zvezna država Avstralije, v kateri prebiva približno 1,6 milijona prebivalcev (8 % vseh prebivalcev Avstralije), večinoma v glavnem mestu Adelaide. Vlado države sestavlja 15 sektorjev oziroma oddelkov, med njimi tudi sektor zdravja (SA GOV 2011). Pričakovana življenjska doba moških v JA je 78,1 let, žensk pa 83,4 let (SA 2008).

Uvedba strategije ZVP v Južni Avstraliji

Vlada JA je začela uvajati in izvajati ZVP kot ključno strategijo odziva na sodobne zdravstvene izzive (Buckett in sod 2011). Uvedba ZVP je potekala v 3 fazah, priprava in osveščanje, dokazovanje izvedljivosti in izvajanje. Faza izvajanja se je začela v 2010 in zato je o tej fazi na voljo še malo podatkov (Williams in Broderick 2010).

Faza priprave in osveščanja

Leta 2007 je vlada JA povabila prof. Ilono Kickbush kot strokovnjakinjo za področje zdravja, da sodeluje v okviru programa "Adelaide Thinkers in Residence" (ATR 2011). Cilj programa so nove ideje in njihovo prevajanje v praktične rešitve za izboljšanje življenja prebivalcev na različnih področjih, npr. na področjih zdravja, izobraževanja, vodnih virov, tehnologije, klimatskih sprememb, transporta, varnosti v cestnem prometu idr. Prof. Ilona Kickbush je v sodelovanju s številnimi strokovnjaki in deležniki pripravila poročilo o zdravju v 21. stoletju in eno glavnih priporočil za vlado JA je bila uvedba strategije ZVP (Williams in Broderick 2010). V poročilu so pozvali ministrstvo za zdravje in kabinet predsednika vlade, da skupaj preučijo možnost uvedbe ZVP, in prepoznali, kako blizu so si Strateški plan JA (South Australia's Strategic Plan, v nadaljevanju SASP) ter cilji v njem z dejavniki, ki jih opisujemo kot determinante zdravja (delo, zaposlenost, izobrazba, (pre)hrana, transport, bivalne razmere, zgodnje življenje, socialna podpora). SASP je bil prepoznan kot osnova za proces uvedbe in izvajanja ZVP. Priporočilo omenjenega poročila je bilo, da mora vodenje procesa prevzeti vlada in ne sektor zdravja, saj en sektor ne more vpeljevati procesa, ki vključuje vse sektorje in vlado. Oddelek predsednika vlade in kabinet (ne sektor zdravja) sta naredila hitro analizo ciljev SASP in njihovega vpliva na zdravje in blaginjo, nato pa je novembra 2007 sledila konferenca za izgradnjo zanimanja in razumevanja področja ter iskanja načina, kako uvesti in izvajati ZVP. Konference so se udeležili višji uradniki vlade in sektorjev. Konferenca je bila sicer plod skupne pobude vrhov vlade in sektorja zdravja, a slednji ni nastopal kot vodja, temveč kot facilitator procesa. Za podrobnejši pregled ciljev SASP, boljše razumevanje ZVP in nadaljnje iskanje načinov uvedbe in izvajanja ZVP so sledile še delavnice po področjih, ki so se jih udeležili predstavniki različnih sektorjev, ki so iskali "dobim-dobiš" («"win-win«") rešitve v smislu izboljšanja populacijskih zdravstvenih izidov in sočasnega doseganja ciljev različnih sektorjev. Delavnice so pomembno pripomogle k povezavam in odnosom med

sektorji in spodbudile nadaljnje delo in sodelovanje, povečale so razumevanje uradnikov o povezavah med določenim področjem in zdravjem ter o pomembnosti teh povezav za zdravje in doseganje ciljev različnih sektorjev. To je bil tudi začetek pogovorov in dela na dokumentih, ki neposredno povezujejo osnovno dejavnost posameznega sektorja z zdravstvenimi izidi prek socialnih determinant zdravja. Zaključek prve faze je predstavljal konsenz vlade o aplikaciji ZVP na cilje SASP (Williams in Broderick 2010).

Dokazovanje izvedljivosti

Vzpostavljena je bila vodstvena struktura na najvišji ravni vlade, kar je potrditev in zaveza, da bo pristop ZVP podprla celotna vlada, ne le sektor zdravja, to pa je gonilna sila za druge sektorje, da se lotijo izvajanja ZVP. Strateška pomembnost SASP prav tako zagotavlja, da se bo strategija izvajala v vseh sektorjih (Williams in Broderick 2010).

Pomembnejši politični dokumenti in odločitve

SASP, ki se redno posodablja in dopolnjuje (2004, dopolnjen 2007 in 2011), je vodilni strateški dokument države z močno podporo predsednika vlade in kabineta predsednika vlade, pomemben za vse sektorje. Izraža vrednote, prioritete in aktivnosti za bodočo usmeritev države in je referenčna točka za aktivnosti in organizacijo vsakega sektorja vlade. Z vključitvijo SASP v proces ZVP so dosegli, da so kriterije zdravja v svoj program dali prav vsi sektorji, tudi tisti, ki še vedno niso videli pomena v tovrstnem delovanju (Pitcher in sod 2010). SASP tudi omogoča delovanje na povezave med ekonomskim razvojem, produktivnostjo in zdravjem ter blaginjo (Buckett in sod 2011). SASP vsebuje 100 ciljev, združenih v 6 glavnih področij napredka. Cilji niso neodvisni drug od drugega in so del mreže ciljev. Pri vsakem cilju je določen kazalnik in način spremljanja. Zdravje je eno od glavnih področij napredka, determinante zdravja pa so razporejene po celotnem planu. SASP vključuje tudi številna področja oziroma cilje, ki omogočajo zmanjševanje neenakosti v zdravju (SASP 2011, Pitcher in sod 2010). Poročila o napredku, osnovana na SASP, vlada JA redno objavlja na svojih spletnih straneh. Za spremljanje v bodoče razvijajo sestavljeni indeks blaginje (SASP 2011).

Odločitev izvršnega odbora vladnega kabineta iz leta 2008 je uvedla t.i. "health lens" pristop v vse cilje SASP (Druet in sod 2010).

Zakon o javnem zdravju 2011 določa, da minister za zdravje svetuje oz. je vpleten v razvoj politik in ukrepov, ki imajo lahko pomemben učinek na zdravje prebivalcev oziroma lahko to moč prenese na ustrezno drugo osebo. Minister lahko od ustreznega ministrstva, vladne agencije ali lokalne oblasti zahteva oziroma jih pozove, da pripravijo poročilo o kateremkoli delu izvajanja te zakonodaje. Te določbe so zakonodajna osnova za institucionaliziranje pristopa ZVP (PHA 2011).

Strukture in mehanizmi izvajanja

Za nadzor izvajanja SASP na vladni ravni je odgovorna komisija v okviru kabineta predsednika vlade, t.i. Izvršni komite predsednika vlade (Executive Committee of Cabinet ali ExComm), ki je odgovoren tudi za določanje prioritet, saj določa, kateri cilji SASP se vključijo v t.i. "health lens" analize, to so analize podobne oceni vplivov na zdravje (OVZ) (Williams in Broderick 2010). Izvršni komite vodi predsednik vlade, poleg njega so v njem tudi izbrani ministri in neodvisni člani izven vlade. Minister za zdravje ni član te skupine (Buckett in sod 2011). Uresničevanje SASP torej nadzirajo najvišji vrhovi vlade, medtem ko posamezna področja delajo na posameznih ciljih, zanje pripravijo plan izvedbe in tudi nadzirajo izvajanje (Pitcher in sod 2010). Vzpostavljeni so močni mehanizmi vrednotenja in odgovornosti. Ministri oziroma vodje področij so namreč glede doseganja zastavljenih ciljev odgovorni neposredno predsedniku vlade (Pitcher in sod 2011).

Ministrstvo za zdravje, Oddelek predsednika vlade in kabineta vlade sodelujejo ter podpirajo Izvršni komite da lahko izpolni svoje zadolžitve in sicer s pomočjo "health lens" projektov, zagotavljanjem strateškega svetovanja in izgradnjo kapacitet v okviru sistema (Pitcher in sod 2011). Vzpostavljeno je orodje vodenja na visoki ravni sektorja zdravja, ki podpira razvoj ZVP in potrebe drugih sektorjev. Gre za manjši oddelek in torej niso bile potrebne obsežnejše investicije in viri. Predvidevajo, da bo podobno tudi v drugih sektorjih, kjer bo prišlo do počasne "kulturne spremembe" vprid ZVP, ko bodo različni sektorji sprejeli ta način dela kot del njihove osnovne dejavnosti in ko bodo prepoznali, da jim ZVP koristi pri doseganju ciljev njihovega področja (Williams in Broderick 2010).

90

Struktura vodenja v JA deluje torej horizontalno v okolju priprave politik, istočasno pa tudi skozi vertikalne strukture sprejemanja odločitev (Buckett in sod 2011).

Kot enega od izzivov vidijo ohranjanje pomembnosti ZVP znotraj sektorja zdravja v širšem smislu. Potrebno je razumevanje načel in učinkovitosti preprečevanja bolezni skozi izboljševanje socialno-ekonomskih determinant zdravja, kar pogosto še ni razumljeno kot učinkovit pristop, zato je potrebno prikazati, da lahko pristop koristi pri reševanju pomembnih problemov na področju zdravja, kot so npr. debelost, kronične bolezni ipd (Williams in Broderick 2010).

"Health lens" analize

"Health lens" analize so ključni del ZVP modela v JA. Cilj teh analiz je razpoznavanje ključnih interakcij in sinergij med cilji, politikami in strategijami na eni strani ter zdravjem in blagostanjem populacije na drugi strani, za kar se uporabljajo uveljavljene metodologije in orodja za oceno povezav. To je sodelovalen proces, kjer se kombinirajo izkušnje in znanje zdravstvenih strokovnjakov in osebja sodelujočih sektorjev in agencij (Bucket in sod 2011, Quigley 2010, Williams in Broderick 2010, Williams in sod 2010). Opisani proces pomaga področjem in sektorjem v doseganju zastavljenih ciljev v okviru SASP (Buckett in sod 2011).

Proces analize je sestavljen iz petih korakov (Buckett in sod 2011, Williams in Broderick 2010, Williams in sod 2010):

- Vzpostavi se dogovor med sektorjem zdravja in drugim sektorjem o področjih, ki jih bodo obravnavali. Skliče se skupna ekspertna delovna skupina, ki je sestavljena iz predstavnikov posameznih sektorjev in področij, ki imajo vpliv na področje izbrane politike. Pri nekaterih bolj kompleksnih projektih se poleg delovne skupine ustanovi tudi usmerjevalni odbor na visoki politični ravni.
- Začne se zbiranje dokazov in ugotavljanja vplivov med zdravjem in področjem politike, ki jo obravnavajo, ter identifikacija z dokazi podprtih rešitev. Pri tem se uporabljajo različna orodja in metode.
- Ekspertna delovna skupina obravnava dokaze in pripravi priporočila za doseganje ciljev izboljšanja zdravja in blagostanja ter istočasno doseganja ciljev sektorja oziroma področja. Priporočila najprej odobrijo najvišji uradniki vpletenih sektorjev, nato pa posredujejo na ExComm. Predstavljena so tudi ključnim deležnikom.
- Končna priporočila gredo skozi vladne uradniške procese, kar je del odobritvenega postopka, to pa zagotavlja, da vidiki zdravja in z njim povezane prioritete ostajajo v centru pozornosti tudi v nadaljnjih procesih posvetovanj in odločanja.
- V okviru vrednotenja ocenijo, ali je proces vplival na politične odločitve drugih sektorjev oz. vladnih področij, ali je bil koristen za cilje teh področij in na katere determinante so vplivali. Izvedejo procesno vrednotenje (ali je proces v zadostni meri izpolnil potrebe vseh sodelujočih področij in ali je pomagal pri vzpostavitvi in ohranjanju sodelovalne klime), vrednotenje vplivov (ali obstajajo dokazi oziroma potrditve, da so bili dejavniki zdravja v zadostni meri vključeni v končno obliko predloga politik) in vrednotenje izidov (glede na izbrane kazalnike in izide).

"Health lens" analize uporabljajo različne vidike OVZ in številne druge načine pregledov in raziskav politik ter orodij za analizo, kar je odvisno predvsem od faze, v kateri je posamezen SASP cilj (faza zbiranja informacij, prepoznave problemov, implementacija ali vrednotenje). V JA so prepričani, da je sistematičen pristop OVZ še posebej pomemben pri strukturiranju razprave med sektorjem zdravja in drugimi sektorji, pa tudi, da je pomembno čim zgodnejše vključevanje v oblikovanje politik za zagotavljanje vključitve dejavnikov zdravja v proces odločanja, tu pa se skriva tudi glavna razlika med "health lens" in OVZ. Tradicionalna OVZ je najučinkovitejša, ko jo apliciramo na obstoječo politiko ali predlog politike ali projekta, medtem ko "health lens" analize delujejo v času razvoja politik, kjer je sicer poznan splošni namen politike, vendar pa večinoma še ne obstajajo osnutki. "Health lens" analize se ne izvajajo preko ene metodologije raziskovanja, pač pa se prilagajajo potrebam oziroma situaciji, kar poveča sprejemljivost za druge sektorje in področja, saj se v procesu upoštevajo tako posebne kontekstualne značilnosti področja pa tudi omejitve človeških virov in časa (Williams in Broderick 2010, Williams in sod 2010).

V JA so do leta 2010 izvedli 5 tovrstnih analiz in sicer s področij trajnosti vodnih virov, digitalne tehnologije, regionalne migracije, razvoja na področju tranzitnega prometa, pismenosti in zavzetosti oziroma dejavnega odnosa staršev, varnosti v prometu pri Aboriginih, zdrave telesne teže, javnega transporta, tujih študentov, trajnostnega regijskega razvoja v eni od regij JA in aktivnega transporta (Pitcher in sod 2011).

Ovrednotena so bila 4 "health lens" poročila in rezultati vrednotenja kažejo, da je tovrsten način dela privedel do večjega razumevanja socialnih determinant zdravja, vpliva politik na zdravje prebivalstva in enakost v zdravju ter z dokazi podprte priprave politik, sprememb v usmeritvah politik, okrepljenega sodelovanja med sektorjem zdravja in drugimi sektorji in področji, povečano delovanje v smeri enakosti v zdravju ter pozitivno mnenje o metodologiji (Pitcher in sod 2011).

Uspešnost uvedbe in izvajanja, ključne prednosti ter ključne slabosti procesa

Model ZVP v JA se še razvija in vrednoti, zato o vseh njegovih učinkih na zdravje prebivalcev še težko govorimo, zaenkrat ocenjujejo, da je proces uvedbe in izvajanja uspešen (Buckett in sod 2011). Pokazali so, da lahko uspešno sodelovanje z drugimi sektorji v okviru socialno-ekonomskih determinant poteka na visokih strateških ravneh in ob doseganju skupnih koristi. Prenosljivost tega modela je potrebno še preizkusiti, vendar ocenjujejo, da model ne vsebuje nič posebej edinstvenega iz konteksta JA, zato se lahko elementi modela uporabijo in razvijejo v številnih različnih situacijah in kulturnih okoljih (Druet in sod 2010, Williams in Broderick 2010).

Že v tako zgodnji fazi izvajanja ZVP v JA so razpoznali nekaj ključnih elementov, ki so omogočili hitro napredovanje strategije: jasna vsevladna usmerjenost z delovanjem preko SASP, centralno vladno vodenje in koordinacija, sektor zdravja kot facilitator procesa, zakonodajne osnove, skupno odločanje in sodelovanje ter skupne koristi, jasno izražene vrednote, prilagodljive metode analiz vplivov na zdravje, zagotovitev namenskih virov, skupno odločanje in odgovornost ter vrednotenje (Buckett in sod 2011, Williams in Broderick 2010).

Viri

ATR 2011

Adelaide Thinkers in Residence. Pridobljeno 10. 10. 2011 s spletne strani
<http://www.thinkers.sa.gov.au/default.aspx>

Buckett in sod 2011

Bucket K, Williams C, Wildgoose D. Health in All Policies: South Australia's country case study on action on the social determinants of health. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. Pridobljeno 12. 10. 2011 s spletne strani
http://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper5_australia.pdf

Druet in sod 2010

Druet C, Lapointe G, Pigeon M, St-Pierre L, Broderick D, Williams C. Towards the integration of Health in All Policies: a Quebec – South Australia comparison. Chapter 8. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Kickbush 2008

Kickbush I. Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges. Adelaide Thinkers in Residence Final Report, 2008. Pridobljeno 12. 10. 2011 s spletne strani
<http://www.thinkers.sa.gov.au/Thinkers/kickbusch/report.aspx>

PHA 2011

Government of South Australia. Public Health Act 2011. Pridobljeno 12. 10. 2011 s spletne strani
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/Public+Content/SA+Health+Internet/About+us/Legislation/Public+Health+Act>

Pitcher in sod 2010

Pitcher S, Jordan D, Buckett K. South Australia's Strategic Plan and health in All Policies. Chapter 7. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Quigley 2010

Quigley R. Role of health Impact Assessment in Health in All Policies. Chapter 9. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

SA 2008

South Australia Government, South Australian Department of Health. The State of Public and Environmental Health Report for South Australia 2007–08. A report prepared pursuant to Section 44 (3) of the Public and Environmental Health Act 1987. Adelaide, South Australia: Department of Health, 2008.

SA GOV 2011

South Australia Government 2011. Pridobljeno 21. 10. 2011 s spletne strani <http://www.sa.gov.au/government>

SASP 2011

Government of South Australia. South Australia's Strategic Plan. Pridobljeno 12. 10. 2011 s spletne strani <http://saplan.org.au/>

Williams in sod 2010

Williams C, Wildgoose D, Sawford A, Williams L. An introduction to the health lens analysis. Chapter 10. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Williams in Broderick 2010

Williams C, Broderick D. Navigating through the policy territory of other sectors: South Australia's Health in All Policies approach. Chapter 6. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Uvod

Québec je ozemeljsko največja, po številu prebivalcev pa druga največja od desetih provinc, ki skupaj s tremi teritoriji tvorijo Kanadsko federacijo. V provinci Québec prebiva približno 7,8 milijona prebivalcev (približno 23 % vseh prebivalcev Kanade), večina jih živi v urbanih okoljih. Pričakovana življenjska doba med leti 2006 in 2008 je 79 let za moške in 83 let za ženske, kar je enako kanadskemu povprečju pričakovane življenjske dobe (Stat Canada, 2011).

Kanadska federacija je ustavna monarhija s parlamentarnim sistemom. Izvršilna oblast je v rokah britanske kraljice oziroma njenega predstavnika generalnega guvernerja in ministrskega predsednika, zakonodajna veja pa je v pristojnosti parlamenta. Sicer pa je vladna avtoriteta porazdeljena med osrednjo in provincijske vlade - predsednika vlade, kraljevega predstavnika in svoj parlament imajo tudi posamezne province¹ (Volk, 2007). Organizacija zdravstvenega sistema je znotraj nacionalnih standardov v pristojnosti posamezne province (St-Pierre 2009).

Provinca Québec ima dobro organiziran javnozdravstveni sistem na centralni, regionalni in lokalni ravni. Osrednji javnozdravstveni instituciji sta Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve (MZSZ) in Québeški inštitut za varovanje zdravja (QIVZ) (Druet in sod 2010).

Vlada pri ugotavljanju vplivov politik na socialno-ekonomske determinante zdravja promovira medsektorsko sodelovanje, kot mehanizem podpore odločitvam pa se zakonsko določeno (Québec 2001) izvaja t.i. ocena vplivov na zdravje (OVZ), na kateri je v okviru koncepta zdravja v vseh politikah tudi glavni poudarek v Quebecu.

Uvedba ZVP in OVZ, osnovni politični dokument ter drugi pomembnejši politični dokumenti

Na osnovi širše definicije zdravja v deklaraciji Alma – Ata iz leta 1978 ter Ottawske deklaracije iz leta 1986 (WHO 1986) je MZSZ leta 1992 oblikovalo dokument Politika zdravja in blagostanja (Politique de santé et de bien-être), ki je poudarjal pomen medsektorskih iniciativ za izboljšanje zdravja populacije. Ta dokument je bil podlaga za dokument Nacionalne prioritete javnega zdravja: 1997-2002 (Priorités nationales de santé publique: 1997-2002), na osnovi česar je leta 2000 Komisija za zdravstvene in socialne zadeve, imenovana s strani quebeške vlade, podala eksplicitna priporočila za sistematično oceno vplivov javnih politik na zdravje (Chodos 2001). Ob tem so ugotovili, da je glede na nove prioritete in strategije potrebna posodobitev 30 let starega zakona o javnem zdravju, zato je MZSZ ustanovilo Delovno skupino za pripravo novega zakona o javnem zdravju. Novi zakon je nastal na podlagi Ottawske deklaracije, Deklaracije iz Jakarte, po zgledu Gothengurgškega konsenza in po pregledu takrat obstoječih zakonodajnih ukrepov na

¹ Teritoriji imajo manjšo oblast kot province, vodje teritorijev so t.i. komisarji.

mednarodni ravni. V veljavo je stopil leta 2001 in predstavlja osnovni québeški politični dokument, ki določa izvajanje OVZ.

Zakon o javnem zdravju (Public Health Act 2001) v 54. členu: 1) zavezuje ministrstva in vladne agencije k posvetovanju z MZSZ pri sprejemanju zakonodajnih ukrepov, ki lahko vplivajo na zdravje, in k zagotavljanju, da ti ukrepi ne škodujejo zdravju populacije, 2) določa pristojnost ministra za zdravje in socialne zadeve, da samoiniciativno svetuje vladi oz. drugim ministrstvom in 3) opredeljuje cilje in naloge MZSZ, QIVZ in kanadskega Nacionalnega Centra za sodelovanje za zdravo javno politiko (National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, NCC-HPP) (Québec, 2001).

Zakonu o javnem zdravju je sledil Québeški program javnega zdravja za obdobje 2003-2012 in leta 2005 Zakon o spoštovanju zdravstvenega in socialnega varstva (Act, Respecting Health Services and Social Services), ki je opredelil strategije javnozdravstvene dejavnosti v Québecu na lokalni ravni ter tesno sodelovanje strokovnjakov s področja javnega zdravja in njihovih partnerjev iz drugih sektorjev (izobraževanje, zaposlovanje, kmetijstvo, prehrabena industrija itd).

Tem dokumentom so sledili akcijski plani s področja zdravja (npr. 'Vladni akcijski načrt za promocijo zdravega življenjskega sloga in preprečevanje problemov, povezanih s telesno težo 2006-12 – raziskovanje za prihodnost'). Ob tem je MZSZ začelo sodelovati pri akcijskih načrtih s področij drugih ministrstev (npr. 'Vladni akcijski načrt za boj proti revščini in socialni izključenosti 2004-09', 'Vladna strategija razvoja 2008-13').

Vodenje koncepta Zdravje v vseh politikah, OVZ in struktura delovanja

Ministrstvo, ki predlaga zakon, uredbo, politiko itd., mora izvesti OVZ. Tehnično pomoč in potrebne pripomočke mu nudi MZSZ (NCCHPP 2008).

MZSZ tako:

- 1) nosi odgovornost za implementacijo 54. člena Zakona o javnem zdravju, sicer pa tesno sodeluje z vlado, ki ima ustanovljen poseben odbor znotraj vladnega kabineta, zadolžen za področje OVZ, ki tudi spodbuja kulturo medsektorskega sodelovanja;
- 2) ustanovi Enoto znotraj MZSZ za področje OVZ, ki izdela priročnik za OVZ po načelu 5 faz (posnetek stanja, določitev obsega oz. okvirjev izvajanja naloge, poglobljena analiza, sprejemanje odločitev in evalvacija);
- 3) ustanovi Mrežo predstavnikov ministrstev. Ti podpirajo že obstoječe pripomočke v svojih ministrstvih ter obveščajo ministra za ZSZ o neustreznosti le-teh glede na zahteve 54. člena Zakona o javnem zdravju in predlagajo spremembe. Ob tem skrbijo za implementacijo OVZ v svojih sektorjih. Srečujejo se približno 2-krat letno, na podlagi česar MZSZ pripravi poročilo uresničevanju 54. člena zakona;
- 4) vodi postopek od sprejema do distribucije in obravnave prošenj s strani ministrstev, ko pripravljajo osnutke zakonov, glede 54. člena;

5) financira raziskovalni program (štiri področja: 'javna politika in življenjski slog', 'ocena vplivov vladnih iniciativ na zdravje in blagostanje', 'koncepti in metode' ter 'revščina in socialna izključenost'), v okviru katerega deluje Raziskovalna skupina, ki dela na javni politiki zdravja in je s področja konceptov in metod razvila program za razumevanje procesov odločanja in učinkovitega prenosa znanj;

6) financira QIVZ in ima z njim podpisan sporazum o sodelovanju (1998):

QIVZ (<http://www.QIVZ.qc.ca/english/default.asp?A=7>) je kot stroka ključni akter v procesu OVZ in posreduje MZSZ podatke o vplivih javnih politik na zdravje in blagostanje populacije, na podlagi katerih lahko minister za ZSZ opravlja svojo vlogo svetovalca ter posreduje znanja MZSZ in predstavnikom drugih ministrstev.

Sicer pa so naloge QIVZ tudi: nudenje podpore območjem izven glavnim mest, skrb za mednarodno sodelovanje in izvajanje menedžmenta oz. nudenje administrativne pomoči Nacionalnemu centru za sodelovanje za javno politiko zdravja (NCC-HPP).

NCC-HPP (<http://www.ncchpp.ca/en/>) je organizacija, ustanovljena in financirana s strani Kanadske agencije za javno zdravje, ki služi kot podpora akterjem s področja javnega zdravja pri nadgradnji znanj in večšin s področja OVZ.

Uspešnost uvedbe in izvajanja OVZ, ključne prednosti in slabosti OVZ

Leta 2003 je MZSZ naročilo analizo implementacije in sprejetosti mehanizma OVZ v vseh ministrstvih in javnih agencijah, ki je pokazala, da so gospodarski sektorji manj aktivni in imajo manj znanja s področja procesa OVZ in determinant zdravja in blagostanja, kot pa t.i. bolj socialni sektorji. Na podlagi tega je MZSZ svoje strategije spremenilo, pripravili so na primer informativni priročnik o determinantah zdravja, s katerim so opremili različna ministrstva. Analiza v poročilu nacionalnega direktorata za varovanje zdravja v letu 2006 je pokazala, da se ministrstva z MZSZ posvetujejo bolj zgodaj v procesu razvijanja politike in da se to dogaja bolj pogosto, kar kaže na trend sprejemanja in integracije procesa OVZ (NCCHPP 2008).

Ključna prednost OVZ v provinci Québec je zagotovo dejstvo, da je zakonsko določena in dobro strukturirana s horizontalnim (medsektorsko sodelovanje prek Mreže predstavnikov ministrstev) in vertikalnim (Odbor za OVZ v vladnem kabinetu) vodenjem, pomembna je tudi čedalje zgodnejša vpeljava OVZ v procesu razvijanja določene politike.

Izziv pri evalvaciji OVZ predstavlja razvoj bolj izpopolnjenih orodij spremljanja procesa, vplivov politik na zdravje in zdravja na politike na dolgi rok ter premik pri pripravi politik od strategije zdravja k "dobim-dobiš" («"win-win«") strategiji, kjer je to z vidika zdravja možno (Druet in sod 2010).

Evalvacija OVZ – kaj točno ocenjevati in kako, kakšni so učinki (kaj nam OVZ dá) – je tudi ena od načrtovanih osrednjih tem mednarodne konference, ki bo izvedena avgusta 2012 v Québecu (Québec 2012).

Na ravni Kanade je pomembno poudariti še:

Leta 2004 je izšel Kanadski priročnik o OVZ, ki vsebuje poročilo federativnega-provincijskega-teritorialnega odbora o okoljskem zdravju v Kanadi in zdravju na delovnem mestu (vključevanje zdravja v oceno vplivov na okolje). Priročnik vsebuje 4 knjige: Osnove, Pristopi in sprejemanje odločitev, Multidisciplinarni tim in Vplivi industrijskega sektorja na zdravje (Kwiatkowski 2004).

Leta 2007 je izšla publikacija o medsektorskem sodelovanju, javnih politikah in zdravju, z naslovom Crossing Sectors. Publikacija vsebuje pregled izkušenj/različnih pristopov k medsektorskemu sodelovanju na globalni, nacionalni, regionalni in lokalni ravni (PHAC 2007).

Po mednarodnem srečanju o ZVP v Adelaidi aprila 2010 je oktobra istega leta Agencija za javno zdravje Ontario v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje Ontario izvedla okroglo mizo o implementaciji ZVP (OAHPP 2010). Namen tega dogodka je bilo povečati zavest o ZVP za javnozdravstvene enote in njihove partnerje iz skupnosti. Le-ti so si med seboj predstavili svoje izkušnje z medresorskega sodelovanja, z osredotočenjem na zmanjševanje neenakosti v zdravju in/ali razvoj javnih politik zdravja na lokalni oziroma regionalni ravni. Med drugim so bili predstavljeni sledeči primeri dobrih praks v kanadskih provincah: V Britanski Kolumbiji je v času zimskih olimpijskih in paraolimpijskih iger v letu 2010 premier province uvedel program medsektorskega sodelovanja z naslovom 'Britanska Kolumbija kot najbolj zdrava gostiteljica olimpijskih iger'. Program provincijske ministre poziva, naj v svojih strateških planih opredelijo, kako bodo prispevali k temu cilju (npr. se poveča fizična aktivnost za 20 %) (St-Pierre 2009). V provinci Ontario pa beležijo primer dobre prakse na lokalni ravni (mesto Peterborough: zmanjševanje revščine prek partnerstva skupnosti za varnost hrane (Peterborough 2010); mestna občina Peel: zdrav razvoj okolja (Wu in Sinanand 2010), in Greater Sudbury: enakost v zdravju otrok (Lacle in Gasparini 2010)).

Viri

WHO 1986

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Pridobljeno 1. 2. 2012 s spletne strani <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.

Québec 2001

Gouvernement du Québec. Public Health Act, 2001. Pridobljeno 18. 1. 2012 s spletne strani http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2_A.html

Stat Canada 2011

Statistics Canada. Life expectancy at birth, by sex, by province, 2011. Pridobljeno 11. 1. 2012 s spletne strani <http://www40.statcan.ca/101/cst01/health26-eng.htm> .

Chodos 2001

Chodos H. Québec's Health Review (The Clair Commission), 2001. Pridobljeno 18. 1. 2012 s spletne strani <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0037-e.htm> .

OAHPP 2010

Ontario Agency for Health Protection and Promotion. Health in All Policies Roundtable, 2010. Pridobljeno 18. 1. 2010 s spletne strani <http://www.oahpp.ca/about/calendar/20100924.html> .

Lacle in Gasparini 2010

Lasle S, Gasparini J. Health in All Policies Roundtable, 2010.

Pridobljeno 18. 1. 2010 s spletne strani

http://www.oahpp.ca/resources/documents/presentations/2010sept24/Sudbury_pres.pdf .

Wu in Sivanand 2010

Wu J, Sivanand B. Healthy Built Environments: region Peel. Health in All Policies Roundtable, 2010.

Pridobljeno 18. 1. 2010 s spletne strani

http://www.oahpp.ca/resources/documents/presentations/2010sept24/Peel_pres.pdf .

Québec 2012

Gouvernement du Québec. XII International Conference HIA 2012 Program at glance, 2012.

Pridobljeno 18. 1. 2012 s spletne strani http://www.hia2012.ca/49/Program_at_a_glance.html .

Kwiatkowski 2004

Kwiatkowski, R. Canadian Handbook on Health Impact Assessment: Volume 1: The Basics; Volume 2: Approaches and Decision-Making; Volume 3: The Multidisciplinary Team; Volume 4: Health Impacts by Industry Sector. Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2004. Pridobljeno 3. 2. 2012 s spletne strani <http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia063/en/index.html> .

PHAC 2007

Public Health Agency of Canada. Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health, 2007.

Volk 2007

Volk U. Primerjava političnih sistemov ZDA in Kanade. Ljubljana: FDV, 2007. Pridobljeno 27. 11. 2011 s spletne strani <http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/volk-urska.pdf> .

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 27. 11. 2011 s spletne strani

<http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

NCCHPP 2008

National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. The Québec Public Health Act's Section 54 Briefing Note, 2008. Pridobljeno 27. 11. 2011 s spletne strani

<http://www.ncchpp.ca/docs/Section54English042008.pdf> .

Druet in sod 2010

Druet C, Lapointe G, Pigeon M, St-Pierre L, Broderick D, Williams C. Towards the integration of Health in All Policies: a Québec – South Australia comparison. Chapter 8. In: Kickbush I, Buckett K, edit. Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health, 2010.

Peterborough 2010

Peterborough County-City Health Unit. Addressing Poverty Reduction Through A Community Food Security Partnership, Health in All Policies Roundtable, 2010. Pridobljeno s spletne strani

http://www.oahpp.ca/resources/documents/presentations/2010sept24/Peterborough_pres.pdf

Uvod

Kraljevina Nizozemska ali Nizozemska je evropska ustavna monarhija z ozemlji tudi izven Evrope. Je ena najbolj naseljenih držav - ima 16,5 milijona prebivalcev, v povprečju pa na kvadratni kilometer živi 488 prebivalcev (Nizozemska 2011). Po podatkih nizozemskega Nacionalnega inštituta za javno zdravje in okolje se je pričakovana življenjska doba na Nizozemskem med leti 2003 in 2008 povečala kar za dve leti. Tako pri moških znaša 78,3 let, pri ženskah pa 82,3 let (Van del Lucht in Polder 2010).

Razvoj strategije

V 80-ih letih prejšnjega stoletja so na Nizozemskem začeli zelo pozorno spremljati koncept ZVP pri SZO. Konec 80-ih se je prvič na političnem programu znašel tudi pojem neenakosti v zdravju. Pod okriljem ministrstva za zdravje so tako ustanovili raziskovalni odbor, ki je predstavljal del vladnega Programskega odbora za socialno-ekonomske razlike v zdravju. Raziskovalni odbor je tako pripravil oziroma vodil pripravo dveh poročil o neenakostih v zdravju na Nizozemskem, ki sta izšli leta 1994 in leta 2001, in sta pomenili osnovo za nadaljnje delovanje na tem področju. Po mnenju takratne vlade je le integriran in obsežen pristop k tako kompleksnim problemom, kot so socio-ekonomske neenakosti v zdravju, lahko učinkovit, tako na nacionalnem še posebej pa na lokalni ravni. V začetku 90-ih so s ciljem opraviti analizo narave in obsega neenakosti v zdravju ustanovili Vladno komisijo za neenakosti v zdravju na Nizozemskem.

Kabinet vlade je kmalu po objavi poročila iz leta 2001 sprejel načrt, da se zdrava pričakovana življenjska (healthy life expectancy ali kratko HALE) doba pri skupinah z nižjimi dohodki do leta 2020 poveča za tri leta, in sicer iz sedanjih 53 let na 56 let. Vendar pa kasneje niso sprejeli ustreznih političnih dokumentov in orodij za doseganje takrat zastavljenih ciljev, prav tako ni bilo sistematičnega pristopa k zmanjševanju neenakosti. Leta 2003 in 2004 so tako odgovornost za intervencije za zmanjševanje neenakosti v zdravju prenesli na lokalno oblast, torej občine. Leta 2004 so s ciljem zmanjševanja neenakosti v zdravju, pri čemer so dali poudarek prav lokalnemu delovanju, pripravili dokument "Za daljše življenje v dobrem zdravju" (angl. "Living longer in good health") (MOHWS 2004), dve leti kasneje, leta 2006, pa še memorandum o preventivi (Droomers in sod 2008).

V začetku novega tisočletja ta tematika nekoliko izgine iz ospredja, saj so se takrat na Nizozemskem ukvarjali predvsem z reformo njihovega zdravstvenega zavarovanja, čemur je bila posvečena osrednja pozornost političnih strank in javnosti, obenem pa so pri implementaciji koncepta naleteli na precej težav (Van der Heiden 2010, Droomers in sod 2008, Koperen in Pos 2008). So pa s spremembo vlade leta 2007 problemi neenakosti v zdravju na Nizozemskem znova prišli v ospredje in v politični program. Koalicijske stranke so v koalicijsko pogodbo takrat zapisale, da bi moral kabinet predsednika vlade izvajati

učinkovito preventivno politiko, s katero bi zmanjšali razkorak v pričakovani življenjski dobi med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami. Zato so nameravali v kabinetu razviti in pripraviti nacionalni politični plan z naslovom Za sposobno družbo (ang. Towards an able-bodied society), ki bi pomagal pri izboljšanju zdravja ljudi iz nižjih socialno-ekonomskih skupin (Droomers 2009). Po zadnji spremembi vlade na Nizozemskem konec leta 2010 so v politiki prevladala liberalna načela in največja odgovornost za zdravje je bila s spremembo prioritet prenesena na posameznika.

Vodenje strategije

Za zagotavljanje koordiniranega pristopa pri uresničevanju strategije je bil leta 2007 zadolžen kabinet predsednika vlade, ki bi nalogo vodil nadsektorsko, naloga pa je bila opredeljena kot prednostna. V koalicijski pogodbi so zapisali, da mora kabinet vlade pripraviti nacionalni politični načrt ter izvajati učinkovito preventivno in promocijsko politiko z namenom, da se zmanjšajo razlike v pričakovani življenjski dobi med skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom. Politični načrt, ki naj bi se ukvarjal z zmanjševanjem neenakosti v povezi s socialno-ekonomskim stanjem, je nosil naslov »Za sposobno družbo« (ang. Towards an able-bodied society), (Droomers 2009).

Ustanovljena je bila tudi posebna medsektorska politična pisarna za OVZ, ki je ocenjevala vplive na zdravje politik s področja celotne vlade in izvedla veliko število ocen vplivov na zdravje. Vlada je zagotovila ustrezna proračunska sredstva za izvajanje ocen. Ocene vplivov na zdravje so bile narejene za različnesektorske politike: politike ministrstva za finance, ministrstva za zdravje, blagostanje in šport, ministrstva za bivalne razmere in urbanizem, ministrstva za družbene zadeve in zaposlovanje, ministrstva za transport, javna dela in upravljanje z vodo idr. (Wismar in sod 2006).

Septembra 2009 so bili na ravni vlade ustanovljene štiri posvetovalne skupine za medsektorske politike, ki naj bi vladi svetovale pri upravljanju zdravstvenih interesov na področju lokalne samouprave, zdravstva, izobraževanja in socialno-ekonomskega sveta. Ugotovile so, da ni potrebna uvedba nobenih dodatnih zakonskih ali finančnih instrumentov za izvajanje tega koncepta. Prav tako so predlagali, da naj bo medsektorska zdravstvena politika organizirana okoli konkretnih ciljev in naj bo del prihodnje koalicijske pogodbe. Ocenili so namreč, da je za uspešno izvajanje politike zdravja potrebna precej boljša koordinacija na ravni vlade, zato je nujno potrebno ustanoviti nadsektorsko telo, kot je bilo predstavljeno na generalni skupščini organizacije EuroHealthNet v Ljubljani, junija 2011.

Struktura delovanja

Po objavi poročil o neenakostih so leta 2001 to temo vključili v nacionalno zdravstveno strategijo, katere cilj je bil zmanjšati neenakost v večjih mestih. Odgovornost za promocijo zdravja so prenesli na lokalno raven in približno polovica občin je v svoje lokalne politične programe vnesla katerega od ciljev zmanjšanja neenakosti, v posamezni občini so sprejemali odločitve glede na svoje potrebe. Odgovornost občin na tem področju opredeljuje tudi Zakon

o kolektivni preventivi in javnem zdravju, ki občinam nalaga odgovornost za skupno preventivo, upravljanje z infekcijskimi boleznimi in za otroško zdravstveno varstvo, kar pa je skupno vsem občinam (Droomers in drugi 2008: 231–232). Kot je zapisano v omenjenem zakonu, morajo vse občine vsaka štiri leta napisati lokalne zdravstvene načrte, v katerih morajo navesti opis zdravja prebivalcev občine, opisati politike in intervencije za zdravje prebivalcev ter opisati učinke drugih politik na zdravje prebivalcev njihovih občin (Koperen in Pos 2008).

Ko so leta 2007 ustanovili ministrstvo za stanovanjsko politiko, pokrajine in integracijo, so vzpostavili tesno sodelovanje med vlado, občinami, prebivalci in stanovanjskimi skladi (angl. housing corporations). Pri tem so za obdobje 2007–2017 izbrali le 40 nizozemskih občin, približno desetino, s katerimi so še tesneje sodelovali in se usmerili predvsem v prebivalce in njihove dejanske probleme, ključno pa je bilo analiziranje problemov ter izmenjava znanj in izkušenj. Zanimivo pri tem je, da v koncept prvotno niso vključili zdravja. Ugotovili pa so, da je težko "vzpostaviti" ravnotežje med prioriteta in interesi, saj številni sektorji prek različnih programov delujejo na ravni občin, in sicer gre za projekte okolje in zdravje, narava in zdravje, sodelovanje in zdravje, mladi in družina itd. V večini primerov ti programi sploh niso bili povezani in usklajeni med seboj, zato so se v nekaterih primerih celo podvajali in se izključevali. Ker pa so bile občine na kadrovskih, finančnih in organizacijskih področjih zelo podhranjene, so jih ti programi preobremenjevali, zmožnosti za njihovo uresničevanje pa so bile omejene. Zaradi tega je bila uspešnost programov precej zmanjšana. Poleg tega pa je analiza stanja pokazala tudi, da ministrstvo za zdravje v te programe pogosto sploh ni bilo vključeno (Van der Heiden 2010).

Trenutno delovanje

Politična usmeritev do leta 2010 na Nizozemskem je podpirala vlogo ministrstva za zdravje kot zanesljivega in zaupanja vrednega partnerja v sodelovanju z drugimi sektorji, zato so spodbujali izobraževanje in vlaganje v kadre. Ugotovili so namreč, da so se do takrat na tem področju pogosto menjali ljudje, zaradi česar ni bilo mogoče vzpostaviti uspešnejšega in trajnejšega delovanja. So pa uspešno izkoriščali različne možnosti in priložnosti za razpravo o medsektorskih zdravstvenih politikah (npr. delovna skupina o zdravem življenjskem okolju). Pozornost so posvetili tudi komuniciranju pozitivnih sporočil in ozaveščanju javnosti, saj so želeli dvigniti zavedanje prebivalcev o tem, da so tudi sami odgovorni za svoje zdravje, zato so spodbujali zdrav življenjski slog. Ta fokus na posameznika je prav tako izrazil tudi v obdobju vladne politike po letu 2010. Ker pa se vse vrti okoli denarja, razvijajo tudi poslovne primere, ki imajo poudarek na socialnih koristih in ekonomski analizi (Droomers 2009).

Uspešnost izvajanja

Nizozemska vlada je začela podrobneje spremljati socialno-ekonomske razlike zdravja v letu 2006 in od takrat spremljanje neenakosti na področju zdravja poteka redno na nacionalni ravni. Poročila o spremljanju socialno-ekonomskih razlik v zdravju in njegovih determinantah objavljajo vsaka štiri leta in so del Nacionalnega kompasa za javno zdravje. Ključna

vprašanja, na katera poročila odgovarjajo so: Ali se Nizozemci počutijo zdrave? Koliko jih ima sladkorno bolezen? Kakšne so posledice bolezni v vsakdanjem življenju? Kako zdrava je njihova hrana? So nizozemski programi za prenehanje kajenja učinkoviti? Kakšna je kakovost zdravstvene oskrbe na Nizozemskem? Koliko to stane? Primerjava z drugimi državami? (Droomers in drugi 2008).

Podatki kažejo, da se je v letih 2003–2008 pričakovana življenjska doba prebivalcev Nizozemske povečala za dve leti in pri moških znaša 78,3 let, pri ženskah pa 82,3 let. Za dve leti se je povečalo tudi število zdravih let življenja, čeprav ima vse več ljudi vsaj eno bolezen. Izboljšujejo se trendi življenjskega stila - manjši je delež kadilcev, število uživalcev drog in alkohola se ne povečuje, stabilno je tudi število predebelih ljudi, vse več se prebivalci gibajo in več ljudi s sladkorno boleznijo ali visokim pritiskom se zdravi. Izboljšuje se tudi okoljska varnost - število smrtnih žrtev v cestnem prometu upada in ne povečuje se število okoljskih tveganj za zdravje (Van del Lucht in Polder 2010).

Kljub zgoraj opisanim spodbudnim rezultatom pa so še vedno prisotne velike neenakosti v zdravju, saj ljudje z nižjo izobrazbo umirajo 6 do 7 let prej od visoko izobraženih sodržavljanov. Kljub številnim naporom se razlike niso zmanjšale, na nekaterih področjih so se celo povečale, kot npr. pri kajenju, saj je med nižje izobraženimi dvakrat toliko kadilcev kot med visoko izobraženimi, opaziti je tudi zmanjšanje debelosti med izobraženimi in povečanje deleža med nižje izobraženimi. Slabo splošno stanje opažajo tudi pri imigrantih, kjer je stopnja umrljivosti precej večja kot pri večinskem prebivalstvu. Razlike pa Nizozemci opažajo tudi med posameznimi pokrajinami, tako je razlika v pričakovani življenjski dobi med pokrajinama Kerkrade in Eemneje kar 11 let (Droomers in drugi 2008). Ti podatki pričajo, da se bo pri zmanjševanju razlik v zdravju in odpravljanju neenakosti na Nizozemskem treba še posebej ciljano usmeriti v najbolj ranljive skupine prebivalcev.

Ključne prednosti in slabosti

Na Nizozemskem so z aktivnostmi do leta 2010 ugotovili, da so lahko uspešni le z upoštevanjem različnih interesov, pri katerih zdravje predstavlja osrednjo vrednoto, ki pa je obenem le ena od številnih med seboj povezanih navdihov za spremembe, potrebne za izboljšanje zdravja. Menijo, da je pomembno aktivno iskanje sinergij in komplementarnosti aspiracij ter načinov, kako lahko zdravje podpre druge legitimne težnje, ključno pa je tudi povezovanje vseh ustreznih deležnikov, od nacionalnega do lokalne ravni (Van der Heiden 2010).

Zelo spodbudno je, da se država zaveda problema in je načeloma pripravljena vlagati finančna sredstva, da se stanje izboljša. Za to so tudi naredili podrobno analizo stanja in imajo jasen cilj oziroma konkretno vizijo. So pa odgovornost za implementacijo praks prenesli na lokalno okolje, ki najbolje pozna stanje v teh okoljih in bodo zato lažje poiskali prilagojene rešitve, v zadnjem času pa so se še posebej usmerili na posameznike.

Vseeno pa bi država občinam za naložene dodatne naloge morala še bolj pomagati s finančnimi sredstvi za izpeljavo programov. Več pozornosti bi morali posvetiti tudi izgradnji infrastrukture ter skrbi za izobraževanje in izvajanje programov. Ena od ključnih prednosti je, da so v aktivnosti vključili številne druge institucije izven zdravstvenega sistema, in sicer

zasebna podjetja, tovarne, šole, zdravstvene ustanove, zdravstvene zavarovalnice itd. Prepričani so namreč, da je promocija zdravega načina življenja odvisna od dostopa do izobrazbe, varnih delovnih pogojev ter primernega bivalnega in varnega okolja. Največje slabosti programa so se izkazale v tem, da so bile iniciative na različnih stopnjah razvoja, zato jih je bilo težje medsebojno povezovati in usklajeno zaključevati. Nekateri kritiki poleg tega načrta očitajo pomanjkanje »konceptualnega okvirja«, ki bi podrobneje razjasnil in določil medsektorsko sodelovanje na tem področju. Prepričani so namreč, da bi le tak koncept lahko pomenil skupno osnovo za vse (politične) stranke in vse sektorje (Droomers in drugi 2008).

Zaključki

Na Nizozemskem se je izkazalo, da različne politične opcije s seboj prinašajo različne politične rešitve, izziv za javno zdravje pa je, da v vsaki od političnih rešitev prepozna izzive in priložnosti ter izboljšuje svoje delovanje. Nizozemska je tudi zanimiv primer tega, kako so bili ukrepi učinkoviti predvsem pri enem delu prebivalstva, kar lahko pripišemo predvsem razkoraku med dobro vzpostavljenim nacionalnim sistemom priprave usklajenih politik ter nedoslednosti pri prenosu na lokalno oziroma regijsko raven brez pravih spodbud in brez zadostnega upoštevanja vidika neenakosti v zdravju, saj je vsaka občina lahko sama odločala o izbiri svojih prioritet.

Viri

Droomers 2009

Droomers M. Tackling health inequalities in the Netherlands. In David McDaid ed. Eurohealth 15, št. 3. London 2009.

Droomers in sod. 2008

Droomers M, Den Broeder L, Burdorf L, in Mackenbach, JP. The Netherlands. V: Hogstedt, C., Moberg, H., Lundgren, B., in Backhans, M. (ur.). Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries. Swedish National Institute of Public Health. Ostersund 2008.

Health Inequalities 2011

European portal for action on Health Inequalities. Pridobljeno 19. 4. 2011 s spletni strani <http://www.healthinequalities.org/>.

Koperen in Pos 2008

Van Koperen M, Pos S. Health in all Policies Lessons learned from supporting municipalities in the Netherlands. Liverpool 2008.

MOHWS 2004

Ministry of Health, Welfare and Sport. Living longer in good health. Also a question of a healthy lifestyle. Netherlands Health-Care Prevention Policy. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004.

Nizozemska 2011

Nizozemska. Wikipedija, proste enciklopedije. Pridobljeno 11. 11. 2011 s spletne strani <http://sl.wikipedia.org/wiki/Nizozemska>.

Van der Lucht 2010

Van der Lucht V, Polder JJ. Towards better health: The Dutch 2010 Public Health Status and Forecasts Report. National Institute for Public Health and the Environment. Postbus 2010.

Van der Heiden 2010

Van der Heiden L. Health behind the dykes or Health in a lot of policies in the Netherlands. Adelaide Conference 2010.

Wismar in sod. 2006

Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Uvod

Norveška je ustavna monarhija s parlamentarnim sistemom vladanja in ima 4,7 milijona prebivalstva. Pričakovana življenjska doba je za moške 78,2 leta, za ženske pa 82,7 leta (podatek za leto 2007) (NDH 2009). Država ima tri ravni neodvisne oblasti: nacionalno, regijsko in lokalno oz. občinsko raven. Te tri ravni predstavljajo tudi temelj, na katerem je organiziran norveški zdravstveni sistem. Celotno odgovornost za zdravstveno varstvo na nacionalni ravni nosi Ministrstvo za zdravje. Na regionalni ravni so regijske zdravstvene avtoritete odgovorne za specialistično zdravstveno varstvo, na lokalni ravni pa občine skrbijo za primarno zdravstveno varstvo (Johnsen 2006).

Na Norveškem se zdravje uvršča v sam vrh političnega programa in ker obstaja izredno velik političen interes za izboljšanje zdravstvenega sistema, se je v preteklosti izvedla oz. se še izvaja vrsta reform, ki so bile oz. so usmerjene v izboljševanje zdravstvenih storitev in v boljšo dostopnost, v pravice pacientov ter v omejevanje stroškov. Te reforme so segle tudi na področje socialnih neenakosti v zdravju. Iz tega tudi izhaja vodilna vloga zdravstvenega sektorja na področju zmanjševanja socialnih neenakosti v zdravju.

Uvedba strategije ZVP na Norveškem, v luči zmanjševanja neenakosti v zdravju

Za Norveško lahko rečemo, da proces uvajanja strategije zdravja v vse politike (ZVP) poteka v okviru procesa zmanjševanja socialnih neenakosti v zdravju. Zgodovinski pregled pokaže, da se zmanjševanje neenakosti v zdravju kot cilj prvič omenja v leta 1987 izdanem vladnem dokumentu »Politika na področju zdravja do leta 2000. Nacionalni plan zdravja.« (Health Policy Towards the Year 2000, National Health Plan), ki je bil pripravljen hkrati s sprejetjem SZO strategije Zdravje za vse do leta 2000 (Health for All by the Year 2000) (Hogstedt in sod. 2008). V tem dokumentu se je Norveška zavezala k zmanjševanju socialnih razlik z izboljševanjem pogojev zdravja za najbolj ranljive skupine prebivalstva, vendar pa dokument ni vseboval konkretnih ciljev.

Leta 2002 je ugledni norveški znanstvenik Espen Dahl opozoril, da norveška vlada in nacionalne zdravstvene avtoritete sicer priznavajo obstoj socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, vendar na tem področju ne sprejemajo nobenih ukrepov. To je potrdil s pregledom nacionalnih politik in dokumentov, ki je pokazal, da se neenakosti v zdravju omenjajo v kontekstu de-privilegiranih, ranljivih in marginalnih skupin, medtem ko se socialne neenakosti, ki izvirajo iz socialne stratifikacije oz. iz pripadnosti različnim socialnim slojem, ne omenjajo. Zato je zastavil vprašanje, zakaj je Norveška - država socialno-demokratske usmeritve in zagovornica enakopravnosti - tako brezbrizna do tega resnega problema, ki se tiče številnih ljudi (Dahl 2002).

Kot odgovor je vlada leta 2003 izdala dokument Recept za bolj zdravo Norveško (Prescription for a Healthier Norway), s katerim je načrtala politiko na področju javnega

zdravja za desetletno obdobje. V tem dokumentu je vlada vzpostavila ravnotežje med odgovornostjo posameznika in odgovornostjo družbe za zdravje, poleg tega si je za cilj zadala tudi zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju (Torgensen in sod. 2007; Hagstead in sod. 2008).

V tem dokumentu je vlada predvidela tudi ustanovitev posebnega centra za neenakosti v zdravju v okviru Norveškega direktorata za zdravje in socialne zadeve ter Direktorat zadolžila tudi za pripravo akcijskega načrta za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju (Torgensen in sod. 2007).

V procesu priprave akcijskega načrta je postalo jasno, da zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju presega zdravstveni sektor in da je potreben dogovor o paketu ukrepov na najvišji nacionalni ravni. Direktorat za zdravje in socialne zadeve je zato leta 2005 izdal nekoliko modificiran akcijski načrt z naslovom Izziv gradienta (The challenge of the gradient), ki je predstavljal načrt dela za pripravo nacionalne strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju in postavil temelje za delo Direktorata na tem področju (NDHSA 2005).

V dokumentu je viden tudi ključni premik v razumevanju socialnih neenakosti v zdravju; in sicer se socialne neenakosti v zdravju nanašajo na vse starostne skupine, oba spola in vse socialno-ekonomske skupine (po načelu socialnega gradienta) in ne več le na najbolj ranljive oziroma najbolj revne skupine prebivalstva, kot v preteklih dokumentih (Torgensen in sod. 2007; Hagstead in sod. 2008).

Akcijski načrt je zasledoval dva ključna cilja, in sicer:

- a) povečanje znanja o socialnih neenakostih v zdravju in
- b) razvoj ukrepov za njihovo zmanjševanje (Torgensen in sod. 2007; St-Pierre 2009).

V istem letu je bila ustanovljena tudi skupina devetih ekspertov iz različnih področij (sociologi, ekonomisti, zdravstveni ekonomisti itd ...), ki so imeli nalogo, da Direktoratu pomagajo pri vzpostavitvi osnovnih načel, na katerih naj bi temeljila nacionalna strategija. Med ključnimi načeli nove strategije so strokovnjaki izpostavili, da mora biti celovita, koordinirana in zajemati celotni socialni gradient, kar pomeni, da so potrebne strategije, ki zajemajo vso populacijo (ne le najbolj ranljive skupine), in da morajo ukrepi zajemati celotno verigo socialnih vplivov na zdravje, vključno s socialnimi determinantami in strukturami (Torgensen in sod. 2007).

Pomembnejši politični dokumenti in odločitve

Januarja 2006 je kabinet vseh ministrov norveške vlade sprejel odločitev o pripravi nacionalne strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Minister za zdravje je v okviru Oddelka za javno zdravje Ministrstva za zdravje ustanovil poseben sekretariat (štiri osebe), ki je skrbel za koordinacijo procesa. V podporo in pomoč pri delu mu je bila delovna skupina, v kateri so sodelovali člani vseh oddelkov Ministrstva za zdravje. Sedem državnih sekretarjev iz ministrstev, ki so bila najbolj vključena v proces nastajanja strategije (finance, šolstvo in znanost, delo in socialne zadeve, otroci in enakopravnost, sodstvo in policija, lokalna uprava in regionalni razvoj, zdravje), se je redno sestajalo in preverjalo napredek ter postavljalo

ključne mejnike za nadaljnje delo. Med-ministrsko telo, ki so ga sestavljali uradniki iz zgoraj navedenih sedmih ministrstev, pa je skrbelo za uresničevanje direktiv političnih odločevalcev in se dogovarjalo o konkretnih nalogah posameznih ministrstev v procesu tvorjenja strategije. Nastajanje strategije je sovpadalo tudi z iniciativami nekaterih sektorjev, da bi sprejeli bolj pravične politike in dokumente. Tako si je šolski sektor prizadeval oblikovati politiko, ki bo zmanjševala socialne neenakosti v učenju. Vlada je posledično parlamentu predložila dokument Zgodnje intervencije za vseživljenjsko učenje (Early intervention for lifelong learning). Nadalje je Ministrstvo za delo in socialno vključenost pripravilo dokument Zaposlovanje, blagostanje in vključenost ter Akcijski načrt proti revščini (Employment, Welfare and Inclusion and Action Plan to Combat Poverty), s ciljem večanja socialne vključenosti in blagostanja, Zakon o delovnem okolju (Working Environment Act) je bil usmerjen v zagotavljanje zdravega delovnega okolja, Nacionalni načrt zdravja za Norveško (National Health Plan for Norway) pa v izboljševanje zdravstvenih storitev in dostopnosti do njih (Torgensen in sod. 2007; St-Pierre 2009).

V proces oblikovanja strategije je bila vključena tudi civilna družba, in sicer je bilo izvedenih 9 delavnic, v katerih je sodelovalo več kot 80 predstavnikov /nevladnih organizacij, delovnih organizacij, raziskovalnih inštitutov ter regijske in lokalne avtoritete.

Po 14 mesecih nastajanja je leta 2007 norveška vlada parlamentu predložila Nacionalno strategijo za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju (National Strategy to reduce social inequalities in health), ki zajema razvoj politik in strategij, namenjenih zmanjševanju socialnih neenakosti v zdravju za desetletno obdobje. Cilj strategije je, da se zdravje prebivalstva izboljša oz. dvigne na raven zdravja, kot ga imajo prebivalci z najboljšim zdravjem.

Strategija se osredotoča na štiri ključna področja:

- Zmanjševanje socialnih neenakosti, ki povzročajo razlike v zdravju (dohodek, življenjski pogoji v otroštvu, delo in delovno okolje);
- Zmanjševanje socialnih neenakosti v življenjskem slogu in uporabi oz. dostopnosti do zdravstvenih storitev;
- Ciljane iniciative za večanje socialne vključenosti (socialna vključenost ranljivih skupin);
- Razvoj znanja in orodij za medsektorsko sodelovanje in planiranje (letni pregledi politik: poročila, monitoring napredka; medsektorska orodja: OVZ, socialno in prostorsko načrtovanje; razvoj znanja: raziskovanje na področju socialnih neenakosti v zdravju) (Torgensen in sod. 2007; Hogstedt in sod. 2008).

Parlament je strategijo potrdil oziroma sprejel 6. junija 2007.

Strukture in mehanizmi izvajanja

Strategija je postavila okvir in usmeritve dela na področju zmanjševanja socialnih neenakosti v zdravju tako vladi kot ministrstvom za obdobje 10-tih let. In sicer se te usmeritve oz. zadolžitve nanašajo na:

- letni proračun,
- upravljanje dialoga s podrejenimi agencijami, regijskimi zdravstvenimi ustanovami,
- zakonodajo, regulativo in druge smernice,
- med-ministrsko sodelovanje, organizacijske ukrepe in druge politične instrumente.

Horizontalni mehanizmi: letni pregledi politik z uporabo OVZ

Da bi se lahko spremljal napredek na štirih prednostnih področjih nacionalne strategije, se je vlada odločila, da vzpostavi medsektorski sistem pregledovanja politik in poročanja, ki bo kazal razvoj v delu na področju zmanjševanja socialnih neenakosti v zdravju. Direktorat za zdravje² je dobil nalogo koordinacije zasnove poročevalskega sistema in razvoja indikatorjev, ki bodo kazali napredek v delu na področju zmanjševanja socialnih neenakosti skozi čas, poleg tega je bil Direktorat zadolžen tudi za pripravo letnih poročil do leta 2017, in sicer v sodelovanju z drugimi ministrstvi. Letna poročila morajo vsebovati pregled ključnih iniciativ in strategij na nacionalni ravni skupaj s cilji za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju kot tudi komentarje trendov za vsak indikator. Ta letna poročila služijo tudi kot osnova za predlog proračuna, ki ga poda Ministrstvo za zdravje. Poleg tega pa je Norveški inštitut za javno zdravje dobil nalogo, da razvije sistem spremljanja socialnih neenakosti v zdravstvenih izidih (umrljivost in obolevnost).

Strategija je predvidela uporabo OVZ tako na nacionalni kot lokalni ravni. Na nacionalni ravni se OVZ uporablja pri letnih pregledih napredka in sprejetih ukrepih za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju ter pri oceni vpliva teh ukrepov.

Vertikalni mehanizmi: javnozdravstvena partnerstva z regijami in občinami

Da bi v regijah in občinah podprli aktivnosti za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju, je vlada je predvidela subvencije za tiste regije in občine, ki organizirajo javnozdravstveno delo in javnozdravstvena regijska partnerstva. V vsaki regiji so tudi javnozdravstveni svetovalci v podporo tem partnerstvom. Cilj je, da postane občinsko delo na področju javnega zdravja bolj sistematično in bolj celostno.

Na tej ravni je Direktorat za zdravje zadolžen za:

- internetni portal z informacijami, kako naj regije in občine vključijo neenakosti v načrtovanje,
- razvoj veščin lokalnih javnozdravstvenih akterjev,
- spodbujanje sodelovanja med tistimi, ki vodijo regijo in tistimi, ki so odgovorni za javno zdravje na tej ravni,
- razvoj znanja, ki bo v praksi podprlo sodelovanje med različnimi ministrstvi in regijami ter občinami.

Čeprav se uporaba OVZ predvideva tudi na regijski in občinski ravni, pa strategija priporoča uporabo že obstoječih zakonitih vzvodov za vključevanje zdravja in neenakosti v načrtovanje dokumentov. Tako strategija govori o Zakonu o prostorskem planiranju (the Planning and Building Act) kot o ključnem orodju, ki naj ga občinske in regijske avtoritete uporabljajo pri načrtovanju (St-Pierre 2009).

Uspešnost uvedbe in izvajanja, ključne prednosti ter ključne slabosti procesa

Kot navajajo Torgensen in sodelavci (2007), so bili prvi učinki vidni že kmalu po sprejetju nacionalne strategije, in sicer navajajo zmanjševanje davkov za osebe z nizkimi dohodki,

² Norveški direktorat za zdravje in socialne zadeve se je leta 2008 preimenoval v Norveški direktorat za zdravje

znižana plačila za vrtce (18 % znižanje progresivne lestvice plačil), pilotni projekt za brezplačne vrtce za 4 do 5 let stare otroke iz de-privilegiranih okolij, postopno uvajanje brezplačnih knjig, zvezkov itd.. za vse srednješolce, spodbude za trg dela, s poudarkom na težje zaposljivih osebah, akcijski načrti na področju življenjskega sloga (telesna dejavnost, prehrana, tobak, prepovedane droge), iniciative za vključevanje imigrantov in rehabilitacijo obsojencev.

Direktorat za zdravje je v sodelovanju z resornimi ministrstvi za leto 2009 pripravil prvo (in do trenutka pisanja prispevka tudi edino) poročilo o ukrepih za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju. V poročilu so predstavljeni indikatorji, s pomočjo katerih se bo meril napredek na vseh ključnih področjih. Nekateri indikatorji so že razviti, drugi še ne. Težava je tudi v tem, da različni resorji zbirajo podatke po različnih metodologijah, nekatere potrebne statistike pa sploh ni na voljo. Sicer pa so v poročilu predstavljeni tudi iniciative in ukrepi (zakoni, akcijski načrti, projekti itd ...), ki so bili sprejeti na ključnih področjih nacionalne strategije in so usmerjeni v zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju, kot so npr. davčna reforma, nacionalna socialna shema, stanovanjska shema, pravica odraslih za pridobitev srednješolske izobrazbe, pravica otrok do vstopa v vrtec, spodbude na področju življenjskega sloga itd ... (NDH 2010).

Pri sprejemanju različnih dokumentov in iniciativ za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju je zelo vidna vodilna vloga zdravstvenega sektorja, ki je tudi v obdobju 2008 – 2011 pripravil vrsto pomembnih dokumentov, usmerjenih v zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju (The Coordination Reform: Proper treatment at the right place and right time 2008-2009: bolj učinkovite zdravstvene storitve, ki odgovarjajo potrebam pacientov in se bolj učinkovito soočajo s kroničnimi boleznimi ter demografskimi spremembami; Act on Public Health Work 2010-2011: strategija na področju javnega zdravja usmerjena v zdravstvene izide celotnega gradienta; National Health Plan 2011-2015: politični ukrepi na področju javnega zdravja, usmerjeni v bolj pravično in enotno distribucijo zdravstvenih storitev in oskrbe). Vendar pa po drugi strani zdravstveni sektor pogosto ne razume ciljev in potreb drugih sektorjev. Tako namesto, da bi podpiral iniciative drugih sektorjev, slednjim pogosto vsiljuje svoje cilje. Poleg tega je tudi največje breme implementacije strategije na plečih Direktorata za zdravje (Torgensen in sod. 2007).

Zagon in stabilnost celotnemu procesu pa daje dejstvo, da cilji strategije za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju sovpadajo s cilji vlade. Aktualna vlada je namreč na volitvah zmagala z obljubo, da si bo prizadevala za zmanjšanje revščine, za bolj pravično porazdelitev dohodkov ter za bolj pravičen izobraževalni in zdravstveni sistem. Zaradi tega je bila strategija tudi sprejeta na najvišjem ravni, pri njenem nastajanju in implementaciji pa so sodelovala oz.sodelujejo vsa ključna ministrstva. Zelo pomembna je bila tudi odločitev, da se celoten proces uveljavljanja strategije izvede na že obstoječih strukturah ter s preusmerjanjem obstoječih iniciativ in sredstev v nacionalnem proračunu.

Zaključki

Primer Norveške jasno kaže, da je za proces vključevanja zdravja v vse politike ključna podpora najvišjih političnih avtoritet. Čeprav je na Norveškem že dlje časa obstajalo zavedanje o obstoju socialnih neenakosti v zdravju ter nujnosti zmanjševanja le teh, se je ključni preboj zgodil šele, ko je interes za ukrepanje na tem področju imela tudi aktualna vlada. V proces priprave nacionalne strategije za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju pa so se tvorno vključevali vsi deležniki, vključno s civilno družbo. Pomembno vlogo pri razvoju strategije je v primeru Norveške imela tudi podpora in sodelovanje Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Razvoj norveške nacionalne strategije je namreč tekkel vzporedno z delom SZO komisije za socialne determinante zdravja.

Norveški primer kaže tudi potrebo po jasno začrtanih okvirih in usmeritvah dela; tako se v njihovi strategiji ključne usmeritve dela nanašajo na letni proračun, koordinacijo dela različnih organizacij, na zakonodajo in medsektorsko sodelovanje. Trdnost in uspešnost procesu izvajanja strategije pa zagotavljajo še vključenost oz. sodelovanje ključnih sektorjev, uporaba že obstoječih struktur ter preusmerjanje že obstoječih iniciativ in sredstev v nacionalnem proračunu.

Zelo pomembno je tudi spremljanje napredka in na Norveškem so se odločili, da bodo leta tega spremljali s pomočjo letnega medsektorskega poročila. Ob pripravi prvega poročila se je kot težava pokazala neenotnost metodologij zbiranja podatkov med posameznimi sektorji ter neobstoj nekaterih indikatorjev, ki jih je treba razviti. To tudi nakazuje, da je uvajanje zmanjševanja socialnih neenakosti v zdravju proces, v katerem se pojavijo tudi neprevideni oziroma novi izzivi.

Ob vsem tem je treba še poudariti, da so na Norveškem razmejili odgovornost posameznika in odgovornost družbe do zdravja, promocijo zdravja pa opredelili kot ključen pristop za doseganje dobrega zdravja in pravične porazdelitve zdravja.

Viri

Dahl 2002

Dahl E (2002) Health inequalities and health policy: The Norwegian case. *Norsk Epidemiologi* 12 (1): 69-75.

Hogstedt in sod 2008

Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (2008) Health for all. A critical analysis of public health policies in eight European countries. Swedish National Institute of Public Health. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Health-for-all/>

Johnsen 2006

Johnsen JR (2006) Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95144/E88821.pdf

Kickbush in Buckett 2010

Kickbusch I & Buckett K (2010) Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Department of health, Government of South Australia.

National Health Plan for Norway (2007-2010). Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/National%20health%20plan_eng_06052007.pdf

NDH 2009

Norwegian Directorate of Health (2009) Norway and Health. An Introduction. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani

<http://www.helsedirektoratet.no/english/publications/norway-and-health--an-introduction/Sider/default.aspx>

NDH 2010

Norwegian Directorate of Health (2010) The Norwegian Directorate of Health's annual report on measures to reduce social inequalities in health: Norwegian Public Health Policy Report 2009. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani

http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2018&navigation2_parentItemId=2018&navigation2_selectedItemId=2018&language=english&_piref134_67721_134_67714_67714.sectionId=&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=1741&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=740864&language=english

NDHSA 2005

The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs' Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health (2005) The Challenge of the Gradient. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1245_2905a.pdf

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 26. 9. 2011 spletne strani

<http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

Torgensen in sod 2007

Torgensen PT in sod. (2007) Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health.

Priporočene spletne strani

http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,112387&_dad=portal&_schema=PORTAL&language=english

http://www.healthinequalities.org/bot_Seite3754.html

Uvod

Nova Zelandija je imela leta 2010 preko 4 200 000 prebivalcev. Največja manjšina so Maori, ki predstavljajo 14,6 % prebivalstva in so med najbolj socialno ekonomsko deprivilegiranimi skupnostmi. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je 78,4 leta za moške in 82,4 leta za ženske, glede na podatke o starosti pri smrti Novozelandcev v letih 2007-2009. Maori pa umirajo v povprečju več kot 8 let prej. (Social Report 2010).

Uvedba strategije ZVP na Novi Zelandiji

Medsektorski pristop za zdravje uporabljajo že od leta 1989. Kot orodje uporabljajo ocenjevanje vplivov na zdravje (OVZ), v dokumentih pa praktično ne uporabljajo pojma zdravje v vseh politikah (ZVP).

Vlada je za doseganje ciljev zdravja spodbujala povezave zdravstvenega sektorja z drugimi sektorji. Leta 2003 je 36 vladnih agencij sodelovalo pri izdelavi serije dokumentov pod imenom Izjave o nameri. V tem procesu so morali med seboj sodelovati, da so lahko prepoznali skupne izide politik, vpliv teh izidov na njihova področja odgovornosti in načine skupnega dela. S tem procesom se je v vladi povečalo splošno razumevanje javnega zdravja in njegovih determinant. Številne agencije so v svojih pričakovanih rezultatih našle povezave s cilji javnega zdravja (Gauld 2004a, Gauld 2004b).

Pomembnejši politični dokumenti in odločitve

Zakon o javnem zdravju in invalidnosti iz leta 2000 (New Zealand Public Health and Disability Act 2000) je prinesel veliko reorganizacijo zdravstva na Novi Zelandiji. Vodenje in zagotavljanje vseh zdravstvenih storitev, tudi javnega zdravja, se je preneslo na 21 Okrožnih zdravstvenih odborov. Na podlagi tega zakona so pripravili Strategijo zdravja (New Zealand Health Strategy 2000). Medsektorsko delovanje je opredeljeno kot nujni način delovanja na vseh ravneh, hkrati je razvoj javne politike zdravja vlada začrtala bolj koordinirano. Prvi cilj strategije je uvedba OVZ - ocene vplivov javnih politik na zdravje in neenakosti v zdravju.

Sektor javnega zdravja (Ministrstvo za zdravje) se je na to odzval z okvirnim akcijskim dokumentom Doseganje zdravja za vse (Achieving Health for All 2003). Po posvetovanjih so v tem dokumentu pri vsakem cilju napisali tudi aktivnosti drugih sektorjev, ki vplivajo na zdravje. Za vladne agencije v drugih sektorjih ta priporočila niso predpisi, ampak bolj spodbuda (St- Pierre 2009).

Strukture in mehanizmi izvajanja

Leta 2007 je predsednik vlade zapisal, da želi, da se vladne agencije opremijo z orodjem za uradno oceno vpliva novih politik na zdravje. Vendar na vladni ravni ni organa, ki bi to

koordiniral. Izvajanje je prepuščeno ministrstvu za zdravje. Pri ministrstvu za zdravje so leta 2007 ustanovili Enoto za podporo OVZ (2 polno zaposlena). Trenutno je podrejena Uradu direktorja za javno zdravje v Direktoratu Strategija zdravstvenega in invalidskega sistema.

Oblikovanje enote za koordinacijo OVZ je že leta 2004 predlagal Svetovalni odbor za javno zdravje, ki je podskupina Nacionalnega zdravstvenega sveta, ki je posvetovalni organ vlade. Ta svetovalni odbor je v zadnjem desetletju vodil razvoj OVZ, pripravo smernic za izvajanje OVZ in projekt evalvacije OVZ za vlado.

(<http://www.nhc.health.govt.nz/resources/publications/guide-health-impact-assessment-2nd-edition>)

Z ustanovitvijo Enote za podporo OVZ je ta enota prevzela odgovornost za razvoj in podporo praktični izvedbi OVZ znotraj Ministrstva za zdravje in hkrati za upoštevanje politik, ki jih razvijajo drugi sektorji. Enoti svetuje zunanja skupina, ki jo sestavljajo zainteresirani posamezniki z zadostnim poznavanjem neenakosti v zdravju Novozelancev, socialnih determinant zdravja, ocene vplivov na zdravje in ocene vplivov na zdravje Maorov. Člani skupine, ki jih je v tem mandatu 11, naj bi bili predstavniki več uradov Ministrstva za zdravje (Urad direktorja za javno zdravje, enota za javno zdravje, enota za podporo OVZ, direktorat za zdravje Maorov), predstavnik centralne vladne agencije, ki je zainteresirana za oceno vplivov politik v okviru Vlade, predstavnik centralne vladne agencije, ki je zadolžena za oceno vplivov na zdravje v procesu priprave politik, predstavnik lokalnih oblasti, predstavnik Enote za oceno vpliva zakonodaje pri Ministrstvu za gospodarski razvoj, predstavnik sveta Instituta za planiranje Nove Zelandije, predstavnik Svetovalnega odbora za javno zdravje, predstavnik Univerze Otago- enote za raziskovanje ocene vplivov na zdravje, blagostanje in enakost, strokovnjaki za izvedbo OVZ. Njihove pristojnosti in dolžnosti so zapisane v poslovniku. Enota organizira tudi izobraževanja o metodah OVZ

(<http://www.health.govt.nz/our-work/health-impact-assessment/hia-reference-group>).

Za lokalno raven je Enota oblikovala Sklad za učenje z delom (Learning by doing Fund), s katerimi je do menjave vlade v 2010 financirala tudi projekte OVZ v okrožjih in regijah (HIA CONNECT 2011). Sedaj deluje le na nacionalni ravni, na lokalnem pa so financiranje OVZ projektov prevzeli okrožni sveti za zdravje.

Na spletu so objavljene OVZ od leta 2005. (<http://www.health.govt.nz/our-work/health-impact-assessment/completed-health-impact-assessments-new-zealand>). Zadnja leta so jih na lokalnih politikah naredili po 10 na leto. Lokalne oblasti po svoji presoji naročajo izdelavo OVZ ocen, nekaj so jih financirali preko Enote za podporo OVZ. Ocenjujejo različne politike. Izstopa zdravje Maorov, promet (omejitev hitrosti, širitev peš cone), tudi alkohol (MOH 2011). Ocenjevanje se vse bolj pomika v začetne faze razvoja politik. Besedno zvezo "vpliv na zdravje" pogosto izpuščajo, predvsem svetujejo, kako pripraviti dober politični ukrep (Quigley 2010).

Uspešnost uvedbe in izvajanja, ključne prednosti ter ključne slabosti procesa

Na Novi Zelandiji menijo, da je OVZ učinkovita. Nova vlada pa je ocenila, da ni bilo dovolj narejenega na oceni vpliva na zdravje nacionalnih politik. Zato je Enota za podporo OVZ pri

Ministrstvu za zdravje sedaj zadolžena za organiziranje dela na ravni vladnih dokumentov. Posodablja tudi smernice za ocenjevanje OVZ (Cunningham 2010).

Kot ključne prednosti medsektorskega delovanja izpostavljajo, da so vladni cilji za javni sektor spodbudili številne medsektorske iniciative, nastali so politični dokumenti, strategije, izvedbeni programi. Spontan usklajen razvoj politik in izvedbenih iniciativ se pojavlja vzporedno v številnih sektorjih. Mnogi izvedbeni piloti so presegli razvoj politik in se uporabljajo v praksi.

Kot ključne slabosti medsektorskega delovanja so ob menjavi vlade zapisali, da je medsektorsko sodelovanje v praksi zelo različno, čeprav bi bilo povsod nujno. Manjkajo nacionalni, lokalni in medsektorski sporazumi ter dogovori.

Glavni pobudnik medsektorskega sodelovanja v vladi Nove Zelandije ostaja Ministrstvo za zdravje, ki v svojih analizah zaključuje, da imajo večjo možnost za uspeh pobude, ki so medsektorsko podprte na vseh ravneh (ne samo lokalno, regionalno ali nacionalno). Z raziskavami so bolj podprte pobude, ki so usmerjene na spreminjanje vedenja ljudi, znanje in okoljske spremembe. Z dosedanjimi ocenami so se redko lotili vpliva krovnih iniciativ na zdravstveno stanje. Za učinkovito medsektorsko delovanje manjka forum ministrov na ravni vlade.

Medsektorsko sodelovanje je orodje, ki potrebuje intenzivno rabo resursov, zato naj se uporablja tam, kjer je to najbolj učinkovit pristop ali kjer nobena druga rešitev ni bila uspešna. Politični odločevalci imajo malo spodbud za izvajanje OVZ, če jih za to ne opogumijo ali k temu pozovejo inštitucije v javnem zdravstvu (MOH 2011 in Ashton 2007).

Viri

Ashton 2007

Ashton T. Health Impact assesment in New Zealand, Bertelsman Stiftung, Health Policy Monitor, 2007
Pridobljeno 29. 2. 2012 s spletne strani
http://www.hpm.org/en/Surveys/The_University_of_Auckland_-_New_Zealand/09/Health_Impact_Assessment.html

Cunningham 2010

Cunningham R, Signal L, Bowers S., Evaluating Health Impact Assessments in New Zealand, Ministry of Health, Wellington 2010. Pridobljeno 2. 11. 2011 s spletne strani
<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/evaluating-hia-impact-assessments>

Gauld 2004a

Gauld, R. Public Health and Governance in New Zealand. Dunedin: Public Health Advisory Committee (PHAC) 2004

Gauld 2004b

Gauld, R. (2004) Public Health and Government in New Zealand. Discussion paper prepared for the Public Health Advisory Committee. Wellington, New Zealand: The Public Health Advisory Committee.

HIA CONNECT 2011

HIA CONNECT. HIA in New Zealand. Pridobljeno 2. 11. 2011 s spletne strani
http://www.hiaconnect.edu.au/other_australian_initiatives.htm#HIA_in_NZ

MOH 2011

Ministry of Health of New Zealand

Pridobljeno 29.2. 2012 s spletne strani <http://www.health.govt.nz/our-work/health-impact-assessment>

Social Report 2010

Ministry of Social Development .The *Social Report*. Ministry of Social Development: Wellington, 2010. Pridobljeno 28. 12. 2011 s spletne strani <http://socialreport.msd.govt.nz/health/life-expectancy.html>

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 2. 11. 2011 s spletne strani <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

Quigley 2010

Quigley R. Predavanje Zdravje v vseh politikah v Novi Zelandiji Pridobljeno 2. 11. 2011 s spletne strani <http://vimeo.com/13389096>

Uvod

Švedska je država z več kot devetimi milijoni prebivalcev, ki ima eno od najdaljših pričakovanih življenjskih dob na svetu, in sicer za ženske 83 let in za moške 78 let. Zdravstveni sistem se vodi na vseh treh ravneh vlade: nacionalni (Riksdag – švedski parlament), regionalni (21 okrožij) in lokalni (290 občin) (St-Pierre in sod 2009). Nacionalna raven, ki je organizirana v Ministrstvu za zdravje in socialne zadeve (MZSZ) in ima štiri ministre (in sicer za zdravje in socialne zadeve, javno administracijo in stanovanja, za socialno varnost ter otroke in starejše), pripravlja nacionalne smernice, vendar pa sta regionalna in lokalna raven do neke mere avtonomni glede njihovega upoštevanja.

Uvedba strategije Zdravje v vse politike in pomembnejši politični dokumenti

Nastanek

Švedska je že zelo zgodaj prepoznala pomen družbene perspektive in vpliva socialnih determinant in različnih politik na zdravje ter populacijskega pristopa (Ståhl in sod 2006). Tako je leta 1984 v Zakon o zdravstvenih storitvah (The Government Bill on the Development of Health and Medical Care Services in Sweden (Govt. Bill 1984/85:181)) vključila zmanjševanje neenakosti v zdravju. Navdih za to je bila deklaracija SZO Zdravje za vse do leta 2000 (Health for all by the Year 2000), ki je med drugim posebno pozornost namenila ranljivim skupinam.

Poleg tega je za Švedsko značilno, da so prepoznali in na vladni ravni poudarjali pomen zdravja za razvoj in blaginjo države, da so javno zdravje uvrstili visoko v politični program ter sistematično analizirali vpliv posameznih politik na zdravje. Glavna skrb politikov je bila priprava obširne in celovite nacionalne politike javnega zdravja, ki bi vključevala nacionalne cilje in strategije na Švedskem, ki je do tedaj še ni bilo. Želeli so ustvariti in vzpostaviti proaktiven in multisektorski pristop. Obenem pa so strokovnjaki na področju javnega zdravja opozarjali na problem obstoja in celo večanja razlik v zdravju med različnimi skupinami (Mannheimer in sod 2007).

Leta 1987 je bilo izdano prvo poročilo o javnem zdravju, ki se je osredotočilo na socialne neenakosti v zdravju in izpostavilo, da so kljub splošnemu pozitivnemu napredku države nekatere skupine še vedno ogrožene in pri njih ni zaznati izboljšanja zdravja. Zaradi tega je vlada začela bolj poudarjati preventivo in načelo enakosti (Hogstedt in sod 2008).

Leta 1991 je vlada predlagala zakon, ki je omenjal pomembnost ekonomskega in družbenega napredka za ustvarjanje materialnih pogojev, v katerih bi državljani imeli možnost za dolgo in zdravo življenje. Poleg tega pa je zakon poudaril pomen zmanjševanja neenakosti kot krovni cilj zdravstvene politike.

Razvoj pristopa ZVP in priprave ključnih dokumentov je potekal na vladni ravni med letoma 1997 in 2002, pri čemer je leta 1994 takratna vlada predlagala ustanovitev komiteja za javno

zdravje (Hogstedt in sod 2008), ki je bil ustanovljen leta 1997 in je bil odgovoren za zastavljanje nacionalnih javnozdravstvenih ciljev z vidika zdravja za vse in s poudarkom na neenakostih v zdravju. Za te namene je bila ustanovljena parlamentarna komisija, sestavljena iz politikov vseh takratnih političnih strank (tudi opozicijskih), strokovnjakov iz akademskih krogov, delavskih sindikatov, oblasti in civilnodružbenih organizacij. Komite je leta 2000 izdal poročilo Zdravje pod enakimi pogoji (Health on equal terms), ki je nastalo na podlagi številnih usklajevanj. Poročilo opredeljuje 18 nacionalnih ciljev, od katerih jih je 14 povezanih z zdravjem in socialno ekonomskimi pogoji. Kljub temu, da je bilo soglasje glede politike in njene usmerjenosti na enake pogoje za zdravje precej močno, so nekatere politične stranke izrazile zadržke glede nekaterih delov dokumenta, tako da končni dokument z naslovom Vladni zakon o ciljih v javnem zdravju (Government's Public Health Objectives Bill →) leta 2003 ni imel tako močne in specifične osredotočenosti na cilje, povezane s socialnimi determinantami zdravja, kot so ga imele delovne verzije dokumenta (Mannheimer in sod 2007). Vendar pa je kljub temu dokument izrazilo poudaril pomen zdravja za vse, socialne determinante zdravja in vpliv drugih sektorjev na zdravje ter pustil pomembno sled tudi na mednarodnih dogajanjih.

V nastajanje dokumenta je bilo vključenih mnogo različnih akterjev; poleg politikov še zdravstveni svetovalci in strokovnjaki za javno zdravje ter civilna družba, soglasno so ga sprejele vse politične stranke. Poročila so bila poslana več kot 500 akterjem, komentarje pa so prejeli od več kot dvesto deležnikov (oblasti, univerz, občin, okrožij, delavskih sindikatov in civilnodružbenih organizacij) (Mannheimer in sod 2007). Dokument ima 11 glavnih ciljev, ki so povezani s 30-imi sektorji; in sicer so cilji sledeči:

1. sodelovanje in možnost vplivanja v družbi,
2. ekonomska in socialna varnost,
3. pogoji v otroštvu in adolescenci,
4. zdravo delovno okolje,
5. zdravo okolje in proizvodi,
6. usmerjenost zdravstvenih sistemov v promocijo zdravja,
7. učinkovita zaščita pred nalezljivimi boleznimi,
8. spolnost in reproduktivno zdravje,
9. telesna dejavnost,
10. prehranske navade in varnost živil,
11. tobak, alkohol, prepovedane droge, doping ter hazardiranje.

Pri prvih šestih ciljeh gre za strukturne vzroke socialnih neenakosti, pri zadnjih petih pa za vedenja, povezana z zdravjem (Hogstedt in sod 2008).

Leta 2008 je bil sprejet dokument Prenovljena politika javnega zdravja (A renewed Public Health Policy), ki ima še vedno 11 ciljev iz leta 2003, vendar bolj poudarja posameznikovo odgovornost in zahteva aktivnosti na lokalni ravni ter promocijo javnega zdravja (St-Pierre in sod 2009).

Implementacija

Implementacijo Vladnega zakona o javnem zdravju je MZSZ podelilo Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIPH). Njegova naloga je bila koordinacija aktivnosti glede uresničevanja

javnozdravstvene politike v vseh sektorjih. NIPH je razvil indikatorje za merjenje implementacije na občinski ravni. Prav tako vsaka štiri leta izdaja evalvacijsko poročilo o aktivnostih in prioritetah na področju javnega zdravja.

Poleg tega je bila v skladu s priporočili SZO leta 2003 ustanovljena nacionalna svetovalna skupina za vprašanja javnega zdravja, ki jo je vodil Minister za javno zdravje in ki je vključevala člane tako iz lokalnih, regionalnih in nacionalnih zdravstvenih oblasti, predstavnike različnih sektorjev – npr. za izobraževanje, zaposlovanje in integracijo, policijo in predstavnike vseh večjih ministrstev. Skupina sicer ni imela pravne podlage, je pa imela mandat za svetovanje glede prioritet, vodenje razprave o politiki in koordiniranje različnih akterjev in širjenje informacij. (Mannheimer in sod 2007).

Strukture in mehanizmi izvajanja

Kot smo že omenili, je bil na Švedskem ZVP vladni »projekt« in ne le »projekt« zdravstvenega sektorja. Vlada se je zavezala, da bo zdravje postavila kot ključno prioriteto v vseh sektorjih, še posebej pa so bili odločilni ukrepi za izboljšanje javnega zdravja planirani na področjih, kot so: socialna politika, zdravstvena politika, delovni trg in politika delovnega življenja, stanovanjska, izobraževalna ter okoljska politika. Na načelni ravni MZSZ že od leta 2000 poudarja "proaktiven, multisektorski pristop javnega zdravja", ki vključuje tudi druge sektorje, vendar pa ni imenovalo povezovalnega telesa, ki bi skrbelo za sodelovanje med sektorji.

Tudi krovni cilj nacionalne javnozdravstvene politike je presegel meje »zdravstvenega sektorja«, saj je bil usmerjen v ustvarjanje družbenih pogojev, ki zagotavljajo dobro zdravje z enakimi pogoji za celotno populacijo.

Glavno podporo za implementacijo javnozdravstvenih ciljev je nudil NIPH, njegove naloge pa so bile (St-Pierre in sod 2009):

- razviti indikatorje determinant zdravja in spremljati izvajanje politike skupaj z drugimi nacionalnimi agencijami,
- predlagati orodja za preverjanje in integriranje javnega zdravja na lokalnih ravneh,
- pripravljati usposabljanja in seminarje v zdravstvenem in ostalih sektorjih,
- razviti orodja za OVZ.

OVZ je omenjena kot možno orodje za zagotavljanje medsektorske zdravstvene politike. OVZ je v uporabi že od leta 2000 na nacionalni in od leta 1994 na nekaterih lokalnih ravneh (Linell in sod 2008). Poleg MZSZ poudarja njen pomen tudi Ministrstvo za trajnostni razvoj, vendar pa ni zakonsko opredeljena. Vlada je NIPH naložila skrb za nadaljnji razvoj OVZ in NIPH je tako izdelal nekaj poročil tako o metodah OVZ kot o odnosu med politiko in raziskovanjem (Mannheimer in sod 2007). Razvil je tudi veliko pripomočkov, vprašalnikov, primerov dobrih praks in literature na to temo, vendar pa OVZ ni enotno razvita po vsej državi na lokalni ravni. Nekatero publikacije, ki jih je pripravil NIPH, so: Models and methods of Health Impact Assessment, 2001, The need for Health Impact Assessment, 2004, A guide to health impact assessments, 2005, Health impact assessment in physical planning, 2008, in A guide to Quantitative Methods in Health Impact Assessment, 2008.

Uspešnost uvedbe in izvajanja, ključne prednosti ter ključne slabosti procesa

Švedska je že zgodaj začela vpeljevati pristop zdravje v vse politike, oceno vplivov na zdravje, neenakosti in medsektorsko sodelovanje kot vladne politike oz. zaveze. To se odraža v njihovih političnih dokumentih in tudi v bogati literaturi. Glavne pomanjkljivosti so v tem, da država ni imenovala inštitucije, ki bi koordinirala medsektorsko sodelovanje in da niso bili pripravljene tudi akcijski načrti z jasnimi mehanizmi odgovornosti, ki bi bolj natančno opredelili vloge in odgovornosti političnih in administrativnih akterjev v zvezi z izvajanjem teh dokumentov. Dodatno oviro v izvajanju nacionalnih smernic pa predstavlja tudi regionalna in lokalna avtonomija. Po mnenju številnih avtorjev zgolj smernice za implementiranje in tudi napisani akcijski načrti niso dovolj (Mannheimer in sod 2007), če jih nihče ne koordinira, spremlja itd. Kljub temu, da je bil NIPH imenovan kot tisti, ki spremlja in koordinira implementacijo teh dokumentov, pa so bili dokumenti napisani na preveč splošni ravni, ki ne omogoča dovolj natančnega spremljanja njihovega uresničevanja. Zato tudi ni bilo možno jasno opredeliti pomanjkljivosti oz. intervenirati v smislu neizpolnjevanja ciljev. NIPH je moral sicer vsaka štiri leta narediti evalvacijsko poročilo za parlament, ki naslavlja tudi širšo javnost. Vendar pa je bilo implementacijo ciljev težko meriti zaradi decentraliziranosti švedskega vladnega sistema in zaradi mnogih vpletenih akterjev. Prav tako enajst skupin zdravstvenih ciljev predstavlja le smernice, ne pa natančnih ciljev in jih je zaradi tega težko vrednotiti (St-Pierre in sod 2009). »Cilje smo težko kvantificirali, tako da se je napredek meril samo preko glavnih indikatorjev« (Hogstedt in sod 2008).

Kljub temu, da je vlada soglašala, da je medsektorski pristop k zdravju nujen, pa se je pokazalo, da samo soglasje ni dovolj, ampak je potrebna aktivna vloga nekoga, ki to medsektorsko sodelovanje koordinira, spodbuja, skrbi za implementacijo ciljev (ki morajo biti merljivi) in neprestano vrednoti, kako bi se implementacijo lahko izboljšalo ter v tem smislu tudi intervenira. Pri tem ima lahko veliko vlogo pritisk »od spodaj«, torej od različnih organiziranih skupin in aktivnih državljanov (SZO 2008).

119

Zahvala

Hvala Daši Kokole, ki je pomagala pri pripravi omenjenega besedila.

Viri

Hogstedt in sod 2008

Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (ur.). Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries, Swedish National Institute of Public Health, 2008.

Pridobljeno 20. 12. 2011 s spletne strani

http://www.fhi.se/PageFiles/4171/R200821_Health_for_all_komp0809.pdf

Mannheimer in sod 2007

Mannheimer LN, Lehto J, Ostlin P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden--open, half-open or half-shut? Health Promot Int 2007; 22(4 Suppl): 307-15.

St-Pierre in sod 2009

St-Pierre L, Hamel G, Lapointe G, et al. Governance tools and framework for health in all policies, 2009. Pridobljeno 20. 12. 2011 s spletne strani http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf

SZO 2008

World Health Organization . How does Swedish public health policy address determinants of health: Interview with Commissioner Denny Vagero, Sweden, 2008. Pridobljeno 20. 12. 2011 s spletne strani http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interview_vagero/en/index.html

Linell in sod 2008

Linell A, Stegmayr H, Knutsson I. Health impact assessment in physical . In-depth comprehensive plan for the Fyrvalla-Remonthagen area, Östersund planning, Swedish National Institute of Public Health, 2008. Pridobljeno 20. 12. 2011 s spletne strani http://www.fhi.se/PageFiles/3395/R200806_HIA_0805.pdf

Ståhl in sod 2006

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E in Leppo K. Health in All Policies. Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies 2006. Pridobljeno 20. 12. 2011 s spletne strani http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

KLJUČNA PRIPOROČILA, USMERITVE IN OSNOVNA ORODJA

KLJUČNI SPODBUJEVALNI IN ZAVIRALNI DEJAVNIKI TER ORODJA VODENJA ZA UVEDBO IN IZVAJANJE ZDRAVJA V VSEH POLITIKAH

Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev, Tadeja Hočevar, Mitja Vrdelja, Helena Jeriček Klanšček, Vesna Pucelj, Tatjana Kofol Bric

Uvod

ZVP je politično izzivalna strategija, za njeno uvedbo, izvajanje in napredovanje so potrebni premišljeni in načrtni napori. V pričujočem prispevku želimo glede na dostopno literaturo in skupne značilnosti držav, ki so uvedle koncept ZVP, podati priporočila za učinkovito uvedbo in izvajanje strategije Zdravje v vseh politikah.

Dejavniki in orodja vodenja, ki so pomembni za uspešno uvedbo in izvajanje ZVP

Za uspešno uvedbo in izvajanje strategije ZVP ter doseganje ciljev politike zdravja so se kot najpomembnejši izkazali sledeča orodja vodenja in dejavniki:

- Osveščenost in razumevanje pomena zdravja, blaginje in enakosti v zdravju, promocije zdravja, strategije Zdravje v vseh politikah za zdravje prebivalstva, za napredek države in družbe, za ekonomski razvoj in za doseganje ciljev različnih sektorjev. Cilj je doseči osveščenost in razumevanje navedenih tem v različnih ciljnih skupinah (politični odločevalci, strokovnjaki, civilna javnost idr).
- Iskanje skupnih koristi in sodelovanja ter jasne vrednote, ki umeščajo koristi za zdravje v kontekst vzajemnih koristi in sodelovanja in premik pri pripravi politik od strategije zdravja k "dobim-dobiš" ("win-win") strategiji.
- Politična volja in zaveza vlade za uvedbo in izvajanje ZVP. Ključni preboj se običajno zgodi, ko imajo interes za ukrepanje na tem področju najvišje politične avtoritete.
- Vzpostavitev vsevladnega, medsektorskega pristopa.
- Komisije, odbori ali drugi organi na ravni vlade ali predsednika vlade, ki kažejo na visok raven zaveze in vodijo ter koordinirajo uvedbo in izvajanje ZVP. Vzpostavitev vladne, torej nadsektorske avtoritete je ključna za uspeh medsektorskega sodelovanja. Samo soglasje o potrebi po uvedbi in izvajanju ZVP ni dovolj, potrebna je aktivna vloga organa na ravni avtoritete vlade ali predsednika vlade, ki to medsektorsko sodelovanje vodi, koordinira, spodbuja, skrbi za implementacijo ciljev in neprestano vrednoti, kako bi se implementacijo lahko izboljšalo ter v tem smislu tudi intervenira in ima za to ustrezne kompetence.
- Sektor zdravja lahko nastopa kot vzpodbujevalec, in koordinator, ne vodja procesa. Pri tem je njegova vloga zelo pomembna, saj mora mora prevzeti vlogo vizionarja, usmerjevalca in zagovornika na tem področju, imeti jasne argumente s področja zdravja in enakosti v zdravju, zagotoviti mora holistično razumevanje zdravja, jasno definirati lastne vrednote in njihov pomen za politike, nakazati morebitne učinke zanemarjanja teh vrednot in mora biti pripravljen na sodelovanje z drugimi sektorji ter prepričati najvišja raven vlade o prioriteti delovanja na področju zdravja, blaginje, kvalitete življenja in enakosti v zdravju. Pomembna je multidisciplinarna kompetenca, torej poznavanje okoliščin, ciljev in razumevanje "jezika" drugih sektorjev.

- Pregled obstoječega stanja in uporaba oziroma nadgradnja obstoječih možnosti, nato šele uvedba morebitnih potrebnih novih orodij vodenja in mehanizmov delovanja. Strukture in mehanizmi za uvedbo in izvajanje ZVP oziroma medsektorsko sodelovanje pogosto že obstajajo, zato je potrebno preučiti že obstoječe možne kanale za uvedbo in izvajanje ZVP in jih ustrezno uporabiti.
- Institucionalizacija in zakonodajna umestitev pristopa ZVP, kar pomeni obvezno medsektorsko sodelovanje. Minister za zdravje lahko od ustreznega ministrstva, vladne agencije ali lokalne oblasti zahteva oziroma jih pozove, da pripravijo poročilo o kateremkoli delu izvajanja zakonodaje. Zakonodajna podpora ZVP prek revizije zakonodaje o javnem zdravju.
- Zavezanost k pristopu v ključnih strateških dokumentih države (npr. merljivi cilji zdravja), kar pomeni pripravo nadsektorskih strateških dokumentov s cilji in kazalniki, ki so veljavni za vse sektorje, ki ga pripravijo oziroma potrdijo vsi oz. večina sektorjev v okviru skupnega dela ter nadsektorskih/vsevladnih akcijskih načrtov, ki vključujejo delovanje na socialne determinante zdravja in cilje zdravja, blaginje, kvalitete življenja in enakosti v zdravju.
- Skupen proces priprave in vrednotenja ključnih strategij (npr. strategije javnega zdravja). Skupno delo kot soglasni prispevek vseh h doseganju ciljev in z občutkom deljene odgovornosti.
- Jasni in merljivi cilji in kazalniki delovanja, določeni s skupnim konsenzom in potrjeni s strani vlade, pospremljeni s spodbudami in koherentnimi podpornimi ukrepi.
- Vzpostavljeni finančni mehanizmi in vključevanje ciljev glede determinant zdravja v obstoječe finančne mehanizme in mehanizme odgovornosti.
- Jasno dodeljena odgovornost za izvajanje koncepta in izpolnjevanje ciljev.
- Spremljanje doseganja ciljev, vrednotenje uspešnosti, načrti nadzora in vzdrževanja izidov, spremljanje porabe sredstev.
- Medpodročni oziroma medsektorski dogovori za koordinacijo in medsebojno razumevanje.
- Sočasne aktivnosti na različnih institucionalnih ravneh, v vseh sektorjih in vseh ravneh družbene organiziranosti .
- Vključevanje številnih deležnikov (ZVP je tudi izzivalni proces vključevanja vseh v politike zdravja, torej tudi nevladnih organizacij, privatnega sektorja, socialnih gibanj, prebivalcev, medijev idr.)
- Zagotovitev znanja (če potrebno tudi nova npr. Šola javnega zdravja) in ustreznih virov za izpolnjevanje ciljev.
- Trajna organizacijska enota za razvoj znanja in zmogljivosti na področju ZVP.
- V zakonodaji določena obvezna ocena vplivov na zdravje (OVZ), ki je eden najbolj strukturiranih mehanizmov vključevanja skrbi za zdravje v vseh politikah in informira politične odločevalce o vplivih na zdravje različnih političnih opcij, naj bo dobro strukturirana s horizontalnim in vertikalnim vodenjem.
- Organizacijska enota za OVZ.
- Prilagodljive metode analiz vplivov na zdravje.
- Čimbolj zgodnja vpeljava OVZ v proces razvijanja posamezne politike.

- Mednarodno sodelovanje in podpora (Svetovna zdravstvena organizacija idr.).

Najučinkovitejša je kombinacija prisilnih ukrepov (zakonodaja, odgovornost ipd) in ukrepov spodbude (npr. dodatno financiranje) z istočasno močno in dolgotrajno podporo na vsaki ravni izvajanja strategije.

Prenosljivost različnih modelov je sicer potrebno še preizkusiti, vendar se ocenjuje, da modeli ne vsebujejo nič posebej edinstvenega in da se lahko elementi modelov uporabijo in razvijejo v številnih različnih situacijah in okoljih. Ne glede na to, pa je potrebno upoštevati politične, družbene, ekonomske, kulturne, institucionalne razlike in raznolikost različnih sistemov zdravstvenega varstva, ki lahko precej vplivajo na to, kako hitro in v kolikšni meri je sprejeta strategija ZVP.

Večina ključnih orodij vodenja za uvedbo in izvajanje strategije ZVP je odvisnih predvsem od vlade.

Najpomembnejše ovire in napake na poti uvedbe in izvajanje ZVP

- Samo retorična podpora uvedbi in izvajanju strategije, brez ustreznih orodij vodenja in izpolnitve ključnih dejavnikov.
- Ni organa na ravni vlade, ki bi koordiniral medsektorsko sodelovanje in ni akcijskih načrtov z jasnimi mehanizmi odgovornosti, ki bi bolj natančno opredelili vloge in odgovornosti političnih in administrativnih akterjev v zvezi z izvajanjem dokumentov.
- Pomanjkanje zavedanja, da je potrebno vzpostaviti ustrezno infrastrukturo v podporo ZVP.
- Zdravstveni sektor pogosto ne razume ciljev in potreb drugih sektorjev in namesto, da bi podpiral iniciative drugih sektorjev, slednjim pogosto vsiljuje svoje cilje.
- Ko je politična volja prisotna, morajo biti strokovnjaki takoj pripravljeni na doprinos k rešitvam, politiki hočejo takoj odgovore, kako reševati probleme. Tu se razgali problem pomanjkanja dokazov, ki je znaten in še posebej kaže na pomembnost vrednotenja kompleksnih intervencij v javnem zdravju in iskanja novih načinov sintetiziranja podatkov, ki že obstajajo. Očiten je tudi problem določanja ustreznih kazalnikov, to so tisti, s pomočjo katerih se bo meril napredek na vseh ključnih področjih. Nekateri indikatorji so že razviti, drugi še ne. Težava je tudi v tem, da različni resorji zbirajo podatke po različnih metodologijah, nekatere potrebne statistike pa sploh ni na voljo.
- Konflikti glede virov (reševanje nujnejših potreb, npr. kirurške čakalne liste, ima pogosto prednost pred mehkejšimi dolgoročnejsimi cilji, to se lahko pojavlja v vseh, ne le v sektorju zdravja in potrebna je stalna pozornost, da strategije ostanejo na začrtani poti).
- Težave pri izvajanju akcijskih načrtov na lokalnih ravneh zaradi neustreznega načrtovanja virov in neaktivnosti oziroma pomanjkanja koncepta/politike pri sodelovanju primarnega zdravstvenega varstva.
- Implementacija preširoko zastavljene strategije, kar lahko privede do močne zožitve osredotočenosti od prvotnega pristopa k socialnim determinantam zdravja do osredotočenosti na specifične skupine in nato na posamezne dejavnike življenjskega stila. Res je lažje načrtovati aktivnosti na področju posameznega dejavnika življenjskega

sloga, vendar pa nikakor ne smemo zanemariti delovanja na "upstream" determinantah. Delovanje se lahko preveč osredotoči na najbolj depriviligirane skupine, rezultat tega pa je zanemarjanje širšega pristopa.

- V nekaterih primerih je bila decentralizacija in neuskklajenost struktur in procesov na centralnih in lokalnih ravneh pomembna ovira za izvajanje ZVP.
- Neustrezno načrtovanje in razporeditev virov.
- Neupoštevanje potrebe po zagotavljanju finančnih virov.
- Neupoštevanje potrebe po vrednotenju z izborom ustreznih kazalnikov ter določitvijo kvantificiranih ciljev z izidi.
- Politike, ki zadevajo zdravje, se ne oblikujejo in izvajajo na osnovi prednostnih ciljev zdravja, pač pa prioritet komercialnih politik.
- Politične spremembe, kot so menjava vlade, menjava političnih opcij (kratkoročen domet).

Posebej bi radi opozorili na sledeče

Za motivacijo političnih odločevalcev je potrebno najti in poudariti hitre učinke zdravju naklonjenih politik. Pri zdravju naklonjenih politikah se rezultati namreč pogosto pokažejo po daljšem času, kar večinoma ni v interesu politikov, ki imajo kratke mandate in so zanje bolj zanimive alternativne investicije s hitreje vidnimi rezultati.

Izkušnje držav kažejo, da uvedba ZVP in priprava strateških dokumentov zahteva ustrezne oziroma realne časovne roke (leto in več).

Obstaja potreba po razvoju bolj izpopolnjenih orodij spremljanja procesa, vplivov politik na zdravje in zdravja na politike na dolgi rok.

Uvedba strategije ZVP ni enoznačna, ampak se razlikuje od države do države, in sicer glede na potrebe, glede na politično ureditev, družbeno-zgodovinski kontekst države in obstoječi sistem zdravstvenega varstva, tako so npr. nekatere države večji poudarek dajale zmanjševanju neenakosti, druge države so ZVP uvajale samo v določenih delih države (npr. v določeni provinci) itn.

POSTOPEK IN ORODJA ZA IZVEDBE OCENE VPLIVOV NA ZDRAVJE

Helena Koprivnikar, Andreja Drev in Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Uvod

Ocena vplivov na zdravje (OVZ) je praktični pristop, ki ga uporabljamo za oceno morebitnih učinkov politike, programa ali projekta na zdravje populacije, s poudarkom na enakosti v zdravju (WHO 2012). V nadaljevanju bomo zaradi poenostavitve besedila navajali le izraz politike, ne pa tudi programi oziroma projekti.

OVZ je pristop za razvoj boljših, na osnovi dokazov razvitih politik (WHO 2012) in je namenjena informiranju in vplivanju na politične odločevalce in njihove odločitve (HDA 2002). Dobra OVZ bo vodila politične odločevalce k razmisleku o pozitivnih in negativnih učinkih predlaganih politik na zdravje prebivalstva oziroma določenih skupin znotraj nje (Herriott in Williams 2010) ter razpoznala praktične načine izboljšanja predloga (HDA 2002). OVZ lahko razpozna tudi "dobim-dobiš" ("win-win") primere med različnimi političnimi področji (Herriott in Williams 2010).

Izdelki in način dela pri izvajanju OVZ

OVZ je prilagodljiv pristop in četudi se ga v svetu izvaja na številne različne načine in izhaja iz različnih metod, tehnik in veščin, se le-te lahko prilagodijo glede na trenutne potrebe. Obstajajo določeni osnovni ključni elementi in namen, ki so v vseh primerih isti. Glavni izdelek OVZ so na dokazih osnovana priporočila, ključni del OVZ pa razpoznava in ocena obstoječih dokazov (WHO 2002). V postopku OVZ pripravljena priporočila bodo seznanila politične odločevalce, kako lahko najboljše krepijo in zaščitijo zdravje in blaginjo posameznih skupnosti in vseh prebivalcev. OVZ mora maksimirati pozitivne učinke in minimizirati negativne učinke politike, programa ali projekta in zmanjšati neenakosti v zdravju (Herriott in Williams 2010).

OVZ lahko izvedemo v različnih fazah razvoja predloga politike, ločimo (Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004, HDA 2002):

- **prospektivno OVZ**, ki jo izvedemo med pripravo politike (pred implementacijo) in naj bi podala oceno vpliva na zdravje po uvedbi politike ter vnaprej predvidela ustrezne spremembe in dopolnitve politike, da ne bi prišlo do v OVZ predvidenih negativnih učinkov na zdravje. Prednost prospektivne OVZ je v tem, da lahko prilagoditve predloga naredimo v zgodnji fazi razvoja politike.
- **sočasno potekajoča OVZ**, ki jo izvedemo med implementacijo politike in se uporablja predvsem takrat, ko pričakujemo vplive na zdravje, ni pa možno v času nastajanja politike oceniti, kateri vplivi se bodo pojavili in v kakšnem obsegu, omogoča pa nam tudi sočasno spremljanje uvedbe politik in po potrebi hitro pripravo in uvedbo morebitnih korektivnih ukrepov;

- retrospektivno OVZ, ki jo izvedemo po implementaciji politike in zabeleži dejanske vplive politike na zdravje. Nudi možnost učenja o tem, kaj se je dejansko zgodilo in tako pomaga pri usmeritvah pri zastavljanju in razvoju novih politik.

Ko se odločamo za posamezno vrsto OVZ moramo vedeti, kdo bo sprejel ključne odločitve in katere so ključne točke odločanja v procesu priprave politike. Optimalno in potrebno je, da zagotovimo pripravo priporočil OVZ pred ključnimi odločevalskimi mejniki v procesu sprejemanja in/ali implementacije politike. (HDA 2002).

OVZ naj izvaja skupina, v katero so poleg strokovnjakov s področja javnega zdravja vključeni strokovnjaki različnih strok, glede na naravo OVZ (ekonomisti, analitiki, družboslovni raziskovalci), politični odločevalci ustreznih sektorjev, predstavniki civilne družbe in po potrebi privatni sektor. Priporočljivo je, da se OVZ začne na začetku procesa priprave oziroma razvoja politike in ima na voljo zadosti časa in virov, saj lahko le tako pripravijo priporočila, ki bodo v polni meri vključevala vse možnosti, le v tem primeru ima lahko OVZ pristen učinek na izbor le-teh. Politike se lahko v času razvoja znatno spremenijo, zato se bo potrebno v takih primerih vrniti nazaj k OVZ, da zagotovimo oceno pomembnejših sprememb. V primeru, da izvajamo OVZ v poznih fazah razvoja politike, je potrebno zagotoviti zadosten čas za izvedbo (Herriott in Williams 2010). OVZ lahko traja dneve, tedne ali mesece, odvisno od pomembnosti in obsega predloga politike in virov, ki so na voljo izvajalcem OVZ.

Dokazov je na nekaterih področjih zelo malo ali pa so neenotni, zato je potrebno poudariti, da OVZ uporabi najboljše dostopne dokaze glede na časovne omejitve in omejitve virov. OVZ gre še dlje od pregleda dokazov, vključevati mora oceno pomembnosti le-teh, ta ocena pa vključuje tudi razpravo in sodelovanje z ustreznimi deležniki, s čimer se zagotovi, da je vsako priporočilo osnovano na jasni prepoznavi in vključevanju različnih perspektiv. OVZ pa ni čudežno orodje in moramo se zavedati, da je le eden od kamenčkov v mozaiku političnega odločanja, saj nanj vplivajo še številni drugi dejavniki. Ne glede na to, da sicer lahko OVZ izvedemo brez vključevanja političnih odločevalcev, pa je zelo smiselno le-te vključiti v proces v čimbolj zgodnji fazi (HDA 2002).

OVZ se osredotoča na zdravstvene izide, s katerimi lahko merimo zdravstveno stanje posameznika, skupine ali vsega prebivalstva (npr. zvišanje ali znižanje stopenj debelosti, bolezni srca, različnih nalezljivih bolezni idr.) in determinante zdravja (Slika 1), na katere lahko vplivamo (na nekatere kot so spol, starost ipd ne moremo vplivati) (Herriott in Williams 2010).

Postopek izvajanja OVZ

V prispevku opisujemo pristop, ki ga je priporočila Svetovna zdravstvena organizacija, Urad za Evropo (WHO 2002), dopolnili smo ga z drugimi gradivi (WHO 2012, WHO 2011, Herriott in Williams 2010, UKDH 2010, UKDH 2007, Simpson in sod 2005, Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004, Mahoney in sod 2004, HDA 2002, NHS 2000). Nekateri modeli izvedbe OVZ vključujejo le 4 faze in dejansko združujejo 3. in 4. fazo v modelu, ki smo ga predstavili. Obstajajo pa tudi modeli s šestimi fazami, vendar se od zgornjega v izvedbi ne razlikujejo pomembno, le

določene faze bolj razčlenijo (WHO 2012). Nekateri modeli faze še drugače porazdelijo, a se tudi v tem primeru izvedba v glavnih delih ne razlikuje (Herriott in Williams 2010).

V prispevku ne moremo predstaviti vseh vidikov načrtovanja in izvedbe OVZ, predstavili pa bomo širši okvir za razumevanje pristopa, osvetlili pomembnejša vprašanja, predstavili osnovne pojme in faze OVZ ter kolikor bo le možno praktične nasvete in namige ter vire dodatnih informacij.

1. Presejanje ("Screening") - odločitev ali bomo izvedli OVZ

Ta faza predstavlja sistematičen način odločitve, ali bomo OVZ izvedli oziroma pristopili k naslednjim fazam postopka, torej ali je OVZ najboljši način zagotovitve, da so vprašanja zdravja in enakosti v zdravju ustrezno obravnavana. Tako lahko preprečimo izvajanje OVZ, kadar le-ta ni potrebna, in podpremo odločitev, da se takrat, ko je OVZ potrebna, le-ta tudi izvede.

Ta faza se v praksi ne izvaja vedno, a ne zato, ker ni potrebna, temveč zaradi organizacijskih težav ali težav z viri. Izvaja se tam, kjer je vodstvo zavezano pristopu in dopušča zadosten čas in vire za presejanje politik, če pa temu ni tako, pa se OVZ običajno izvaja v primeru pomembnejših projektov ali pa v primeru pridobitve financiranja na temo OVZ, včasih pa se OVZ izvaja kar na vseh pomembnejših temah.

Tipična lastnost te faze je, da se izvaja v okviru širšega medsektorskega sodelovanja. Priporočljivo je, da že v tej zgodnji fazi vključimo politične odločevalce.

V tej fazi opravimo hitro oceno politike glede potencialnih vplivov na zdravje populacije. Nekatera od ključnih vprašanj, ki jih moramo obravnavati v tej fazi so:

- ocena relativne pomembnosti predloga in obsega, v katerem lahko vplivamo nanj,
- hiter pregled možnih učinkov na zdravje,
- hiter pregled možnega obsega vpliva na širše determinante zdravja in enakosti,
- hiter pregled možnega obsega vpliva na različne skupine, s poudarkom na depriviligiranih, ranljivih, marginaliziranih skupinah,
- hiter pregled obsega obstoječih dokazov in podatkovnih virov,
- hiter pregled obstoja podobnih, že izvedenih OVZ,
- hiter preudarek o tem, ali v tem primeru morda obstajajo ustrezne alternative OVZ za zagotovitev zdravja in enakosti s strani političnih odločevalcev,
- razmislek o potrebnih virih in organizacijskih zmogljivostih za izvedbo OVZ.

Pri izvedbi te faze si pomagamo s presejalnimi vprašanji, nanje pa naj odgovarja skupina, ki razume ozadje, kontekst, razloge in cilje politike. Presejalna vprašanja naj skupina prilagodi kontekstu, v okviru katerega se predlog ocenjuje. Primere presejalnih vprašanj so dostopni na:

<http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia041/en/index.html>

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_120106.pdf

<http://www.who.int/hia/tools/process/en/index.html>

Rezultate presejanja, skupaj s kratko pojasnitvijo dokazov in nasvetov, ki so pripomogli k odločitvi, zapišemo. Rezultat te faze so lahko tri vrste priporočil:

- predlagana politika ima le majhen obseg vplivov na zdravje, zato ni potrebe po spremembah predloga oziroma so potrebne minimalne spremembe
- vplivi na zdravje so dobro poznani in dokumentirani, v okviru presejanja lahko priporočimo potrebne spremembe za pojačanje pozitivnih vplivov in ublažitev negativnih ter za krepitev enakosti
- glede potencialnih vplivov na zdravje in enakost, obsega vplivov in priložnosti za prilagoditev predloga obstajajo nejasnosti, zato je potrebno opraviti OVZ

V primeru, da je podano tretje priporočilo, se odločimo za eno od vrst OVZ, hitro, intermediarno ali celovito.

Pri mini (rapid-desk) OVZ se faza ocene izvede hitro (pogosto v nekaj dneh) z omejenim obsegom virov. Običajno vključuje obstoječe dokaze in izkušnje ter predhodno izvedene OVZ (pregled dokazov).

Pri hitri OVZ se faza ocene izvede v nekaj tednih do 2-3 mesecih. Običajno vključuje pregled obstoječih dokazov, podobnih, že izvedenih OVZ, raziskovanje mnenj, izkušenj, pričakovanj tistih, na katere bi predlog politike lahko vplival, lahko pa tudi pridobitev in analizo novih informacij. Običajno je večina dokazov na voljo, raziskati je potrebno kontekstualne dejavnike.

Pri celoviti OVZ je faza ocene obsežna, ustvari se nove informacije, izvedejo obsežni pregledi literature in sodelovanja oziroma razprave z relevantnimi deležniki. Običajno večina dokazov ni na voljo oziroma gre za kompleksno vprašanje. Traja lahko več kot 3 mesece do enega leta. Vedno vključuje pridobitev in analizo novih informacij.

2. Določitev obsega oziroma okvirov izvajanja ocene ("Scoping") – odločitev, kaj bomo naredili in kako

Ta faza postavi meje načrtovane OVZ in načrtuje, kako naj bi se najučinkoviteje opravila naslednja faza.

Ključne odločitve v tej fazi so:

- kako in kdo bo izvajal in vodil proces (sestava usmerjevalnega odbora, določitev, kdo vodi delo),
- kdo bo opravil delo (notranji in/ali zunanji člani),
- določitev zadolžitev,
- določitev, kako se bodo sprejemale glavne odločitve,
- katere politične odločevalce, strokovnjake, "praktike" je potrebno vključiti,
- ključni mejniki oziroma odločilne točke v procesu OVZ,
- časovni roki oziroma kdaj naj bo OVZ dokončana, da bo možen vpliv na politične odločevalce (časovni roki pogosto lahko vplivajo na odločitev ali se bo izvedla hitra ali pa obsežna OVZ),

- do katere mere bodo vključeni deležniki, na katere lahko vpliva predlog politike,
- določitev in konsenz glede namena in ciljev OVZ,
- kateri viri (finančni in kadrovski) in večine so potrebne,
- metode, ki se bodo uporabljale za zbiranje podatkov,
- določitev omejitev OVZ v smislu časa, determinant, populacijskih skupin, geografskega območja,
- določitev, kateri vplivi na zdravje zahtevajo nadaljnjo obravnavo glede na populacijo in geografsko področje,
- nadzor in vrednotenje OVZ, ki bo opravljeno.

To fazo lahko izvajamo na različne načine. Kot učinkovito se je izkazalo, da poleg delovne skupine organiziramo usmerjevalni odbor, ki spremlja in vodi pripravo OVZ. Odbor načrtuje delo in dodeli odgovornosti za naloge in izdelke. Sestavljen naj bo iz predstavnikov različnih organizacij, agencij in skupnosti, ki so povezane s temo, ki jo obravnava OVZ. V nekaterih primerih je usmerjevalni odbor lahko istočasno tudi delovna skupina.

3. Ocena ("Appraisal") – prepoznavanje tveganj za zdravje in preudarek glede dokazov o vplivih

V tej fazi se opravi največji obseg dela v okviru OVZ, to je analiza politike, profiliranje populacije, na katero politika vpliva, razpoznavanje in opredelitev možnih vplivov na zdravje in zdravstvene izide in poročanje o teh vplivih.

Najprej **prepoznamo možne pozitivne in negativne učinke na zdravje** (večji, manjši, neposredni in posredni, pozitivni in negativni) populacije.

Ključna vprašanja pri tem so:

- Kateri so možni učinki na zdravje (pozitivni in negativni) zaradi implementacije predloga, na splošno in v specifičnih populacijskih skupinah?
- Ali bodo ti učinki verjetno neenakomerno porazdeljeni?
- Kakšne so značilnosti omenjenih vplivov?

Pri tem si pomagamo z dejavniki, ki vplivajo na zdravje in blaginjo in nanje lahko vplivamo:

- Socialno-ekonomski: dohodek, revščina, zaposlenost, socialna izključenost
- Fizično okolje: kvaliteta zraka in vode, bivalne razmere, kriminal, hrup, transport, infektivni in toksični agensi
- Družbeno in skupnostno okolje: socialne mreže, dostopnost do storitev, kot so izobraževanje, zdravje in storitve za prosti čas
- Individualni življenjski stil in življenjski stil družin: prehrana, telesna dejavnost, kajenje, alkohol, spolno vedenje, prepovedane droge, duševno zdravje

Potrebno je tudi oceniti, ali bo politika imela drugačne vplive na zdravje v različnih skupinah prebivalstva (po starosti, spolu, etnični pripadnosti, socialno-ekonomski skupini, območju bivanja idr.).

Zberemo in primerjamo kvalitativne in kvantitativne dokaze. Iščemo pretekle OVZ, vrednotenja podobnih politik (v pomoč spodaj pripete priporočene spletne strani), raziskave

(vladne, mednarodne agencije, kot je npr. SZO, druge države, projektne skupine, akademski raziskovalci idr.) in generiramo nove informacije. Te lahko zbiramo z različnimi kvalitativnimi in kvantitativnimi metodami, kot so poglobljeni intervjuji, fokusne skupine, pregledi enakosti ("equity audits"), vprašalniki in raziskave, sekundarne analize obstoječih podatkov, profiliranje skupnosti, ocena potreb, ekspertna mnenja, dokumentarni viri.

Nato izberemo oziroma določimo najpomembnejše učinke na zdravje. Najpomembnejši učinki so tisti, ki lahko vplivajo na celotno populacijo ali na specifične socioekonomske, starostne, etnične ali verske skupine, jih je težko zdraviti ali pa so ireverzibilni, so srednje ali dolgoročni, povzročajo veliko zaskrbljenost javnosti in imajo kumulativne ali sinergistične učinke. Z nasveti strokovnjakov in posveti z njimi zagotovimo, da se najpomembnejši učinki pravilno identificirajo in da je ocena njihove verjetnosti in ravni učinka pravilna. Strokovnjaki, ki nam lahko pomagajo pri tem so znanstveniki, epidemiologi in strokovnjaki s področja zdravja v javnih službah, na univerzah ali v privatnem sektorju, drugi posamezniki s specialnimi znanji s področja, npr. ustrezni deležniki, prostovoljne organizacije, nadzorniki ("monitoring agencies") in ekonomisti zdravja ("health economists"). V primeru pomanjkanja dokazov ali kadar so dokazi dvoumni, uporabimo previdnostno načelo. Pomanjkanje popolne znanstvene potrditve naj ne bo razlog za neupoštevanje ukrepov za minimiziranje resnih učinkov na zdravje. Končno oceno o tem, ali in kateri učinki na zdravje so pomembni naredi delovna skupina na osnovi dostopnih dokazov. Če skupina nobenega od učinkov ne smatra za pomembnega, je OVZ opravljena in jo v celoti zabeležimo do te faze.

Nato pomembne učinke na zdravje kvantificiramo ali opišemo. Delovna skupina pripravi kvalitativno in kvantitativno oceno glede pomembnih učinkov na zdravje, njihove potencialne stroške ali koristi in kako se zdravje spreminja v različnih okoliščinah in zakaj. V tej fazi moramo obravnavati tudi učinke na neenakosti ali socialno-ekonomske skupine, kot so npr. starejši, socialno-ekonomsko prikrajšani, etnične skupine idr. Učinke na zdravje kvantificiramo s pomočjo ocene, koliko posameznikov in do katere stopnje bodo prizadeti (npr. izgubljena življenja, število obolelih, število oseb, pri katerih preprečimo obolenje, število oseb, ki so bolj občutljive za določeno obolenje zaradi dejavnikov kot so npr. debelost, nižja stopnja izobrazbe, nizki prihodki, pomanjkanje socialne podpore idr. pa tudi spremembe v QALY (kvaliteti prilagojena leta življenja)). Za izbor najboljših metod kvantifikacije učinkov bo v tej fazi najverjetneje potrebno pregledati tudi dostopno literaturo oziroma pritegniti strokovnjake s tega področja. Za kvalitativno oceno učinkov pa se predvsem vprašamo kakšen je učinek na zdravje, kako se zdravje spreminja glede na okoliščine in zakaj. Kvantificirati oziroma opisati je potrebno tudi vpliv politike na neenakosti v zdravju.

O kvantifikaciji in opisu vplivov na zdravje lahko več informacij najdete v gradivu Ministrstva za zdravje Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske Kvantifikacija vplivov vladnih politik na zdravje ("Quantifying health impacts of government policies") na spletni strani:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/DH_120114

Celovita obravnava dokazov je lahko zelo zahtevna zaradi medsebojne prepletenosti različnih determinant zdravja. Prav tako ni vedno lahko izločiti učinke posameznih intervencij

na kompleksne in dinamične družbene sisteme. Zato je pomembno, da obravnavamo številne različne dokaze in spodbujamo razpravo o njihovi vrednosti in morebitnih omejitvah.

Pogosto se v tej fazi izvede facilitirane delavnice za oceno dokazov. Srečanja različnih deležnikov so v pomoč pri pridobivanju posameznih pogledov in pomaga pri razvoju partnerstev.

To fazo izvede delovna skupina, ki jo določi usmerjevalni odbor. Ne glede na to, da gre v tej fazi za zbiranje, primerjave in analizo dokazov, to ni nujno le aktivnost ekspertov, pač pa jo lahko izvajajo tudi številni posamezniki z različnimi osnovnimi znanji.

Na koncu te faze je analizo in opis učinkov na zdravje potrebno pripraviti v pisni obliki.

Več informacij o izvedbi te faze lahko dobite na spletni strani:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/Browsable/DH_075623

4. Poročanje ("Reporting") – razvoj priporočil za zmanjšanje tveganj in/ali za izboljšanje zdravja

Ključni izdelek te faze je zbir priporočil za spremembe predloga politike s ciljem, da zagotovimo največjo možno pridobitev za zdravje populacije glede na stroške. Priporočljivo je, da posamezna priporočila prednostno razporedimo, kar je še posebej pomembno v primeru, če so viri za implementacijo predloga politike omejeni ali obstajajo konkurenčni predlogi.

Priporočila naj bodo osnovana na najboljših dostopnih dokazih in naj vključujejo:

- prepoznavna vplivov na zdravje
- Opis ali je vpliv pozitiven (krepilen in/ali varovalen) ali negativen (nevarnost)
- Predlog sprememb politike, ki bodo izboljšale izide zdravja populacije, na katero bo vplivala politika
- Predlog vrednotenja in spremljanja doseganja napovedanih koristi za zdravje v ustreznih fazah razvoja politike.

Prpravimo 5-6 ključnih priporočil. Priporočila naj bodo jasna in jedrnata, pripravljena za ciljno skupino političnih odločevalcev, ne pa kot raziskovalno poročilo. Priporočila lahko tako predstavimo v enostavni obliki npr. z barvami semaforja.

Fazo se lahko izvede na različne načine, lahko jo izvede strokovnjak, ki vodi razpravo in finalno pripravo poročila, lahko organiziramo serijo delavnic na to temo, lahko pa tudi manjša skupina ali koordinator povzamejo zaključke različnih skupin. Končna odločitev mora, kolikor je le mogoče, odsevati konsenz glede najboljših dostopnih dokazov.

Priporočljivo je nadaljevanje sodelovanja s političnimi odločevalci za utrjevanje vrednosti priporočil, spodbujanje njihovega prevzema in ustreznih sprememb v predlogu politike. Mnoge morebitno konfliktno prednostne naloge in vprašanja lahko vplivajo na odločevalski proces in končne odločitve. Kakovostna OVZ mora konflikte predvideti in jih upoštevati (politični odločevalci lahko npr. odločijo vpriid ekonomskih argumentov, ne argumentov zdravja). Izkušnje kažejo, da so priporočila bolj verjetno sprejeta, v kolikor so bili odločevalci

vključeni v celotni proces ali vsaj v delu procesa, če so priporočila predstavljena na jedrnat način in če so priporočila pripravljena pred temeljnimi točkami v odločevalskem procesu. Nadaljnje sodelovanje z odločevalci je običajno delo usmerjevalnega odbora.

5. Spremljanje in vrednotenje ("Evaluation and monitoring") – razvoj priporočil za zmanjšanje tveganj in/ali za izboljšanje zdravja

V tej fazi ovrednotimo ali je OVZ vplivala na odločevalski proces (in kasnejši predlog), torej ali so bila priporočila sprejeta in ustrezno spremenjen predlog politike ter ali so pripomogla k pozitivnim učinkom na zdravje in enakost. Če niso, je to priložnost za pregled razlogov za to in možnosti za nadaljnje delovanje. Vrednotenje implementacije predloga je ključno za zagotovitev, da se je katerokoli priporočilo, ki so jih odločevalci sprejeli, tudi udejanilo.

Dolgotrajni nadzor nad zdravjem prebivalcev je včasih sestavni del pomembnejših predlogov in lahko pripomore k spoznanju ali so bile napovedi iz faze ocene točne in da prikažemo ali so se zdravstveni izidi ali življenjski slog prebivalcev izboljšali.

Izvajamo lahko:

- Procesno vrednotenje: kako je potekal proces priprave OVZ, kdo je bil vključen
- Vrednotenje učinkov: spremljanje v kolikšnem obsegu so bila priporočila sprejeta v političnem odločevalskem procesu in izvedena in če ne, zakaj ne
- Vrednotenje izidov: ocena, ali so se predvidena izboljšanja zdravja, blaginje in enakosti zgodila in katerakoli negativni vplivi minimizirali in če ne, zakaj ne

134

Pri tej fazi so največja ovira običajno omejitve virov. Le-te je potrebno načrtovati že v prvi fazi. Sprejetost in implementacijo priporočil lahko v enostavni obliki spremlja usmerjevalni odbor, v zahtevnejši obliki pa strokovnjaki.

Zaključki

Države pri izvajanju pristopa Zdravje v vseh politikah kot eno glavnih orodij uporabljajo ocenjevanje vplivov na zdravje. Zgornje poglavje opisuje lastnosti konkretne, praktične izvedbe OVZ, priporočila uporabne pristope in metode ter opozarja na tiste podrobnosti, ki lahko prispevajo k pripravi učinkovitih priporočil za politiko, kako z določenimi političnimi ukrepi doseči kar največ zdravja in dobro kvaliteto življenja.

V besedilu je navedenih tudi nekaj orodij, ki so bila razvita v drugih državah po svetu, v skladu s potrebami vsake posamezne družbe. V Sloveniji je v razvoju pristop in orodje za presojo zdravja v okviru strateške ocene vplivov na okolje. V prihodnosti pa bo treba pripraviti ali povzeti tudi orodje za izvajanje OVZ, ki bo izhajalo iz naše konkretne javnozdravstvene situacije in socialno ekonomskih determinant zdravja, obenem pa temeljilo na potrebah naših deležnikov ter na naših družbenih in kulturnih vrednotah. S ciljem, da bomo v družbi argumentirano lahko ustvarjali in zagovarjali kar največ zdravja in najboljšo možno kvaliteto življenja ter enake možnosti v zdravju za vse prebivalce.

Viri

Gabrijelčič Blenkuš in Lock 2004

Gabrijelčič Blenkuš M, Lock K. Ocena vplivov na zdravje, zgodovinski okvir in osnove metodologij. Zdr var 2004;43(1):83-7.

HDA 2002

Taylor L, Blair-Stevens C (edit.). Introducing health impact assessment (HIA): Informing the decision-making process. London: Health Development Agency, 2002.

Herriott in Williams 2010

Herriott N, Williams C. Health Impact Assessment of Government Policy: A guide to carrying out a Health Impact Assessment of new policy as part of the Impact Assessment process. UK: Department of Health, 2010.

Mahoney in sod 2004

Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart Williams J. Equity-Focused Health Impact Assessment Framework. The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004.

NHS 2000

NHS Executive London. A Short Guide to Health Impact Assessment. London: NHS Executive, 2000. Pridobljeno 3. 4. 2012 s spletne strani http://www.who.int/hia/examples/en/HIA_londonHealth.pdf

Simpson in sod 2005

Simpson S, Mahoney M, Harris E, Aldrich R, Stewart Williams J. Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. Environ Impact Assess Rev 2005;25:772– 782.

UKDH 2010

Glover D, Henderson J. Quantifying health impacts of government policies: A how-to guide to quantifying the health impacts of government policies. UK Department of Health 2010.

Pridobljeno 2. 4. 2012 s spletne strani

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/DH_120114

UKDH 2007

UK Department of Health. Health impact assessment: questions and guidance for impact assessment. UK Department of Health 2007. Pridobljeno 2. 4. 2012 s spletne strani

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/Browsable/DH_075622

WHO 2012

World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). WHO 2012. Pridobljeno 29. 3. 2012 s spletne strani <http://www.who.int/hia/en/>

WHO 2002

World Health Organization, Regional committee for Europe. Technical briefing: Health impact assessment, A tool to include health on the agenda of other sectors. Current experience and emerging issues in the European Region. WHO, Regional Committee for Europe. Fifty-second session, Copenhagen, Sept. 2002. Pridobljeno 2. 4. 2012 s spletne strani

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117049/ebd3.pdf

Priporočene spletne strani za OVZ (gradiva in orodja)

<http://www.who.int/hia/en/>

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment>

<http://www.cdc.gov/healthyplaces/hia.htm>

<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/index.htm>

http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA

<http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/>

<http://www.hiaconnect.edu.au/>

<http://www.designforhealth.net/resources/healthimpact.html>
<http://www.publichealth.ie/hia>
<http://www.hiasociety.org/>
<http://iaia.org/>
<http://www.ialibrary.bis.gov.uk/>
<http://www.healthimpactproject.org/hia>
<http://www.liv.ac.uk/ihia/>
<http://www.rwjf.org/files/research/sdohseries2011hia.pdf>
http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/tools/health_impact_assessment/
<http://www.deakin.edu.au/hbs/hia/index.php>
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/index_e.html
<http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/en/evaluation.html>
http://www.naccho.org/topics/hpdp/land_use_planning/LUP_HealthImpactAssessment.cfm
<http://www.lho.org.uk/HIA/AboutHIA.aspx>
<http://info.stakes.fi/iva/EN/index.htm>
<http://www.healthscotland.com/resources/networks/shian.aspx>
www.impactsante.ch
<http://www.whiasu.cardiff.ac.uk>
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101495/Net_Resources_HIA.pdf
www.hiaguide.org

Uvod

Tri v življenju splošno sprejemljivi načini ali metode dela z ljudmi oziroma veščine s katerimi lahko od drugih ljudi dosežemo tisto, kar od njih pričakujemo ali želimo, so:

- ukazovanje,
- pogajanje in
- prepričevanje oziroma prepričljivo komuniciranje.³

Vse tri metode se med seboj močno razlikujejo in so ustrezne v določenih okoliščinah.

Ukazovanje je sprejemljivo takrat, kadar imamo moč in avtoriteto, obenem pa nam situacija ne omogoča uporabe ene od preostalih dveh metod. Ukazovanje vedno vzbuja negativna čustva, zato je primerno kot skrajno sredstvo, kadar je treba preprečiti nevarnost ali škodo, ki bi se nedvomno zgodila.

Pogajanja so učinkovito in najbolj spoštovano orodje, ki pa ima tudi svoje velike omejitve. Celo toliko opevane »dobim-dobiš« situacije se ne morejo izogniti temu, da moramo nečemu odreči zato, da nekaj dobimo. Pogajanja so zato ustrezno orodje samo, kadar sta izpolnjena dve pogoja: imamo nekaj, za kar druga stran misli, da mora imeti in kadar ima druga stran nekaj, za kar smo mi pripravljeni »trgovati«. Če ta dva pogoja nista izpolnjena, potem pogajanja ne uspevajo. To velja tudi za pogajanja, ki potekajo s pomočjo tretje strani, za mediacijo in za arbitriranje.

Prepričevanje oziroma prepričljivo komuniciranje je v večini situacij v medosebnih odnosih ustrežnejše od preostalih dveh orodij zaradi svoje nenasprotovalne narave.

Prepričevanje je simbolični proces s katerim poskuša komunikator prepričati ljudi v spremembo stališč ali vedenj glede na določen problem, s pomočjo prenosa sporočil v vzdušju svobode izbiranja (Birkenbihl 2010).

Prepričevanje osebi ničesar ne jemlje, zato sobesednika praviloma ne sili v zavzemanje obrambnega vedenja ali stališč. Osebo seznanja s priložnostmi in ji daje informacije, zato se oseba, ki jo prepričujemo skoraj vedno počuti v redu in ne doživlja negativnih čustev.

Prepričevanje je organizirano podajanje informacij na logičen, verodostojen in za drugega sprejemljiv način, ker upošteva njegove cilje in potrebe.

Prepričljivo komuniciranje

Prepričljivo komuniciranje na področju ZVP je pristop s katerim želimo:

- druge sektorje informirati o tem, kakšne so zdravstvene implikacije njihovega dela,
- ponuditi prave informacije pravim ljudem,

³ Definicija prepričevanja kot »motiviranja osebe za neko aktivnost«, premalo poudarja komunikacijski in odnosni vidik prepričevanja. Zato bomo v članku uporabljali »izraz prepričljivo komuniciranje« in nam bo beseda »prepričevanje« pomenila le skrajšano obliko tega izraza.

- posredovati med različnimi interesi in skupinami z odpiranjem novega pogleda na razlike,
- opisati vplive političnih odločitev na druge sektorje,
- ponuditi pomoč in zagovorništvo.

Prepričevanje seveda ne more vedno nadomestiti preostalih dveh metod. Lahko pa ugotovimo, da je prepričevanje večšina, ki jo premalo uporabljamo, verjetno zaradi slabšega poznavanja metode prepričljivega komuniciranja.

Pogoste napake, ki povzročajo neuspehe v prepričljivosti sporočil in dajalca sporočil, so:

- nepoznavanje ali neupoštevanje osnovnih načel učinkovitega komuniciranja,
- pretirano poudarjanje pomembnosti in povzdigovanje področja,
- odklanjanje kompromisov in neprilagodljivost,
- pretirano argumentiranje,
- naravnost jaz sem v redu - vi niste v redu,
- neupoštevanje čustev in potreb ljudi ob spremembah.

Pogajanja

Pogajanja so proces v katerem s pomočjo komunikacije skušamo preseči nasprotujoče si zamisli, predstave in potrebe dveh nasprotujočih si strani z rešitvijo, ki je sprejemljiva za obe strani. Kadar se obe pogajalski strani ob sprejeti rešitvi počutita v redu, govorimo o »dobim-dobiš« ali »win-win« izhodu pogajanj. Osnova pogajanj je začetna pripravljenost obeh strani na kompromisne rešitve.

Pogajati se lahko naučimo, pri čemer je pomembna vaja in upoštevanje spoznanj o uspešnem pogajanju. Za uspešno pogajanje je potrebno (Aubuchon 1997):

spoznavanje interesov, motivov ter stvarnih in osebnih vzgibov druge strani;

- razlikovati med osebo in problemom, kar otežuje človekova naravnost, da trdno zagovarja svoje interese;
- jasno in nedvoumno predstaviti drugi strani svoje potrebe in želje;
- drugo stran obravnavati kot partnerja, in ne kot nasprotnika;
- poskrbeti za dobro vzdušje.

Pogajanja zahtevajo od pogajalca pripravo smernic ter določitev minimalnega in maksimalnega cilja, ki ga želi doseči:

1. V naprej si je treba pripraviti strategijo, odgovore na pričakovane pomisleke in ugovore ter argumentacijo in biti pri tem prilagodljiv ter imeti občutek za drugo pogajalsko stran.
2. Pogajanja naj bodo čimbolj kratka, z ne preveč udeleženci (izvedenci so prisotni le pri svojem področju). Preveriti je potrebno tudi, če imajo udeleženci ustrezno pooblastilo za odločanje.
3. Pogajanja začnimo s kratkim klepetom, v katerem pa že lahko z odprtimi vprašanji spoznavamo vzgibe druge strani.
4. Ugovore in motive druge strani si moramo zapisati, da v ustreznem trenutku nanje konkretno odgovorimo.

5. Načrtujemo odmore, saj so potrebni tudi zaradi usklajevanja znotraj pogajalske skupine.
6. Vedno imejmo pred očmi cilj pogajanj. Ko menimo, da so bili podani vsi argumenti, naredimo povzetek in ponudimo predlog kompromisne rešitve.
7. Poudarimo svojo orientiranost na problem tudi s skrbjo za pozitivno vzdušje in sporočanjem svojih čustev na miren in konstruktiven način.
8. Če se pojavijo nova področja, o katerih nismo dovolj obveščeni in nanje pripravljeni, predlagajmo njihovo obravnavanje na posebnem srečanju.
9. Vedno pa se osredotočimo na stvari, ki so nam pomembne. Če se moramo kljub pripravam umakniti, to naredimo naravnost in z obrazložitvijo.

Harvardski načelo pogajanja

Harvardsko načelo pogajanja temelji na iskanju rešitve, na doslednem razlikovanju med stvarno in odnosno ravnijo problema, izenačevanju pri obravnavanju interesov in iskanju rešitve z uporabo nevtralnih kriterijev, kar omogoča sprejemljive rešitve za obe pogajalski strani tudi pri zelo težavnih primerih.

V praksi je posebno težko razlikovanje med osebnim in stvarnim. Prav vključevanje osebnih interesov predstavlja prednost te metode pogajanja pred sklepanjem kompromisov in omogoča »dobim-dobiš« ali »win-win« izid pogajanj.

ŠTIRJE TEMELJI HARVARDSKEGA PRINCIPA POGAJANJ (Fisher 1991)

- ČLOVEK: ločevanje med stvarnim in osebnim. Probleme in ljudi obravnavamo ločeno.
- INTERESI: priznavanje interesov o in ukvarjanje z interesi, ne s položaji ljudi.
- PREVERJANJE MOŽNOSTI: iskanje alternativ in različnih možnosti za rešitev, kar omogoča izbiro.
- OBJEKTIVNI KRITERIJI: preverjanje rezultata z objektivnimi in nevtralnimi kriteriji.

Poleg naštetih principov so za uspešno pogajanje po tem modelu pomembne še naslednje veščine:

- aktivno in reflektivno poslušanje,
- postavljanje vprašanj in refraziranje,
- uporaba pozitivnih stavkov,
- sprejemanje čustev (drugih ljudi in svojih čustev),
- razumevanje nebesednih komunikacij in
- uporaba mehčalcev ter sproščanja.

Za pogajanja po harvardskem načelu je značilno, da presegajo kompromisno reševanje nasprotij, ker z upoštevanjem potreb obeh strani omogočajo rešitve pri katerih se obe strani počutita uspešni. Formula takega pogajanja je: ostro nad problem in blago nad človeka.

Kako doseči partnerski uspeh v pogajalskih situacijah

Učinkovite pogajalske spretnosti nam pomagajo v tistih situacijah, v katerih so naše želje, potrebe in pričakovanja v nasprotju ali v konfliktu z željami, potrebami ali pričakovanji druge osebe ali skupine oseb.

Cilj pogajalske pozicije »dobim-dobiš«, ki temelji na življenjski poziciji »jaz sem v redu in drugi so v redu«, je poiskati rešitev, ki ustreza in daje občutek utrjevanja partnerskega odnosa obema pogajalskima stranema.

Glede na okoliščine ločimo vsaj dva stila pogajanj:

- »**neizprosna pogajanja**«, ki smo jim pogosto priča v situacijah, ko pogajalec predvideva, da s stranko po zaključenem poslu v bodoče ne bo imel več stika in
- »**dobim-dobiš pogajanja**«, ki nam pomagajo dolgoročno utrjevati in krepiti odnos s stranko ali partnerjem, saj temeljijo na krepitvi zaupanja in spoštovanju.

Priprava na uspešna pogajanja je odvisna od stopnje nestrinjanja. Manjša nesoglasja zahtevajo manjšo predpripravo in obratno. Glede na situacijo lahko preveč temeljita predpriprava kaj hitro izpade kot manipulacija, saj nepričakovano okrepi eno in oslabi drugo pogajalsko pozicijo.

Temeljito **pripravo** pa zahtevajo razrešitve večjih nesoglasij, nestrinjanj ali konfliktov. Predpriprava pogajalca temelji predvsem na naslednjih točkah:

- **POZNAVANJE SOGOVORNIKA:** Kakšen stil komunikacije lahko pričakujem od sogovornika? Kako dolgo že opravlja svoje delo?
- **CILJI:** Kakšen je želeni rezultat pogajanj? Kaj bo po moje želela druga stran?
- **PREDNOSTI IN KORISTI:** Kakšne so prednosti in koristi mojega predloga za »drugo stran«? Kako bom pojasnil logiko, na kateri temeljijo moja izhodišča in predlogi?
- **PREDPOSTAVKE:** O čem se lahko pogajava? Kaj od tega, kar ima ena stran, želi druga stran? Čemu se vsaka stran lahko odreče?
- **ALTERNATIVE:** Kakšne so druge alternative v primeru, da se ne dogovoriva? Prednosti in koristi teh alternativ? Kakšne alternative lahko ponudi druga stran? Kako bo na moje priložnosti v prihodnosti vplivalo, če ne doseževa soglasja? Koliko bo v resnici pomembno, če ne doseževa soglasja?
- **ODNOSI:** Kakšen odnos sva imela do sedaj? Kako to lahko vpliva na pogajanja? Ali se v ozadju lahko nahajajo kakšni skriti nameni in kako lahko vplivajo na potek doseganja soglasja? Koliko lahko prispevam k odnosu z uporabo pozitivnih stavkov?
- **POBUDA / VODENJE:** S kakšnimi vprašanji bom vodil pogajanja? Kakšna vprašanja mi bo verjetno zastavil sogovornik?
- **PRIČAKOVAN REZULTAT:** Kakšen izid od pogajanja pričakujejo moji sodelavci in kakšen rezultat pričakujejo moji nadrejeni? Ali poznam podoben primer pogajanj iz preteklosti in kakšne so bile morebitne alternative?
- **POSLEDICE:** Kakšne bodo posledice zame, za mojo organizacijo ali družbo, če »dobim ali izgubim« ta pogajanja? Kakšne bodo posledice za drugo stran?

- **VPLIV in MOČ:** Katera stran je v teh pogajanjih bolj vplivna? Kdo kontrolira resurse? Kdo bo največ izgubil, če se ne sprejme dogovor? Kakšen vpliv ima moj sobesednik na to, da lahko doseževa točko konsenza?
- **MOŽNE REŠITVE:** Kakšne so možne rešitve glede na okoliščine in katere kompromise bo najverjetneje potrebno skleniti?

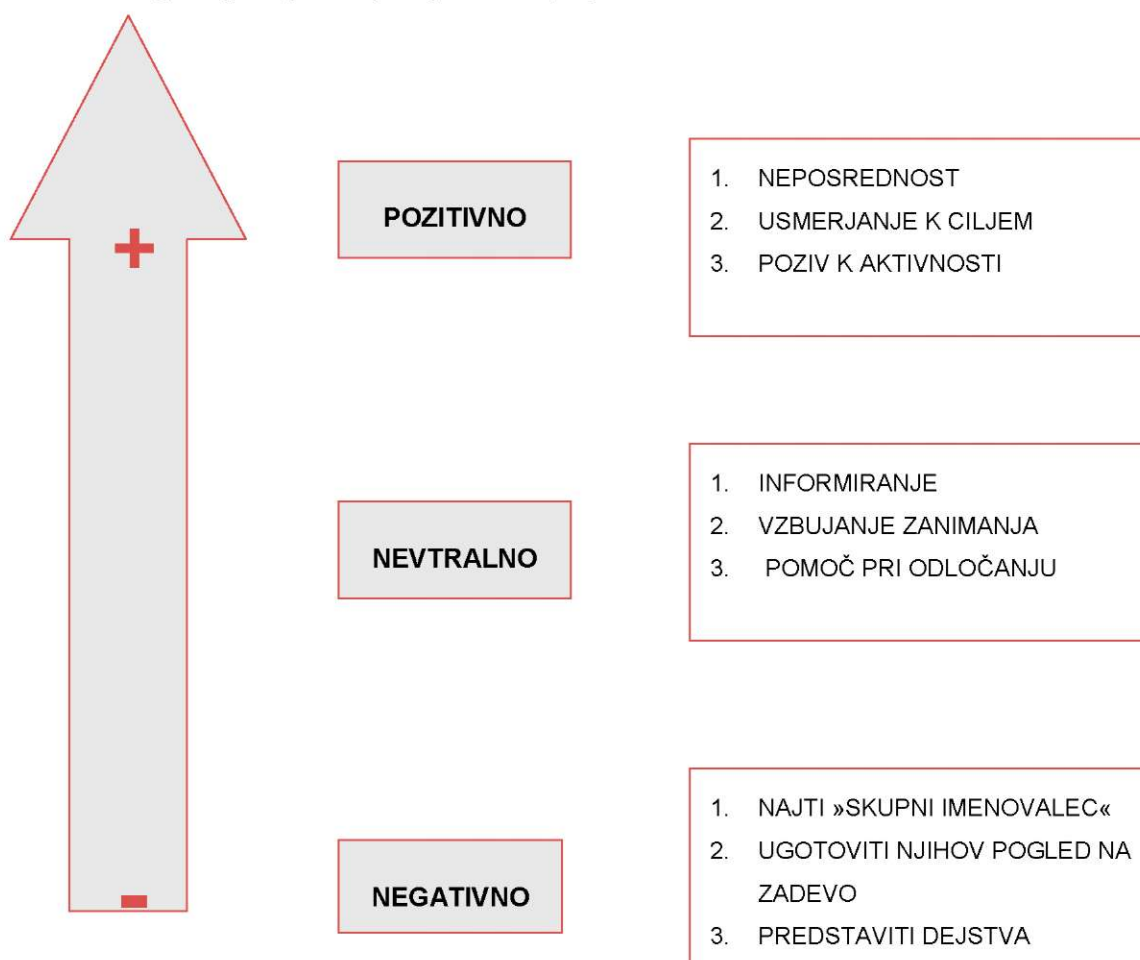
Pogajanja in usklajevanje nesoglasji zahtevajo skrbno preučitev lastne pozicije in pozicije »druge« strani. Osrednji cilj je, da najdemo sprejemljiv kompromis, ki bo obema stranema nudil kar največ možnih koristi.

Ob skrbni predprilavi in preučitvi pozicij, bomo največkrat ugotovili, da so si »nasprotne« pozicije zelo redko v resnici tako nasprotujoče, kot se nam na začetku morda dozdeva.

Določanje ciljev pogajanja

Pogajalske cilje lahko predstavimo na treh ravneh:

- **informiranje** (pokazati ponudbo, pojasniti postopek implementacije,...);
- **prepričevanje** (zakaj je nov produkt/storitev potreben, v čem so njegove prednosti,...);
- **izzvati aktivnost** (vzpostaviti občutek nujnosti, pridobiti odobritev odločevalca, pričeti z izvedbo dogovorjenega akcijskega načrta,...).



Slika 5: Naravnost udeležencev/strank in osrednje ravni pogajalskih ciljev.

Oblikovanje ključnih sporočil za odločevalce

Brez dvoma ima vsaka predstavitev pogajalskih ciljev začetek, ki naj bi pritegnil pozornost in prepričljiv zaključek. **Nekaj opcij, kako strukturirati tovrstno predstavitev:**

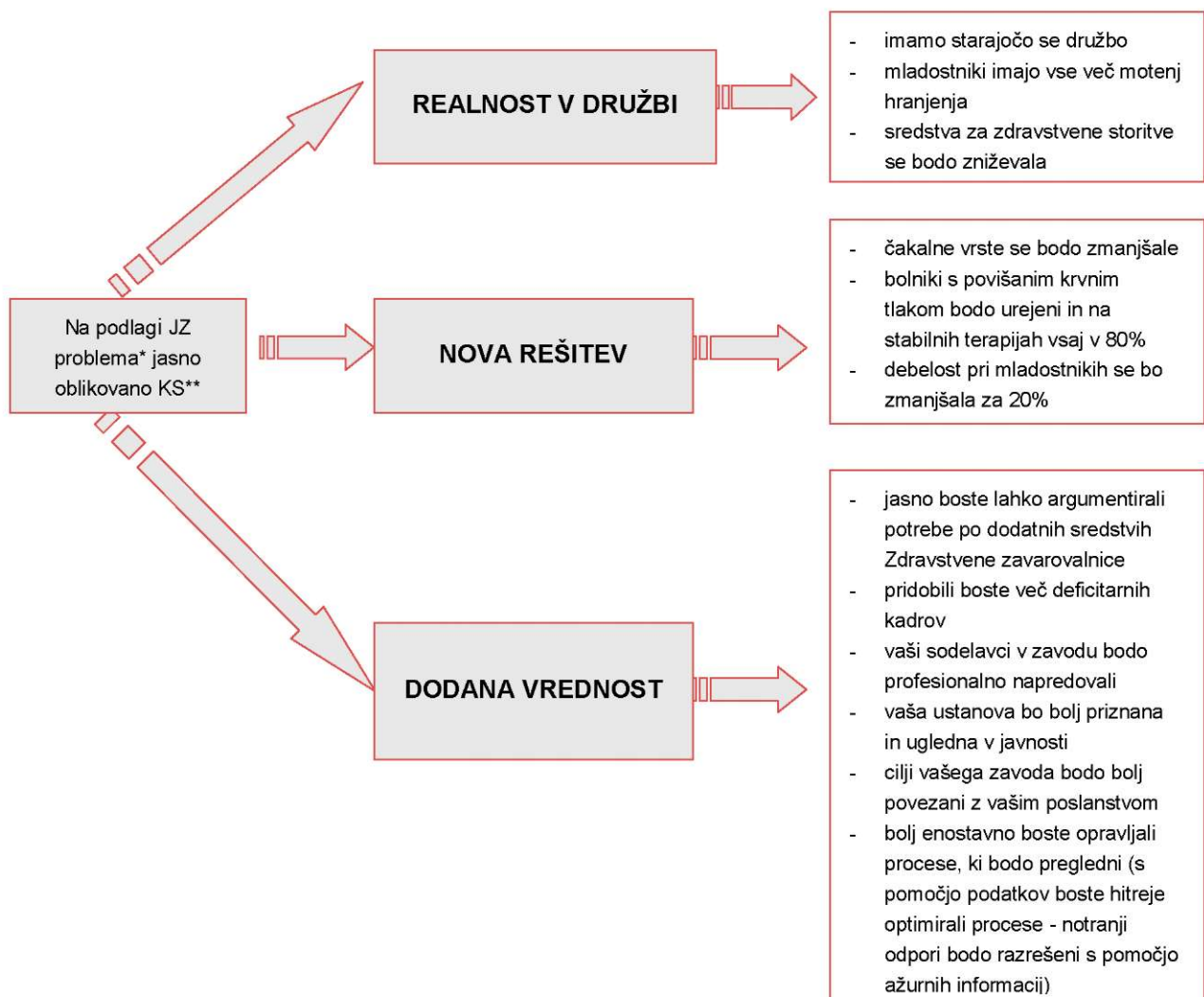
- Časovno, razvojno
- Točke si sledijo po pomembnosti
- Problem/rešitev
- Od preprostega h kompleksnejšemu

Osrednji del predstavitve pa tvori vsaj eno **ključno sporočilo**, ki ga razčlenjuje **zgodba** z nekaj dejstvi, ki so podprti z **argumenti**.

KLJUČNO SPOROČILO (KS)

ZGODBA

ARGUMENTI (primeri)



*JZ problem – javno zdravstveni problem

**KS- ključno sporočilo

Slika 6: Kako je mogoče eno ključno sporočilo razgraditi v zgodbo s tremi poudarki, ki so podprti z argumenti?

Zaključki

Problemi, s katerimi se srečuje področje ZVP, sodijo po svoji naravi med tako imenovane »prepletene« ali bolj slikovito »zavozlane probleme«, za katere je značilno, da je njihova rešitev odvisna od tega, kako problem definiramo in obratno, definicija problema je odvisna od njegove rešitve.

Za reševanje problemov take narave je značilno, da se postavljajo nepopolne, spreminjajoče se in nasprotujoče si zahteve.

Tovrstni problemi so pogosti v socialnem delu in pri skupnostnem delu. Njihove skupne značilnosti so:

- ni enega samega pogleda na problem,
- v zvezi s problemom obstajajo nelogične ali dvoumne zahteve,
- problema se je mogoče lotiti z več strani in z več oblikami reševanja,
- obstajajo politični pomisleki ali ideološki zadržki,
- prisotni so ekonomski zadržki,
- obstaja odpor do sprememb in strah pred njimi,
- končni odločevalci niso jasni ali niso definirani.

S stališča obeh strani reševalcev zavozlanih problemov se težave kažejo kot:

- nasprotujoči si pogledi na to, kaj je problem in kako ga reševati,
- problemi in rešitve so povezani z drugimi problemi, ki jih druga stran ne pozna,
- reševalci se zapletajo v vrednostne in ideološke konflikte,
- reševalci problema niso v stiku s problemom, niti v stiku z rešitvami, reševanje jim je enostavno pripadlo;
- težko je določiti kakšno je tveganje pri ponujeni rešitvi,
- negotovost in nejasnost o tem, kakšne so posledice rešitve,
- ni podatkov, so nezanesljivi ali so le ugibanje (tako imenovane »ocene«).

V taki situaciji je izjemno pomembno, kako usposobljeni pristopamo k drugi strani – s prepričljivim komuniciranjem in celostnim vidikom pojmovanja in obravnavanja oseb, ki so vključene v reševanje problemov in doseganje dogovorov.

Viri

Aubuchon 1997

Aubuchon N. The Anatomy of Persuasion; Amacom, 1997.

Birkenbihl 2010

Birkenbihl W. Psycho - Logisch richtig verhandeln; MNG, 2010.

Fisher in drugi 1991

R. Fisher, W. Ury & Bruce Patton. Getting to Yes; Century Bussines, 1991.

Kelman 1961

Kelman H. The processes of attitude change; Journal of Public Opinion. 25, Spring 1961, 57-78.

Martinovič in drugi 2010-12

Martinovič B, Krajnc I, Martinovič A: Pogovorne veščine, seminarska gradiva; SinesiS d.o.o., 2010-12.

KAKO DELUJEM, KADAR VPLIVAM NA DRUGE?



Razmislite o spodaj navedenih dejavnostih in po spodnjem sistemu točkovanja označite, koliko posamezna od navedenih trditev velja za vas:

- 0- Tako ne delujem nikoli
- 1- Tako delujem zelo redko
- 2- Včasih delujem tako
- 3- Pogosto delujem tako
- 4- Vedno delujem tako

	DEJAVNOST	ŠTEVILO TOČK
1.	Vedno sem se pripravljen/a razburiti, zato da se potem stvari naredi.	
2.	Sem spodbujevalec/ka in podpiram ljudi, ki imajo dobre ideje.	
3.	Zmožen/na sem predstaviti jasno vizijo za prihodnost.	
4.	Zagotovim si, da za implementacijo politike pridobim formalno potrditev.	
5.	Svoje navdušenje sem sposoben/na prenesti na druge in jih motivirati.	
6.	Kadar izražam svoja prepričanja, sem učinkovit/a.	
7.	Priskrbim si trdne dokaze, s katerimi lahko zagovarjam svojo zadevo.	
8.	Jasno zagovarjam svoje argumente.	
9.	Na tiste, ki ne opravljajo svojih nalog, izvajam določen pritisk.	
10.	Prizadevam si navdušiti tiste, s katerimi delam na svojem poklicnem področju.	
11.	Poskrbim, da predstavljam trdne in logične argumente.	
12.	Ljudem pomagam, da pri reševanju svojih problemov poiščejo svoje odgovore.	
13.	Natančno zagotavljam, da so sistemi in postopki jasni.	
14.	Veseli me, če sem zadolžen/a za to, da so stvari narejene.	
15.	Zato da zagotovim, da so stvari narejene, uporabljam silo.	
16.	S sodelavci sem sodelovalen/na in vreden/na zaupanja ter zanesljiv.	

Za izračun svojega sloga vplivanja združite zbrane točke v štiri skupine, skladno s spodnjimi navodili:

Dejavnosti prve skupine: **1, 9, 14, 15** **Vaš rezultat:**

Če imate skupni seštevek štirih navedenih dejavnosti 12 ali več, je vaš slog vplivanja **akcijsko usmerjen**.

Dejavnosti druge skupine: **2, 8, 12, 16** **Vaš rezultat:**

Če imate skupni seštevek štirih navedenih dejavnosti 12 ali več, je vaš slog vplivanja **usmerjen k ljudem**.

Dejavnosti tretje skupine: **4, 7, 11, 13** **Vaš rezultat:**

Če imate skupni seštevek štirih navedenih dejavnosti 12 ali več, je vaš slog vplivanja **analitičen**.

Dejavnosti četrte skupine: **3, 5, 6, 10** **Vaš rezultat:**

Če imate skupni seštevek štirih navedenih dejavnosti 12 ali več, je vaš slog vplivanja **izrazen**.

Vaše delovanje pri vplivanju na druge ljudi

Zgornji opisi so nakazali vaš trenutni način delovanja pri vplivanju na druge ljudi, upoštevajte kombinacijo vseh štirih skupin.

Pomembno je vedeti, da pri tem samoocenjevanju ni pravih odgovorov, zbrane točke nam le pomagajo pri razmisleku, kako lahko najbolje upravljamo s svojimi slogi delovanja.

- Najnižji seštevek pri določenem slogu:
 - a. Bi bilo dobro, da bi slog z najnižjim seštevkom v prihodnje uporabljal/a malo več?
 - b. Kdaj in kako bi lahko ta slog vplivanja uporabljal/a v nekoliko večji meri?
 - c. Pri katerih ljudeh bi ga lahko uporabljal/a malo več?

- Najvišji seštevek pri določenem slogu:
 - a. Bi lahko ta slog vplivanja v prihodnje uporabljal/a malo manj?
 - b. Katere druge sloge bi lahko v prihodnje uporabljal/a namesto tega sloga v nekoliko večji meri?

TIPI OSEBNOSTI

Na podlagi zgornje aktivnosti imate pred seboj svoj okvirni slog vplivanja na druge ljudi.

Spodaj je nekaj namigov, kako pristopati k vsakemu tipu osebnosti, da vzpostavimo ustrezen odnos in spodbudimo bolj odprto komunikacijo. Ko boste prebirali spodnje vrstice, razmislite o ljudeh, s katerimi včasih nekoliko težje sodelujete. Ob tem razmislite, kateremu slogu delovanja je njihova osebnost najbližja?

Ali boste v prihodnje poskusili z nekoliko drugačnim pristopom?

Akcijsko usmerjen slog delovanja

Akcijsko orientirani ljudje delujejo »tukaj in zdaj«. So naravni mehaniki, glasbeniki, tehniki in inženirji. Odlikujejo se pri nalogah, ki zahtevajo hitro in logično delovanje.

Najboljše se počutijo, kadar uporabljajo veščine, ki so jim poznane. Neugodno pa se počutijo, kadar delujejo v pogojih, v katerih nimajo osebne izkušnje.

Pogosto imajo odpor do situacij, ki so jim povsem nove ali zahtevajo velik vložek v strukturirano načrtovanje in razmišljanje. Ponavadi so inteligentni in obvladajo večino problemov.

V kolikor želite vzpostaviti dober odnos in vplivati na akcijsko orientiranega človeka, vam lahko pomaga, če:

- (1) se osredotočite na rezultate,

- (2) se osredotočite na izvedbo nalog,
- (3) poskrbite, da takšni ljudje s tem, ko želijo predvsem doseči rezultate, ne prizadenejo čustev drugih na nalogi.

K ljudem usmerjen slog delovanja

Tisti, ki razmišljajo usmerjeno k ljudem, se osredotočajo na potrebe ljudi okoli sebe. Skrbijo, da se med ljudmi ustvarjajo dobri odnosi in da so ljudje zadovoljni. Bolj so pozorni na občutja in zadovoljstvo ljudi kot na svoje osebne delovne prioritete.

Navadno jih opisujemo kot spodbudne, zavzete in interaktivne. Ljudem pomagajo, jih spodbujajo in so dobri pri ustvarjanju timov.

V kolikor želite vzpostaviti dober odnos in vplivati na tiste, ki delujejo usmerjeno k ljudem, vam lahko pomaga, če:

- (1) ste podporni za njihovo sočutje,
- (2) si vzamete čas za ustrezno, skladno in naklonjeno delovanje,
- (3) zagotavljate in ste vredni zaupanja,
- (4) ste vljudni, spoštljivi in skrbni.

Analitičen slog delovanja

Tisti, ki so analitično usmerjeni, so lahko zadržani in molčeči ljudje. Radi pridejo zadevam do dna, žene jih radovednost. Sovražijo protislovja in nelogične stvari. Radi delajo neodvisno in pri svojem delu potrebujejo sodelovanje akcijsko usmerjenih ljudi, ki udejanjijo njihove ideje.

Hitro razumejo nove ideje in so pogosto kreativni pri reševanju problemov.

V kolikor želite vzpostaviti dober odnos in vplivati na tiste, ki delujejo analitično, vam lahko pomaga, če:

- (1) si vzamete čas za to, da ste natančni,
- (2) zagotavljate dokaze za svoje argumente,
- (3) ste pozitivni,
- (4) razpravljate o rešitvah, ne o problemih.

Izrazen slog delovanja

Tisti, ki imajo izrazne osebnosti, so navdušeni in zanesenjaški ljudje, imajo veliko energije, vendar lahko nalog ne dokončajo. Imajo ideje, izziv zanje pa predstavlja zaključevanje nalog. Zelo dobri so pri razvoju konceptov, pri delu dajejo prednost pestrosti pred rutinskimi nalogami ali idejami.

Izrazni ljudje so nagnjeni k hitremu govoru in pretiravanjem.

V kolikor želite vzpostaviti dober odnos in vplivati na tiste, ki imajo izrazen slog delovanja, vam lahko pomaga, če:

- (1) ste podporni za njihove ideale in intuicijo,
- (2) si vzamete čas za spodbude,
- (3) zagotavljate zapise dogovorov in spodbude za večjo storilnost,
- (4) ste prijetni.

ZNAČILNOSTI ZDRAVJU V VSEH POLITIKAH NAKLONJENE ORGANIZACIJE

Rezultati razprave ekspertnega srečanja projekta Crossing Bridges,
december 2011



- Organizacija naj pristop Zdravje v vseh politikah prepozna kot strateško prioriteto in cilj ter ključni pristop za izboljšanje javnega zdravja.
- Pomembna je podpora, ne le za učinkovito delo zaposlenih na tem področju, ampak tudi za učinkovitost organizacije kot celote.
- Za zagotavljanje trajnosti pristopa je ključna izgradnja (finančnih) struktur in vzpostavitev mehanizmov, ki delujejo dolgoročno. Trajnost pristopa je ključna za uspešno delo na področju Zdravja v vseh politikah.
- Delovanje v pristopu Zdravje v vseh politikah naj se financira iz različnih virov, da strateške prioritete organizacije ne bi bile (preveč) pod vplivom morebitnih sprememb v prioritetah in politikah vlade.
- Možna motivacija za delo na Zdravju v vseh politikah je potreba, da je to delo medsektorsko in poteka z raznolikimi partnerji, kar omogoča pridobivanje sredstev iz različnih finančnih virov. To je še posebej pomembno v času ekonomske krize (npr. partnerstva za pridobivanje sredstev iz strukturnih skladov). Pomembno je, da so institucije tudi v času, ko je ključna stroškovna učinkovitost, sposobne učinkovito delovati z manjšimi finančnimi sredstvi.
- Pristopu Zdravje v vseh politikah naklonjene organizacije in njihovi zaposleni naj bi pri delovanju na tem področju uporabile ciljni pristop. To pomeni, da se ne povezujejo z vsemi sektorji, ampak naprej analizirajo, s katerimi sektorji se je najbolje strateško povezovati glede na vsebino njihovega delovanja, kapacitete in potencialno največje vplive na zdravstvene izide. Na podlagi tovrstnih analiz naj bi bili pripravljene akcijski načrti, ki povezujejo prioritete organizacije z izbranimi sektorji, uporabljajo jezik izbranega sektorja in identificirajo "dobim-dobiš" ("win-win") podlage za skupno delo.
- Organizacije, ki so naklonjene pristopu Zdravje v vseh politikah, naj bi zaposlovale strokovnjake z multisektorskimi veščinami in multidisciplinarnimi kompetencami, s katerimi bi znalidruge sektorje pritegniti k sodelovanju. Tovrstni strokovnjaki naj imajo dober vpogled v "kulturo" in prioritete drugega sektorja ter dobro obvladajo pogajalske, komunikacijske in upravljalne veščine. Ključne kompetence in naloge strokovnjakov, vključenih v naloge pristopa Zdravje v vseh politikah, naj bodo predhodno definirane in jasne že od samega začetka.
- Pristop Zdravje v vseh politikah se lahko pospeši in operacionalizira z mrežo ali delovno skupino, vzpostavljeno znotraj organizacije. Takšna delovna skupina lahko vključuje posameznike, ki so deloma zaposleni v matični organizaciji in deloma v drugem sektorju. Možno bi bilo tudi, da se v drugih sektorjih vzpostavijo "skupinice", ki sledijo na sektor vezane zdravstvene izide in nato o njih sistematično poročajo zdravstvenemu sektorju.

Nenazadnje je možno v tako skupino vključiti tudi posameznike, ki so bili predhodno zaposleni v drugem sektorju ter imajo potrebno znanje in izkušnje iz delovnega okolja drugega sektorja, poznajo njegove prioritete in so sposobni uporabljati "jezik" drugega sektorja.

- Pristop Zdravje v vseh politikah pomeni, da o interesih zdravstvenega in interesih drugih sektorjev potekajo pogajanja z namenom, da dosežemo "dobim-dobiš" ("win-win") izhodišča za skupno delo. To pomeni, da ni nujno, da je zdravstveni interes v tovrstnih pogajanjih prevladujoč. Zato se lahko zgodi, da je potrebno zaposlene, ki delajo na tem področju, zaščititi, v kolikor se izkaže, da zdravstveni interes ni bil uveljavljen ali ni jasno razviden kot plod medsektorskega dela. Zaposleni so lahko pod precejšnjimi pritiski, če imajo različni sektorji različne prioritete in celo konfliktne interese. Zdravju v vseh politikah naklonjene organizacije in njihovi zaposleni morajo biti ne glede na tovrstne pritiske po potrebi pripravljeni delovati v takih pogojih in sprejeti tudi tveganja, ki jih tako delovanje prinaša.
- Zaposlene je treba za delovanje na pristopu Zdravje v vseh politikah spodbujati, nagrajevati in bodriti, tako da ohranjajo visoko motivacijo in vztrajajo tudi v težavnejših okoliščinah.

IZHODIŠČA ZA PREGLED STANJA V SLOVENIJI

Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev, Tadeja Hočevar, Helena Jeriček Klanšček, Vesna Pucelj, Mitja Vrdelja

V letu 2012 smo člani delovne skupine pripravili izhodišča za pregled stanja na tem področju v Sloveniji. Ker v tem letu pregled stanja ni bila prednostna naloga, nismo natančneje pripravili načrta raziskave in je tudi nismo izvedli, menimo pa, da bodo pripravljena izhodišča morda koristna v prihodnosti.

Namen pregleda stanja je pridobiti podatke o trenutnem stanju v Sloveniji glede poznavanja, razumevanja in sprejetosti koncepta Zdravje v vseh politikah, obstoječih vstopnih točk in orodij vodenja, izvajanja ocene vplivov na zdravje, ključnih ciljnih skupin, njihovih potreb in možnih pristopov, zagotavljanja podatkov in zmožljivosti. Ob izvajanju pregleda stanja bi istočasno že vzpostavljali potrebne stike in osveščali ključne ciljne skupine in posameznike o konceptu politike zdravja in strategiji ZVP.

Izhodišča za pregled stanja

1. Oblikovanje in implementacija politik

a. Javne politike

1. Kateri so obstoječi dokumenti vlade (npr.: koalicijska pogodba) in ključne politike (npr.: programi ministrstev, področni razvojni načrti ipd.) nacionalne ravni? Kakšno je stanje na regionalni in lokalni ravni?
2. Ali in kako so v njih zdravje, enakost v zdravju, blaginja, kvaliteta življenja nedvoumno navedeni kot prednostne naloge ali cilji, še posebej v dokumentih, ki se dotikajo socialno-ekonomskih determinant zdravja?
3. Ali in kako pri posamezni politiki in dokumentu obstaja povezava s proračunskimi sredstvi in razvojnimi načrti?
4. Ali obstajajo mehanizmi za spremljanje in vrednotenje medsektorskih intervencij in kateri so to ter kakšna je določitev odgovornosti, če obstaja, za doseganje zastavljenih ciljev?
5. Poznavanje, stališča najvišjih političnih vrhov do koncepta ZVP in OVZ. Stališča glede zdravja, blaginje, kvalitete življenja, enakosti v zdravju in njihovega pomena za državo.

b. Sektorji in ZVP

1. Pregled organiziranosti vlade in sektorjev.
2. Kako (obseg in kakovost sodelovanja) je posamezen sektor trenutno aktiven na področju medsektorskega sodelovanja glede zdravja, blaginje, kvalitete življenja in enakosti v zdravju ter glede socialno ekonomskih determinant zdravja? Kakšna je pri tem vloga MZ?
3. Primeri dobre prakse pri nas. Kakšna je pri tem vloga MZ?
4. Kje so trenutno prednostne naloge medsektorskega sodelovanja glede zdravja, blaginje, kvalitete življenja in enakosti v zdravju ter glede socialno ekonomskih determinant zdravja? Kakšna je pri tem vloga MZ?

5. Katere so osnovne dejavnosti oziroma cilji posameznega sektorja in kateri od njih so povezani s področjem zdravja, blaginje, kvalitete življenja in enakosti v zdravju ter glede socialno ekonomskih determinant zdravja? Kakšna je pri tem vloga MZ?
6. Poznavanje in razumevanje koncepta ZVP in OVZ ter sprejemljivost za pristop, osveščenost o problemih zdravja, percepcija, kdo je odgovoren za zdravje, vloga MZ pri vsem navedenem.
7. Poznavanje, stališča MZ do koncepta ZVP in OVZ. Razumevanje ciljev drugih sektorjev.

c. Orodja vodenja

1. Razpoznavna obstoječih (delujočih ali ne) orodij vodenja.
2. Kako ta orodja vodenja delujejo, so organizirana, sestavljena...?
3. Primeri dobre prakse pri nas.

d. OVZ kot orodje vodenja

1. Ali so uvedeni procesi za uporabo metodologije ocene vplivov na zdravje in enakost v zdravju in kakšni so ti procesi?
2. Katera so uporabljena metodološka orodja?

2. Vpliv na politične odločevalce in javnost

a. Povečevanje osveščenosti o potrebi po ZVP in o samem konceptu

1. Razpoznavna ključnih deležnikov oziroma ciljnih skupin za osveščanje.
2. Ali ključni deležniki poznajo koncept ZVP in OVZ?
3. Katere so aktivnosti za povečevanje osveščenosti med različnimi deležniki in kako se izvajajo s ciljem povečevanja osveščenosti ključnih deležnikov o potrebi po ZVP in o samem konceptu ZVP?
4. Razpoznavna ustreznih načinov osveščanja ključnih deležnikov.
5. Razpoznavna potreb deležnikov v okviru koncepta.

b. Zagotavljanje podatkov, virov, argumentov

1. Katere podatke imamo o zdravju, vedenjih, povezanih z zdravjem, kvaliteti življenja, blaginji ... po prihodku, izobrazbi, poklicu, spolu, ... za različna področja (s poudarkom na ključnih področjih) za koncept?
2. Katere kazalnike že imamo redno na voljo in jih uporabljamo na tem področju?
3. Primeri uporabe podatkov pri nas.
4. Ali so identificirane povezave med zdravstvenimi izzivi in sektorji, determinantami zdravja in zdravstvenimi izidi?
5. Katere raziskave so bile izvedene o koristih in vplivih drugih sektorjev na zdravje?
6. Katerikoli drugi viri, argumenti že obstajajo?

c. Zagotavljanje zmogljivosti

1. Obstoj kadrovskega virov
2. Obstoj finančnih virov

3. Obstoje znanja: izobraževanje (izobraževalni sistem, drugi tečajji...), smernice in orodja
4. Obstoje partnerstev

Viri

EHN 2007

Bensaude De Castro Freire S, Costongs C, Stegeman I, Hagard S. Building the capacity for public health and health promotion in Central and Eastern Europe. Eurohealthnet Project report, 2007.

Ritsatakis in Jarvisalo 2006

Ritsatakis A, Jarvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

SEE HiAP forum 2011

Third SEE Ministers of Health forum. Pridobljeno 2. 2. 2012 s spletne strani <http://seehnsec.blogspot.com/p/third-see-ministers-of-health-forum.html>

St-Pierre 2009

St-Pierre L. Governance tools and framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Pridobljeno 2. 2. 2012 s spletne strani <http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies>

PRILOGE

PRIMER POZIVA POLITIČNIM ODLOČEVALCEM ZA POVEČANJE POMENA ZDRAVJA V POLITIČNEM DELOVANJU

Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Helena Jeriček Klanšček

Zdravje, kakovost življenja, blaginja in enakost v zdravju so ključ razvoja in napredka slovenije v bodočnosti

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot prebivalcev Slovenije, ki od države pričakujejo, da v največji možni meri poskrbi in omogoči kakovostno življenje, ohranja, krepi in izboljšuje zdravje vsakega posameznika ter zagotovi enakost v zdravju za vse. Po raziskavah Slovenskega javnega mnenja je zdravje na lestvici vrednot stalnica pri odraslih, pri mladih pa se je na prvo mesto pomaknilo v letu 2000. Zdravje pa ni le odsotnost bolezni, neločljivo ga povezujemo z dobro kakovostjo življenja ljudi.

V današnjem času smo soočeni s številnimi izzivi, kot so staranje prebivalstva, naraščanje kroničnih nenalezljivih bolezni, naraščanje debelosti, težave v duševnem zdravju, naraščajoče neenakosti v zdravju med skupinami z različnim socialno-ekonomskim položajem, hitro naraščanje stroškov v zdravstvu in drugo. Medicinski in tehnični razvoj lahko rešujeta nakopičene probleme le v omejenem obsegu, čemur pa je dodatno pridruženo še vrtoglavo naraščanje stroškov v zdravstvu. Večina sodobnih izzivov na področju zdravja sega preko sektorja zdravja in je predvsem družbeno osnovanih, to pomeni, da so vzroki umeščeni izven dosega sektorja zdravja. Dejstvo, da na zdravje vplivajo politike vseh sektorjev, podpirajo tehtni dokazi. Politike oblikujejo pogoje, v katerih živimo in delamo in ti pogoji, ključne determinante zdravja (npr. bivalne razmere, izobrazba, prihodki, socialno omrežje, delovno okolje, regija bivanja, zaposlenost, prometna varnost, dostopnost in dosegljivost zdravih izbir), imajo lahko pozitivne ali negativne posledice na zdravje posameznikov ali populacije. Izboljšanje zdravja prek delovanja na ključne determinante zdravja je bolj učinkovito, kot prek bolj tradicionalnih pristopov, usmerjenih na zdravljenje bolezni ali reševanje zdravstvenih problemov.

Zato so zdravje, kakovost življenja, blaginja in enakost v zdravju v programu vseh sektorjev in politik.

Za uspešno vlaganje v zdravje je pomemben vsevladni pristop, ko vlada umesti zdravje, kvaliteto življenja, blaginjo in enakost v zdravju med skupne in prednostne cilje v vseh sektorjih in področjih ter zagotovi udeležanje in vrednotenje izvajanja zastavljenih ciljev in izidov. Kompleksnih izzivov na področju zdravja se vlada loti prek enotnih političnih odzivov različnih sektorjev oziroma področij na bolj sistematičen način ter izkoristi tudi koristi izboljšane zdravja prebivalcev za doseganje ciljev različnih sektorjev. Tak pristop je osnovan na medsebojnih in dodatnih koristih za vse sektorje, ima potencial za zmanjšanje stroškov zdravstvene oskrbe, izboljša ekonomsko in okoljsko stanje in gradi družbeno blagostanje, enakost in trajnostni razvoj. Številne države že uspešno uvajajo tovrstne spremembe in poročajo o izboljšanjih.

Zato morajo tudi v Sloveniji:

Zdravje, kakovost življenja, blaginja in enakost v zdravju postati ključna zaveza celotne vlade in posledično celotne družbe.

Obseg ekonomskih posledic dobrega oziroma slabega zdravja je precejšen, saj je zdravje pomembno za številne ekonomske izide: zaslužek, število delovnih ur, udeležbo na trgu dela, zgodnji umik s trga delovne sile. Dobro zdravje in dobra kakovost življenja povečata verjetnost udeležbe posameznika na trgu dela, medtem ko v nasprotnem primeru negativno vplivata na zaslužek in sta pomembna za odločitev za zgodnji umik s trga delovne sile oziroma zgodnjo upokojitvev z vsemi njenimi družbenimi posledicami (večji stroški za državo, pogosto več težav v duševnem zdravju in zdravju nasplah). Glede na sodobne izzive v zdravju lahko pričakujemo relativni upad udeležbe na trgu dela, kar je posledica tako nizke rodnosti in staranja kot tudi večanja števila obolelih za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, zaradi česar je pomembno s vseživljenjskim pristopom k zdravju ohraniti zdravje in produktivno zmožnost prebivalstva kot osnovo za ekonomski napredek in postopno zmanjšanje bremena kroničnih nenalezljivih boleznih.

Velik delež današnjega ekonomskega blagostanja v razvitih državah lahko dejansko neposredno pripišemo preteklim dosežkom na področju zdravja in kakovosti življenja. Dobro zdravje prebivalcev se je pokazalo kot napovedovalec bodoče ekonomske rasti. Politični odločevalci, zainteresirani za izboljševanje ekonomskih izidov, imajo torej dobre razloge in podlage, da vlaganje v zdravje in kakovost življenja razumejo kot eno izmed možnosti za boljše doseganje ekonomskih ciljev. Potrebno pa je poudariti, da sta zdravje in blaginja nedvoumno pomembna družbena cilja in nista vezana izključno na doprinos zdravja k ekonomskim ciljem, ampak tudi k vsem drugim ciljem npr. socialnim, kulturnim, razvojnim in drugim. Prav zato, da bi znali izmeriti tudi druge učinke dobrega zdravja na kakovost življenja posamezne družbe, je OECD v letu 2011 razvil in objavil indeks sreče.

Zdravje, kakovost življenja, blaginja in enakost v zdravju so ključni za doseganje ekonomskih, socialnih, razvojnih in drugih ciljev.

Zdravje igra pomembno vlogo tudi pri doseganju stopnje izobraženosti prebivalcev. Dobro zdravje v otroštvu je povezano z boljším razvojem kognitivnih funkcij in zmanjšuje obseg odsotnosti iz šole. Otroci z boljším zdravjem bodo verjetneje dosegli višje stopnje izobrazbe in bodo bolj produktivni v prihodnosti. Bolj zdravi posamezniki z daljšo pričakovano življenjsko dobo so načeloma deležni več spodbud za vlaganje v izobraževanje. Zelo verjetno je, da podobno velja tudi za spodbudo ustvarjanja prihrankov za starost, saj realna možnost doživetja starosti v primeru nizkih stopenj umrljivosti predstavlja spodbudo za kopičenje prihrankov.

Da so stabilne družbene razmere res osnova za zdravje prebivalcev in kako gospodarska kriza vpliva na zdravje prebivalcev, kažejo podatki o zdravju prebivalcev Grčije, ki so bili 10. oktobra letos objavljeni v prestižni medicinski reviji Lancet. Odstotek samomora se je med letoma 2007 in 2009 povečal za 17 %, po neuradnih podatkih pa se je v letu 2010 v

primerjavi z letom 2009 povečal za 25 %. V letu 2010 so v primerjavi z letom 2009 sprejeli na bolnišnično zdravljenje 24 % več pacientov, 14 % več Grkov pa je v raziskavi javnega mnenja navedlo, da je njihovo zdravstveno stanje slabo ali zelo slabo, kar kaže tudi na zmanjšano kvaliteto življenja zaradi težav z zdravjem. Ne glede na to, da problemi z zdravjem v Grčiji očitno naraščajo, pa se je zaradi zmanjševanja stroškov zdravljenja na primarni zdravstveni ravni pri splošnem zdravniku oglasilo 15 % manj ljudi. V letu 2010 so v Grčiji zaznali znaten porast okuženih z virusom HIV, stopnja na novo dokazanih infekcij pri intravenskih uporabnikih drog pa se je samo v prvih sedmih mesecih leta 2011 povečala za desetkrat. Stopnja nasilja, ki po svoje odraža tudi stiske ljudi v duševnem zdravju, se je v zadnjih nekaj letih praktično podvojila. Obenem so varčevalni ukrepi za tretjino zmanjšali financiranje preventivnih programov v lokalnih okoljih.

Zdravje je torej gonilna moč moderne družbe, je determinanta rasti in produktivnosti, blaginje in kvalitete življenja prebivalcev, ki je nobena politična opcija ne sme spregledati, če iskreno želi ustvarjati boljši jutri naše države. Človeški kapital je pomemben za ekonomsko rast in ker je zdravje pomembna komponenta človeškega kapitala, je zdravje torej pomembno za ekonomske izide. Velja tudi obratno, saj so tudi ekonomski izidi pomembni za zdravje. Družba, ki investira v zdravje, investira v svojo prihodnost, investiranje v boljše zdravje je eden od načinov naslavljanja ekonomskih izzivov.

Zato je treba ciljne aktivnosti usmeriti v krepitev zdravja, izboljšanje kakovosti življenja, povečanje blaginje in zagotavljanje enakosti v zdravju za vse.

157

Eden od sodobnih izzivov je tudi zmanjševanje neenakosti v zdravju med skupinami prebivalcev z različnimi socialno-ekonomskimi položaji. Neenakosti v zdravju so tiste razlike v zdravstvenih stanjih, ki jih lahko preprečimo in so nepravilne. Slovenija je država, ki je uspela v polpretekli zgodovini ustvariti dober sistem socialnega in zdravstvenega varstva za svoje prebivalce. Še vedno smo država z enim najnižjih Gini koeficientov in enim najvišjih deležev socialnih transferjev v Evropski skupnosti, zaradi česar sta zdravje in kakovost življenja prebivalcev Slovenije na splošno dobra. Svetovna zdravstvena organizacija za Evropsko regijo našteva nas kot vzorčno državo in to je vrednota, ki jo je za bodoči razvoj države pomembno ohranjati. Spregledati pa ne smemo socialnih neenakosti, pa naj si bodo to neenakosti po spolu, izobrazbi ali socialnem standardu ali regiji bivanja. Le-te v določenih družbenih slojih povzročajo neugodne zdravstvene izide, na kar kažejo tudi zadnje raziskave (http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=1506&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action>ShowNewsFull&pl=0-7.0).

Številne raziskave potrjujejo tudi povezavo med revščino, ekonomskim razvojem in zdravjem, kar v svojih poročilih potrjuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). Komisija za socialne determinante zdravja, ki deluje pod okriljem SZO, poziva vlade naj osredotočijo javnozdravstvene politike tako, da bodo zagotavljale delovanje vseh sektorjev vlade in se tako usmerile na vzroke vzrokov pri poti do izboljšanja zdravja prebivalcev.

Zdravje je načelno visoko v političnem programu, a pogosto še premalo udejanjeno v praksi. Je interes številnih različnih deležnikov, predvsem zaradi pomembnosti zdravja za

gospodarstvo in družbene pravice posameznikov. V Sloveniji obstajajo argumenti, da se zdravje, kvaliteta življenja, blaginja in enakost v zdravju ne le uvrsti med cilje z najvišjo prednostjo, pač pa tudi v delovanje vseh sektorjev in zagotovi udejanjanje in vrednotenje zastavljenega. Zdravje, kvaliteta življenja, blaginja in enakost v zdravju naj bodo ponovno prednostna naloga nove Strategije razvoja Slovenije z jasno načrtano vizijo, cilji, kazalci in vrednotenjem, kar lahko dosežemo z:

- **Krovno vizijo razvoja Slovenije, kjer so zdravje, kakovost življenja, blaginja in enakost v zdravju ena od najpomembnejših prednostnih nalog,**
- **Vladnim strateškim nacionalnim okvirjem za javno zdravje, ki bo vključeval in uskladi vse sektorje in področja,**
- **Vzpostavitev mehanizmov, struktur in določitvijo ustreznih kapacitet, ki bodo omogočili boljše sodelovanje med sektorji in deležniki,**
- **Rednim spremljanjem doseganja ciljev in prilagajanjem na nove izzive.**

Inštitut za varovanje zdravja RS

Zdravje ne nastaja v zdravstvenem sektorju, ampak je po ocenah v štirih petinah odvisno od politik, ukrepov in aktivnosti vseh drugih sektorjev. Drugi sektorji namreč ustvarjajo pogoje, v katerih se ljudje lahko odločamo za bolj ali manj zdrave izbire (npr. od okoljskega planiranja je odvisno, kakšni so bivalni pogoji in možnosti za telesno dejavnost v določenih okoljih; od kmetijske in prehranske politike, katere vrste živil bodo bolj dostopne, in od cenovne politike, katere bolj dosegljive; od šolske politike, kakšna bo funkcionalna izobrazba prebivalcev in kakšne dosežene izobrazbene stopnje; od politike zaposlovanja stopnja kakovosti življenja ljudi, od socialne politike mehanizmi socialnih transferjev, ki naj zmanjšujejo socialne neenakosti; ...). Vsem številnim vplivom rečemo oddaljene determinante zdravja, poenostavljeno socialne determinante zdravja, ki pomembno določajo stopnjo zdravja in kakovosti življenja prebivalcev posamezne države, od katerih je odvisna tudi ekonomska uspešnost države (več zdravja pomeni večjo produktivnost in večji gospodarski napredek, obenem pa manjše ekonomsko breme zdravstvenih blagajn).

Sektor javnega zdravja je razvil pristop Zdravje v vseh politikah, kjer se na principih multidisciplinarnih kompetence in ocenjevanja vpliva drugih sektorskih politik in ukrepov na zdravje, enakost v zdravju, blaginjo in kakovost življenja v sodelovanju z drugimi sektorji pripravlja kolaborativne, kooperativne ali integrirane skupne politike. Tako pripravljene politike naj kar je najbolj možno pozitivno vplivajo na zdravje ljudi.

Ime projekta Crossing Bridges (prečkanje mostov) opisuje njegov glavni namen – kako učinkovito delovati v zgoraj opisanih pristopih zdravja v vseh politikah. V okviru projekta je vsak od projektnih partnerjev pripravil dve študiji primera uspešnih medsektorskih politik, ki pozitivno vplivajo na zdravje, enakost v zdravju, blaginjo in kakovost življenja ljudi in s tem sodeloval pri pripravi skupne publikacije, ki povzema pozitivne izkušnje tistih, ki so v uspešnih pristopih sodelovali. Medsektorski primeri so bili izbrani iz področij izobraževanja, transporta in kmetijstva. Slovenija je s primeri sodelovala pri izobraževanju in kmetijstvu.

V drugem koraku so bili na podlagi ocene potreb po znanju v partnerskih inštitucijah (strokovnjaki javnega zdravja na nacionalni in regionalni ravni v Sloveniji so izpolnjevali »needs assessment« vprašalnike) pripravljene izobraževalni moduli, v februarju in marcu 2012 je bilo pri nas organizirano izobraževanje v dveh delavnicah na nacionalni ravni na IVZ. V okviru projekta bo pripravljeno tudi izobraževalno gradivo na temo zdravja v vseh politikah - teoretični okvir, stanje v Evropi in svetu ter praktična priporočila.

Dolgoročni namen projekta je, da se na EU ravni pripravi priročnik s priporočili, kako učinkovito delovati v pristopu Zdravja v vseh politikah oziroma Zdravja ZA vse politike, na nacionalni ravni pa povečati znanje s tega področja in zagotoviti kontinuirano izvajanje izobraževanj za ciljne javnosti.

Kot vsak projekt vsebuje tudi Crossing Bridges pakete koordinacije, diseminacije in vrednotenja.

Več informacij o projektu lahko najdete na spletni strani:

<http://eurohealthnet.eu/research/crossing-bridges>, www.health-inequalities.eu

Determinante zdravja so dejavniki, ki imajo značilne vplive, tako pozitivne kot negativne, na zdravje. Determinante zdravja vključujejo fizično, socialno in ekonomsko okolje, pa tudi posameznikove značilnosti in vedenjski slog.

Socialni in ekonomski pogoji kot so revščina, socialna izključenost, brezposelnost in slabi bivalni pogoji so tesno povezani z zdravstvenim stanjem. Prispevajo k neenakostim v zdravju in so razlog, zakaj ljudje, ki živijo v revščini, umirajo prej in so bolj bolni kot tisti, ki živijo v bolj ugodnih pogojih.

Socialne determinante zdravja so socialni pogoji, v katerih ljudje živijo in delajo. Socialne determinante kažejo na specifične značilnosti socialnih povezav, ki vplivajo na zdravje, in načine, na katere socialne razmere pogojujejo zdravstvene izide.

Na podlagi uradne definicije SZO je **zdravje** stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne predvsem odsotnost bolezni ali nezmožnosti. V kontekstu promocije zdravja je zdravje ne samo cilj življenja, ampak predvsem vir za vsakdanje življenje; je pozitiven koncept, ki poudarja socialne in osebne vire kot tudi fizične kapacitete posameznika.

Promocija zdravja je proces, ki omogoča ljudem in skupnostim, da povečajo nadzor nad determinantami zdravja in na ta način izboljšujejo svoje zdravje. Predstavlja strategijo na področju zdravja in družbe, ki je lahko po eni strani politična strategija, po drugi strani pa pristop, ki omogoča doseganje zdravja skozi življenjski slog.

Zdravstveni sektor vključuje vladne sektorje, sheme socialne varnosti in zdravstvenih zavarovanj, prostovoljne organizacije in privatne deležnike ter skupine, ki zagotavljajo zdravstveno varstvo.

Zdravje v vseh politikah je horizontalna, komplementarna strategija, povezana s politikami, ki prispeva k izboljšanju zdravja populacije. Bistvo zdravja v vseh politikah je pregled determinant zdravja, ki se jih lahko spremeni z namenom izboljšanja zdravja, vendar pa so te determinante v veliki večini v pristojnosti drugih sektorjev, ne sektorja zdravja.

Medsektorske aktivnosti za zdravje lahko definiramo kot aktivnosti, ki imajo jasen namen neposredno izboljšati zdravje ljudi ali pa vplivati na determinante zdravja. Medsektorske aktivnosti za zdravje so ključne za doseganje večje enakosti v zdravju, še posebej tam, kjer je izboljšanje odvisno od odločitev in aktivnosti drugih sektorjev. Pojem »medsektorsko« se je prvotno uporabljal za sodelovanje med različnimi vladnimi sektorji, sedaj pa se uporablja tudi za opredelitev sodelovanja med vladnim in privatnim sektorjem. Pojem »večsektorske aktivnosti« se načeloma uporablja za aktivnosti za zdravje, ki se izvajajo istočasno v več sektorjih znotraj in izven **zdravstvenega sistema**.

Javna politika je politika na katerikoli vladni ravni, ki jo vzpostavljajo vladne službe, zakonodajalci ali regulatorne agencije.

Vir

Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

KRATICE

EU	Evropska unija
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies
ODT	Okoljski dejavniki tveganja
OVZ	Ocena vplivov na zdravje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZVP	Zdravje v vseh politikah

Vsebina pričujoče publikacije je problemsko naravnana. Izhaja iz sodobnih idejnih, civilizacijskih in praktičnih dosežkov ter ima v sedanjem času uporabno vrednost. Socialno ekonomska kriza, v kateri se nahaja Slovenija, narekuje pripravo teoretičnih in praktičnih izhodišč za učinkovite spremembe v politiki do zdravja kot tudi do sistema zdravstvenega varstva. V tem smislu je treba razumeti sporočila političnim odločevalcem, strokovnjakom in drugim udeležencem v procesu sprejemanja, udejanja in vrednotenja politik z vidika zdravja in blaginje ljudi. Gradivo je neposreden prispevek k manjšanju vrzeli v znanju na tem področju in posreden prispevek k prilagajanju politike zdravja znanstvenim spoznanjem.

Doc. dr. Marjan Premik

Avtorji prinašajo uravnoteženo in pregledno obravnavano tematiko z aktualnimi spoznanji iz trenutno najbolj uveljavljenih spoznanj. V slogovno zelo lahko razumljivem in berljivem prikazu se sprehodimo skozi najbolj ključno pomembna tematska področja besedne zveze 'Zdravje v vseh politikah (ZVP)' ter analitike vplivov na neenakosti v zdravju in dejavnikov, ki na te neenakosti vplivajo. Ob tem velja izpostaviti opozorila avtorjev, da so tudi zdravstveni sistemi tisti, ki vplivajo na zmanjšanje neenakosti ter na raven zdravja nasploh.

Menim, da je pričujoča publikacija odličen prikaz trenutnih sodobnih spoznanj o vplivih na zdravje ter o zasnovi ZVP. S tem slovenska javnozdravstvena literatura dobiva novo vrsto publikacij, ki obravnavajo dejavnike, ki vplivajo na zdravje ter metodološka orodja za njihovo vrednotenje. Konkretni časovni okvir izida te publikacije pa, glede na širši družbeni in ekonomski kontekst v Sloveniji in v mednarodnem okviru, ne bi mogel biti bolj aktualen.

Dr. Tit Albreht

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

Dostopno na spletni strani www.ivz.si

