

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky



**Primární prevence nepřenosných onemocnění  
a podpora zdraví v ČR: případová studie  
rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2020**

*Disertační práce*

**Eva Tušková**

Praha 2023

Autor práce: **Mgr. Eva Tušková**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Martin Potůček CSc., MSc.**

Datum obhajoby: **2023**

## **Bibliografický záznam**

TUŠKOVÁ, Eva. 2023. *Primární prevence nepřenosných onemocnění a podpora zdraví v ČR: případová studie rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2020*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 149 s. Vedoucí diplomové práce: Prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.

## **Anotace**

V roce 2014 byla v České republice vládou schválena strategie *Zdraví 2020*, komplexní strategický rámec pro budoucí směřování české zdravotní politiky, jehož součástí jsou také opatření politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění. Předložená disertační práce přináší detailní vzhled do procesu rozhodování o přijetí národní strategie (a navazujících akčních plánů), který se odehrával v období let 2013-2019 a zabývá se zejména otázkou, jaké faktory posouvaly formulovanou politiku směrem k implementaci. Práce má ambici přispět k porozumění tvorbě politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění v ČR na národní úrovni, a také diskutovat možný další vývoj v této oblasti. Disertace se opírá o podrobnou analýzu rozhodovacích procesů, jejichž vývoj je dále interpretován za pomoci teorie tří proudů, modifikované pro studium fáze rozhodování o přijetí veřejné politiky.

## **Klíčová slova**

Podpora zdraví, primární prevence nepřenositelných onemocnění, zdravotní politika, rozhodování ve veřejné politice, přijetí veřejné politiky, případová studie, národní strategie Zdraví 2020, Česká republika

## **Annotation**

A national strategy *Health 2020* was approved by the Czech government in the 2014, as a complex health policy strategic framework, including also health promotion and primary prevention policy measures. The thesis offers a detailed insight into the decision-making process (that took place between 2013-2019) linked to the adoption of the national strategy (and the related action plans) and is concerned mainly with identifying factors that were shifting the formulated policy towards implementation. The thesis aims to contribute to the understanding of the policy-making processes in the specific part of the health policy (health promotion and primary prevention of non-communicable diseases) on the national level in the Czech Republic and also to discuss possible further direction in this area. The thesis is based on a detailed analysis of the decision-making processes, whose development are then interpreted using the multiple streams framework modified to study the decision-making stage of the public policy process.

## **Keywords**

Health promotion, primary prevention of noncommunicable diseases, health policy, decision making in public policy, policy adoption, case study, Health 2020 strategy, Czech Republic.

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 15.1. 2023

Eva Tušková

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kdo spolu se mnou neztráceli víru v dopsání této disertační práce - celé své rodině za vytrvalost, srovnatelnou s výkonem maratonských běžců, se kterou mě podporovala, dětem pak ještě speciálně za to, že vydržely být zdravé v období závěrečného dokončování práce. Dále musím poděkovat svému školiteli profesoru Martinu Potůčkovi, za vstřícnost, trpělivost a kritiku, doktoru Petru Hávovi za inspiraci a zápal v průběhu mého magisterského, a také na počátku doktorského studia a kolegům z Katedry veřejné a sociální politiky za vždy pozitivní a motivující přístup. Velký dík patří také všem odborníkům, kteří se mnou sdíleli své zkušenosti s praktickou tvorbou a realizací strategie Zdraví 2020, především bych ráda poděkovala panu doktoru Valentovi, paní doktorce Rážové, panu doktoru Wasserbauerovi, paní doktorce Šteflové, paní doktorce Kazmarové, panu profesoru Svačinovi a panu doktoru Hamříkovi, jenž se udělali čas na osobní setkání. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým bývalým kolegům z Národního ústavu duševního zdraví, spolupráce s nimi mě toho hodně naučila jak po odborné, tak po lidské stránce.

# Obsah

|  |            |
|--|------------|
| <b>ÚVOD A STANOVENÍ CÍLE PRÁCE</b> .....   | <b>1</b>   |
| 1.1 NEPŘÍZNIVÝ VÝVOJ RIZIKOVÝCH FAKTORŮ NEPŘENOSNÝCH ONEMOCNĚNÍ JAKO VEŘEJNĚ-POLITICKÝ PROBLÉM .....   | 1          |
| 1.2 ROZHODOVÁNÍ O PŘIJETÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 2020 JAKO PŘEDMĚT DISERTACE A S TÍM SOUVISEJÍCÍ OMEZENÍ .....   | 17         |
| 1.3 ZASAZENÍ PŘEDMĚTU DISERTAČNÍ PRÁCE DO ŠIRŠÍHO RÁMCE VEŘEJNĚ POLITICKÉHO PROCESU .....  | 19         |
| <b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....   | <b>23</b>  |
| 2.1 CO VÍME O POVAZE ROZHODOVÁNÍ VE VEŘEJNÉ POLITICE A KONKRÉTNĚ PAK VE FÁZI PŘIJETÍ (ADOPTION) POLITIKY? .....  | 23         |
| 2.2 CO A JAK MŮŽE OVLIVŇOVAT VÝSLEDEK ROZHODOVÁNÍ VE FÁZI PŘIJETÍ POLITIKY? .....  | 28         |
| 2.3 CO PODMIŇUJE ÚSPĚŠNOU IMPLEMENTACI VEŘEJNĚ POLITICKÉHO OPATŘENÍ VE FÁZI ROZHODOVÁNÍ O PŘIJETÍ POLITIKY –<br>POZNATKY Z TEORIE IMPLEMENTACE .....       | 39         |
| 2.4 JAK BUDOU TEORETICKÉ POZNATKY VYUŽITY K NAPLNĚNÍ CÍLE DISERTAČNÍ PRÁCE? .....  | 40         |
| <b>3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....  | <b>41</b>  |
| <b>4 METODOLOGIE</b> .....   | <b>43</b>  |
| 4.1 DESIGN VÝZKUMU .....   | 43         |
| <b>5 VÝSLEDKY</b> .....  | <b>49</b>  |
| 5.1 SHRUTÍ OBSAHU STRATEGIE ZDRAVÍ 2020 A AKČNÍCH PLÁNŮ .....  | 49         |
| 5.2 ŠIRŠÍ OKOLNOSTI VZNIKU STRATEGIE ZDRAVÍ 2020 .....   | 52         |
| 5.3 ROZHODOVÁNÍ O PŘIJETÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 2020 A VYBRANÝCH AKČNÍCH PLÁNŮ .....  | 57         |
| 5.4 DOSTUPNÉ INFORMACE O NAPLNĚNÍ VYBRANÝCH AKČNÍCH PLÁNŮ A O VÝVOJI UKAZATELŮ ZDRAVOTNÍHO STAVU V JEDNOTLIVÝCH<br>OBLASTECH .....                         | 76         |
| <b>6 DISKUSE</b> .....   | <b>93</b>  |
| <b>7 ZÁVĚR</b> .....   | <b>100</b> |
| <b>8 SEZNAM ZKRATEK</b> .....  | <b>101</b> |
| <b>9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....   | <b>103</b> |
| ODBORNÉ PUBLIKACE A DATABÁZE .....   | 103        |
| VEŘEJNĚ POLITICKÉ MATERIÁLY .....  | 108        |
| <b>10 SEZNAM TABULEK</b> .....   | <b>115</b> |
| <b>11 SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....   | <b>115</b> |
| <b>12 SEZNAM GRAFŮ</b> .....   | <b>115</b> |
| <b>13 PŘÍLOHY</b> .....  | <b>116</b> |
| PŘÍLOHA 1 - VYBRANÉ UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU POPULACE ČR.....   | 116        |
| PŘÍLOHA 2 – VÝVOJ PROSTŘEDKŮ NA FINANCOVÁNÍ DOTAČNÍHO PROGRAMU NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVÍ – PROJEKTY PODPORY ZDRAVÍ<br>.....                                   | 118        |
| PŘÍLOHA 3 - SCÉNÁŘ POLO-STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU (PŘÍKLAD) .....  | 119        |
| PŘÍLOHA 4 - INFORMOVANÝ SOUHLAS.....   | 122        |
| PŘÍLOHA 5 - PŘEHLED IMPLEMENTAČNÍCH DOKUMENTŮ – AKČNÍCH PLÁNŮ NÁRODNÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 2020 .....  | 123        |
| PŘÍLOHA 6 - PŘEHLED OPATŘENÍ FORMULOVANÝCH VE VYBRANÝCH AKČNÍCH PLÁNECH.....   | 124        |
| PŘÍLOHA 7 STRUKTURA IMPLEMENTAČNÍHO PLÁNU 1.2 (PREVENCE NEMOCÍ, PODPORA A OCHRANA ZDRAVÍ A ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ<br>GRAMOTNOSTI) STRATEGIE ZDRAVÍ 2030 ..... | 147        |



# Úvod a stanovení cíle práce

## **1.1 Nepříznivý vývoj rizikových faktorů nepřenositelných onemocnění jako veřejně-politický problém<sup>1</sup>**

Pokud bychom chtěli velmi hrubě vyhodnotit celkový zdravotní stav české populace, je možné začít u ukazatele, který zachycuje počet let, kterých se pravděpodobně dožije právě narozený člověk, nezmění-li se stávající řád vymírání, tedy u naděje dožití při narození<sup>2</sup>. Podíváme-li se na data dostupná od počátku 60. let 20. st. (tehdy ještě za ČSSR; viz Příloha 1), můžeme pozorovat mírný růst hodnoty tohoto ukazatele v 80. letech a postupné zrychlení růstu od roku 1990, které bylo způsobeno zejména poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy a zhoubné novotvary. Od 90. let tedy dochází k pozvolnému zrychlení růstu a také ke snižování rozdílu mezi hodnotou tohoto ukazatele za ČR a průměrem starých členských států EU (EU-15<sup>3</sup>) – tento rozdíl činil v roce 1990 5 let, v roce 2000 a stejně tak v roce 2010 3,6 let a v roce 2018 2,6 roku (WHO, 2022). Postupně jsme se tedy přibližovali průměrné hodnotě EU-15. V důsledku pandemie covidu-19 ale došlo v ČR (tamtéž) i ve většině evropských zemí (Aburto a kol., 2022) ke snížení naděje dožití při narození (konkrétně v ČR mezi roky 2019-2020 o 1,1 roku) a je otázkou, jak se probíhající pandemie dále propíše do zdravotního stavu české populace. Nicméně podíváme-li se blíže na vývoj před pandemií, zjistíme, že i když ukazatel naděje dožití kontinuálně rostl, docházelo v ČR k tzv. **expansi nemocnosti, tzn. že se prodlužovala délka života prožitého ve špatném zdravotním stavu**. Ačkoliv délka života prožitého ve zdraví (zachycená za pomoci ukazatele HALE<sup>4</sup> - *Health adjusted life expectancy*) se v ČR mezi lety 2000-2015 prodlužovala, a to jak u

---

<sup>1</sup> Některé pasáže této kapitoly jsou převzaty z článku autorky (Tušková, 2012).

<sup>2</sup> Naděje dožití při narození udává průměrný počet let, který zbývá ještě prožít osobě při narození, bude-li aktuální řád vymírání populace pokračovat (Kalibová, 2004). Termín „naděje dožití“ je v práci využíván pro naději dožití při narození.

<sup>3</sup> Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Holandsko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Španělsko, Švédsko, Velká Británie.

<sup>4</sup> Indikátor HALE vyjadřuje „(...) počet let, který v průměru zbývá osobě v určitém věku prožít v dobrém zdravotním stavu, vezmeme-li v úvahu úmrtnost, nemocnost a funkční zdravotní stav dle věku“ (Salomon a kol. 2013). Jde tedy o předpokládaný počet let v dobrém zdravotním stavu. Tento ukazatel vznikl z potřeby znát nejen předpokládanou naději dožití v určitém věku, ale také naději dožití v dobrém zdravotním stavu. Výhodou tohoto indikátoru je, že data o prevalenci nemocnosti jsou čerpána z různých zdrojů, včetně vědeckých publikací, systémů epidemiologické

mužů, tak u žen (WHO, 2016), rostla pomaleji nežli hodnota naděje dožití při narození. Na zvýšení ukazatele naděje dožití při narození v období 2005-2015 o jeden rok připadá zvýšení ukazatele HALE u mužů o 0,81 roku, u žen 0,83 roku. **ČR se v tomto směru nevymyká celosvětovému trendu** (Kassebaum a kol., 2016). To znamená, že se v ČR nedaří stávající zdravotní problémy řešit v rámci stávajícího systému péče o zdraví. **Prioritou by mělo být snižování incidence nemocí (zejména těch s nejdelší dobou trvání a nejvyšší prevalencí) a odsouvání jejich rozvoje do vyššího věku** (Kramer, 1980; Salomon a kol., 2013). Mezi nejvýznamnější nemoci, které přispívají k rozvoji disability, a tedy k expanzi nemocnosti dle ukazatele YLDs<sup>5</sup> (*Years of life lost due to disability*), v ČR v roce 2016 (a stejně tak v roce 2019) patřila onemocnění svalové a kosterní soustavy, ostatní nepřenosná onemocnění (jako jsou nemoci kůže, smyslových orgánů, dutiny ústní, vrozené vady), duševní onemocnění (zejména úzkosti a deprese) a závislosti, tzv. nezaviněné úrazy (jako jsou např. pády), neurologická onemocnění, diabetes, kardiovaskulární onemocnění, dopravní úrazy, chronická onemocnění dýchacích cest, nemoci zažívacího traktu a novotvary (IHME, 2015, 2019). **Jde tedy převážně o nepřenosná onemocnění**, což je v souladu s celosvětovým trendem snižování zátěže v důsledku infekčních a zvyšování zátěže v důsledku nepřenosných onemocnění (IHME, 2016).

Nepřenosná onemocnění mají, na rozdíl od infekčních nemocí, některé společné rizikové faktory a jejich rozvoj je tedy teoreticky do určité míry preventabilní (Mendis, 2014). **V ČR jsou deseti nejvýznamnějšími rizikovými faktory rozvoje disability (dle ukazatele YLDs) následující metabolické a behaviorální faktory a faktory životního a pracovního prostředí: vysoké BMI, vysoký obsah cukru v krvi, nesprávná výživa, vysoký krevní tlak, kouření, rizika pracovního prostředí, konzumace alkoholu a drog, nízká hustota minerálů v kostech, vysoký cholesterol a znečištění ovzduší** (IHME, 2015, 2019).

**Z mezinárodního srovnání Světové zdravotnické organizace (dále „WHO“) vyplývá, že ČR dosahuje z hlediska prevalence nejvýznamnějších rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu, kouření a nadváha a obezita podstatně horších výsledků, nežli země evropského regionu WHO** (viz mezinárodní srovnání uvedené v Příloha 1; WHO, 2014).

---

surveillance, šetření domácností, zdravotních registrů, evidence o hospitalizacích a evidence z primární péče. Ukazatel HALE také zohledňuje závažnost jednotlivých zdravotních stavů.

<sup>5</sup> Ukazatel YLDs udává počet let života ztracených v důsledku krátkodobého nebo dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu.

Znepokojivý je také vývoj rizikových faktorů u dětí (např. Jakubikova a kol., 2011; Mravčík, 2016; Sigmund a kol., 2015; Voráčová a kol., 2015).

**Čím dále tím větší počet studií naznačuje, že rozdílné vzorce nemocí mezi populacemi jsou produkovány nastavením společnosti, neboli sociálními determinantami zdraví** (Detels a kol., 2009: 103). WHO definuje sociální determinanty zdraví jako „(...) *nemedicínské faktory, které ovlivňují zdravotní stav. Jsou to podmínky, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou a širší soubor vlivů a systémů, které utvářejí tyto podmínky, včetně ekonomických politik a systémů, rozvojových agend, sociálních norem, sociálních politik a politických systémů*“ (WHO, 2023). Nerovnosti ve zdraví existují jak mezi, tak i uvnitř všech zemí světa (Marmot, 2008). Na počátku 21. století byly **největší nerovnosti v mortalitě dle vzdělání, bez ohledu na pohlaví, ve skupině 22 evropských států, zjištěny v ČR a v Lotyšsku a v ČR se pojily především s nerovnostmi v míře úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a zhoubné nádory a s nerovnostmi v mortalitě na nemoci spjaté s kouřením** (Mackenbach a kol., 2008). Z dalšího srovnávacího šetření *European Social Survey* (dále ESS) z roku 2014 vyplývá, že **v ČR byl zjištěn sociální gradient<sup>6</sup> v reportované prevalenci některých nepřenositelných onemocnění (kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, onemocnění ruky, dolních končetin a deprese)**. Nerovnosti v nemocnosti dle vzdělání v ČR byly převážně spojeny s faktory, které se vážou na pracovní podmínky a práci obecně. Životní podmínky a individuální chování z analýzy vyšly jako o poznání méně významné faktory (McNamara a kol., 2017; Eikemo a kol., 2016). **Data z ESS z roku 2014 vypovídají také o existenci sociálního gradientu v prevalenci rizikového chování v ČR.** U lidí s nejnižším vzděláním oproti populaci s nejvyšším vzděláním byla zjištěna zvýšená prevalence rizikových faktorů, konkrétně denního kuřáctví, kuřáctví 20 a více cigaret denně a nárazového pití velkých dávek alkoholu. Rozdílly byly naměřeny i v prevalenci dalších aspektů životního stylu. Lidé s nejvyšším vzděláním reportovali častěji zvýšenou fyzickou aktivitu a konzumaci ovoce a zeleniny. Výše uvedená zjištění o sociálním gradientu<sup>7</sup> v prevalenci kouření

---

<sup>6</sup> Jako indikátor socioekonomického statusu byla použita úroveň vzdělání dle ISCED (*International Standard Classification of Education*). „O sociálním gradientu hovoříme tehdy, když identifikujeme signifikantní rozdíly mezi skupinami s nízkým vzděláním (ISCED I-II) a vysokým vzděláním (ISCED V) a skupinami se středním vzděláním (ISCED III-IV) a vysokým vzděláním (ISCED V)“ (McNamara, a kol. 2017: 23).

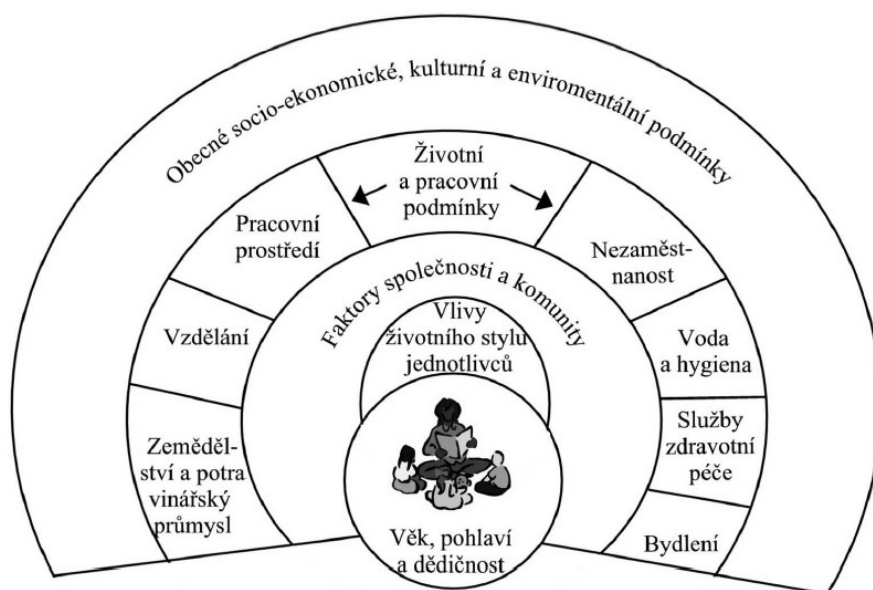
<sup>7</sup> Socioekonomický status byl v této studii konstruován kombinací tří proměnných – úrovně vzdělání, druhu vykonávané práce a příjmu domácnosti.

potvrzuje také nedávná studie Státního zdravotního ústavu (dále „SZÚ“) (Sovínová & Csémy, 2016).

Na základě výše uvedených poznatků můžeme shrnout, že ačkoliv ukazatel naděje dožití při narození v ČR dlouhodobě roste (s výjimkou období 2019-2020, kdy byl pokles způsoben pandemií covidu-19), stále ještě nedošlo k vymizení rozdílu mezi ČR a starými členskými státy EU a místo aby byl rozvoj nemoci odsouván do vyššího věku, dochází k prodlužování délky života prožitého ve zhoršeném zdravotním stavu. Největší zátěž z hlediska ukazatelů úmrtnosti a nemocnosti je způsobena nepřenosnými onemocněními, jež jsou do určité míry preventabilní, neboť se na jejich rozvoji podílí široké spektrum ovlivnitelných determinant zdraví a rizikových faktorů. **ČR však dosahuje z hlediska prevalence nejvýznamnějších rizikových faktorů nepřenosných onemocnění podstatně horších výsledků nežli země evropského regionu WHO, znepokojivý je pak zejména vývoj prevalence rizikových faktorů u dětí a mládeže.** Dále je patrné, že rozdíly v prevalenci některých nepřenosných onemocnění a navazujících významných rizikových faktorů v ČR souvisí se socioekonomickým postavením. Zdravotní stav populace přitom představuje jeden ze základních vývojových potenciálů země, což jsou „*klíčové oblasti generující (obnovující, spravující, kultivující) nejdůležitější zdroje rozvoje země*“ (Frič & Potůček, 2004: 426).

Zdravotní stav populace je výsledkem působení škály mnoha faktorů, která je tak pestrá, jako je pestrý samotný život lidí. V rámci oboru veřejného zdravotnictví se ale mnozí snaží o vyjádření této pestrosti pomocí **konceptu determinant zdraví**. Dle současného konsensu v oboru veřejného zdravotnictví, za jehož vyjádření můžeme v této oblasti považovat např. stanoviska WHO, spadají faktory ovlivňující zdraví do tří obecných kategorií: sociální a ekonomické prostředí, fyzické prostředí a individuální vlastnosti (včetně genetické výbavy) a chování jedince (WHO, 2017). Grafické vyjádření těchto faktorů poskytuje schéma vytvořené Dahlgrenem a Whiteheadovou na počátku 90. let (viz Obrázek 1). Stát je potom pouze jedním z regulátorů (myšleno z mechanismů ovlivňujících a podmiňujících život lidí a lidských společností), který na tyto faktory působí. Za další regulátory můžeme považovat soukromý neformální sektor, trh, občanský sektor a kulturně-hodnotový systém společnosti (Potůček, 1997). Ačkoliv není možné odhlédnout plně od vlivu těchto dalších regulátorů a je nutné mít na paměti jejich možný vliv na zdravotní stav populace, v této práci se budu věnovat zejména státu a jeho možnostem ovlivňování zdravotního stavu populace prostřednictvím veřejných politik.

Obrázek 1 Model determinant zdraví dle Dahlgrena a Whiteheadové



Zdroj: Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991: 11; přeloženo autorkou.

Na situaci zdravotního stavu populace stát reaguje za pomoci opatření, jež souhrnně můžeme označit jako tzv. „**systém péče o zdraví**“ (*public health system*)<sup>8</sup>. Součástí tohoto systému jsou také podpora zdraví<sup>9</sup> a primární prevence<sup>10</sup> nepřenosných onemocnění. Koncept

<sup>8</sup> Do systému spadají všechny aktivity, jejichž explicitním cílem je zlepšení zdravotního stavu populace, tedy jak klinicky orientovaná opatření (zdravotní služby), tak opatření zaměřená na specifické skupiny populace (např. ženy, seniory, děti, lidi žijící ve vyloučených lokalitách) a veřejnost, přičemž tato tzv. populační opatření mohou cílit na různou úroveň pomyslného kauzálního řetězce faktorů, působících na zdraví, tedy rizikových faktorů a determinantů zdraví. Tzv. behaviorální zdravotní politiky se snaží motivovat jedince a populaci ke změnám chování, tak aby došlo k dlouhodobému zlepšení jejich zdravotního stavu, cílem redistribučních, ale také vzdělávacích politik může být zlepšení zdravotního stavu prostřednictvím působení na sociální determinanty zdraví. V neposlední řadě do systému péče o zdraví náleží také environmentální politiky, v případě, že je jejich cílem snížit zdravotní hrozby, jako jsou degradace a znečištění životního prostředí a špatné hygienické podmínky. (*Institute...*, 2002)

<sup>9</sup> **Podpora zdraví** je “(...) souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinanty zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a životního stylu. Týká se aktivit fyzických osob, činností státu, samosprávy i dalších složek společnosti“ (MZČR, 2013: 2-3).

<sup>10</sup> **Primární prevence** je “(...) předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik. Na primární prevenci nemocí navazují sekundární prevence nemocí, jejímž posláním je vyhledávat časná stadia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby a terciární prevence, která se zaměřuje na znovu nastolení zdraví, když již nemoc propukla, a to péčí, ošetřením,

podpory zdraví vznikl jako odpověď na poznatky o multifaktoriální podmíněnosti zdraví a zvýšení zátěže v důsledku neinfekčních chronických onemocnění. Za mezníky ve vývoji tohoto konceptu se obvykle považuje Lalondova zpráva o zdravotním stavu Kanadčanů z roku 1974, která zdůraznila komplexní povahu determinant zdraví (do nichž řadí životní prostředí, genetickou výbavu, životní styl a zdravotní péči) (Lalonde, 1974), finský Severokarelský projekt prevence kardiovaskulárního onemocnění v pěti městech (Puska, 2016), konference o primární prevenci pořádaná WHO v Alma-Atě v roce 1978 a na přelomu 70. a 80. let přijetí světové a evropské verze programu Zdraví pro všechny do roku 2000 Světovým zdravotnickým shromážděním (v letech 1979, respektive 1984). Tento vývoj vyvrcholil v roce 1986 první mezinárodní konferencí o podpoře zdraví v kanadské Ottawě. Od tohoto bodu jsou pravidelně pořádány konference o podpoře zdraví, na nichž si jednotlivé státy vyměňují zkušenosti s efektivními opatřeními na podporu zdraví a přijímají příslušné deklarace (poslední, desátý ročník této konference proběhl virtuálně v roce 2021). Z první konference vzešla tzv. *Ottawská charta*, jež do podpory zdraví jako praktické činnosti v gesci národních vlád zahrнула pět základních oblastí: zdravou veřejnou politiku (meziresortní spolupráci pro zdraví), prostředí podporující zdraví, iniciativu obce a komunity, rozvoj osobních dovedností jedinců a orientaci zdravotnických služeb ve prospěch prevence (WHO, 1986). WHO poté vyzvala členské státy k přijetí národních verzí programu Zdraví pro všechny do roku 2000.

Výše popsáný mezinárodní vývoj byl v tehdejší ČSSR reflektován pouze formálně, zřejmě také proto, že jedním ze základních předpokladů programu *Zdraví pro všechny do roku 2000* byla participace a aktivní spoluúčast občanů na jeho realizaci, tedy tehdy z politických důvodů nepoužitelný, tzv. přístup “zdola” (Kučera, 1992a, 1992b). Oblast hygieny před rokem 1989 měla dle odborníků, kteří formulovali koncepci tohoto oboru, převážně inspekční charakter na úkor primárně preventivního poradenství (Hrubá a kol., 2002). Podpora zdraví se u nás začala více rozvíjet až po revoluci v roce 1989 (Kříž, 2008)<sup>11</sup>.

---

*léčbou či zmírněním projevů nemoci nebo jejích symptomů. Aktuálně se začíná hovořit i o tzv. kvartérní prevenci, která se začíná zabývat aktivitami zdravotní péče zaměřenými na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí” (MZČR, 2013: 2).*

<sup>11</sup> Nicméně je možné uvést alespoň některé předrevoluční aktivity, zaměřené na prevenci rozvíjejících se chronických nepřenosných onemocnění: práci Ústavu zdravotní výchovy (v letech 1952-1989), zapojení do mezinárodního projektu MONICA (*Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*; od roku 1985), monitorujícího trendy a determinanty kardiovaskulárních onemocnění, intervenční program CINDI (*Countrywide*

Na následujících několika stranách stručně shrnu vývoj zdravotní politiky v oblasti podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění u nás po roce 1989, tak jak je možné jej zachytit na základě veřejně dostupných informací a odborných publikací.

Krátce po sametové revoluci, v období vlády Petra Pitharta (29.6. 1990 – 2.7. 1992), vznikly důležité koncepční dokumenty. *Návrh nového systému zdravotní péče*, formulovaný členy tzv. Skupiny pro reformu (dále „SKUPR“) a přijatý usnesením vlády č. 339/1990, se v převážné míře věnoval změnám v organizaci a financování systému zdravotnictví, krátce také pojednával o podpoře zdraví a prevenci a počítal s vypracováním *Národního programu obnovy a podpory zdraví*, později přijatého vládou usnesením č. 247/1991, a dále rozpracovaného do *Střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví*, schválené u.v. č. 273/1992. Tento posledně zmiňovaný program již vycházel z filosofie evropské varianty *Zdraví pro všechny do roku 2000* a programu *Healthy people*, uplatněného v USA v roce 1991 a zdraví chápal v kontextu jeho komplexních determinant. Na základě analýzy zdravotního stavu obyvatel se střednědobá strategie soustředila na následující oblasti: podporu nekuřáctví, ozdravení výživy, zdravá města (obce a region), zdravou rodinu, zdravé školy, zdravé podniky a ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí ve vznikající soustavě zdravotního pojištění. V souladu s tímto dokumentem pak v následujících letech vznikla např. **Národní síť zdravých měst** (listopad 1993) a na ministerstvu zdravotnictví (dále „MZČR“) bylo vypsáno první výběrové řízení na projekty podpory zdraví (březen 1993; finanční podpora tehdy činila 35 milionů korun (Hamplová, 2011)), do nichž se zapojil také veřejný a občanský sektor. V roce 1992 odstartovala také iniciativa **Zdravých škol**, koordinátorem tohoto projektu bylo **Národní centrum podpory zdraví** (dále „NCPZ“), vzniklé v roce 1989 (Balcarová, 1992). Významným počinem bylo také zavedení **Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR ve vztahu k životnímu prostředí**, schválené u.v. č. 369/1991. Tento systém dodnes poskytuje informace potřebné k analýze zdravotních rizik. Výše uvedené události lze považovat za položení koncepčních základů podpory zdraví u nás.

---

*Integrated Noncommunicable Disease Intervention*), který má od roku 1983 za cíl posilovat prevenci hlavních neinfekčních onemocnění, výzkum zdraví a zdravotních potřeb populace v Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (dále „ÚSLOZ“) a programy specifické prevence – kardiovaskulární program, onkologický program a program na podporu matky a dítěte, které však svou povahou oslovily spíše pouze zdravotníky. (Kučera, 1992a, Kučera, 1992b)

V roce 1994, za vlády Václava Klause I. (2.7. 1992 – 4.7. 1996), byla na základě výše uvedené střednědobé strategie zřízena **Národní rada zdraví**, která měla sestavit a následně průběžně aktualizovat dlouhodobou strategii *Národní program zdraví*, v rámci níž měly být financovány projekty podpory zdraví. Rada byla sestavena ze zástupců státního, občanského i akademického sektoru. Z původně plánované nadresortní koordinační vládní instituce, která by se snažila ovlivňovat také distální determinanty zdraví v resortech mimo zdravotnictví, se stala poradním orgánem MZČR a měla tak mnohem menší vliv, než bylo zamýšleno. Také nebyla příliš často svolávána (IZPE, 2002). V následujícím roce (1995) byla tedy ve vládě projednána strategie *Národní program zdraví*. Za hlavní priority byly v tomto dokumentu označeny: srdeční a cévní choroby, nádorová onemocnění, úrazy, narušování přirozené obměny populace, duševní nemoci, drogové závislosti a HIV/AIDS (MZČR, 1995). V tomto období dále došlo ke zrušení ÚSLOZ (1992), Ústavu zdravotní výchovy (1995), jehož agenda přešla na Oddělení podpory zdraví SZÚ, NCPZ (1996) a politickému i veřejnému diskursu o zdraví dominovaly otázky financování a organizace zdravotnictví (Ticháček, 1994).

Vláda Miloše Zemana (22.7. 1998 – 15.7. 2002) ve svém programovém prohlášení (*Programové...*, 1998) hovoří o odlišném pojetí zdraví nežli vlády předchozí. Zdraví občanů považuje za veřejný zájem, zdroj bohatství společnosti a podmínku dobré kvality života, nikoli pouze za soukromý zájem a statek. Vláda se také v tomto dokumentu odkazuje na činnost WHO, která je hlavním nadnárodním iniciátorem aktivit v oblasti podpory zdraví a ve svém prohlášení deklaruje snahu spolupracovat s touto organizací při tvorbě a realizaci zdravotní politiky. Roli v tomto vývoji mohlo sehrát také rozhodnutí o začlenění ČR do EU (IZPE, 2002). Cíle stanovené WHO pro evropské země označila vláda za závazné, zejména větší rovnost jednotlivých skupin občanů ve zdraví, které by dle prohlášení mělo být dosaženo s využitím prevence, podpory zdravého životního stylu a podpory zdravého životního prostředí. Rovnost ve zdraví byla spojována s principem rovných příležitostí občanů. V období této vlády došlo v oblasti podpory zdraví k mnoha významným událostem. Usnesením vlády č. 810/1998 byl schválen **Akční plán zdraví a životního prostředí** (dále „NEHAP“), založený na *Evropském akčním plánu zdraví a životního prostředí*. NEHAP (WHO, 1994) se věnuje determinantám zdraví na úrovni zdravého životního prostředí a individuálního životního stylu jedinců. V návaznosti na schválení NEHAP vládou byl u.v. č. 296/1999 schválen statut **Rady vlády pro zdraví a životní prostředí** (dále „Rada vlády“), která byla zřízena jako stálý poradní orgán vlády, v němž zasedá hlavní hygienik



a zástupci ministerstev zdravotnictví, životního prostředí, zemědělství, dopravy a spojů, školství, mládeže a tělovýchovy, financí, průmyslu a obchodu, pro místní rozvoj, práce a sociálních věcí, vnitra, obrany a náměstek předsedy Státního úřadu pro jadernou bezpečnost. Za vlády Miloše Zemana dále vznikl již od revoluce dlouho projednávaný **Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví**. Poprvé od roku 1989 tak byla podpora zdraví zakotvena v legislativě. Podporu a ochranu zdraví tento zákon definoval jako *“(...) souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním“* (Zákon č. 258/2000 Sb.: § 2 odst. 2). Tímto zákonem byla podpora a ochrana zdraví dána do kompetence orgánům státní správy v ochraně veřejného zdraví (v roce 2000 jimi byly MZČR, Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra, krajské hygienické a okresní hygienické úřady). Podpora zdraví byla dále začleněna do **Koncepce oboru hygiena**, kterou v roce 2001 sestavila skupina odborníků, jmenovaná ministrem zdravotnictví a v říjnu roku 2001 ji schválila Vědecká rada MZČR. V roce 2001 byl pak založen **Institut zdravotní politiky a ekonomiky** (dále „IZPE“) pod MZČR, jako výzkumná instituce v oblasti zdravotní politiky. V souvislosti s reformou územně správního členění a ukončením činnosti okresních úřadů byl v červnu roku 2002 schválen Zákon č. 320/2002 Sb., který MZČR uložil mj. zřídit 14 **Zdravotních ústavů** *“(...) k vyšetřování a měření složek životních a pracovních podmínek výrobků, vyšetřování biologického materiálu a provádění biologických expozičních testů pro účely státního zdravotního dozoru a dále ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních a pracovních podmínek, k přípravě podkladů pro hodnocení a řízení zdravotních rizik a pro činnost orgánů ochrany veřejného zdraví jako složky integrovaného záchranného systému, k podílení se na provádění místních programů ochrany a podpory zdraví jakož i k výchově, k podpoře a ochraně veřejného zdraví a k poskytování poradenských služeb a dalších služeb a na úseku ochrany veřejného zdraví (...)*“ (Zákon č. 320/2002 Sb.: bod 50; zvýrazněno autorkou). Zdravotní ústavy vznikly de facto odštěpením veškeré nekontrolní a laboratorní činnosti od hygienických stanic (včetně pracovišť podpory zdraví a primární prevence), a dále představovaly zázemí pro hygienickou stanici – účelem bylo odstranění možného střetu zájmů při laboratorním vyšetřování pro státní organizace a privátní sektor. Dosavadní krajské a okresní hygienické stanice se sloučily v rámci jednoho kraje vždy do jedné krajské hygienické stanice (dále „KHS“). Tímto zákonem byl také znovu zřízen **SZÚ se sídlem v Praze jako příspěvková organizace MZČR** *“(...) k přípravě*

*podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, k zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkumu vztahů, životních podmínek a zdraví, k mezinárodní spolupráci, ke kontrole kvality poskytovaných služeb, k ochraně veřejného zdraví, k postgraduální výchově v lékařských oborech, k ochraně a podpoře zdraví a pro zdravotní výchovu obyvatelstva (...)*“ (Zákon č. 320/2002 Sb.: bod 50; zvýrazněno autorkou).

V období vlády Vladimíra Špidly (15.7. 2002 – 4.8. 2004) byl u.v. č. 1046/2002 schválen program **Zdraví 21** pro ČR. Tento program vznikl původně v roce 1998 na půdě WHO a v roce 1999 byla představena jeho evropská modifikace - *Zdraví 21 jako osnova evropské péče o zdraví v 21. století* (WHO, 1999). Cílem programu bylo dosažení maximální rovnosti ve zdraví jak v rámci jednotlivých států, tak mezi nimi, což by mělo dle WHO přispět k lepší stabilitě jednotlivých národních společností. Komplexní program *Zdraví 21* pro ČR (MZČR, 2002) vycházel z principu mezioborové a celospolečenské spolupráce na zlepšování zdravotního stavu populace. Program byl silně orientován na socio-ekonomické determinanty zdraví (celospolečenský kontext zdraví) a na zdraví jako takové nahlížel jako na univerzální lidské právo každého jedince. V návaznosti na přijetí národní verze programu pro ČR byl zřízen **Výbor 21** v Radě vlády. Za další významnou událost tohoto období můžeme považovat zapojení ČR do programu **Nemocnice podporující zdraví** v roce 2004, který má za cíl intenzivnější využívání principů a nástrojů podpory zdraví ve zdravotnických zařízeních.

Velmi důležitou událostí v období následující vlády Stanislava Grosse (4.8. 2004 – 25.4. 2005) bylo uskutečnění parlamentního semináře k výsledkům hodnocení infrastruktury politiky podpory zdraví v ČR experty WHO ve spolupráci s IZPE v březnu roku 2005, kde byly diskutovány bariéry uplatnění politiky podpory zdraví. Z analýzy vyplynulo, že ČR nedisponuje dostatečnou infrastrukturou<sup>12</sup> v oblasti podpory zdraví s ohledem na závazek ČR naplňovat program *Zdraví 21*. Za hlavní problémy v oblasti označil odborný tým nestabilitu existujících struktur pro podporu zdraví (která vychází především z postupného snižování financí, častých organizačních a personálních změn), preferenci medicínského paradigmatu (vedoucí jednak k zaměření opatření na jednotlivé rizikové faktory životního stylu a opomíjení širších determinant, jednak k zúžení systému podpory zdraví z hlediska kapacity lidských zdrojů, potřebných znalostí

---

<sup>12</sup> Infrastrukturou odborný tým mínil hodnotovou základnu, úroveň vedení, financování, právní úpravu, systém vědění a generace poznatků, úroveň decentralizace, občanskou společnost, kapacitu lidských zdrojů, mezioborovou spolupráci (IZPE, 2004).

a výzkumu, právního rámce a meziresortní spolupráce). Potenciál k rozvoji byl spatřován ve zdravotních plánech krajů (IZPE, 2004). Dále byl v tomto období do podpory zdraví v ČR začleněn další prvek - od roku 2005 je každoročně hlavním hygienikem ČR vyhlašována soutěž **Podnik podporující zdraví**.

Vláda Jiřího Paroubka (25.4. 2005 – 4.9. 2006) se ve svém programovém prohlášení na rozdíl od předchozích dvou vládních koalic, tvořených shodným seskupením politických stran, k hodnotě zdraví nevyjadřovala, stejně tak komplexněji nepojímala ani oblast ochrany a podpory zdraví a nezmiňovala se ani o programu *Zdraví 21*. V roce 2006 ministr Rath zrušil IZPE, resp. převedl jeho činnosti a pracovníky pod Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dále „IPVZ“). Následně zde byly personální kapacity zredukovány.

Další vláda – vláda Mirka Topolánka I (4.9. 2006 – 9.1. 2007) schválila v roce 2008 záměr slučování zdravotních ústavů. Tento proces byl však v březnu roku 2010 po protestech pracovníků ústavů a kritice ze strany poslanců zastaven ministryní zdravotnictví následující vlády Juráskovou (podrobněji viz dále). V tomto období také vláda uložila MZČR (u.v. č. 1433/ 2007) do 30.6. 2008 připravit aktualizaci *Zdraví 21* na období 2009-2018. V dopise z května 2008 (č.j.: 16686/2008) žádal ministr Julínek (již v době vlády Mirka Topolánka II (9.1. 2007 – 8.5. 2009)) o posunutí termínu do konce roku 2009, i s ohledem na přípravu a průběh Českého předsednictví EU během prvního pololetí 2009. Tomuto požadavku bylo vyhověno usnesením vlády ze dne 27. června 2008 (u.v. č. 748/2008) a termín byl posunut na 31.12. 2009, avšak nebyl splněn.

Vláda Jana Fischera (8.5. 2009 – 13.7. 2010) byla sestavena z nestraníků a hlásila se k záměru „(...) překlenout období do ustanovení politické vlády“ (*Programové...*, 2009: 1). Ve svém programovém prohlášení se podpoře zdraví nevěnovala. Ministryně Jurásková požádala v červnu 2010 o další posunutí termínu aktualizace *Zdraví 21* do 30.6. 2011 a vláda tuto žádost znovu schválila (u.v. č. 484/2010).

Po nástupu Leoše Hegera na post ministra zdravotnictví ve vládě Petra Nečase (13.7. 2010 – 10.7. 2013) byla zřízena **Resortní pracovní skupina k zajištění aktualizace dokumentu Zdraví 21** (Příkaz ministra zdravotnictví 23/2010) s účinností od 12.8. 2010 a **Meziresortní pracovní skupina k zajištění aktualizace dokumentu Zdraví 21** (Příkaz ministra zdravotnictví 22/2010) s účinností od 9.8. 2010. Za další důležitou událost v období této vlády můžeme považovat ratifikaci *Rámcové úmluvy o kontrole tabáku* (WHO, 2003). Tento dokument čekal na ratifikaci osm let od prosince roku 2004 (interpretaci této prodlevy jako výsledku soutěžení

několika konkurujících si rámců ve veřejném diskursu nabízí diplomová práce Herberové z roku 2012). Aktualizace programu *Zdraví 21* byla však dále odkládána (tentokrát tedy ministrem Leošem Hegerem), nyní s odkazem na probíhající mezinárodní diskuze o směřování zdravotní politiky na úrovni EU a WHO a plán připravit nový strategický rámec *Health 2020*. Vláda svým usnesením ze dne 23.1. 2013 č. 60 (u.v. č. 60/2013) posunula termín předložení aktualizovaného programu *Zdraví 21* na 30.6. 2013. Nakonec však k aktualizaci nedošlo, ministr Holcát požádal předsedu vlády o zrušení tohoto úkolu s tím, že vznikne analýza naplňování *Zdraví 21*, která bude dále podkladem pro přípravu nového materiálu (posléze *Zdraví 2020*), který bude vládě předložen do konce roku 2013. Vláda tuto žádost schválila (u.v. č. 607/2013) 9.8. 2013. Dále ještě za této vlády, v roce 2013, byla tedy publikována *Hodnotící zpráva plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003 – 2012*. Zpráva zmiňuje, že není jasné, s jakými výsledky je program naplňován v krajích, které jej přijaly, že implementace programu v samosprávách je bez patřičné opory v právních předpisech velmi obtížná, finanční prostředky, systém financování a personální kapacity pro podporu zdraví jsou nedostatečné (MZČR, 2014: příloha 1). Další reflexi procesu řízení implementace programu *Zdraví 21* přináší Kříž (2013), když mimo výše uvedené nedostatky řadí také nefunkčnost Výboru 21 v rámci Rady vlády, který měl fungovat jako meziresortní koordinační platforma programu *Zdraví 21* a neschopnost zapojit zdravotní pojišťovny a komerční sektor do aktivit na poli podpory zdraví. A dále, jak píše k naplňování *Zdraví 21* Kotulán (2011): „*Na rozdíl od sekundární prevence a terapie, zabezpečené finančně i institucionálně (...), není u primární prevence jasné, kdo, jak a s jakými prostředky ji má realizovat*“ (c.d.: 4). Z hlediska změn ve zdravotním stavu populace komentuje publikované výsledky Kotulán (2015) „*(...) pokud se zdravotní stav obyvatelstva v některých směrech zlepšuje, je to v rozhodující míře dáno rostoucí kvalitou diagnostické a terapeutické medicíny včetně její rostoucí finanční náročnosti (...). Bilance primární prevence je tedy po 10 letech existence programu Zdraví 21 velmi smutná, v podstatě jde o úplné selhání*“ (c.d.: 82-83).

Výše jsem popsala porevoluční vývoj v oblasti politiky podpory a primární prevence nepřenositelných onemocnění. Postupně bylo v platnosti několik koncepčních dokumentů, přibývaly jednotlivé prvky a programy, které můžeme zařadit do pomyslné infrastruktury pro realizaci podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění, legislativně byla ukotvena institucionální základna pro podporu (a ochranu) zdraví, byl rozvíjen systém monitoringu zdravotního stavu populace a vznikaly (avšak posléze byly rušeny) výzkumné instituce,

orientované na tvorbu analytických podkladů pro zdravotní politiku v této oblasti. **Na následujících několika stranách shrnu stav infrastruktury pro realizaci politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenosných onemocnění v ČR v době před schválením strategie Zdraví 2020.**

Základní stručný přehled o situaci infrastruktury v oblasti podpory zdraví v období před schválením strategie Zdraví 2020 podává Hnilicová a kol (2012). V roce 2012 konstatuje, že v ČR „*neexistuje celostátní veřejná infrastruktura, kde by se podpora zdraví mohla systematicky a celoplošně rozvíjet.*“ (c.d.: 567). Odkazuje zde zejména na předchozí rušení institucí, v jejichž rámci mohlo docházet k rozvoji této oblasti, tzn. ÚSLOZ (zrušen v roce 1992), Ústav zdravotní výchovy (zrušen v roce 1995), IZPE (zrušen v roce 2006) a postupné slučování a redukci krajských zdravotních ústavů, které původně vznikly v rámci reformy územně správního členění v ČR v roce 2002.

Prvky ochrany a podpory veřejného zdraví vymezuje Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. V příloze *Tezí koncepce hygienické služby* (dále „*Teze*“), které můžeme považovat za shrnutí stavu v roce 2012, je uvedeno, že **v resortu zdravotnictví vykonávají státní správu v ochraně veřejného zdraví MZČR a 14 krajských hygienických stanic. Tyto prvky jsou doplněny dále třemi zdravotnickými zařízeními, SZÚ, Zdravotním ústavem se sídlem v Ústí nad Labem a Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě.** (Valenta, 2012)

MZČR je (a taktéž tomu bylo i v roce 2012) ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví, jednu ze sekcí ministerstva, Sekci ochrany a podpory veřejného zdraví, řídil **Hlavní hygienik ČR**, který je zároveň náměstkem pro ochranu a podporu veřejného zdraví. Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví každoročně vyhlašovala výběrové řízení k dotačnímu programu **Národní program zdraví – projekty podpory zdraví**<sup>13</sup>. V rámci programu byly podporovány projekty cílené na specifické cílové populace, přičemž prevence chronických neinfekčních onemocnění zůstávala jednou z hlavních priorit. Finanční objem prostředků se v období 1993-2011 výrazně snižoval (z 35 milionů na pouhý 1 milion; grafy zachycující vývoj alokovaných prostředků od roku 1993 až do roku 2015 uvádím v Příloha 2). Dále, jak již bylo zmíněno výše, MZČR od roku 2004 koordinuje projekt **Nemocnice podporující**

---

<sup>13</sup> Dotační program *Národní program zdraví – projekty podpory zdraví* byl vyhlašován Sekcí hlavního hygienika MZČR, a to každoročně od roku 1993 až do roku 2019. V roce 2020 byl tento dotační titul přejmenován na „*Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče*“.

**zdraví**, který je součástí mezinárodní sítě, organizované WHO (program *Health promoting hospital*). Od roku 2008 existuje v ČR také národní síť nemocnic podporujících zdraví, přičemž je kladen důraz jak na zdravé a bezpečné pracovní prostředí v nemocnicích, tak na začleňování prvků prevence a podpory zdraví do léčebné péče. Od roku 2005 je také hlavním hygienikem ČR udělována cena v soutěži **Podnik podporující zdraví**.

**KHS** jsou dle *Tezí* z roku 2012 správními úřady a provádějí státní zdravotní dozor, organizují a řídí opatření k prevenci infekcí a při živelních pohromách, podílí se na monitorování zdravotního stavu obyvatelstva a hodnocení zdravotních rizik, mohou řídit a vyhodnocovat místní programy ochrany a podpory zdraví a spolupracují s dalšími úřady a orgány samosprávy při tvorbě regionální zdravotní politiky.

Hlavním úkolem **SZÚ** dle *Tezí* je „*příprava podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkum vztahů životních podmínek a zdraví, mezinárodní spolupráce, kontrola kvality poskytovaných služeb v ochraně veřejného zdraví, postgraduální výchova v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví, zdravotní výchova obyvatelstva a další činnosti v ochraně a podpoře veřejného zdraví uvedené zákonem č. 258/2000 Sb. jako úkoly zdravotních ústavů. Státní zdravotní ústav se dále může věnovat vědecké a výzkumné činnosti v ochraně a podpoře zdraví*“ (Valenta, 2012: příloha č. 10, 35- 36). SZÚ koordinuje a garantuje program **Škola podporující zdraví** (dále „ŠPZ“), který je součástí evropské sítě *Schools for Health in Europe*.

Hlavními úkoly **zdravotních ústavů** (v roce 2012 už pouze v Ústí nad Labem a v Ostravě, avšak s detašovanými pracovišti ve všech krajích) jsou „*vyšetřování a měření složek životních a pracovních podmínek, výrobků, vyšetřování biologického materiálu a provádění biologických expozičních testů pro účely výkonu státního zdravotního dozoru a sledování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, monitorování vztahů zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních a pracovních podmínek, příprava podkladů pro hodnocení a řízení zdravotních rizik a pro činnost orgánu ochrany veřejného zdraví jako složky integrovaného záchranného systému.*“ (Valenta, 2012: příloha č. 10, 36)

Dalším významným prvkem systému podpory zdraví u nás je dlouhodobě **Národní síť Zdravých měst**. Členové sítě sdílí zkušenosti a příklady dobré praxe v oblasti podpory zdraví v obcích a regionech, metody vyhodnocování kvality života a zdraví obyvatel a plánování zdraví

podporujících strategií, projektů a opatření (zejména prostřednictvím konferencí a setkání a portálu <https://www.zdravamesta.cz/>). Síť je součástí mezinárodního programu WHO *Healthy Cities*.

Vzhledem k tomu, že zdraví každého z nás je ovlivňováno celou řadou faktorů mimo kontrolu orgánů ochrany veřejného zdraví, rozvinul se u nás, tak jako v dalších státech, **system hodnocení vlivů na zdraví** (*Health impact assessment*, dále jen „HIA“), tedy systém identifikace činností v rámci politik, programů nebo projektů, které by mohly mít negativní dopad na zdravotní stav obyvatel. HIA se v ČR prolíná s hodnocením vlivů na životní prostředí, posuzování vlivů na zdraví je ukotveno v Zákoně č.100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí. Specifické hodnocení vlivů koncepcí a různých rozvojových dokumentů na zdraví mohou do svých rozhodovacích procesů zavést také kraje, jako první v roce 2006 zavedl HIA do tvorby regionálních koncepcí a strategií Liberecký kraj (Mařincová a kol., 2016).

Dalším prvkem pomyslného systému podpory zdraví jsou **praktičtí lékaři**. Podpora zdraví, jakožto předcházení vzniku nemocí a posilování zdraví, v práci praktických lékařů konceptuálně zakotvena nebyla, praktičtí lékaři mohou vykonávat prevenci zaměřenou na záchyt již existujících onemocnění u různých rizikových skupin, tedy screening a preventivní prohlídky (Hnilicová a kol. 2012).

Do období před schválením strategie *Zdraví 2020* spadají také **snahy o restrukturalizaci hygienické služby, SZÚ a zdravotních ústavů**. Zejména šlo o snahu o slučování 14 zdravotních ústavů do sedmi (v roce 2007) a následně do dvou (v roce 2011) a o reorganizaci SZÚ. Tyto postupy byly v komunitě odborných pracovníků v hygienické službě a podpoře zdraví vnímány jako vážný pokus o destabilizaci činností a vzbuzovaly obavy, zda nejde o snahu zprivatizovat zejména laboratorní činnost zdravotních ústavů, což by mohlo vést ke zvýšení nákladů krajů a KHS na nakupování služeb, které zajišťují zdravotní ústavy, od soukromých subjektů (Kříž, 2010). V roce 2007 započalo MZČR s procesem zefektivnění hospodaření přímo řízených organizací (možná v souvislosti s tehdy panující hospodářskou krizí). Dle informací ve výše citovaném dokumentu (Kříž, 2010), který je publikován na webových stránkách Společnosti hygieny a komunitní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále „ČLS JEP“), MZČR oznámilo krajským zdravotním ústavům, že od 1.1. 2008 nebudou dostávat žádný státní příspěvek, ale budou si muset na svoji činnost vydělat, což vedlo k převedení přibližně stovky pracovníků, kteří pracovali na nevýdělečných činnostech (do kterých se počítá také podpora zdraví) do SZÚ, který však posléze na tyto pracovníky nedostal ze strany MZČR žádný příspěvek

a musel tedy více než polovinu těchto pracovníků propustit. Dále, dle Kříže docházelo v SZÚ po výměně ředitele v druhé polovině roku k organizačním změnám, kdy pracovníci oborových center byli rozděleni do dvou center – Centra odborných činností v ochraně a podpoře zdraví a Centra laboratorních činností v ochraně a podpoře veřejného zdraví. Do tohoto druhého centra měly být převedeny činnosti a služby, které je možné poskytovat na komerčním základě, a posléze mělo být toto centrum transformováno (pravděpodobně společně s regionálními zdravotními ústavy) v akciovou společnost. (tamtéž) Nakonec ke sloučení zdravotních ústavů z původních 14 pracovišť do dvou v Ústí nad Labem a Ostravě došlo k 1.6. 2012 na základě novely Zákona o ochraně veřejného zdraví č. 115/2012 Sb., avšak zůstaly součástí veřejné správy. **Snahy o restrukturalizaci této oblasti v období 2007-2012 by si zasloužily podrobenější veřejně politickou analýzu.**

Konkrétnější informace o vývoji kapacit v SZÚ, na KHS a zdravotních ústavech v období před schválením strategie *Zdraví 2020* je možné dohledat v příloze č. 8 *Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví* (dále „*Koncepce hygienické služby*“), přijaté MZČR v březnu roku 2013 (MZČR, 2013a). V období od roku 2002 do roku 2011 trvale klesalo personální zajištění činností těchto institucí: „*Počet pracovníků krajských hygienických stanic, tj. orgánů ochrany veřejného zdraví, klesl v tomto období z původních 3 083 pracovníků na 2 095, tj. prakticky o 1/3. K ještě výraznějšímu poklesu došlo na zdravotních ústavech – na Státním zdravotním ústavu o 37 % a zdravotních ústavech pak o 56 %. V celkovém počtu došlo v systému OPVZ (ochrany a podpory veřejného zdraví, pozn. autorky), kterému je státem svěřena ochrana a podpora veřejného zdraví, k poklesu personálního zajištění o 43 %.*” (MZČR, 2013a: Příloha č. 8: s. 27-28). Zároveň dochází k postupnému stárnutí pracovníků hygienické služby, což je připisováno mj. významnému rozdílu v průměrných platech lékařů v hygienické službě a v nemocnicích. Dále, mezi léty 2003-2012 také došlo k poklesu počtu pracovníků na úseku hlavního hygienika na MZČR o 40 %, z původních 80 na 49. Oslabení kapacit je možné sledovat i prostřednictvím analýzy financování systému. Trend v této oblasti nekopíruje zvyšující se výdaje na zdravotnictví jako celek: **“Výdaje na ochranu a podporu veřejného zdraví klesly v období mezi lety 2002 až 2012, jako jediné v celém sektoru zdravotnictví, na 58 %, tj. o plných 42 %. Výdaje na činnost orgánu ochrany veřejného zdraví (tj. pro krajské hygienické stanice) klesly během uvedeného období o 24 %, příspěvek pro Státní zdravotní ústav o 37 % a pro zdravotní ústavy dokonce**



o 99 %. Naproti tomu celkové výdaje na zdravotnictví narostly v tomto období o více než 2/3 (o 67 %), výdaje na zdravotnictví z veřejných prostředků pak vzrostly o 56%.“(c.d.: 29-30).

V této situaci a v návaznosti na vyhodnocení programu *Zdraví 21* byly pak v dalších letech postupně vytvořeny dva strategické dokumenty, komplexně zaměřené na systém péče o zdraví a obsahující popis směřování v oblasti podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění. V lednu roku 2014, za vlády Jiřího Rusnoka, vydalo MZČR strategický dokument s názvem *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* (dále „strategie *Zdraví 2020*“), v jehož rámci v roce 2015 vzniklo 13 podrobných akčních plánů (dále „AP“). Závěrečná zpráva, která by vyhodnocovala naplňování tohoto dokumentu, však dle veřejně dostupných informací neexistuje. Ke konci platnosti tohoto dokumentu byly započaty práce na navazujícím strategickém dokumentu a v listopadu roku 2019 byl schválen vládou (u.v. č. 817/2019) *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice*, tzv. strategie *Zdraví 2030*<sup>14</sup>. První zpráva o jejím naplňování má být předložena vládě do 30. června 2023.

Výše uvedené veřejně dostupné informace naznačují, že v ČR se dlouhodobě příliš nedaří na národní úrovni systematicky realizovat politiku podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění, konkrétně pak realizovat opatření formulovaná ve strategických dokumentech na národní úrovni, přičemž práce, která by se zaměřovala na veřejně politický proces jako klíčový faktor realizace dané politiky, zde chybí. Ve své disertační práci si tedy kladu za cíl **do hloubky porozumět rozhodovacím procesům, které vedly k přijetí strategie Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů, a které dále posouvaly opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná ve strategii a navazujících akčních plánech, směrem k implementaci.**

## **1.2 Rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2020 jako předmět disertace a s tím související omezení**

Účelem této podkapitoly je vyjasnit vymezení předmětu disertační práce - tím je rozhodování o přijetí a implementaci strategie *Zdraví 2020* a vybraných navazujících AP a vybraných opatření a diskutovat s tím související omezení.

---

<sup>14</sup> Rámec byl následně přepracován s ohledem na probíhající pandemii covidu-19 a v červenci 2020 vláda schválila jeho pozměněnou verzi (u.v. č. 743/2020). Implementační dokumenty ke Strategii Zdraví 2030 byly nakonec schváleny 11.1. 2021 (u.v. č. 27/2021), přičemž jeden z implementačních plánů (č. 1.2) se týká také prevence nemocí, podpory a ochrany zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti (podrobněji jeho obsah zachycuje Příloha 7).

**Disertační práce se věnuje případu jednoho národního strategického materiálu (resp. souboru dokumentů – 1. národní strategii Zdraví 2020 a 2. některým z navazujících AP – těm, které obsahují opatření podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění). To znamená, že zjištění se budou týkat primárně pouze veřejně politických procesů, které se vážou k této jedné strategii (i přes existenci dalších národních strategických dokumentů, zaměřených na různé oblasti/specifické rizikové faktory). Komplexní strategie *Zdraví 2020* a navazující AP však velmi dobře strukturují oblast podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění (jako celek), která je u nás dlouhodobě značně roztržena a není silněji ukotvena např. v legislativě apod. Ve prospěch takového vymezení předmětu práce hovoří také fakt, že veřejně politické procesy, které se vážou ke strategii *Zdraví 2020* byly již ukončeny (došlo ke schválení dalšího národního strategického dokumentu, tzv. strategie *Zdraví 2030*) a je tedy možné celý proces její tvorby a realizace reflektovat.**

**Dále musím zmínit, že v disertační práci významněji nepostihují rovinu regionální politiky podpory zdraví a prevence nemocí, ačkoliv zde může docházet a dochází k významné aktivitě.**

**Disertace se zaměřuje primárně na rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2020, to znamená, že nebudu hodnotit vhodnost stanovených opatření z hlediska jejich souladu s dostupnou evidencí o efektivních způsobech řešení problému nepříznivého vývoje v oblasti rizikových faktorů nepřenositelných onemocnění (to je spíše otázka pro obor veřejného zdravotnictví). Předpokládám tedy, že tento soulad je v zásadě garantován povahou procesu tvorby strategie, do kterého se zapojily relevantní čeští odborníci z oblasti veřejného zdravotnictví, a dále napojením české strategie na evropský rámec *Health 2020*, vydaný WHO, který považuji za v tomto smyslu autoritativní.**

**Nakonec, součástí disertace není podrobná analýza a vyhodnocení implementace (ať již procesu, nebo výsledků). Takové vyhodnocení by vzhledem k rozsahu strategie bylo mnohem obsáhlejší. V empirické části práce (konkrétně v podkapitole 5.4) však stručně odpovídám na otázku vývoje relevantních ukazatelů zdravotního stavu populace mezi lety 2010-2020 (tedy cca v období platnosti strategie).**

### **1.3 Zasazení předmětu disertační práce do širšího rámce veřejně politického procesu**

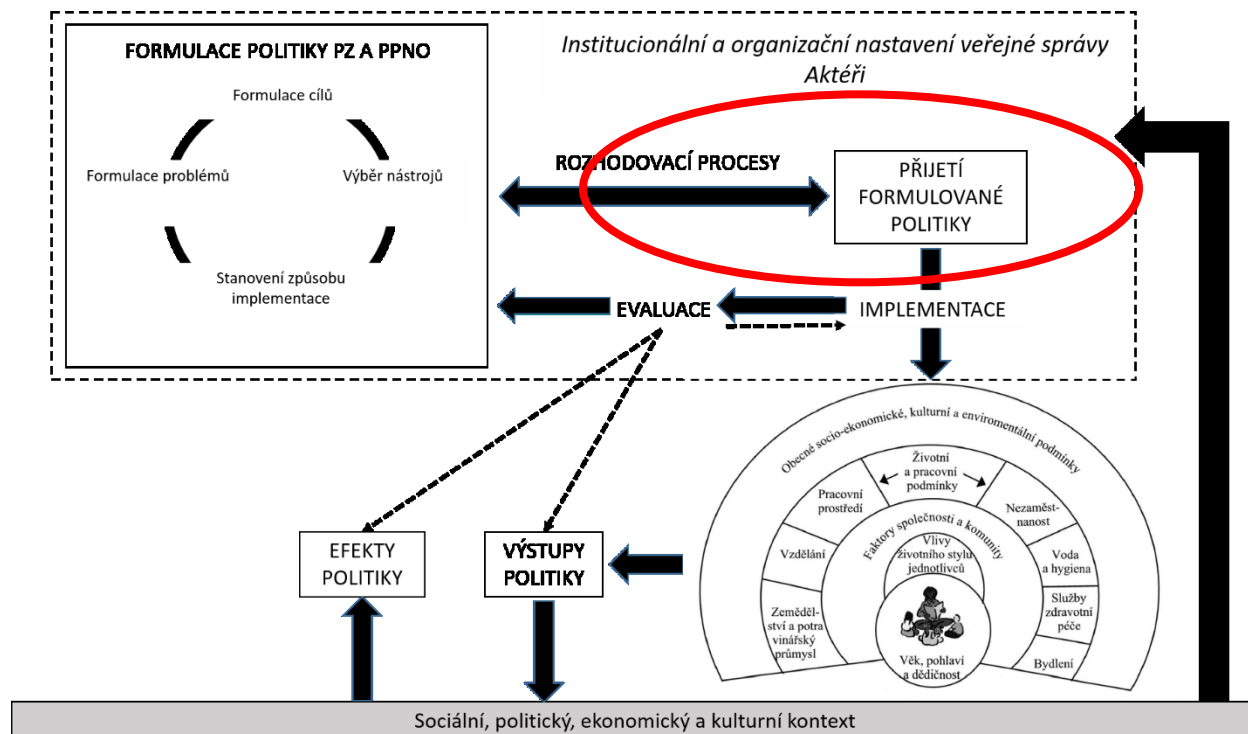
Vezmeme-li si, ve snaze naplnit cíl práce, na pomoc analytický rámec veřejně politického cyklu<sup>15</sup> (který poprvé ve své knize *The decision proces: Seven categories of functional analysis* formuloval Harold Lasswell (1956) a dále byl modifikován v četných publikacích (např. Brewer, 1974), můžeme strategii *Zdraví 2020* včetně navazujících AP (schválených prostřednictvím usnesení vlády) chápat jako výsledek fáze přijetí politiky, která se odehrává v širším kontextu veřejně politického cyklu. Ve strategii a posléze také v AP skupiny odborníků identifikovaly hlavní (sociální, resp. v tomto případě zdravotní) problémy české společnosti a formulovali z jejich pohledu návrh vhodných veřejně politických opatření. Základní kroky, které v optice veřejně politického cyklu vedou od formulace politiky až k jejím efektům, znázorňuje níže uvedený konceptuální rámec (viz Obrázek 2), v němž je vyznačen předmět disertační práce.

Předložený rámec nemá ambici být přesným popisem výzkumného problému, spíše slouží k organizaci přemýšlení o něm (není tedy rigidní, je možné ho v průběhu zkoumání měnit) a k počátečnímu vymezení předmětu vlastního empirického výzkumu. Jak je známo, myšlenka veřejně politického cyklu jako na sebe navazujících fází je považována spíše za idealizovaný obrázek tvorby a realizace veřejné politiky, který má pramálo společného s pozorovanou komplexní realitou. Může být však nápomocen při vymezení předmětu studia. Při konstrukci konceptuálního rámce byly brány v potaz principy relevance a užitečnosti, komplexnosti, úspornosti a dynamičnosti, tak jak je shrnuje Veselý (2011).

---

<sup>15</sup> Výhodou tohoto rámce je možnost rozebrat komplexní procesy na jednotlivé fáze, které mohou být studovány samostatně nebo ve vztahu k ostatním fázím - prvkům tohoto rámce. Jeho nevýhodou je fakt, že vytváří dojem, že veřejně politický proces má jasnou lineární (případně cyklickou) povahu, kdy fáze následují jedna za druhou, přičemž víme, že v realitě se mohou jednotlivé fáze (resp. s nimi související činnosti) překrývat, nebo být zcela přeskočeny.

Obrázek 2 Zasazení předmětu disertační práce do konceptuálního rámce veřejně politického cyklu



Zdroj: autorka, schéma determinant zdraví převzato z Dahlgren & Whitehead, 1991

Hlavní předmět výzkumu, tedy rozhodovací procesy o přijetí politiky, je zasazen do širšího kontextu procesu tvorby a realizace veřejné politiky. Tento proces rozhodně není lineární, různé aktivity mohou probíhat paralelně, mohou zde existovat zpětné vazby apod. Níže představím základní prvky a vazby konceptuálního rámce.

*Formulace politiky podpory zdraví a primární prevence nemocí* – v této fázi dochází k **formulaci problému** (tedy „nepřijatelného rozporu (gap) mezi normativním ideálem či aspirací na jedné straně a současnými nebo budoucími podmínkami na straně druhé“ (Hoppe, 2002: 308), **stanovení cílů**, **výběru nástrojů** (včetně nástrojů evaluace; obecně k typologii nástrojů ve veřejné politice viz Birkland, 2015); v tomto případě jde o různé typy nástrojů primární prevence a podpory zdraví zaměřené na různou úroveň determinant zdraví (Dahlgren & Whitehead, 1991) a stanovení způsobu implementace, tedy **institucionálního nastavení**, potřebného k zajištění realizace opatření pomocí stanovených nástrojů. Aktivní roli zde sehrávají aktéři soukromého, veřejného a občanského sektoru.

*Přijetí formulované politiky* – přijetím je v konceptuálním rámci míněno přijetí rozhodnutí, které nějakým způsobem zavazuje k faktické realizaci stanovených opatření. Může jít o přijetí legislativy (např. tzv. „protikuřáckého zákona“), exekutivního, nebo soudního rozhodnutí. Mezi formulací a přijetím se odehrávají *rozhodovací procesy*, které mohou být více či méně racionální.

*Implementace* – realizace opatření, která byla přijata, přičemž, jak je naznačeno v konceptuálním rámci, v oblasti podpory zdraví a primární prevence nepřenosných onemocnění jsou opatření orientována nejen na změnu znalostí, postojů a chování jedinců, ale také na změny v **širších determinantách zdraví** (Dahlgren & Whitehead, 1991).

*Evaluace* – evaluace v tomto konceptuálním rámci je chápána jako realizace hodnocení, jehož zaměření je vymezeno v procesu formulace veřejné politiky. V rámci této činnosti je možné hodnotit proces implementace politiky (tzv. evaluace procesu), výstupy (např. počet realizovaných intervencí) a výsledky (účinky politiky), případně vztah výstupů či výsledků k počátečním vstupům (viz. „Úplný obecný rámec pro monitoring a evaluaci politik“ (Veselý & Nekola, 2007: 345). Možnosti zaměření evaluace jsou v konceptuálním rámci znázorněny pomocí přerušovaných šipek.

Výše uvedený proces tvorby a realizace politiky a jeho prvky, jednání konkrétních aktérů, je možné nejlépe sledovat prostřednictvím zúčastněného pozorování. Dále je ale možné zkoumat *výstupy* jednání aktérů (nutno odlišit od „výstupů politiky“ - viz dále), kterými mohou být různé typy veřejně politických dokumentů (Veselý & Nekola, 2007).

Konkrétní podoba procesů formulace, rozhodovacích procesů, přijetí, evaluace, a implementace je ovlivňována jejich **institucionálním nastavením**, tedy nastavením pravidel v dané oblasti (vyznačeno na obrázku přerušovanou čarou) – institucionální nastavení může např. vymezovat, kdo se může podílet na formulaci politiky, kdo může rozhodovat o přijetí navržené politiky apod. Je dobré mít na zřeteli, že tato pravidla mohou, ale nemusí být formálně ukotvena – např. přístup do procesu formulace politiky mohou mít někteří aktéři i na základě neformálního zvyku. Jak píše Scharpf (1997), instituce představují: “(...) *systém pravidel, která strukturují způsob jednání, který si skupina aktérů může vybrat (...). (...) nejde pouze o formální zákonnou úpravu, jejíž porušení může být sankcionováno soudním systémem a státní mašinerií, ale také společenské normy, které aktéři obecně respektují a jejichž porušení je sankcionováno ztrátou reputace, společenským odsouzením, odmítnutím spolupráce a odměny, nebo až ostrakizací*” (Scharpf, 1997).

Dopad působení implementované politiky na společnost, případně na konkrétní cílovou skupinu, lze z analytického hlediska rozdělit na dvě kategorie – výstupy a efekty politiky. *Výstupy politiky* rozumíme **bezprostřední změny** po realizaci opatření – např. bezprostřední změna znalostí, postojů, případně i chování dětí po edukační intervenci, snížení množství škodlivých látek v ovzduší v určité oblasti při zavedení šetrnějších způsobů vytápění nebo v návaznosti na odklonění dopravy mimo danou oblast, změna pracovních podmínek na pracovišti, faktické ukončení prodeje nekvalitních potravin ve školách a jejich nahrazení vhodnější nabídkou apod. *Efekty politiky* pak vznikají v **interakci výstupů s širším sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním kontextem**. Výstupem politiky zákazu kouření v restauracích může být skutečně ukončení kouření v restauracích (změna chování hostů), v kombinaci s širším kontextem ale pak může být efektem takového opatření jednak snížení počtu příležitostných kuřáků, zlepšení či nezhoršení zdravotního stavu obsluhy v restauracích, jednak ale také rušení nočního klidu v důsledku hromadění kuřáků před restauračními zařízeními.

Výše jsem již zmínila *sociální, politický, ekonomický a kulturní kontext*. Tento širší kontext může ovlivňovat jak proces tvorby a realizace politiky, tak její konečné efekty. Není možné vyjmenovat všechny možné vlivy širšího kontextu, můžeme si pouze uvést několik příkladů - např. příchod a politicko-filosofické zaměření nové vlády, působení ostatních veřejných politik, např. snížení DPH na pivo, globalizace trhu s potravinami, technologický rozvoj a s ním spojené nové formy rizik např. pro duševní zdraví, hodnotová orientace společnosti a ochota participovat na procesu tvorby politiky apod.

Teoretické poznatky o povaze rozhodovacích procesů, které se vážou na přijetí veřejné politiky uvedu v následující kapitole.

## 2 Teoretická východiska

Cílem disertační práce je do hloubky porozumět rozhodovacím procesům, které vedly k přijetí strategie Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů, a které dále posouvaly opatření primární prevence nepřenosných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná ve strategii a navazujících akčních plánech, směrem k implementaci.

V následujících podkapitolách se proto budu postupně věnovat těmto otázkám:

- Co víme o povaze rozhodování ve veřejné politice a konkrétně pak o rozhodování ve fázi přijetí (*adoption*) politiky?
- Co a jak může ovlivňovat výsledek rozhodování ve fázi přijetí politiky?
- Co může podmiňovat úspěšnou implementaci veřejně politického opatření již ve fázi rozhodování o přijetí politiky?
- Jak budou teoretické poznatky využity k naplnění cíle disertační práce?

### 2.1 Co víme o povaze rozhodování ve veřejné politice a konkrétně pak ve fázi přijetí (*adoption*) politiky?

#### 2.1.1 Definice fáze přijímání veřejné politiky

Jak píše Howlett a kol. (2020: 176), během celého procesu tvorby a realizace veřejné politiky (tak jak je na něj nahlíženo optikou fázového modelu (viz např. Brewer & de Leon, 1983, Colebatch, 2005) dochází k rozhodování aktérů, ať už jde o rozhodování o tom, kdo bude zapojen do diskuse o veřejných problémech, jak definovat konkrétní sociální problém, jak jej řešit, jak zjišťovat, zda zvolené opatření funguje atd. Mluvíme-li však o teoriích zachycujících rozhodování ve veřejné politice, jde zejména o **poznatky o povaze rozhodování ve fázi přijetí (*adoption*) určité veřejné politiky**, tedy rozhodování o výběru řešení (*policy choice*) formulovaného problému z dostupných možných řešení. Zůstaneme-li ve fázovém pojetí procesu tvorby a realizace veřejné politiky, pak „*Fáze přijímání veřejné politiky (*adoption*) začíná formulací návrhu určité politiky a končí jejím přijetím, například ve formě zákona, regulace, rozhodnutí či strategického plánu*“ (Weimer & Vinning, 2005: 261 In Veselý & Nekola, 2007: 313). Daná politika je dle této definice přijata, je-li zhmotněna ve formě určitého schváleného dokumentu. Mohli bychom tedy říct, že strategie Zdraví 2020 a navazující akční plány byly přijaty, neboť návrhy těchto dokumentů byly schváleny vládou (u.v. č. 23/2014, resp. 671/2015). Výše uvedená definice nám však neodpovídá na otázku, co „*přijetí*“ znamená, resp. jakým způsobem se vztahuje

k další fázi veřejně politického cyklu, tedy k implementaci politiky<sup>16</sup>. Určitého zpřesnění můžeme dosáhnout, když se podíváme na otázku, o čem se rozhoduje ve fázi přijetí veřejné politiky (viz další část).

### 2.1.2 O čem se rozhoduje ve fázi přijímání veřejné politiky?

Dle Potůčka (2016: 103) a podobně také Birklanda (2015: 231) se ve fázi přijetí veřejné politiky obvykle rozhoduje o designu politiky, tj. o:

- zdůvodnění potřebnosti dané politiky a vymezení problému;
- cíli (cílech), kterého (kterých) se má dosáhnout (vyřešení problému, jeho zmírnění, zamezení zhoršení);
- kauzálním modelu změny (odpovídáme na otázku, co problémem způsobuje a jak víme, že dané opatření povede ke stanovenému cíli; takový model může být uveden explicitně, nebo přítomen implicitně).
- vymezení dotčené populace;
- odpovědnosti za realizaci: kdo, co, kdy, jak, s jakými zdroji a omezeními;
- struktuře implementace (výběru nástrojů (jejich typů – donucení/pobídky/přesvědčování/informování/zlepšování schopností) a způsobů, jakými bude zajištěn proces realizace).

Již ve fázi přijetí veřejné politiky se tedy rozhoduje také o zajištění budoucí realizace. Také strategie *Zdraví 2020* a navazující AP zachycují design politiky a pokrývají všechny výše uvedené prvky.

### 2.1.3 Výsledek rozhodování – pozitivní a negativní rozhodnutí nebo nečinnost

Ať již se rozhoduje o čemkoliv, **výsledek rozhodování** spadá do jedné ze tří kategorií – **pozitivního rozhodnutí, negativního rozhodnutí a nečinnosti (neboli „nerozhodnutí“)**. Důsledkem tradičního pozitivního rozhodnutí je přijetí opatření, a tedy změna statu quo. Naopak udržení statu quo můžeme chápat jako důsledek jiných typů rozhodnutí – jednak vědomého negativního rozhodnutí (zamítnutí opatření), nebo tzv. nerozhodnutí již ve fázi nastolování agendy

---

<sup>16</sup> Uvedená definice je v podstatě tautologií, kdy fáze přijímání veřejné politiky končí „přijetím“, aniž by dále bylo specifikováno, co si lze (kromě schválení fyzického dokumentu nebo učinění rozhodnutí) pod „přijetím“ představit.



(některé formulace problému či řešení pro rozhodovatele tzv. „nepřipadají v úvahu“). Výše zmíněná negativní rozhodnutí (zamítnutí) nejsou v literatuře příliš prozkoumána. Howlett (2020) však upozorňuje na význam těchto typů rozhodnutí ve vztahu k veřejně politickému cyklu. Negativní rozhodnutí „(...) jsou případy ustrnulého (arrested) veřejně politického cyklu, ve kterých se plány či možnosti dostanou do fáze výběru variant, ale poté se jim nepodaří se dále posunout k praktické implementaci. (...) Když je přijato negativní rozhodnutí, politická vyjednávání ustávají, alespoň na nějaký čas“ (Howlett a kol., 2020: 187, vlastní překlad). A jak píše také Birkland: „(...) veřejná politika je stejně tak o tom, co se vláda rozhodne neudělat, jako o tom, co vláda skutečně dělá.“ (2010: 253).

#### **2.1.4 Procesní povaha rozhodování ve fázi přijetí politiky a myšlenka postupného přirůstání rozhodnutí**

Uvažujeme-li o přijetí politiky jako o jedné z fází veřejně politického procesu, je snadno možné nabýt dojmu, že tato fáze končí nějakým definitivním rozhodnutím, které dále posouvá politiku/opatření k implementaci. **Povaha rozhodování o přijetí politiky (a následné implementaci) je však velmi komplexní.** Jak píše Howlett (2007): „(...) tvůrci veřejné politiky často čelí situacím, ve kterých jsou rozhodnutí přijímána v rámci komplexních administrativních a legislativních podmínek, zahrnujících vícero aktérů, a často také vícero institucionálních úrovní, buď vnitřních (např. rozhodování na úrovni ministerstev, ale také na meziresortní úrovni, pozn. autorky) nebo mezinárodních, případně oboje. V takových situacích, jak prvně poznamenala Carole Weiss, spolu interaguje vícero aktérů v různých „arénách“ a rozhodování se typicky odehrává v několika „kolech“ či fázích, ve kterých každé jedno individuální rozhodnutí přispívá ke konečnému výsledku (Weiss, 1980) Tyto komplexní podmínky do rozhodování přidávají velkou dávku nejistoty a ovlivňují povahu a typ výstupů, které z takového procesu vycházejí.“ (Howlett, 2007: 659, přeloženo autorkou). Howlett zde odkazuje na práci Carole Weiss, která si dále všímá faktu, že (zejména uvnitř komplexních organizací) si rozhodovatelé (příčemž za rozhodovatele autorka považuje také např. řadové úředníky, kteří nemusejí mít pojem o širším kontextu své práce) a nemusí si vždy být vědomi významu svého konkrétního kroku (rozhodnutí) pro další vývoj určité veřejné politiky (Weiss, 1980).

Poznatek o postupném přirůstání rozhodnutí je pro moji disertaci zásadní, jelikož rozhodování o přijetí strategií *Zdraví 2020*, akčních plánů a potažmo i konkrétních opatření v rámci akčních plánů se odehrávalo v mnoha krocích a na různých úrovních. V mnou studovaném

případě lze identifikovat minimálně dvě (spíše tři a více) fáze takovýchto rozhodovacích procesů – rozhodovací procesy, které se vážou na 1. přijetí *Zdraví 2020*, 2. přijetí jednotlivých AP. **Ve snaze skutečně realizovat opatření vymezená v akčních plánech se zpravidla rozbíhaly další etapy rozhodovacích procesů** (např. je-li opatření realizováno prostřednictvím úpravy legislativy, projektu v rámci dotačního programu atd.).

**Přijetí určité veřejné politiky (*policy*) je tedy výsledkem rozhodovacích procesů (neboli procesu postupného přirůstání rozhodnutí)**, přičemž v praxi se tyto procesy odehrávají v konkrétním společenském a situačním kontextu, v situaci určité dostupné úrovně poznání dané problematiky, v kontextu pravidel pravomocí, kompetencí a jednání, za konkrétního složení aktérů, mezi nimiž dochází ke střetu hodnot a jež spolu vyjednávají různými způsoby. Povaha rozhodování se dále může lišit dle výběru a způsobů uplatnění nástrojů (Potůček, 2016: 102). V následujících dvou podkapitolách se zaměřím na dva významné prvky rozhodovacích procesů – pravidla (struktury) a aktéry.

### **2.1.5 Pravidla a struktury omezující rozhodovací procesy ve fázi přijímání politiky**

**Manévrovací prostor pro rozhodování aktérů je mj. vymezen pravidly a strukturami, které omezují výkon politických a administrativních funkcí** (Howlett a kol., 2020: 189). Tyto struktury mohou být odrazem jednak formalizovaných institucí, tedy ústavně právního systému a organizačních struktur, jednak neformalizovaných institucí (zvyklostí, očekávání, etických a sociálních norem) (Potůček, 2016: 59-60). Dle Allison a Halperin (1972 In Howlett a kol., 2020: 190), se pravidla vymezující manévrovací prostor pro rozhodování mohou zformovat do ustálené praxe a tzv. akčních kanálů, tedy standardních procedur rozhodování. To vede k tomu, že rozhodování má často repetitivní a rutinní charakter. Struktury rozhodování mohou tedy být částečně utvářeny formalizovanými pravidly, částečně však mohou být produktem dřívějšího vývoje a neformálních pravidel.

### **2.1.6 Aktéři rozhodovacích procesů ve fázi přijímání veřejné politiky**

**Sestava aktérů**, podílejících se na rozhodování o přijetí konkrétní veřejné politiky se zpravidla liší od té, která se zapojovala do fáze formulace problému (nastolování agendy) a řešení. V této fázi se povětšinou zapojuje užší spektrum aktérů (výjimkou může být např. referendum), primárně

ti, kdo disponují rozhodovací pravomocí v této věci (Howlett a kol., 2020: 11; podobně také Potůček, 2016: 102).

Hlavními aktéry, podílejícími se na rozhodování (v systému založeném na demokratických principech) jsou dle Potůčka (2016: 104) **politici, úředníci a odborníci**. Ostatní aktéři, jichž se může rozhodnutí dotýkat, se mohou snažit působit na hlavní aktéry ve smyslu přesvědčování, lobbvání, ale také podplácení apod. Pokud se zamyslíme nad aplikací tohoto hrubého dělení na zkoumaný předmět, narazíme na souběh rolí u některých z aktérů (např. pozice hlavního hygienika v sobě zahrnuje jak roli odborníka, tak úředníka).

Tak jako můžeme hovořit o formalizovaných a neformalizovaných institucích, tak můžeme hovořit o **formalizovaných** (odvozujících svoje zapojení do rozhodování od formálních pravidel) **a neformalizovaných aktérech rozhodování** (Potůček, 2016: 56). Tento přehled nám může sloužit k evidenci aktérů a uvědomění, že mohou existovat také aktéři, mající vliv (ale nikoliv hlas) v důsledku existence neformálních institucí (viz Tabulku 1).

Tabulka 1 Formalizovaní a neformalizovaní aktéři a instituce ve veřejné politice

| Míra formalizace       | Aktéři  |   | Instituce   |
|------------------------|---|---|---|
|                        | Jednotlivci   | Kolektivní subjekty   |   |
| <b>Formalizovaní</b>   | Politických vůdci<br><br>Analytici veřejné politiky<br><i>(policy analysts)</i> | Politické strany<br>Stát, orgány veřejné správy<br>Firmy<br>Organizace občanského sektoru<br>Poradenská centra<br>Média     | Ústavně právní systém<br>Organizační struktury (např. územně správní členění státu, tripartita) |
| <b>Neformalizovaní</b> | Názoroví vůdci<br><br>Politických aktivit<br><i>(policy entrepreneurs)</i>      | Zájmové skupiny<br>Názorové komunity<br><i>(epistemic communities)</i><br>Politické komunity<br><i>(policy communities)</i> | Etické normy, sociální normy, očekávání   |

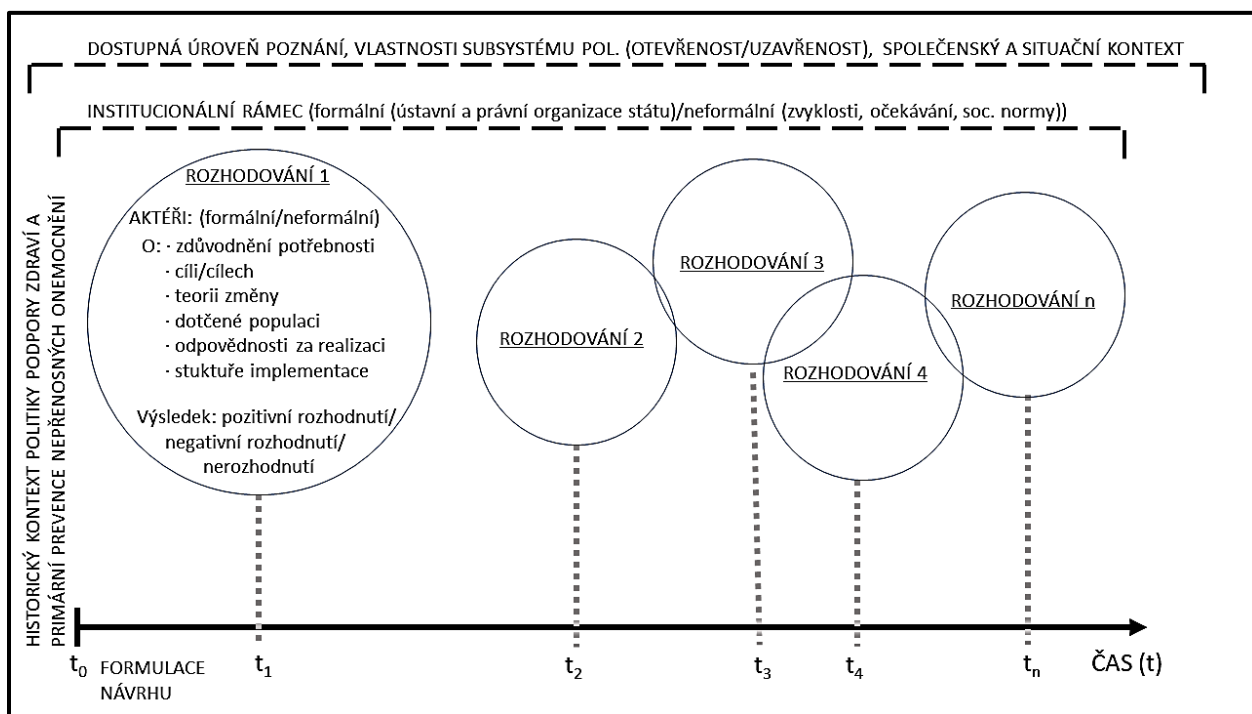
Zdroj: Potůček, 2016: 56

Veselý a Nekola (2007) ještě dále podrobněji uvádějí výčet aktérů, jichž se rozhodovací proces může dotýkat nepřímo: 1. koncoví příjemci (*end beneficiaries*) – čelící negativním sociálním podmínkám, které se mají zlepšit, 2. cílové skupiny (*target groups*) – lidi a organizace,

jejichž jednání nebo situace se má změnit, aby se vyřešil problém koncových příjemců a 3. třetí strany (*third party groups*) – aktéři, kteří jsou danou veřejnou politikou nepřímo ovlivněni, ať už negativně, nebo pozitivně. Ti všichni mohou nepřímo ovlivňovat rozhodování o přijetí určité veřejné politiky.

Tato kapitola se snažila zachytit prvky, které je potřeba vzít do úvahy při analýze rozhodovacích procesů ve fázi přijetí politiky, analyticky bychom tedy mohly rozhodovací proces vedoucí k přijetí politiky znázornit např. tak jak je tomu na následujícím obrázku (Obrázek 3).

Obrázek 3 Analytický rámec pro studium rozhodování o přijetí veřejné politiky



Zdroj: autorka

Výše uvedené poznatky však nenabízí teorii ve smyslu mechanismů, pomocí nichž bychom mohli vysvětlit či interpretovat studovaný proces postupného přirůstání rozhodnutí. V další kapitole se proto zaměřím na přehled možných výkladových rámců.

## 2.2 Co a jak může ovlivňovat výsledek rozhodování ve fázi přijetí politiky?

Tato kapitola nabízí přehled teorií, které se snaží vysvětlit povahu rozhodování a příčinu (ne)přijetí určité veřejné politiky, tedy příčinu přijetí/zamítnutí či nerozhodnutí. Taková vysvětlení nabízejí

teorie vetujících hráčů, teorie snažící se zachytit a vysvětlit povahu rozhodování, o kterých dnes hovoříme jako o zobecněných stylech rozhodování (racionální, inkrementální a smíšený styl rozhodování) a teorie, které v důsledku vnímané nejednoznačnosti a nepřehlednosti těchto procesů v rámci organizace přišly s metaforou rozhodovacího procesu jako odpadkového koše, do kterého se průběžně a relativně nezávisle na sobě „hází“ problémy a řešení a v rozhodovací situaci závisí výsledek rozhodování na aktuálním obsahu koše, aktivitě účastníků rozhodování a povaze dané rozhodovací situace. Myšlenku posunutí agendy na rozhodovací úroveň jako výsledku protnutí několika na sobě nezávislých proudů pak rozpracoval Kingdon, když se snažil pochopit, proč se určité agendě (problémům a řešením) dostane pozornosti ze strany vlády. Další autoři pak promýšleli Kingdonovu teorii dále, aby pochopili problém rozhodování o přijetí určité veřejné politiky.

### **2.2.1 Teorie vetujících hráčů**

George Tsebelis, americký politolog, který získal mj. doktorát v oboru matematické statistiky, přišel s myšlenkou, že stabilita veřejné politiky závisí na konstelaci tzv. vetujících hráčů (*veto players*). Pro změnu určité veřejné politiky je potřeba, aby se tito aktéři (jimiž mohou být buď jednotlivci, nebo také kolektivní aktéři - instituce) na dané změně shodli (tzn. nevetovali ji).

Tsebelis popisuje konkrétní kroky analýzy (2000). Na počátku je potřeba identifikovat všechny institucionální aktéry, kteří se musí shodnout, aby došlo k přijetí určité veřejné politiky. Zde je možné se opřít o ústavní nastavení v dané zemi/regionu/organizaci. V dalším kroku je nutné se podívat tzv. dovnitř těchto institucionálních aktérů a zaměřit se na způsob rozhodování uvnitř dané instituce a na soudržnost jejích jednotlivých stran/částí. Poté se analytik snaží vyhodnotit pozice jednotlivých hráčů vůči konkrétnímu tématu – to bývá složitější (a kreativnější), jelikož analytik musí stanovit jednotlivé dimenze daného tématu. Následně je potřeba aktéry situovat v rámci těchto dimenzí, tedy nalézt vhodné zdroje a metody sběru dat pro vyhodnocení pozice aktérů. Jak poznamenává Tsebelis, abychom dokázali odhadnout, zda dojde ke změně politiky, není nutné znát všechny pozice všech aktérů, ale pouze vzdálenost extrémních pozic (lze-li tyto pozice umístit na pomyslnou přímku). Tento přístup je možné použít jak v rámci případové studie (kdy jsou identifikováni skutečně všichni vetující hráči), tak pro srovnávání velkého množství případů (kdy se pozornost upírá k několika málo hlavním institucionálním vetujícím hráčům), např. pro zkoumání příčin schválení či neschválení určité legislativy či opatření (vycházejících

např. z iniciativy mezinárodních organizací) v různých institucionálních podmínkách a konstelacích vetujících hráčů. Čím je vetujících hráčů více, tím je změna politiky méně pravděpodobná.

Tento přístup předpokládá předchozí znalost institucionálního nastavení, které rámuje vybraný rozhodovací proces. Jak víme, na rozhodovací procesy mohou působit také neformální instituce a na počátku analýzy je tedy nutné uvažovat také o nich. Tsebelis se tomuto problému také věnuje, když hovoří o možném působení zájmových skupin, které mohou, navázání na určitý vetující bod (*veto point* či *veto gate*), ovlivnit (ne)schválení veřejné politiky. Tento přístup je tedy možné použít pro studium rozhodovacích situací, u kterých jasně rozumíme institucionálnímu nastavení (ideálně např. pro studium rozhodování v rámci legislativního procesu), těžší může být aplikace tohoto přístupu na rozhodování o přijetí (včetně rozhodování o odpovědnosti za realizaci a o struktuře implementace) strategických dokumentů, neboť tento proces nemusí být zcela jasně institucionálně vymezen – v ČR není jasně stanoven celkový postup schvalování takovýchto dokumentů (s výjimkou institucionálního nastavení některých dílčích procesů, jako je schvalování dokumentů na poradě vedení MZČR, na úrovni vlády, v Senátu či PSP ČR), do hry však může vstupovat vícero organizací (zejména jde-li o rozhodování o způsobu zajištění implementace strategického dokumentu) a aktivita aktéra, který prosazuje danou politiku je zde nakonec klíčová. Protože v mnou studovaných rozhodovacích procesech není možné předem definovat jasně daný postup, není reálné využít přístup navržený Tsebelisem. Vhodnější se jeví analýza rozhodovacího procesu ve smyslu identifikace jednotlivých rozhodnutí, které se nějak vážou k danému předmětu a popis a interpretace příčin těchto rozhodnutí.

### **2.2.2 Rozhodovací styly a jejich dopad na změnu**

Rozhodovací procesy, ke kterým dochází ve fázi přijetí politiky, mohou nabývat různých podob. V rámci teoretických debat o povaze těchto procesů postupně vzniklo několik teorií, přičemž v čase svého vzniku měli jejich autoři ambici vysvětlit celkovou povahu rozhodovacích procesů (jak (ne)vypadá rozhodovací proces a proč). V současnosti jsou tyto teorie považovány spíše za alternativní modely, či styly rozhodování, které se mohou v rozhodování ve fázi přijetí politiky vyskytovat.

V literatuře se nejčastěji setkáme se čtyřmi následujícími modely rozhodování: racionálním modelem, inkrementálním modelem, smíšeným modelem (tzv. *mixed-scanning model*) a tzv. modelem odpadkového koše (*garbage can model*).

V 60. letech 20. st. zamrzla diskuse o povaze rozhodovacích procesů na dvou pozicích, do kontrastu byly postaveny racionální model a inkrementální model. Dle **racionálního modelu** bylo rozhodování snahou o nalezení řešení komplexních problémů na základě analýzy dostupné evidence o možných řešeních a komparace různých variant řešení z hlediska jejich přínosů a nákladů. Tento model rozhodovateli implicitně připisoval vysokou míru kontroly nad rozhodovací situací, avšak viditelně neodpovídal rozhodovací praxi a dále byl považován spíše za ideál, ke kterému je dobré směřovat.

V rámci **inkrementálního modelu** je rozhodování vnímáno realističtěji jako politická aktivita, kdy konečné rozhodnutí je výsledkem interakcí a vyjednávání mezi rozhodovateli (*decision-makers*), přičemž tito nemohou být schopni zejména v důsledku omezené racionality vyhodnotit všechny možné varianty řešení a rozhodně nemají plnou kontrolu nad rozhodovací situací. O rozvoj tohoto modelu se zasadil zejména Charles Lindblom, když proces rozhodování popsal jako umění „nějak si poradit“ (*muddling through*) a formuloval důvody, které vedou k tomu, že ve veřejné politice často (avšak nikoliv výlučně) pozorujeme spíše inkrementální, nežli radikální změny (Lindblom, 1959).

- Rozhodovatelé vždy hodnotí konkrétní variantu ve srovnání s jinými, aniž by ale nejprve stanovili cíl nebo hodnotu, ke kterým je potřeba směřovat, a poté hledali nástroje. Srovnávání variant probíhá spíše intuitivně, rozhodovatelé vybírají jen z několika známých (nebo i v minulosti ozkoušených) variant (nedělá se komprehensivní analýza) a dobrá varianta znamená „průchozí varianta“.
- Rozhodovatelé tíhnou k inkrementálním změnám, protože vždy do hry vstupuje mnoho zájmových skupin a pro všechny je jednodušší si představit a připravit se na důsledky inkrementální nežli radikální změny.
- Rozhodovatelé předpovídají důsledky politik na základě znalosti důsledků předchozích politik, dovedou si lépe představit důsledek inkrementální změny nežli radikální změny. Také nepokládají danou změnu politiky za vyřešení problému, spíše za jeden

z kroků k jeho vyřešení. Postupnými kroky si ověřují, zda jejich očekávání před změnou byla realistická.

- U inkrementální změny rozhodovatel předpokládá, že je možné v případě problému dané opatření rychle zrušit a vrátit se k původnímu nastavení.
- Rozhodovatelé se neopírají o teorii (na rozdíl od racionalistického modelu), a to proto, že ji buď neznají, nebo pro daný sociální problém není adekvátní teorie k dispozici.
- Rozhodovatel uvažuje v rámci již prožitých/proběhlých opatření, kdežto teoretik/odborný poradce nemusí vývoj v dané oblasti politiky ve svém návrhu reflektovat. Proto zde může dojít k vzájemnému nepochopení.

Z výše uvedených zobecněných poznatků by tedy vyplývalo, že ve veřejné politice by mělo docházet spíše k postupným nežli radikálním změnám. Zastánci tohoto stanoviska však také čelili kritice, a to jak z normativních pozic (dle tohoto modelu nejsou jasně stanoveny cíle, ani se nepočítá s tím, že se o nich uvažuje; jde o inherentně konzervativní model, v rámci něhož není možná realizace větších změn, což odporuje realitě; model ospravedlňuje nedemokratický způsob rozhodování), tak z pozitivistických pozic (model je možné využít pouze pro analýzu takových oblastí politiky, kde nacházíme kontinuitu z hlediska povahy problémů a nástrojů, není vhodný pro analýzu vývoje např. v čase krize nebo v případě, kdy se objeví zcela nové veřejně politické téma; dále není jasné, co přesně znamená „inkrementální změna“, resp. co je to onen „inkrement“) (Howlett a kol., 2020).

O určité smíření dvou výše uvedených náhledů na povahu rozhodovacích procesů ve fázi přijetí politiky se pokusil Etzioni (1967), když představil tzv. třetí přístup k rozhodování, který označil jako smíšené skenování (*mixed-scanning*). Tento model měl překonat nepraktičnost racionálního modelu na jedné straně a omezení inkrementálního modelu na straně druhé. Etzioni navrhoval při rozhodování postupovat ve dvou krocích, zaprvé prohledat možné alternativy (velmi zběžně, tedy spíše po vzoru inkrementálního modelu), a poté detailněji vyhodnotit ty, které připadají v úvahu, do určité míry tedy snížit komplexitu rozhodování.

### **2.2.3 Nová myšlenka rozhodnutí jako výsledku propojení několika proudů v rámci organizace**

V 70. letech 20. st. přišli Cohen, March a Olsen (1972) s velmi odlišným přístupem, který se pokoušel vyrovnat s pozorovanou složitostí, nejednoznačností a nepředvídatelností rozhodovacích



procesů v rámci organizace. Autoři se snažili porozumět rozhodovacím procesům v tzv. organizovaných anarchiích, tedy organizacích, které se vyznačují 1. neuspořádanými a špatně formulovanými preferencemi (cíli) - jejich preference lze popsat „(...) *spíše jako rozvolněný soubor idejí nežli jako koherentní strukturu; organizace nalézá své preference skrze jednání, spíše, nežli jedná na základě preferencí.*“ (Cohen a kol., 1972:1), 2. nejasnými postupy fungování, kdy její členové zcela neznají vnitřní procesy a organizace tak funguje na základě jednoduchého principu pokus-omyl a učení se ze zkušeností a 3. fluktuací členů organizace a různým zapojením jednotlivých členů (z hlediska času, pozornosti a snahy) do konkrétního rozhodování, což znamená, že hranice takové organizace jsou nejasné. Dle autorů se každá organizace může někdy nacházet ve stavu organizované anarchie. Taková organizace je pak „(...) *sbírkou možností, které hledají problémy, problémů a dojmů, hledajících rozhodovací situace, ve kterých by mohly být ventilovány, řešení hledajících problémy, na které by mohli odpovídat, a rozhodovatelů hledajících vlastní uplatnění*“ (c.d.: 2). Abychom mohli pochopit fungování takové organizace, je dle autorů dobré připodobnit příležitost k rozhodování (*choice opportunity*) k odpadkovému koši, do kterého členové organizace kupí různé problémy a řešení. Metaforou odpadkového koše se autoři snažili sejmout vědeckou auru, kterou dle jejich názoru okolo rozhodování vytvořily předchozí přístupy. To, co se nakonec ocitne v jednom koši, závisí na “(...) *sestavě dostupných košů, označení připojených k alternativním košům, na tom, jaký odpad je aktuálně vytvářen a na rychlosti, s jakou jsou koše sbírány a odváženy ze scény.*” (tamtéž). V takové situaci je pak rozhodnutí výstupem propojení několika relativně nezávislých proudů - proudu problémů (který je vytvářen jak uvnitř, tak vně organizace), proudu řešení (odpovědí, které aktivně hledají otázky či problémy), proudu účastníků (*participants*; kteří přicházejí a odcházejí, věnují fungování organizace více či méně pozornosti a času) a proudu rozhodovacích příležitostí (situací, kdy se od organizace očekává nějaké rozhodnutí, např. o uzavření smlouvy, nabrání/propuštění zaměstnanců, využití prostředků, distribuci zodpovědnosti).

#### **2.2.4 Kingdonova teorie tří proudů a její modifikace pro studium rozhodování o přijetí veřejné politiky**

Na výše uvedený model odpadkového koše navázal John W. Kingdon, když se snažil porozumět procesům, které posouvají určitá témata na program vlády Spojených států. Kingdon vychází ze stejných předpokladů, jako autoři výše uvedeného modelu odpadkového koše. Dle Kingdona (2014) se proces nastolování agendy odehrává v podmínkách nejednoznačnosti (neexistuje jedno

jediné řešení určitého problému, ale může existovat vícero řešení, jelikož existuje vícero definic problému (označení určitého stavu za problém) z různých pozic – např. ekonomických, morálních, zdravotních atd.), časového omezení (je možné se zaměřit pouze na omezené množství problémů a řešení), problematických preferencí (preferenze nejsou jasně strukturovány a utváření se v interakci aktérů), nejasného fungování (každý jeden člen organizace z pravidla nemá přehled o tom, jak organizace celkově funguje, čili tzv. „pravá ruka neví, co dělá levá“), fluidní participace (lidé přicházejí a odcházejí) a nezávislosti proudů. Na rozdíl od modelu odpadkového koše však Kingdon nepovažuje objevující se příležitosti k rozhodování za další relativně nezávislý proud, ale považuje je za výsledek protnutí tří nezávislých proudů (viz dále). Kingdon vnímá významnou roli specifického druhu aktérů (tzv. promotérů veřejných politik – *policy entrepreneurs*), kteří využívají vhodného momentu (okna příležitosti – *policy window*) pro posunutí určité agendy na úroveň vlády. K otevření okna příležitosti pak dochází v momentě, kdy jsou proudy - proud problémů, proud veřejné politiky (*policy stream*) a proud politiky (*politics stream*) připraveny k propojení.

V **proudu problémů** jsou generovány různé definice problémů (diskrepancí mezi aktuálním a žádoucím stavem), které jsou vnímány jako veřejné, tzn. vyžadující zásah/řešení ze strany veřejné moci. V proudu problémů se vyskytuje mnoho definic, ne všechny se však dostanou do vládní agendy. Pozornost může určitá definice získat, změní-li se radikálně tzv. „indikátory problému“ (např. vzroste míra nezaměstnanosti, zvýší se počet nakažených infekční nemocí, zvýší se procento obézních dětí v populaci, snižuje se rapidně počet absolventů žádoucích oborů), dojde-li k tzv. nenadálým a ne příliš častým kritickým událostem (*focusing events*; např. k záplavám, výskytu tornáda, nebezpečnému narušení jaderné elektrárny, násilnému útoku, život ohrožující pandemii), či zafunguje zpětná vazba (existující program je vyhodnocen jako nefunkční či příliš nákladný). Jelikož tvůrci politik mají omezené časové možnosti, nemohou se věnovat všem problémům. To, zda je určitému problému věnována pozornost, odvisí také od toho, které další problémy jsou současně probírány a zda je problém vnímán jako závažný (např. v době pandemie se jiným problémům nemusí dostat pozornosti). Za závažné problémy jsou často považovány takové, jejichž neřešení by mohlo znamenat riziko pro opakované zvolení stávajících tvůrců politik. Proud problémů může být propojen s ostatními dvěma proudy prostřednictvím vhodného zarámování problému promotérem veřejné politiky, které odpovídá preferovanému řešení (proudu veřejné politiky) a politické situaci (proudu politiky). (Kingdon, 2014)

Proud **veřejné politiky** je dle Kingdona zpravidla naplněn výstupy analytiků a expertů (tzv. komunity okolo veřejné politiky - *policy community*), kteří posuzují problémy a navrhuji způsoby jejich řešení. Komunita bývá tvořena zejména výzkumníky, politiky, analytiky, akademiky a zástupci zájmových skupin, přičemž rozsah této komunity nemusí být vymezen pouze národním státem, ale dochází také k mezinárodní výměně. Komunity v různých oblastech veřejné politiky se mohou lišit mírou jejich integrace nebo fragmentace. Čím integrovanější je daná komunita, tím menší je pravděpodobnost, že se v ní budou generovat nové originální myšlenky. Různé (vágnější i specifitější) návrhy a nápady se pak „vznášejí“ v pomyslné prvotní polévce (*primeval soup*). Jak autor píše: „*Proces vzniku alternativ a návrhů v rámci této komunity připomíná proces biologického přirozeného výběru. Tak jako se molekuly vznášely v tom, co biologové nazývají „prvotní polévkou“, předtím, než vznikl život, tak se vznášejí myšlenky v těchto komunitách. Mnoho myšlenek je možných, tak jako byl možný vznik mnoha různých molekul. Některé myšlenky se ocitnou na výsluní a pak pohasnou. Existuje zde dlouhý proces „zjemňování“: myšlenky se vznášejí, jsou představovány záměry zákonů, pronášeny projevy; tvořeny návrhy zákonů, které jsou posléze upravovány na základě zpětné vazby a myšlenky se vznášejí dále. Myšlenky jsou vzájemně konfrontovány (tak jako na sebe v tzv. prvotní polévce narážely jednotlivé molekuly) a kombinovány. „Polévka“ se mění nejen tím, jak se objevují úplně nové prvky, ale ještě více rekombinací již existujících prvků. Protože v této prvotní polévce veřejné politiky se vznášejí mnoho myšlenek, tak ty, které přežijí, stejně jako je tomu v systému přirozeného výběru, musí splňovat určitá kritéria.*“ (Kingdon, 2014: 116-117; přeloženo autorkou). Dle Kingdona může mít určité řešení větší šanci na to postoupit dál do vládní agendy, když splňuje tato kritéria přežití (*criteria for survival*): jeho implementace je technicky proveditelná, je finančně únosná, představuje hodnoty, které jsou akceptovány příslušnou komunitou okolo veřejné politiky a veřejnost jej podporuje (Kingdon, 2014). Někteří autoři (Herweg a kol., 2018) dále k těmto kritériím přidávají ještě soulad s legislativou EU a návaznost na dosavadní vývoj (*path dependency*). **Proud veřejné politiky je připraven k propojení, když existuje alespoň jedna varianta řešení, která splňuje kritéria přežití.** (Kingdon, 2014).

**Proud politiky** je pak proudem faktorů, které ovlivňují politickou strukturu (rozložení sil apod.). Kingdon identifikoval tři hlavní prvky tohoto proudu: veřejnou náladu (resp. vnímání této nálady ze strany tvůrců politik; toto vnímání může být opřeno o dnes již sofistikovaná šetření veřejného mínění), výměny v exekutivě či legislativě (a tedy změny aktérů, kteří mohou být

z různých důvodů více či méně naklonění určité agendě) a kampaně zájmových skupin (ve prospěch či v neprospěch určité myšlenky (problému či řešení)). V proudu politiky je dominantním způsobem interakce smlouvání a přetlačování (*bargaining and powering*). Aby byl tento proud připraven k propojení, nemusí být všechny tři výše uvedené prvky v souladu, klíčová je role legislativy a exekutivy, které jsou z těchto tří prvků nejsilnější. Může se tedy stát, že vláda bude věnovat pozornost něčemu, co není podporováno výše zmíněnou náladou veřejnosti, ani zájmovými skupinami (Kingdon, 2014).

Dle Kingdona jsou tyto tři proudy relativně nezávislé, ale v určitých momentech existuje vyšší pravděpodobnost, že dojde k jejich propojení. Je tomu tak tehdy, když se otevře tzv. okno příležitosti. Okno příležitosti je dle Kingdona „(...) *příležitostí pro ty, kdo prosazují určitý návrh, protlačit své hýčkané řešení (pet solution) nebo posunout pozornost ke svým specifickým problémům.*“ (2014: 165; přeloženo autorkou). Někdy se taková příležitost naskytne vcelku předvídatelně (např. v důsledku předem plánovaného vyhodnocení existujícího programu), jindy nečekaně – v takovém případě musí být promotéři veřejných politik připraveni předložit své návrhy a argumentovat v jejich prospěch. **Okno příležitosti se může otevřít buď v proudu problémů (např. v důsledku určité nenadálé krizové situace, významné změny v indikátorech problému či neuspokojivému výsledku vyhodnocení existující politiky), nebo politiky (např. v důsledku voleb či výměn na pozicích ve veřejné správě).** Těmi, kdo si mohou či nemusí všimnout otevřeného okna příležitosti a kdo dále propojuje jednotlivé proudy, jsou tzv. **promotéři veřejných politik** (*policy entrepreneurs*) a závisí tak na jejich aktivitě, zda budou dané problémy a řešení posunuty dále do vlády. Může to být prakticky kdokoliv, kdo se nějakým způsobem účastní tvorby veřejné politiky (tvůrce politiky, úředník, akademik, novinář, zástupce zájmové skupiny, člen parlamentu apod.). Promotéři veřejných politik jsou ochotni: „(...) *investovat své zdroje – čas, energii, pověst a někdy také peníze – do naděje na budoucí prospěch (...) ve formě přijaté žádané veřejné politiky, dobrého pocitu z vlastního zapojení nebo také vlastnímu vzestupu ve formě jistoty povolání nebo profesního povýšení*“ (Kingdon, 2014: 20; přeloženo autorkou). Tito aktéři se snaží své návrhy veřejných politik prosadit do proudu veřejné politiky a následně je v momentě otevřeného okna příležitosti propojit se zbylými dvěma proudy. Úspěšnější bývají promotéři s lepším přístupem k tvůrcům politiky a ti, kteří disponují většími zdroji (ve smyslu času, energie a peněz). Promotéři obvykle využívají různé nástroje, jako je vhodné rámování problému, vzbuzování emocí, salámová taktika a využívání symbolů.

Kingdonův rámec se snaží nabídnout odpověď na otázku, proč se některé agendy dostanou do pozornosti vlády. Pro zaměření mé práce je však dále relevantní modifikace tohoto rámce pro studium dalších fází veřejně politického procesu, konkrétně pak fáze rozhodování o přijetí veřejné politiky (*decision-making*). S takovou adaptací přicházejí Herweg a kol. (2015). Nejprve shrnují odlišnosti fáze nastolování agendy a ostatních fází. Fáze rozhodování o přijetí veřejné politiky se oproti fázi nastolování agendy zpravidla vyznačuje nižším počtem účastníků se aktérů a vzrůstajícím významem institucionálního nastavení rozhodovacích procesů. Autoři navrhuji ke stávajícímu rámci, který se týká procesu nastolování agendy, přidat další prvky tak, aby reflektoval tyto odlišnosti (viz Obrázek 4). Výstupem původního Kingdonova rámce (resp. propojení proudů ve fázi nastolování agendy – *agenda coupling*) je **rozpracovaný návrh veřejné politiky**, připravený pro rozhodování. V této fázi (o nichž autoři hovoří jako o propojování proudů ve fázi rozhodování – *decision coupling*) se pak rozhoduje o detailech a přijetí návrhu. Pokud je propojení úspěšné, končí přijetím zákona. Pro přehlednost pak v prvním případě propojování autoři označují okno příležitosti za **okno příležitosti k nastolení agendy** (*agenda window*), ve druhém za **okno příležitosti k rozhodování** (*decision window*). Zatímco první okno se otevírá v důsledku změny v proudu problémů nebo proudu politiky (jak bylo již popsáno výše), druhé se otevírá v proudu veřejné politiky (již tím, že se daný návrh dostal tzv. na pořad dne), začíná se vyjednávat o detailech návrhu a jeho přijetí (*legitimation*) a dochází ke smlouvání v proudu politiky. **Rozhodující pro přijetí návrhu je otázka, zda se promotérovi/promotérům politiky podaří získat potřebnou většinu pro schválení návrhu.** Pro účely aplikace na proces rozhodování o přijetí politiky autoři rozšiřují původní Kingdonovo pojetí promotérů veřejných politik (jako jednotlivců, kteří se snaží přitáhnout pozornost vlády k určitému problému a řešení) a hovoří o **kolektivních promotérech veřejných politik**, což si lze představit jako síť aktérů (jednotlivců či kolektivních aktérů), kteří usilují o přijetí určitého návrhu politiky na různých úrovních. Může jít o aktéry jak zevnitř, tak vně formálních vládních struktur, přičemž ti zevnitř těchto struktur mají větší šanci na úspěch. Aby autoři zdůraznili, že jde o promotéry ve fázi rozhodování, hovoří o **politických promotérech** (*political entrepreneurs*). Političtí promotéři mohou využívat zejména tři nástroje: ústupky, manipulaci a uzavírání dohod o balíčcích opatření - v momentě otevřeného okna příležitosti k rozhodování se může promotér snažit o získání podpory pro preferovaný návrh tím, že k danému návrhu „přibalí“ ještě další, které preferují aktéři, jejichž hlasy potřebuje ke schválení. Další možnou strategií je strategie ústupků, tak aby návrh nebyl vetován ostatními

klíčovými aktéry (jak formálními, tak neformálními, např. zájmovými skupinami). Poslední strategií může být manipulace. Když je zřejmé, že návrh nemá dostatečnou podporu k přijetí, mohou se političtí promotéři snažit o reformulaci problému tak, aby ho hráči, kteří rozhodují (ale třeba i veřejnost) začali vnímat jako velmi palčivý.

Obrázek 4 Modifikace Kingdonovy teorie tří proudů



Zdroj: Herweg a kol., 2015: 445

Na základě modifikace Kingdonovy teorie pak autoři (Herweg a kol., 2015) formulují následující hypotézy pro rozhodování o přijetí politiky:

### **K přijetí určitého návrhu politiky spíše dojde, když...**

- ... je návrh prosazován politickými promotéry, kteří zastávají volenou vedoucí pozici ve vládních strukturách.
- ... je návrh prosazován většinovou vládou, která není omezována jinými vetujícími hráči
- ... je možné k návrhu připojit další proveditelné návrhy, které prosazují ostatní aktéři.
- ... když je problém, který by měla daná politika řešit, vnímán voliči jako palčivý.

Modifikovaný rámec Kingdonovy teorie dle Herweg a kol. (2015) nabízí možnost interpretace vývoje rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020*, resp. navazujících AP, a případně také konkrétních opatření. Autoři považují za výstup fáze rozhodování o přijetí určitého návrhu

veřejné politiky přijetí zákona, domnívám se však, že výše uvedené poznatky lze využít i pro interpretaci procesu rozhodování o přijetí strategických dokumentů, ačkoliv institucionální struktura tohoto procesu, tak jak jsem již zmiňovala výše v souvislosti s teorií vetujících hráčů, nemusí být v případě takovýchto dokumentů zcela jasně daná.

### **2.3 Co podmiňuje úspěšnou implementaci veřejně politického opatření ve fázi rozhodování o přijetí politiky – poznatky z teorie implementace**

Určitý vhled do otázky, jaká opatření mají větší šanci na to dostat se z fáze přijetí do fáze implementace nám mohou přinést také teoretické poznatky vztahující se primárně k implementaci.

Již ve fázi rozhodování o přijetí konkrétního opatření mohou aktéři zvažovat určité aspekty jednotlivých opatření, které mohou mít vliv na možnost jejich následné realizace. Političtí promotéři se mohou snažit zajistit níže uvedené podmínky, tak aby byla daná veřejná politika realizovatelná. Nagel (1998) uvádí 6 hlavních faktorů ovlivňujících provádění implementace (In Veselý a Nekola 2007: 318):

- „1. **technologická proveditelnost** – sleduje případné překážky týkající se fyziky, biologie nebo jiných vědeckých oborů. (...). Zkoumání technologické proveditelnosti v tomto případě neznamená, zda je problém možno nebo nemožno vyřešit, nýbrž jak dlouho bude trvat jej vyřešit.*
- 2. **politická proveditelnost** – resp. průchodnost – týká se legislativního procesu a znamená, že program či politika nebudou vetovány (v ČR např. vládní návrh, který projde Poslaneckou sněmovnou, může být vetován Senátem a prezidentem, event. Ústavním soudem).*
- 3. **administrativní proveditelnost** – ukazuje na schopnost implementaci uvádět do života (vynucovat) a monitorovat;*
- 4. **legální proveditelnost** – znamená, že implementovaný program není v rozporu s žádnou právní normou;*
- 5. **ekonomická proveditelnost** – určuje rozpočet, resp. zda je pro implementaci programu dostatek prostředků;*
- 6. **psychologická proveditelnost** – zkoumá, jaké jsou postoje lidí, kterých se program týká, event. jaké lze očekávat změny v lidských postojích.“*

Akční plány, navazující na strategii *Zdraví 2020*, obsahují množství opatření, přičemž výše uvedené aspekty pak u konkrétního opatření mohou napomáhat, nebo naopak bránit jeho vlastní realizaci.

## **2.4 Jak budou teoretické poznatky využity k naplnění cíle disertační práce?**

Pro naplnění cíle disertační práce<sup>17</sup> bude klíčové zachycení aktivity politických promotérů (a strategií, které uplatňují (viz výše)) v momentech (vycházím z myšlenky postupného přirůstání rozhodnutí), kdy se otevřelo okno příležitosti pro rozhodování (*decision window*), tedy tehdy, kdy se rozpracovaný návrh (ať už návrh strategie Zdraví 2020, navazujících akčních plánů zahrnujících opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění nebo podpory zdraví, nebo jednotlivých opatření, případně návrh těch aspektů, které se vážou k budoucí realizaci těchto veřejných politik (odpovědnosti za realizaci a strukturu implementace)) dostal tzv. „na stůl“ těch, kdo mohli rozhodovat o jeho přijetí (přičemž proces rozhodování je alespoň částečně definován institucionálním rámcem). V rámci každého okna příležitosti k rozhodování je pak možné dále vyhodnotit výsledek rozhodování (pozitivní/negativní/nerozhodnutí) a s využitím modifikované teorie tří proudů pak diskutovat příčiny takového výsledku, přičemž teorie naznačuje, že k pozitivnímu rozhodnutí (přijetí veřejné politiky) spíše dojde, je-li 1. návrh prosazován politickými promotéry, kteří zastávají volenou vedoucí pozici ve vládních strukturách, 2. návrh prosazován většinovou vládou, která není omezována jinými vetujícími hráči, 3. možné k návrhu připojit další proveditelné návrhy, které prosazují ostatní aktéři 4. problém, který by měla daná politika řešit, vnímán voliči jako palčivý.

---

<sup>17</sup> Tj. „Do hloubky porozumět rozhodovacím procesům, které vedly k přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících akčních plánů, a které dále posouvaly opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná ve strategii a navazujících akčních plánech, směrem k implementaci.“



### 3 Cíle práce a výzkumné otázky

#### Hlavní cíl práce:

**Do hloubky porozumět rozhodovacím procesům**, které vedly k přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících akčních plánů, a které dále posouvaly opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná ve strategii a navazujících akčních plánech, směrem k implementaci.

#### **Výzkumné otázky:**

1. Kdy a kde se otevírala okna příležitosti k rozhodování (*decision window*) o přijetí<sup>18</sup> strategie *Zdraví 2020*, navazujících akčních plánů a opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaných v těchto strategických dokumentech?
2. Jakým způsobem a proč se dařilo (došlo k pozitivnímu rozhodnutí) či nedařilo (došlo k negativnímu rozhodnutí či nerozhodnutí) politickým promotérům využívat otevřená okna příležitosti k rozhodování?

Hypotézy k otázce č. 2:

- Politickým promotérům se dařilo využít okna příležitosti k rozhodnutí (tedy prosadit přijetí daného návrhu)...

H1: ...pokud zastávali volenou veřejnou funkci ve vládních strukturách.

H2: ...bylo-li možné pro rozhodování k návrhu připojit další proveditelné návrhy, prosazované ostatními aktéry.

H3: ...nebo vnímali-li voliči problém, který by měla daná politika řešit, jako palčivý.

---

<sup>18</sup> Tj. rozhodování o designu politiky, tj. o: zdůvodnění potřebnosti dané politiky a vymezení problému; cíli (cílech), kterého (kterých) se má dosáhnout (vyřešení problému, jeho zmírnění, zamezení zhoršení); kauzálním modelu změny (odpovídáme na otázku, co problém způsobuje a jak víme, že dané opatření povede ke stanovenému cíli - takový model může být uveden explicitně, nebo přítomen implicitně); vymezení dotčené populace; odpovědnosti za realizaci: kdo, co, kdy, jak, s jakými zdroji a omezeními; struktury implementace (výběru nástrojů (jejich typů – donucení/pobídky/přesvědčování/informování/zlepšování schopností) a způsobů, jakými bude zajištěn proces realizace).

Pro naplnění výše uvedeného hlavního cíle bude také nezbytné zachytit míru realizace opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, obsažených v AP. A dále, aby nezůstalo pouze u hodnocení výstupů vybraných akčních plánů, ale bylo možné diskutovat vliv studované strategie na zdraví obyvatel, nabídnu čtenáři stručné shrnutí vývoje ukazatelů zdravotního stavu populace v jednotlivých oblastech.

Kromě hlavního cíle tedy formulují ještě následující **vedlejší cíle:**

- A. Shrnutí, do jaké míry byly realizovány akční plány, navazující na strategii Zdraví 2020, které zahrnují opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví.
- B. Shrnutí vývoj zdravotního stavu populace ČR (resp. vybraných relevantních ukazatelů, které se vážou na jednotlivé oblasti akčních plánů) v období platnosti strategie Zdraví 2020.

## 4 Metodologie

### 4.1 Design výzkumu

Jelikož je mým hlavním cílem do hloubky porozumět konkrétnímu procesu rozhodování o přijetí určité veřejné politiky, zvolila jsem **výzkumný design retrospektivní explanatorní kvalitativní jednopřípadové studie**, přičemž za případ považuji proces rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020*.

Základem empirické části práce je **podrobná deskriptivní analýza procesu přirůstání rozhodnutí**, který se vztahoval k návrhu strategie a navazujících vybraných AP. **Rámec pro analýzu vychází z analytického rámce, tak jak jej uvádím výše na Obrázku 3.** Cílem práce však není pouhá deskripce dnes již minulého vývoje, ale porozumění tomuto procesu. **Vysvětlující rámec nabízí teorie tří proudů, resp. její modifikace pro fázi rozhodování, rozpracovaná autory Herwegovou, Hußem a Zohlnhöferem (2015).** Abych porozuměla procesu rozhodování o přijetí sledované veřejné politiky, zaměřuji se na **momenty otevřených oken příležitosti k rozhodování**. Zde mě pak bude zajímat institucionální rámec rozhodování (formální i neformální, pokud jej bude možné zjistit), aktéři rozhodování a jejich pozice (taktéž formální a neformální), obsah rozhodování (o čem se rozhodovalo ve vztahu ke strategii *Zdraví 2020*, AP nebo jednotlivým opatřením), výsledek rozhodování (pozitivní/negativní/nerozhodnutí) a aktivita politických promotérů.

Nezbytnou součástí této práce (což vyjadřuji stanovením vedlejších cílů) je také 1. vyhodnocení realizace vybraných akčních plánů, ve smyslu identifikace opatření primární prevence nepřenosných onemocnění a podpory zdraví, která byla dále posunuta směrem k realizaci a 2. shrnutí vývoje zdravotního stavu (resp. ukazatelů zdravotního stavu relevantních pro jednotlivé AP) v období platnosti strategie.

#### 4.1.1 Metody sběru dat

Data pro analýzu jsem získala prostřednictvím vyhledávání veřejně dostupných veřejně politických dokumentů a odborných prací reflektujících proces tvorby a realizace strategie *Zdraví 2020* a AP, dále rešerše odborných prací k vývoji zdravotního stavu populace v období platnosti strategie *Zdraví 2020* a nakonec polo-strukturovaných rozhovorů s experty (zúčastněnými aktéry studovaného procesu).

## **SBĚR VEŘEJNĚPOLITICKÝCH DOKUMENTŮ**

Při zpracování výsledků jsem vycházela jednak z veřejně dostupných dokumentů, jednak z neveřejných dokumentů, které mi poskytli někteří respondenti. Obecně šlo o dokumenty, které se vážou na proces tvorby, realizace a evaluace strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP, tedy zejména strategické dokumenty, zákony, usnesení vlády, usnesení PSP ČR a Senátu a jejich výborů, stenozáznamy z jednání těchto institucí, zápisy z jednání poradních a řídicích orgánů a pracovních skupin, evaluační dokumenty, tiskové zprávy, záznamy tiskových konferencí MZČR, zprávy z jednání odborných společností navázaných na strategii, interní dokumenty MZČR i jednotlivých respondentů (např. emailovou komunikací apod.), rozhovory v médiích (zejména ve Zdravotnickém deníku) a odborné publikace reflektující studované rozhodovací procesy.

## **REŠERŠE ODBORNÝCH PRACÍ K VÝVOJI ZDRAVOTNÍHO STAVU POPULACE V OBDOBÍ PLATNOSTI STRATEGIE ZDRAVÍ 2020**

Pro zachycení vývoje relevantních ukazatelů zdravotního stavu populace za období platnosti strategie jsem u každého AP provedla rešerši odborných publikací (tzn. článků, zpráv Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále „ÚZIS“), výzkumných zpráv a tematických databází indikátorů zdravotního stavu apod.), které obsahovaly aktuální data vztahující se k jednotlivým oblastem. Za relevantní ukazatele pro vývoj v dané oblasti jsem považovala ty ukazatele, které byly zmiňovány v souvislosti s vymezením problému zdravotního stavu populace přímo v jednotlivých AP.

## **POLO-STRUKTUROVANÉ ROZHOVORY S EXPERTY (ZÚČASTNĚNÝMI AKTÉRY)**

Cílem rozhovorů bylo jednak doplnit si další faktické informace o procesu rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP a o jejich naplňování, vyjasnit si bílá místa, která se nepodařilo osvětlit pouze prostřednictvím studia veřejně politických dokumentů, dále také získat případné další materiály, včetně neveřejných materiálů a v neposlední řadě zjistit, jak zúčastnění aktéři interpretují celý proces tvorby a realizace strategie *Zdraví 2020*.

Rozhovory jsem vedla s respondenty, kteří se zúčastnili rozhodovacích procesů spojených s tvorbou a přijetím strategie *Zdraví 2020* a navazujících akčních plánů, případně mají o tomto procesu hlubší informace. Konkrétně šlo o respondenty z následujících skupin:

- aktéři s vzhledem do rozhodovacích procesů **na meziresortní úrovni** (členové a místopředseda Rady vlády pro zdraví a životní prostředí),
- aktéři s vzhledem do rozhodovacích procesů **na úrovni MZČR** (např. hlavní hygienik, ředitel odboru ochrany veřejného zdraví),
- **odborní garanti jednotlivých akčních plánů**, případně členové pracovních skupin formulujících akční plány.

Z hlediska modifikované teorie tří proudů, kterou používám pro interpretaci svých zjištění, šlo o promotéry veřejných politik (*policy entrepreneurs*) a/nebo o politické promotéry (*political entrepreneurs*).

Přehled oslovených a dotazovaných respondentů, včetně údajů o způsobu a době realizace rozhovorů uvádím v Tabulce 2.

Tabulka 2 Přehled oslovených a dotazovaných respondentů

| Jméno                        | Pozice ve vztahu ke strategii Zdraví 2020   | ROZHOVOR        |                 |            | Poznámka   |
|------------------------------|---|-----------------|-----------------|------------|--|
|                              |   | Forma rozhovoru | Délka rozhovoru | Datum      |  |
| MUDr. Vladimír Valenta, PhD. | Hlavní aktér v přípravě a koordinaci realizace Zdraví 2020; náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví MZČR (Hlavní hygienik ČR) v období 16.10. 2012-15.7. 2016   | osobní          | 1h 56 min       | 24.8. 2022 | rozhovoru se zúčastnili dr. Valenta, dr. Rážová a dr. Wasserbauer  |
| MUDr. Jarmila Rážová, PhD.   | Ředitelka Odboru ochrany veřejného zdraví a zástupkyně hlavního hygienika ČR na MZČR v období od října 2012 od května 2016  | osobní          | 1h 56 min       | 24.8. 2022 | — „ —  |
| MUDr. Stanislav Wasserbauer  | Koordinátor tvorby strategie Zdraví 2020; Ředitel Odboru strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví MZČR v období 2013-2016  | osobní          | 1h 56 min       | 24.8. 2022 | — „ —  |
| Doc MUDr. Jaroslav Kříž      | Člen Týmu pro tvorbu Národní strategie; garant pracovní skupiny k horizontálnímu tématu ke snižování nerovností ve zdraví; Hlavní hygienik ČR v letech 1990–1993; ředitel Státního zdravotního ústavu v období 1994–2001. | -               | -               | -          | omluvil se – neúčastnil se rozhodovacích procesů k přijetí Z2020; zaslal výstup práce na Z2020 – dokument, který vytvořila jeho pracovní skupina |

|  |  |             |          |             |  |
|--|--|-------------|----------|-------------|--|
|  |  |             |          |             | jako podklad pro ostatní pracovní skupiny  |
| prof. MUDr. Dana Müllerová, PhD.       | Garantka AP č. 2a pro správnou výživu a stravovací návyky a 2b k prevenci obezity; vedoucí Ústavu hygieny a preventivní medicíny LF v Plzni UK; Viceprezidentka Evropské společnosti pro studium obezity (EASO) pro Střední Evropu   | -           | -        | -           | omluvila se, novým garantem AP č. 2a a 2b byl jmenován prof. Svačina                     |
| prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA | Po odchodu MUDr. Müllerové (až po napsání AP) garantem AP č.2a a 2b.; do roku 2019 přednosta III. interní kliniky VFN a 1. LF UK – orientován mj. na léčbu obezity a diabetu; od roku 2015 předseda ČLS JEP  | osobní      | 45 min   | 6.10. 2022  | -  |
| MUDr. Alena Šteflová, PhD., MPH        | Garantka tzv. inventury a revitalizace strategie Zdraví 2020 probíhající v roce 2018; náměstkyně ministra zdravotnictví ČR v období prosinec 2017-leden 2021; členka pracovní skupiny k AP č. 12 ke zdravotní gramotnosti; ředitelka Kanceláře WHO v ČR v letech 2003-2017 | video hovor | 58 min   | 12.10. 2022 | -  |
| Mgr. Zdeněk Hamřík, PhD.               | Garant AP č. 1 pro pohybovou aktivitu; vedoucí Katedry rekreologie FTK UP v Olomouci; zástupce hlavního řešitele studie HBSC – <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> v ČR  | video hovor | 40 min   | 14.11. 2022 | -  |
| prof. MVDr. Jiří Ruprich, CSc.         | Garant AP č. 2c pro bezpečnost potravin; vedoucí Centra zdraví, výživy a potravin SZÚ  | -           | -        | -           | neodpověděl  |
| MUDr. Helena Kazmarová                 | Garantka AP č. 5 pro snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí; vedoucí Centra zdraví a životního prostředí SZÚ  | osobní      | 1h 14min | 14.12. 2022 | -  |
| prof. PhDr. Michal Miovský, PhD.       | Garant AP č. 4a pro vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v ČR  | -           | -        | -           | kontaktován, konzultace proběhne; v disertaci využít komentář pana prof. k naplňování AP |
| Mgr. Jarmila Vedralová, PhD.           | Garantka AP č. 4c k omezení škod působených alkoholem;   | -           | -        | -           | neodpověděla   |

|                        |   |   |   |   |  |
|------------------------|---|---|---|---|--|
|                        | v období 1999-2018 se na MZČR věnovala agendě protidrogové politiky resortu zdravotnictví, mj. tvorbě tzv. protikuřáckého zákona (č. 65/2017); v období 2018-2022 Ředitelka Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR a národní protidrogová koordinátorka. |   |   |   |  |
| Mgr. Lenka Kostecká    | Garantka AP č. 4b pro kontrolu tabáku; Odbor Zdravotních služeb MZČR. Odd. zdravotních programů   | - | - | - | neodpověděla   |
| Prof. MUDr. Jan Holčík | Garant AP č. 12 pro zdravotní gramotnost; člen Týmu pro tvorbu Národní strategie; dlouholetý přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU Brno   | - | - | - | omluvil se, zaslal vyjádření k procesu rozhodování o přijetí strategie Z2020 |
| PhDr. Zdeněk Kučera    | Člen pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost (AP č.12); Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost ČLS JEP; Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.   | - | - | - | pozitivní odpověď, avšak následně nezastižen                                 |

Rozhovory byly realizovány za pomoci scénáře (příklad scénáře uvádím v Příloze 3), který zahrnoval následující hlavní okruhy (konkrétní otázky se u jednotlivých respondentů lišily v závislosti na probírané oblasti):

- Role respondenta v procesu tvorby a realizace strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP
- Tvorba strategie *Zdraví 2020* a AP
- Rozhodování o implementaci strategie *Zdraví 2020* a AP
- Realizace AP a jednotlivých opatření
- Evaluace a monitoring výstupů a výsledků
- Strategie *Zdraví 2030*

Před rozhovorem jsem respondenta seznámila s účelem rozhovoru a dohodli jsme se na způsobu případné anonymizace dat a postupu autorizace textu k publikaci (formulář k informovanému souhlasu je k nahlédnutí v Příloze 4).

#### **4.1.2 Metody analýzy a interpretace dat**

S odkazem na přijatý analytický rámec a modifikovanou teorii tří proudů jsem s využitím sebraných dat nejprve identifikovala všechny události, které se nějak vztahují k tvorbě a realizaci strategie *Zdraví 2020* a AP zahrnujících opatření primární prevence nepřenosných onemocnění a podpory zdraví. Následně jsem z těchto událostí vybrala momenty otevřených oken příležitosti k rozhodování (tedy momentů, kdy se začíná vyjednávat o detailech rozpracovaného návrhu politiky a o jeho přijetí). K této časové ose a jednotlivým momentům jsem pak dále přiřazovala (případně doplňovala prostřednictvím realizace dalších rozhovorů nebo zahrnutí dalších relevantních veřejně politických dokumentů) podrobnější informace o institucionálním rámci rozhodování (formálním i neformálním, pokud jej bylo možné zjistit), aktérech rozhodování a jejich pozici (taktéž formálních a neformálních), obsahu rozhodování (o čem se rozhodovalo ve vztahu ke strategii *Zdraví 2020*, AP nebo jednotlivým opatřením), výsledku rozhodování (pozitivní/negativní/nerozhodnutí) a aktivitě politických promotérů. Výstupem tohoto procesu je pak popis vývoje rozhodování (resp. vývoje procesu přirůstání rozhodnutí) o přijetí sledované politiky, který je dále doplněn o interpretaci (vysvětlení) za pomoci modifikované teorie tří proudů.



## 5 Výsledky

Následující empirická část práce by měla vést k hlubšímu porozumění procesu rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020* a AP zahrnujících opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví. V první podkapitole se nejprve věnuji stručnému shrnutí obsahu strategie a AP. Druhá podkapitola uvádí okolnosti, které předcházely tvorbě těchto strategických dokumentů a nabízí velmi hrubou interpretaci tohoto vývoje s využitím Kingdonovy (tedy ještě nemodifikované) teorie tří proudů. Třetí podkapitola shrnuje poznatky o procesu rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020* a AP a nabízí interpretaci tohoto procesu prostřednictvím modifikované teorie tří proudů (dle Herweg a kol., 2018). V poslední čtvrté kapitole se věnuji podrobněji jednotlivým AP, shrnuji poznatky o stupni jejich naplnění a doplňuji je dále o vývoj relevantních ukazatelů zdravotního stavu v období platnosti strategie.

### 5.1 Shrnutí obsahu strategie *Zdraví 2020* a akčních plánů

Z hlediska obsahu se český program *Zdraví 2020* drží rámce, stanoveného evropskou strategií *Health 2020* (WHO 2012a). Ačkoliv se definice problému, vize a hlavní cíl v obou strategiích trochu liší, což je pochopitelné, vzhledem k tomu, že v jednom případě jde o národní, ve druhém o celoevropskou strategii, strategické cíle jsou definovány obdobně. *Health 2020* si za strategické cíle stanovuje 1) zlepšit všem zdraví a snížit nerovnosti ve zdraví a 2) zlepšit vedení a participativní vládnutí pro zdraví, strategie *Zdraví 2020* pak 1) zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví a 2) posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce. Na strategické cíle pak navazují priority, jejichž obsah můžeme v obou dokumentech označit za vcelku identický. Prioritami jsou celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, zplnomocňování lidí v péči o zdraví, vypořádávání s hlavními výzvami v oblasti přenosných i nepřenositelných onemocnění, posilování na člověka orientovaného zdravotního systému, zajištění krizové připravenosti a vytváření podmínek pro rozvoj odolných komunit, žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví. V české strategii jsou pak v návaznosti na tyto priority definovány horizontální a vertikální tematické oblasti (viz Obrázek 5), ke kterým mají dále vzniknout pracovní skupiny pod vedením konkrétních garantů, zpracovávající jednotlivé implementační dokumenty, v nichž „(...) budou dále specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění, včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů“ (MZČR, 2014: 11). Vertikální témata se pak měla promítnout do horizontálních.



Zdroj: MZČR, 2014: 22

V kpt. 5 se strategie podrobně věnuje implementaci – nejprve implementační struktuře a systému řízení, poté lidským zdrojům, otázce udržitelného financování, legislativnímu ukotvení, institucionální bázi (institucionální infrastruktura na meziresortní i resortní úrovni a v dalších složkách společnosti) a integraci *Zdraví 2020* do zdravotní politiky (tzn. zaručení návaznosti na předchozí vývoj na národní úrovni a ukotvení v rámci mezinárodní zdravotní politiky). Dále kapitola obsahuje plán realizace aktivit a časový harmonogram, krátkou informaci o rozpočtu a zdrojích financování. V neposlední řadě zde najdeme také informaci o nastavení systému monitorování a evaluace realizace strategie. (MZČR, 2014)

Pro implementaci strategie bylo nakonec vládě předloženo (u.v. č. 671/2015) 13 akčních plánů (podrobný přehled je uveden v Příloze 5), z nichž šest zahrnuje také opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví<sup>19</sup> – jsou to:

- Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity na období 2015-2020 (MZ, 2015a)
- Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020 (MZ, 2015b), který se dále dělí na:
  - Akční plán 2a) Správná výživa a stravovací návyky
  - Akční plán 2b) Prevence obezity
  - Akční plán 2c) Bezpečnost potravin
- Akční plán č. 3: Duševní zdraví (MZ, 2015c)
- Akční plán č. 4: Omezování zdravotně rizikového chování (MZ, 2015d), který se dále dělí na:
  - Akční plán 4a) pro vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v ČR
  - Akční plán 4b) pro oblast kontroly tabáku v ČR na období 2015-2018
  - Akční plán 4c) k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015-2018
- Akční plán č. 5: Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020 (MZ, 2015e)
- Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020 (MZ, 2015f).

Všechny výše uvedené AP vnímají jako hlavní problém vysokou zátěž v důsledku chronických nepřenositelných onemocnění. Obecně lze zmínit, že obsahují komplexní spektrum opatření podpory zdraví a primární prevence, zaměřených na **komunity** (kraje, obce) a jejich **zplnomocňování** (*empowerment*), tzn. podporu různých forem participace na tvorbě veřejné politiky, **prostředí, ve kterých lidé žijí a pracují** (školy, pracoviště, zdravotnictví) a další podmínky, jako jsou **charakteristiky produkce a distribuce potravin a návykových látek** (např.

---

<sup>19</sup> K tomuto závěru jsem došla na základě podrobného zkoumání AP, kdy rozhodující pro stanovení, zda se jedná o AP plánující opatření v oblasti primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví byl způsob definování zdravotního problému (tzn. že v AP byl jako problém uznán zdravotní problém z kategorie nepřenositelných onemocnění) a povaha navrhovaných opatření (primární prevence a podpora zdraví, dle definice na s. 6.).

omezení marketingu na nevhodné potraviny pro děti, reformulace potravin, omezení prodeje nevhodných potravin ve školách, zpřísnění povinných varování na cigaretových krabičkách, edukace provozovatelů prodejen o zákazu výdeje alkoholových nápojů osobám pod 18 let apod.), **životní prostředí** (odpady, hluk, vnitřní i vnější ovzduší) a **média** (např. vytvoření portálu ověřených poznatků o vhodném stravování, kampaně pro různé cílové skupiny, edukace novinářů).

Každý AP sestává z úvodu, který shrnuje situaci v dané oblasti. Na základě toho jsou definovány strategické oblasti a na ně navazující specifické cíle. K naplnění těchto cílů pak dále autoři stanovují žádoucí opatření. Součástí AP je vždy také harmonogram aktivit (s využitím tzv. GANTT chartu, který zachycuje jednotlivé úkoly, s nimi spjaté zodpovědnosti, termíny a časový rámec) a logický rámec<sup>20</sup>. Tvorba AP byla podpořena poradenstvím ze strany Oddělení poradců, analýz a tvorby strategií MZČR, byla uspořádána dvě školení pro gestory AP (2. a 24.4. 2014).

## **5.2 Širší okolnosti vzniku strategie Zdraví 2020**

Tvorbě národní strategie *Zdraví 2020* (vytvárené od října 2012 do listopadu 2013 a schválené vládou v lednu roku 2014 u.v. č. 23/2014) předcházelo delší období **odsouvání vyhodnocení (z roku 2007 až do roku 2012) předchozí strategie - komplexního programu Zdraví 21**<sup>21</sup>. Dle sdělení ministra Hegera premiérovi ze 17.12. 2012 tomu tak bylo (v posledních letech) z důvodu probíhajících diskusí na evropské úrovni o nové zdravotní politice v regionu, a také v důsledku změn ve vedení Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví na MZČR - v říjnu roku 2012 odešel z pozice hlavního hygienika na neplacenou dovolenou Michael Vít poté, co byl obviněn policií ze zneužití pravomoci úřední osoby a porušení povinnosti při správě cizího majetku, 10.10. 2012 byl novým hlavním hygienikem na návrh ministra zdravotnictví Hegera vládou Petra Nečase jmenován tehdejší ředitel hygienické stanice Libereckého kraje Vladimír Valenta (u.v. č. 760/2012). Hodnotící zpráva programu *Zdraví 21 (Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012)* byla nakonec dokončena v prosinci 2013 a využita pro přípravu strategie *Zdraví 2020* (SZÚ, 2014). Úkol připravit novou strategii, navazující

---

<sup>20</sup> Tento rámec zachycuje návaznost AP na strategické cíle a oblasti *Zdraví 2020*, klíčové priority AP, podstatné výstupy, dílčí indikátory a dílčí projekty a aktivity AP, náklady, předpoklady pro realizaci projektů, odpovědnosti na úrovni MZČR a možné zdroje financování.

<sup>21</sup> Jak jsem již zmínila v úvodní Kapitole 1.1, požadavek na vyhodnocení a aktualizaci *Zdraví 21* byl učiněn již v roce 2007, (viz u.v. č. 1433/2007), termín předložení byl ale v průběhu šesti dalších let odsouván (viz u.v. č. 748/2008, 484/2010, 575/2011, 60/2013).

na *Zdraví 21* a zakomponovat do české zdravotní politiky nový rámec, vznikající pro evropský region WHO, byl nelegislativním plánem vlády stanoven s termínem do 31.12. 2013. Záměr implementovat nový rámec WHO prostřednictvím národní strategie podpořil také Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu PČR (usnesení Výboru ... Senátu, 2013).

Jak jsem již zmínila výše, **na evropské úrovni probíhaly od roku 2010 diskuse o nové zdravotní politice**. Na 60. zasedání Evropského regionálního výboru WHO (13.-16.9. 2010) daly členské státy Evropské úřadovně WHO mandát připravit novou evropskou zdravotní politiku. Program s názvem *Health 2020 – A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century* (WHO, 2012a) byl schválen 53 členskými státy Evropského regionu WHO na 62. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září roku 2012 (WHO, 2012b). Současně byla na tomto zasedání schválena rezoluce o *Evropském akčním plánu WHO pro posílení kapacit a služeb veřejného zdraví* (*European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*), jejíž součástí je tzv. Deset základních metod pro rozvoj veřejného zdraví (*Essential Public Health Operations - EPHOs*), včetně podpory zdraví a působení na sociální determinanty zdraví, předcházení nemocem a včasné detekce nemocí (WHO, 2012c). Dále, na úrovni EU byl v listopadu 2011 Evropskou komisí (dále „EK“) zveřejněn návrh programu *Health for Growth 2014-2020* (později znám jako *Třetí víceletý program činnosti EU v oblasti zdraví na období 2014-2020*), s rozpočtem 446 milionů EUR, schválen byl regulací EU č. 282/2014 a 22.3. 2014 vešel v platnost pod názvem *Third Health Programme*. Program měl podporovat aktivity mezinárodní spolupráce ze čtyř oblastí, mezi nimi také podpory zdraví, prevence nemocí a rozvoje prostředí podporujícího zdravý životní styl. Výše uvedené mezinárodní dokumenty byly, dle sdělení tvůrců *Zdraví 2020*, hlavními východisky pro tvorbu obsahu strategie (rozhovor s dr. Rážovou, de. Valentou a dr. Wasserbauerem 24.8. 2022). Dále je nutné zmínit, že existence národního strategického rámce pro oblast zdravotnictví byla tzv. předběžnou podmínkou (ex-ante kondicionalitou) pro využívání finančních prostředků z ESIF pro zdravotnictví v období 2014–2020 (Evropská komise, 2014). Seznam předběžných podmínek a jejich základní parametry byly závazně stanovené pro členské státy v rámci Evropského Nařízení parlamentu a rady (EU) č. 1303/2013 ze dne 17. prosince 2013 o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti, Evropském zemědělském fondu pro rozvoj venkova a Evropském námořním a rybářském fondu. Cílem bylo zajistit, aby byly vytvořeny v členských státech EU nezbytné rámcové podmínky pro účinné využívání podpory z

ESIF. K problematice zdraví se vztahuje předběžná podmínka 9.3, která stanovuje požadavek na existenci vnitrostátního nebo regionálního strategického rámce politiky v oblasti zdraví. Nařízení stanovuje následující kritéria splnění:

*„(...) je vypracován vnitrostátní nebo regionální strategický rámec politiky v oblasti zdraví, který obsahuje:*

- *koordinovaná opatření, zlepšující dostupnost zdravotních služeb,*
- *opatření na podporu účinnosti ve zdravotnictví, prostřednictvím zavádění modelů poskytování služeb a infrastruktury,*
- *systém monitorování a hodnocení,*
- *členský stát nebo region přijal rámec, který orientačně vymezuje dostupné rozpočtové prostředky a nákladově efektivní soustředění prostředků pro potřeby ve zdravotnictví označené jako prioritní.“* (Nařízení č. 1303/2013; přeloženo autorkou).

Tehdejší hlavní hygienik k předběžné podmínce dodává: *„(...) to považuji za v podstatě geniální tah a geniální nástroj, který Evropská unie měla, aby skutečně donutila jednotlivé státy tento materiál připravit a dělat aktivity v tomto směru.“* A dále k otázce, proč byla pro naplňování této podmínky využita právě strategie *Zdraví 2020*: *„To, že Zdraví 2020 bylo využito jako strategický dokument k naplnění kondicionality, vzešlo jednak z naší nabídky, ale zároveň to byla i nevyhnutelnost, protože ani nic jiného na stole nebylo, takže to bylo všeobecně akceptováno“* (rozhovor s dr. Valentou 24.8. 2022).

**Se vznikem strategie *Zdraví 2020* se také již počítalo při formulaci *Koncepce hygienické služby*, schválené poradou vedení MZČR v březnu roku 2013. Mezi nástroje k jejímu naplnění byla řazena také integrace strategického dokumentu *Health 2020* do zdravotní politiky ČR. *Koncepce hygienické služby* měla představovat východisko pro stabilizaci a rozvoj systému ochrany a podpory veřejného zdraví, tj. hygienické služby a **základ pro strategii prevence nemocí a zlepšování zdravotního stavu populace ČR** - již zde jsou formulovány priority, tedy hlavní zdravotní problémy populace a nejdůležitější determinanty zdraví a nemocí, které budou dále uvedeny také ve *Zdraví 2020*, a také nezbytné podmínky pro dosažení cílů ve smyslu systému řízení, lidských zdrojů, financování, legislativního nastavení, institucionální báze a zdravotní politiky (zastřešujících dokumentů) (MZČR, 2013a). Jak komentuje Valenta: *„A tady byl další***

*úkol pro nás, který jsme museli udělat ještě před Zdravím 2020. Museli jsme napsat novou koncepci hygienické služby, která musela být schválena ministerstvem, a která byla pak předložena na požadavek Senátu i Parlamentu do zdravotnických výborů a odsouhlasená. Mluvím tady o tom proto, že v části té koncepce je definována úloha hygienické služby právě ve zdravotní politice, v podpoře zdraví, ve strategii péče o zdraví. A to je vlastně jediná koncepce hygienické služby, která doposud platí“* (rozhovor 24.8. 2022). Krátce nastíním okolnosti vzniku *Koncepce*. V lednu roku 2012 (tedy ještě za hlavního hygienika Víta) ve svém usnesení č. 499/2012 požádal Senát o předložení koncepce hygienické služby. Stalo se tak v souvislosti s projednáváním vládního návrhu novely Zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, jejíž podstatou byla redukce počtu zdravotních ústavů ze 14 na 2, se zachováním zdravotních ústavů se sídlem v Ústí nad Labem a Ostravě, která byla dále uvedena ve Sbírce Zákonů pod číslem 115/2012. V průběhu projednávání zákona v Senátu zazněla také výtky, že k restrukturalizaci hygienické služby dochází bez ukotvujícího koncepčního materiálu (viz např. stenozáznam z diskuse v Senátu 26.1. 2012). Jak reflektuje Valenta „(...) *ta vůle* (přijmout novou koncepci hygienické služby – pozn. autorky) vznikla proto, že jsme nastupovali do období, kdy situace v hygienické službě nebyla dobrá<sup>22</sup> a takto byla i politicky reflektovaná. Byla tady tak nejen společenská, ale i politická objednávka, aby se s tím něco udělalo, aby vznikla nová koncepce. A na základě této objednávky jsme návrh koncepce zpracovali a předložili do zdravotního výboru Senátu i zdravotního výboru PS. Obě dvě komory to nejen odsouhlasily, ale navíc vnesly požadavek být pravidelně informovány o stavu realizace koncepce hygienické služby, včetně strategie *Zdraví 2020*. Takhle to bylo nastavené. (...) samozřejmě, že v té koncepci jsme řešili i otázky financování, otázky personální, vzdělávání a tak dál“ (rozhovor 24.8. 2022). *Koncepce* byla připravena a přijata MZČR v březnu roku 2013. V listopadu ji vzal na vědomí senátní Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku (usnesení Výboru ... Senátu, 2013), přičemž ve svém usnesení v bodě 4 zmiňuje, že „(...) *souhlasí a podporuje kroky nového vedení hygienické služby při realizaci předložené „Koncepce“ a navazující přípravě implementace programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“* (tamtéž). V lednu 2014 pak byla *Koncepce hygienické služby* vzata na vědomí Výborem pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PČR (dále „PS PČR“) prostřednictvím usnesení č. 21 z 23.1. 2014, který mj. požadoval

---

<sup>22</sup> Informaci o situaci systému ochrany a podpory veřejného zdraví před vznikem strategie *Zdraví 2020* popisují v kapitole 1.1.

revitalizovat infrastrukturu hygienické služby a rozvíjet ji v rámci systému zdravotní péče ČR proporcionálně, tedy aby nedocházelo k propadu tohoto sektoru péče.

Výše uvedené okolnosti tvorby strategie *Zdraví 2020* reflektuje tehdejší hlavní hygienik Valenta následovně „(...) jsem velmi rád a považuji to za jeden z úspěchů práce našeho týmu, tedy celého týmu hlavního hygienika. Jmenovitě bych tu přesto rád zmínil dr. Wasserbauera, ředitele odboru strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví a dr. Rážovou tehdy na pozici vrchní ředitelky Úseku ochrany a podpory veřejného zdraví, ale samozřejmě i ostatní. Za úspěch to považuji tím více, že jsme nastoupili do Sekce ochrany veřejného zdraví (v říjnu roku 2012, pozn. autorky), která byla v rozkladu, někteří lidé odcházeli. Bylo tedy nutné nejprve tým doplnit a stabilizovat. Naštěstí jsme měli velkou podporu u ministra Hegera a později i ministra Holcáta, to byli z mého období ti ministři, kteří byli v obraze, kteří rozuměli problematice veřejného zdraví a dávali tomu podporu“ (rozhovor 24.8. 2022).

Strategie *Zdraví 2020* v ČR tedy vznikala po neplánovaném odchodu hlavního hygienika ČR, v situaci, kdy odborná veřejnost, ale také politici považovali stav v hygienické službě za problematický a existovala zde poptávka po nastartování revitalizace hygienické služby (její personální a finanční stabilizaci a udání jasné vize a koncepce), dále v době, kdy bylo možné již neodkládat splnění úkolu zadaného vládou, tedy vyhodnotit naplňování programu *Zdraví 21*, v období, kdy na mezinárodním poli (EU, WHO) docházelo k tvorbě nové zdravotní politiky pro evropský region (včetně stanovení podmínek pro možnost čerpání ESIF). To, že nakonec došlo k tvorbě strategie *Zdraví 2020*, můžeme tedy velmi hrubě interpretovat s využitím Kingdonovy teorie tří proudů jako důsledek aktivity promotérů veřejné politiky, zejména nového hlavního hygienika a jeho týmu (ale také tehdejších ministrů zdravotnictví Hegera a Holcáta), jenž byli nositeli dané veřejné politiky - disponovali vizí o směřování politiky ochrany a podpory zdraví pro ČR a měli přehled o národním, ale také aktuálním mezinárodním vývoji (WHO, EU) na tomto poli (tedy byli orientováni v proudu veřejné politiky) - a byli schopni propojit svou vizi jak s otevřeným oknem příležitosti v proudu problémů (došlo k problematizaci situace hygienické služby jak v rámci odborné komunity, tak na úrovni českých zákonodárných institucí a byla požadována náprava; dále se promotéři veřejné politiky ještě snažili posílit tento proud, když vytvořili zprávu vyhodnocující tehdy platnou strategii *Zdraví 21*, ve které formulovali problémy týkající se jejího naplňování (čili se snažili posílit efekt tzv. zpětné vazby tohoto programu), a taktéž když vymezili



problémy, které je nutné řešit, v rámci nové *Koncepce hygienické služby*), tak v proudu politiky (kdy se obměňoval tým v Sekci hlavního hygienika a promotéři veřejné politiky se chopili možnosti (s podporou tehdejšího vedení MZČR) zastávat významné funkce na MZČR a rozhodovat tak o dalším směřování zdravotní politiky).

### **5.3 Rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2020 a vybraných akčních plánů**

Cílem této kapitoly je popsat a interpretovat za pomoci teorie rozhodovací procesy, které se vázaly na přijetí strategie *Zdraví 2020*. Ačkoliv mou ambicí bylo identifikovat v procesu postupného přirůstání rozhodnutí všechna okna příležitosti k rozhodování, je více než jisté, že se mi nepodařilo zachytit zcela všechny tyto momenty, pravděpodobně zejména pak ty, v nichž došlo k nerozhodnutí či k negativnímu rozhodnutí. Dále, v některých případech, kdy k uvedené rozhodovací situaci neexistuje, nebo nebyl dostupný formální dokument, se opírám pouze o sdělení zúčastněných aktérů.

Následující část je rozdělena do tří období, ve kterých můžeme pozorovat rozdílnou míru aktivity v rámci rozhodovacích procesů.

#### **5.3.1 Přijetí strategie Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů vládou a příprava podmínek pro jejich realizaci za hlavního hygienika Valenty (březen 2013 - červenec 2016)**

V souvislosti se záměrem přijmout strategii *Zdraví 2020* a skutečně ji realizovat započalo v roce 2013 z iniciativy tehdejšího nově nastoupivšího hlavního hygienika Valenty a jeho týmu (podporovaného ministrem Hegerem a posléze ministrem Holcátem) **několik částečně provázaných rozhodovacích procesů, u nichž můžeme pozorovat postupné přirůstání rozhodnutí**. Na přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP totiž nelze nahlížet pouze jako na jednorázové schválení těchto dokumentů na úrovni vlády, je nutné porozumět také dalším rozhodovacím procesům o přijetí dané veřejné politiky (vztahujícím se např. k vymezení odpovědnosti za realizaci (kdo, co, kdy, jak, s jakými zdroji a omezeními) či strukturu implementace (výběru nástrojů) apod. – teoreticky toto postihují v Kapitole 2.1 o povaze rozhodování o přijetí veřejné politiky). Tehdejší hlavní hygienik a jeho tým, teď již v pozici tzv.

politických promotérů, současně pracovali na **ukotvení odpovědnosti a zabezpečení podmínek pro řízení tvorby a realizace strategie**, na **ukotvení odpovědnosti a zabezpečení podmínek pro vlastní realizaci strategie** (ukotvení na úrovni koncepce a legislativy a zajišťování finančních prostředků). Dále se snažili o schválení vytvořených strategických materiálů – tedy strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP – vládou. Jelikož jde o zastřešující strategické materiály, jejich schválení můžeme považovat za rozhodnutí, kterým vláda souhlasí se zdůvodněním potřeby politiky a vymezením problému, s cíli, s implicitními modely změny, s vymezením odpovědnosti za realizaci a strukturou implementace.

Současně s psaním strategie realizoval hlavní hygienik a jeho tým kroky k zajištění podmínek pro řízení její tvorby a realizace na resortní i meziresortní úrovni. V polovině roku 2013 byl po předchozím schválení na poradě vedení MZČR (13.7. 2013 – z iniciativy hlavního hygienika a za podpory ministra Holcáta z nově vzniklé tzv. úřednické vlády Jiřího Rusnoka), vládou **změněn statut Rady vlády** tak, aby byla její funkce explicitně vymezena jako **meziresortní poradní orgán vlády ČR také pro oblast ochrany a podpory veřejného zdraví** (nejen pro oblast "zdraví a životního prostředí"). Dále došlo k rozšíření působnosti Rady jako meziresortního orgánu **pro realizaci strategických dokumentů a koncepcí týkajících se zdraví obecně**. Do působnosti Rady byla explicitně zahrnuta podpora prevence nemocí a zdravotních rizik, podobně jako ochrana a podpora zdraví a zdravého životního stylu a přiřknuta motivační, informační a hodnotící funkce, kdy Rada vlády má přispívat ke stanovení priorit péče o zdraví, monitorovat stávající vývoj, podávat návrhy v oblasti zdravotní politiky a podílet se na kontrole a hodnocení výsledků přijatých opatření. Složení Rady zůstalo nezměněno, nadále tedy měla Rada vlády 14 členů (ministra zdravotnictví jako předsedu Rady, hlavního hygienika ČR jako místopředsedu a dále náměstky ministrů: životního prostředí, zemědělství, dopravy a spojů, průmyslu a obchodu, zahraničních věcí, financí, pro místní rozvoj, školství, mládeže a tělovýchovy, vnitra, práce a sociálních věcí, obrany a předsedy Státního úřadu pro jadernou bezpečnost) (u.v. č. 660/2013). **Jako poradní orgán ministra zdravotnictví pro prevenci nemocí, ochranu a podporu zdraví** byla pak po schválení na poradě vedení 30.9. 2013 příkazem ministra Holcáta č. 28/2013<sup>23</sup> zřízena **Resortní pracovní skupina pro podporu a ochranu**

---

<sup>23</sup> Tímto příkazem byly dále zrušeny Meziresortní pracovní skupina i Resortní pracovní skupina k zajištění aktualizace dokumentu Zdraví 21, které byly zřízeny v roce 2010 (Příkaz ministra č. 22/2010 resp. 23/2010).

**veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR (dále „RPS Z2020“).** Tato skupina, složená z odborných garantů jednotlivých témat strategie Zdraví 2020, měla koordinovat přípravu implementačních dokumentů v jednotlivých tematických pracovních skupinách. Zároveň byl **na SZÚ zřízen organizační útvar pro operativní řízení preventivních aktivit**, který měl být mj. zázemím RPS Z2020. Těmito kroky byla položena základní koordinační struktura procesu tvorby a realizace strategie *Zdraví 2020*. Jak Rada vlády, tak RPS Z2020 byly hlavním hygienikem pravidelně svolávány (Rada vlády: 11.12. 2013, 29.7. 2014, 12.10. 2014, 30.6. 2015, 14.12. 2015., 30.6. 2016; RPS Z2020: 5.2. 2014, 25.6. 2014, 2.12. 2014). V momentě, kdy zpracování implementačních dokumentů (tedy AP) bylo již v pokročilé fázi, zřídil ministr zdravotnictví Němeček na návrh hlavního hygienika 1.4. 2015 svým příkazem č. 8/2015 **Řídicí výbor pro implementaci Z2020 (dále „ŘV Z2020“)** na MZČR. Šlo o řídicí strukturu složenou převážně z pracovníků MZČR, členy byly tentokrát náměstci MZČR zodpovědní za jednotlivá témata AP (tzv. gestoři), ředitel ÚZIS ČR a zástupce Kanceláře WHO v ČR. Předmětem činnosti byl dohled nad implementací *Zdraví 2020*, především nad dokončením implementačních dokumentů a jejich následnou realizací. Později, po schválení AP vládou, byl aktualizován seznam členů pracovních skupin k jednotlivým AP, tak aby složení dále odpovídalo záměru skutečně realizovat formulovaná opatření.

**S cílem silněji zakotvit podporu zdraví a primární prevenci nepřenosných onemocnění jako jeden z úkolů systému orgánů ochrany veřejného zdraví, byla týmem hlavního hygienika vypracována jednak již výše zmiňovaná *Koncepce hygienické služby* (viz Kapitolu 5.2), jednak novela **Zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví** (Zákon č. 267/2015 Sb. z 16.9. 2015). Jak komentuje Valenta: „(...) *tady jsme vycházeli z toho, že tou základnou by měl být systém orgánů ochrany veřejného zdraví, protože to není jenom systém ochrany veřejného zdraví, ale také podpory veřejného zdraví. Takto je to definováno i v Zákoně o ochraně veřejného zdraví, kde sice ta podpora není přímo jmenovaná v názvu zákona, ale v paragrafech toho zákona už podpora samozřejmě definovaná je a je také ukládána jako jedna z činností orgánu ochrany veřejného zdraví. Samozřejmě nejenom jeho, ale on by tam měl vedle vlastní realizace sehrávat hlavně tu iniciační a koordinační úlohu*“ (rozhovor 24.8. 2022). Novela **lépe definovala a rozšiřovala podporu zdraví a zdravotní politiku**. V § 2 byla podpora zdraví vymezena jako: „(...) *souhrn činností pomáhajících fyzickým osobám zachovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění***

sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a zdravého životního stylu.“ (Zákon č. 267/2015 Sb.) Dále novela **ukládá povinnost krajům a KHS podílet se na vytváření a realizaci národní zdravotní politiky, včetně přípravy, realizace a podpory programů podpory veřejného zdraví: „§ 81e - Kraj v přenesené působnosti a) se ve spolupráci s obcemi v souladu s národní politikou ochrany a podpory veřejného zdraví podílí na přípravě programů podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a zdravotních rizik, spolupracuje při jejich realizaci a poskytuje jim podporu, b) spolupracuje s krajskou hygienickou stanicí při hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva kraje a jeho vývoje, vždy jednou za 5 let projedná zdravotní stav obyvatelstva a jeho vývoj a stanoví priority k řešení problémů a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. § 82 Krajské hygienické stanici náleží u) spolupracovat se správními úřady a s orgány samosprávy při tvorbě regionální zdravotní politiky ochrany a podpory veřejného zdraví a při rozvoji a realizaci opatření vedoucích ke zlepšování zdravotního stavu a kvality života obyvatelstva příslušného regionu; zajišťovat vyhodnocování efektivity realizovaných opatření a programů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a zdravotních rizik, zajišťovat minimálně jednou za 5 let hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva příslušného regionu z hlediska všech aspektů ovlivňujících zdravotní stav obyvatelstva a navrhnout k tomu priority k řešení problémů a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva příslušného regionu (...).“ (tamtéž).** V neposlední řadě novela **uložila zdravotním ústavům realizovat programy podpory zdraví, zajišťovat výchovu ke zdraví a činnost poraden ochrany a podpory zdraví: „§ 86 – zřizují se Zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav (1) k podílení se na provádění místních programů ochrany a podpory zdraví, (...) jakož i k výchově k podpoře a ochraně veřejného zdraví a k poskytování poradenských služeb a dalších služeb na úseku ochrany veřejného zdraví; (2) K přípravě podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, (...).“ (tamtéž)** Novela prošla celým legislativním schvalovacím procesem od schválení návrhu zákona vládou (2.7. 2014 – u.v. č. 502/2014), až po schválení na půdě PSP ČR 16.9. 2014 (usnesení PS č. 865/2014; podrobně je tento proces zachycen v Digitálním repozitáři PSP ČR k sněmovnímu tisku 270 z roku 2014: <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=270>). V průběhu schvalování docházelo k diskusím a úpravám návrhu, nedošlo však k významným změnám u pasáží, které se věnovaly ukotvení podpory zdraví a primární prevence v systému orgánů ochrany veřejného zdraví. Novela byla velmi rozsáhlá a týkala se širokého spektra témat. V důvodové zprávě byl účel novely popsán jako

„(...) uvedení zákona o ochraně veřejného zdraví do souladu se správním řádem (Zákon č. 500/2004 Sb.) a dlouhodobě odkládané vymezení skutkových podstat správních deliktů na úseku ochrany veřejného zdraví včetně ochrany zdraví zaměstnanců při práci (...) Zákon o ochraně veřejného zdraví se dále návrhem sladuje s terminologií zvláštních zákonů, a to zákona o chemických látkách a chemických směsích, živnostenského a školského zákona, zákona o sociálních službách, zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách, základních pracovněprávních předpisů a terminologií nařízení Evropské unie v oblasti chemických látek a směsí. (...) Návrhem zákona se provádějí některé dílčí změny na úseku ochrany veřejného zdraví před hlukem a vibracemi. (...) Dílčím způsobem je doplněna oblast pitných vod. (...) V oblasti předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a jiných poškození zdraví se zavádí institut opatření obecné povahy (...)“ (Důvodová zpráva, 2014). A konečně: „(...) Ve výkladu pojmů a částech zákona upravujících výkon veřejné správy, přenesené správy a samosprávy se návrhem specifikují úkoly a spolupráce orgánů ochrany veřejného zdraví a krajů. Úprava se týká hodnocení a řízení hluku v komunálním prostředí (§81a až § 81e), podpory zdraví a spolupráce při přípravě pandemických plánů. Úsek podpory zdraví, vnesený do zákona o ochraně veřejného zdraví při jeho přijetí, je dosud málo rozvíjen. Úkoly orgánů ochrany veřejného zdraví na tomto úseku se precizují. Nově se navrhuje stanovit podíl krajů v oblasti podpory zdraví, kterou lze přiřadit k úkolům samosprávných územních orgánů v péči o všestranný rozvoj území a potřeby občanů. Navrhuje se proto mimo jiné, aby se kraje ve spolupráci s obcemi podílely na přípravě programů podpory veřejného zdraví a spolupracovaly při hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva kraje a jeho vývoje“ (tamtéž).

Již od počátku příprav strategie *Zdraví 2020* a AP se tým hlavního hygienika zabýval také otázkou **možného financování implementace dané politiky a samotné tvorby**. Prostředky pro tvorbu AP (na odměny členům pracovních skupin, kteří nebyli zaměstnanci ministerstva) byly zajištěny prostřednictvím projektu SZÚ č. 29/14/NAP „*Tvorba Akčních plánů v rámci implementace programu Zdraví 2020 v ČR*“ v rámci 2. kola dotačního programu MZČR *Národní akční plány a koncepce* pro rok 2014 ve výši 1 227 000,- Kč, který byl schválen 9.7. 2014. Jak komentuje Valenta: „(...) na začátku se nám podařilo získat prostředky, díky tomu, že tam byl docent Heger, pro určitou odměnu i lidí, kteří pracovali na přípravě těch AP“ (rozhovor 24.8. 2022). Další finanční podporu spojenou s tvorbou AP (zejména s jejich překladem pro potřeby EK) a publikací *Zprávy o zdraví* (v červenci 2014), poskytla Regionální úřadovna WHO pro

Evropu prostřednictvím Dvouleté smlouvy o spolupráci na období 2014-15. **Hlavním tématem v rámci rozhodování o financování však bylo hledání prostředků pro budoucí realizaci opatření obsažených v AP (po dokončení AP byly odhadovány maximální náklady na jejich realizaci na 22,5 mld. Kč).** Zde bylo již od počátku tvorby strategie uvažováno o následujících zdrojích: ESIF pro období 2014-2020 (konkrétně OPZ a IROP), Třetím akčním programem EU v oblasti Zdraví pro období 2014-2020, prostředcích zdravotních pojišťoven, státním rozpočtu a prostředcích MZČR a ostatních ministerstev (např. dotačních titulů) a prostředcích WHO v rámci pravidelných Dvouletých smluv o spolupráci. Dr. Kazmarová, garantka AP pro snižování rizik ze zdravotního a pracovního prostředí nastavení financování komentuje následovně: *„Při tvorbě AP jsme dostali pokyn, který jsme nebyli asi schopni naplnit – že by to měly být úkoly, na které bude možno posléze udělat projekt a bude možné žádat touto cestou o finanční podporu (...). Od začátku bylo řečeno, že nepůjde o institucionální peníze. Problém je, že české dotační programy v té době ve svých tématech vůbec tohle neměly, v těch evropských to bylo velmi podobné. (...) Říkali jsme si: dobře, tak se ty úkoly nadefinují a pak se bude řešit, kde se zrealizují. (...) Některé úkoly pramenily z naší běžné práce, jenom jsme je chtěli vypíchnout, aby nezapadly a počítali jsme s tím, že je budeme v nějaké míře řešit stejně“* (rozhovor 14.12. 2022). Hlavní hygienik a jeho tým otevírali otázku financování opakovaně jak na RPS Z2020 (a posléze ŘV Z2020), tak na meziresortní Radě vlády. V případě prostředků **ESIF pro období 2014-2020** se rozhodování odehrávalo v rámci vyjednávání mezi EK a Ministerstvem pro místní rozvoj (dále „MMR“; jako tzv. Národním orgánem pro koordinaci) a dalšími partnery o tzv. *Dohodě o partnerství pro programové období 2014-2020*. Jednotlivé operační programy pro toto období pak z této dohody vycházely. Za MZČR se na vyjednávání o zaměření programů podílel také Odbor evropských fondů (dále „Odbor EF“), který průběžně komunikoval s týmem pro tvorbu strategie *Zdraví 2020* jednak o krocích nutných k naplnění předběžné podmínky, jednak o možném financování plánovaných aktivit. Na počátku roku 2014 se dle sdělení zástupců Odboru EF počítalo s částkou 2,5 miliard Kč pro oblast podpory zdravého životního stylu a podpory zdraví z OPZ, jehož řídicím orgánem bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále „MPSV“) (*Zápis z jednání RPS 5.2. 2014*). V dubnu roku 2014 také Odbor EF požadoval od členů RPS Z2020 vypracování návrhů projektů (ještě před dokončením AP) s cílem vytvořit databázi, která bude sloužit pro vyhledávání vhodných zdrojů financování (*Zápis ze školení k metodice tvorby AP 24.4.*). Tato orientační databáze byla ve spolupráci s členy RPS Z2020 vytvořena. V prosinci pak zástupci Odboru EF

doplnili, že aktuálně je podpora zdraví obsažena v OPZ, avšak tento operační program je orientován na znevýhodněné skupiny a jejich začlenění a lepší přístup k péči, a že zatím byla vyčleněna 1 miliarda korun, která by měla být k dispozici formou jedné výzvy přímo pro MZČR. Zástupci Odboru EF tedy doporučili tvůrcům AP zdůraznit u jednotlivých témat, jaké jsou znevýhodněné skupiny v dané problematice a jaká opatření povedou ke snížení nerovností (Zápis z jednání RPS 2.12. 2014). Valenta k využití těchto prostředků dodává: „Naplnili jsme podmínku vytvoření zdravotní strategie, abychom mohli čerpat z těch evropských fondů a část z prostředků jsme chtěli využít na projekt Center podpory zdraví. (...) My jsme projekt Center podpory zdraví plánovali na prvopočátku tak, že to budou právě tato Centra, kdo bude celou oblast Zdraví 2020 dlouhodobě obhospodařovat, že budou tím řídicím orgánem ve spolupráci s hygienou a kraji. Nicméně ty podmínky EU byly dále upřesněny tak, že se projekty mají vyloženě týkat podporování sociálně znevýhodněných skupin, tím se samozřejmě významně zúžily možnosti“ (rozhovor 24.8. 2022). Jak doplňuje dr. Rážová: „Finanční prostředky mohly být v souladu s podmínkami EU a s pravidly nastavenými řídicím orgánem, tedy MPSV, čerpány na projekty zaměřené na sociálně znevýhodněné skupiny ve věku 15 – 65 let, tím nám pak vlastně vypadla možnost využít finanční prostředky OPZ k realizaci připravených intervenčních aktivit zaměřených na celou generaci mladší 15 let“ (rozhovor 24.8. 2022). Projekt center podpory zdraví, který zmiňuje Valenta, byl nakonec realizován v období 1.1. 2018 - 31.12. 2022 SZÚ (reg.č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0009439) z OPZ, v rámci výzvy „Projekty realizované Ministerstvem zdravotnictví (systémové)“, s celkovým rozpočtem 241,312,156 Kč. Zaměřen byl, s ohledem na podmínky EK, na „(...) zřízení 14 regionálních center podpory zdraví (RCPZ) v každém jednotlivém kraji jako odborné základny, která bude zajišťovat realizaci aktivit v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí. Jedinou činností nově vzniklých RCPZ je zvyšování zdravotní gramotnosti u vulnerabilních skupin populace ohrožených chudobou a sociálním vyloučením s cílem snižovat nerovnosti ve zdraví“ (SZÚ, 2022b). Centra podpory zdraví, zaměřená na tzv. ohrožené skupiny, byla jedinou aktivitou zahrnující podporu zdraví a primární prevenci, financovanou z této výzvy, resp. z OPZ v programovém období 2014-2020<sup>24</sup>. Výzva byla (kromě zřízení center) dále zaměřena na: podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče; podporu specializačního vzdělávání zdravotnických

---

<sup>24</sup> Přehled výzev je uveden na webových stránkách k OPZ: <https://www.esfcr.cz/modules/calls/>.

pracovníků ve vymezených klinických oborech s nedostatečným pokrytím péče; zavádění zdravotní péče ve vybraných oborech v regionech, kde není dostatečné pokrytí a realizace screeningových programů a zlepšení jejich dostupnosti nejrizikovějším skupinám<sup>25</sup>. Celkem byly v rámci této výzvy alokovány necelé 2,5 miliardy Kč<sup>26</sup>, celková alokace pro OPZ pak činila přibližně 70 miliard Kč. Prostředky pro realizaci plánovaných aktivit se tehdejší hlavní hygienik a jeho tým snažili nalézt také ve spolupráci s ostatními ministerstvy prostřednictvím meziresortní Rady vlády, také s odkazem na usnesení, které vláda vydala při schvalování strategie Zdraví 2020 (viz. výše). Cílem bylo nalézt prostředky z dotačních titulů ministerstev, operačních programů spravovaných některými ministerstvy, ale také ze státního rozpočtu (*Zápis ze 49. jednání Rady vlády; Zápis z 50. jednání Rady vlády*). 31.5. 2016 vstoupila v platnost také další Dvouletá smlouva o spolupráci mezi MZČR a Regionální úřadovnou WHO pro Evropu na období 2016 až 2017. Jak můžeme nalézt na stránkách MZČR, ani projekty financované z *Třetího akčního programu v oblasti Zdraví pro období 2014-2020* nebyly využity na financování podpory zdraví či primární prevence nepřenosných onemocnění, ačkoliv program byl zaměřen tímto směrem. Jednání se zástupci zdravotních pojišťoven o možném financování plánovaných aktivit, byla dle sdělení dr. Wasserbauera taktéž neúspěšná (rozhovor 24.8. 2022).

**Vlastní strategie Zdraví 2020 byla po předložení hlavním hygienikem schválena nejprve poradou vedení MZČR 16.12. 2013** (tedy s podporou ministra zdravotnictví Holcáta), a **dále také vládou** (8.1. 2014, u.v. 23/2014). Schválení této strategie znamenalo **formální uznání potřeby stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nutnosti nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace**, přičemž na prevenci nemocí a ochranu a podporu zdraví je zde nahlíženo jako na aktivity, které mají reálný přínos pro zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory výdajů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy. Hlavním cílem strategie je "(...) *zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet (...)*" (MZČR, 2014: 19), strategickými cíli pak: 1. "*Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví.*"(tamtéž) a 2. "*Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.*" (tamtéž). Změny

---

<sup>25</sup> <https://www.esfcr.cz/vyzva-039-opz> (Příloha 2).

<sup>26</sup> <https://www.esfcr.cz/vyzva-039-opz>.



ve smyslu zlepšování zdravotního stavu populace a snižování výskytu nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet, má být dosaženo prostřednictvím ovlivňování determinant zdraví, tak jak je zachycují Dahlgren & Whitehead (1991; viz také analytický rámeček na Obrázku 2). Na tomto základě jsou dále definována horizontální a vertikální témata pro rozvoj aktivit v rámci *Zdraví 2020* (viz Kapitulu 5.1). Řízení implementace *Zdraví 2020* má mít na starosti jednak Rada vlády, RPS Z2020 a organizační útvar v rámci SZÚ. Z hlediska zdrojů pak strategie deklaruje plán rozvinout personální kapacity (a jejich vzdělávání) pro potřeby prevence, ochrany a podpory zdraví, revitalizovat stávající institucionální infrastrukturu v této oblasti (včetně posílení jejího ukotvení v legislativě), rozvinout spolupráci se všemi složkami společnosti a využít příležitostí k odborné spolupráci na národní, ale i mezinárodní úrovni. A jak již bylo zmíněno výše, ve strategii se předpokládá využití finančních prostředků z ESIF pro zdravotnictví v období 2014-2020 (OPZ a IROP), *Třetího akčního programu EU v oblasti zdraví pro roky 2014-2020* a Dvouletých smluv o spolupráci mezi Regionální úřadovnou WHO pro Evropu a MZČR. (MZČR, 2014) Usnesení vlády dále jasně stanovuje odpovědnost za realizaci strategie - vláda pověřila předsedu vlády předložit strategii i do PS PČR a Senátu a požádat je o podporu, dále uložila ministroví zdravotnictví rozpracovat do 31.12. 2015 strategii do implementačních dokumentů, informovat vládu 1x ročně o stavu realizace *Zdraví 2020* s datem předložení 1. zprávy do 30.9. 2015 a seznámit hejtmany se strategií; ministrům vláda uložila spolupracovat s ministrem zdravotnictví při naplňování strategie a implementačních dokumentů a využívat strategii a implementační dokumenty při přípravě právních předpisů a strategických dokumentů a podkladů pro návrh státního rozpočtu v letech 2015-2020; hejtmanům pak doporučila využít strategii při přípravě obdobných programů v rámci zdravotní politiky kraje (u.v. č. 23/2014). K podpoře nově vzniklé strategie se následně přidal také Výbor pro zdravotnictví PS PČR (usnesení 24/2014) a posléze celá PS PČR (usnesení PS PČR 175/2014). Ve svých usneseních vyzvaly vládu mj. k podpoře realizace strategie a k zohlednění implementace při plánování státního rozpočtu, tedy k uvolňování prostředků ze státního rozpočtu. V rozpravě, a dále také při hlasování o usnesení v PSP ČR, byli poslanci jednotní - z přítomných 149 poslanců hlasovalo 127 pro přijetí usnesení, proti nebyl nikdo. Existence strategie však nebyla z pohledu EK považována za dostatečnou pro splnění předběžné podmínky pro možnost čerpat prostředky z ESIF pro období 2014-2020, jelikož šlo o příliš obecný dokument. (MMR, 2014). **S vypracováním navazujících implementačních dokumentů se počítalo již od počátku příprav strategie, jelikož však tyto byly dále označeny**

**za dokumenty, které je nutné vytvořit pro splnění předběžné podmínky, zkrátil se termín pro jejich zpracování (viz dále).** AP byly dále zpracovávány ve spolupráci s odborníky, a to na platformě RPS Z2020. V prvním pololetí roku 2014 byly utvořeny pracovní skupiny pro tvorbu akčních plánů (pod vedením garantů) pro jednotlivé tematické oblasti. Celkem se na tvorbě AP podílelo více než 250 odborníků. Členové pracovních skupin byli jmenováni hlavním hygienikem. Jak k procesu tvorby AP uvádí Valenta: *„To největší, co bylo uděláno, byla ale práce s lidmi – jednalo se o více než dvě stě lidí, které bylo nutné znovu získat, přesvědčit tyto lidi, protože předcházející strategický dokument Zdraví 21 byl ukončen trošku do ztracena.<sup>27</sup> Předchozí hlavní hygienik byl odvolán, nebylo uděláno hodnocení, byly jiné problémy a my jsme se setkávali s tím, že řada těch lidí a odborníků už ztratila důvěru a neměla chuť vlastně se znova angažovat. Nám se podařilo tyto lidi znova do toho zatáhnout. Mohu vám říct, že jednání, které jsme měli ve velké posluchárně na SZÚ, kde byly všechny ty špičky ve svém oboru, bylo pro mě velmi silným momentem. Tyto lidi se podařilo získat opravdu pro to, aby si sedli a znova dali dohromady a aktualizovali všechny ty potřeby a aktivity, které je v oblasti prevence, podpory zdraví, předcházení nemocem vlastně nutné dělat, aby vytvořili znova ty akční plány. Do toho jsme jim výrazně nezasahovali, kromě toho, že jsme třeba provedli školení pro to, jak ty akční plány mají vypadat (školení garantů proběhlo 2. a 24.4. 2014 ve spolupráci s Oddělením poradců, analýz a tvorby strategií MZČR, pozn. autorky), aby naplňovaly i tu formální strukturu a podobu toho materiálu, tak jak má být. Jsou tam logické rámce, kontroly úkolů a takové věci, které jsou tam nutné, aby to byl materiál schopný realizace“* (rozhovor 24.8. 2022). Termín pro zpracování AP byl dle u.v. č. 23/2014 vlády Jiřího Rusnoka stanoven na 30.12. 2015, v únoru toho roku ale ministr zdravotnictví Němeček informoval členy porady vedení na MZČR o zkrácení termínu pro předložení AP do vlády do 30.6. 2015 z důvodu nutnosti urychleného zaslání těchto dokumentů EK pro splnění předběžné podmínky pro možnost čerpání prostředků z ESIF v období 2014-2020. Tehdejší koordinátor tvorby strategie Zdraví 2020 Wasserbauer k tomuto uvádí: *„Já jsem to tehdy skutečně viděl tak, že hlavním důvodem pro tvorbu a dokončení akčních plánů ke strategii Zdraví 2020 bylo zajištění podmínky pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů, to bylo pro ministra i*

---

<sup>27</sup> Dle sdělení garanta k AP č. 1 k pohybové aktivitě byla často motivace odborníků k zapojení do procesu tvorby AP nízká, jelikož se obávali opakování předchozích scénářů nenaplnování koncepčních dokumentů: *„(...) lidé, kteří mi odmítli na strategii spolupracovat, říkali, že je to určitě dobrý, že si to mám vyzkoušet, ale že se omlouvají, že strategií dělali pět a žádná k ničemu nebyla.“* (rozhovor s dr. Hamříkem, 14.11. 2022).

*ministerstvo určitě to nejdůležitější“ (rozhovor 24.8. 2022). AP byly z důvodu časové náročnosti vypořádávání připomínek ve vnějším připomínkovém řízení nakonec schváleny poradou vedení 17.7. 2015 a dále byly vládou 20.8. 2015 vzaty na vědomí (u.v. č. 671/2015). Podporu AP vyjádřil znovu také Výbor pro zdravotnictví PSP ČR (v usnesení č. 99/2015) a mj. vyzval vládu k podpoře realizace AP i jejího finančního a institucionálního zabezpečení. Jak uvádí Valenta: „(...) já můžu říct, že jsem měl mezi poslanci vynikající podporu. Ale ta není sama od sebe, musí vycházet z nějaké iniciativy – ty lidi oslovit, přednést to téma, protlačit ho (...)“ (rozhovor 24.8. 2022). Splnění předběžné podmínky bylo později (počátkem roku 2017) verifikováno EK a ČR tak mohla čerpat prostředky pro celou oblast zdravotnictví.*

**Za působení hlavního hygienika Valenty a jeho týmu na MZČR byly tedy strategie Zdraví 2020 a navazující AP přijaty vládou, částečně byly nastaveny podmínky pro řízení tvorby a realizace strategie (kromě zajištění udržitelného financování pracovních skupin), dále byla ukotvena odpovědnost za realizaci strategie (na koncepční úrovni - ve schválené Koncepti hygieny a strategii Zdraví 2020 a AP a na legislativní úrovni – prostřednictvím novely č. 267/2015 Sb.). Rozhodovací proces vztahující se k zabezpečení finančních prostředků pro vlastní realizaci strategie však byl pozastaven.** Dne 17.9. 2015 bylo MZČR standardně vypsáno výběrové řízení na pozici hlavního hygienika, stávající hlavní hygienik se do něj však nepřihlásil a k 15.7. 2016 odešel z funkce. Přibližně ve stejné době odešli také jeho kolegové dr. Rážová z pozice ředitelky Odboru ochrany veřejného zdraví a zástupkyně hlavního hygienika a dr. Wasserbauer z pozice ředitele Odboru strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví. Valenta tento krok zdůvodňuje problematickou spoluprací s tehdejším ministrem Němečkem, zejména neshodou ohledně žádoucí expertizy pracovníků hygienické služby - důvodem podle něj bylo „(...) že ministr Němeček nesouhlasil s potřebou zdravotnického vzdělání pro pracovníky hygienické služby, které považoval pouze za úředníky, a zablokoval prosazení požadavku zdravotnického vzdělání do zákona o ochraně veřejného zdraví. (...) Dva roky jsme spolu bojovali, já jsem čekal až odejde, neodešel, a tak jsem odešel já. Paradoxně byl odvolán za krátký čas po mém odchodu“ (rozhovor 24.8. 2022). Od platnosti tzv. Služebního zákona (Zákon č. 234/2014 Sb.) převažuje při obsazování míst v hygienické službě dominantně požadavek na vzdělání v oblasti veřejné správy – je požadován pouze obor státní služby *Zdravotnictví a ochrana veřejného zdraví*. Valenta za klíčové pro výkon práce hygienické služby v celém jejím rozsahu (včetně podpory zdraví, nejen zajišťování inspekční činnosti) považuje

zdravotnické vzdělání, které nemůže být úředním vzděláváním nahrazeno: „(...) absence zdravotnického vzdělání vede k omezení práce hygienické služby a k tomu, že se soustřeďuje pouze na oblast formálně inspekční činnosti, které chybí vyhodnocení zdravotního rizika. To je ta katastrofa, stejně jako vynechávání dalších činností vázaných na zdravotnické vzdělání, které nám ukládá zákon. To samozřejmě vede k tomu, že se snižuje odborná úroveň – ty další oblasti totiž vyžadují natvrdo zdravotnické vzdělání. Dochází také k dalšímu poklesu lékařů v hygienické službě. (...) A to je obor hygiena a epidemiologie základní lékařský obor a tady jsou pochyby o tom, jestli má mít hygienik lékařské vzdělání. Samozřejmě lékařské nebo zdravotnické vzdělání. I ti nelékaři, kteří v hygienické službě pracují a bez nichž se stejně jako bez lékařů neobejdeme, by měli mít určitý stupeň zdravotnického vzdělání“ (rozhovor 24.8. 2022).

**V tomto období je tedy možné pozorovat postupné přirůstání rozhodnutí v rámci několika částečně provázaných rozhodovacích procesů.**

**Vlastní schválení strategie Zdraví 2020 a navazujících AP** (nejprve poradou vedení MZČR a posléze vládou – Jiřího Rusnoka v případě *Zdraví 2020* a Bohuslava Sobotky v případě AP) můžeme optikou modifikované teorie tří proudů interpretovat jako výsledek aktivity politických promotérů (dr. Valenty jako hlavního hygienika, ministrů Holcáta a Němečka, ale také členů výborů v Senátu a PS PČR), kteří zastávali významné vedoucí pozice v rozhodovací struktuře a podařilo se jim návrhy prosadit jak při rozhodování na úrovni MZČR, tak na úrovni vlády (ačkoliv zde zůstává otevřena otázka, zda přesvědčení o potřebnosti schválení strategie a AP u významných aktérů pramenilo z přesvědčení o nutnosti řešení ve strategii a AP formulovaných zdravotních problémů, nebo bylo motivováno příslibem možného čerpání ESIF ze strany EK.) Stejně tak **skupinu rozhodnutí o zřízení řídicí struktury pro tvorbu a realizaci strategie a AP a počátečním financování pracovních skupin** můžeme připisovat aktivitě a významnému postavení těchto politických promotérů. **K silnějšímu ukotvení odpovědnosti za realizaci strategie Zdraví 2020 a obecně politiky podpory zdraví v rámci systému ochrany a podpory veřejného zdraví došlo schválením novely zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.** Ukotvení paragrafů týkajících se podpory zdraví do tohoto zákona můžeme připsat aktivitě hlavního hygienika a jeho týmu, přičemž dostupné poznatky nasvědčují tomu, že tito političtí promotéři v tomto případě využili strategii uzavírání dohod o balíčcích opatření, když tematiku podpory zdraví začlenily do novely, která se věnuje široké paletě témat spojených s ochranou

veřejného zdraví. Tento celkový balíček pak měl podporu také tehdejšího ministra zdravotnictví (který jej dále předložil do vlády) a je otázkou, do jaké míry tato strategie napomohla také konečnému schválení novely v komplexním legislativním procesu. **Rozhodovací proces vztahující se k zajištění finančních prostředků na realizaci strategie Zdraví 2020 a AP** nebyl ukončen ve smyslu přijetí rozhodnutí, které by nějak zásadně zajišťovalo budoucí financování realizace. V průběhu tohoto procesu se političtí promotéři (tentokrát zejména hlavní hygienik a jeho tým) snažili vyjednávat s dalšími významnými aktéry – ministerstvy v rámci Rady vlády s odkazem na u.v. č. 23/2014, které ministrům ukládalo „(...) *spolupracovat s ministrem zdravotnictví při naplňování strategie a implementačních dokumentů a využívat strategii a implementační dokumenty při přípravě právních předpisů a strategických dokumentů a podkladů pro návrh státního rozpočtu v letech 2015-20*“ a zdravotními pojišťovny. Rozhodování o financování z ESIF, konkrétně z OPZ, bylo ukončeno pozitivním rozhodnutím o financování projektu Center podpory zdraví, přičemž aby vyhověli podmínkám výzvy v rámci tohoto OP, političtí promotéři zde museli uplatnit strategii ústupků a upustit od původního záměru vytvořit s pomocí prostředků ESIF síť regionálních center, která by plnila funkci řídicího orgánu pro celou strategii Zdraví 2020 a AP a koordinovala spolupráci s kraji, hygienickými stanicemi a dalšími aktéry a projekt upravit tak, aby byla činnost center omezena pouze zvyšování zdravotní gramotnosti u skupin ohrožené sociálním vyloučením a chudobou v dospělé populaci.

### **5.3.2 Období útlumu prací na přijetí a realizaci strategie Zdraví 2020 a AP (červenec 2016 – září 2017)**

Na základě proběhlého výběrového řízení předložil tehdejší ministr zdravotnictví Němeček dne 15.6. 2016 vládě návrh na jmenování Mgr. Evy Gottvaldové na služební místo hlavního hygienika ČR. Vláda návrh a jmenování schválila (u.v. č. 547/2016). Nová hlavní hygienička na tiskové konferenci 18.7. 2016 uvedla: „*Chtěla bych navázat na vše dobré, čeho bylo v uplynulých letech v rámci hygienické služby dosaženo. V úkolech dlouhodobějšího charakteru budu pokračovat tak, aby bylo dosaženo požadovaných cílů, např. v podpoře zdraví nebo personální stabilizaci systému. Zároveň nás čekají nové výzvy, jakými jsou zejména naše připravenost na krizové situace v oblasti ohrožení veřejného zdraví, ale i reakce na nepříznivý epidemiologický vývoj v naší zemi, především u HIV/AIDS či onemocnění přenášených klišťaty, který si také vyžaduje naši pozornost (...)*“ (MZČR, 2016b). Dále však zdůraznila, že jasnější představu o svých dalších krocích bude mít až po důkladném studiu vývoje předchozího období (*tamtéž*). V rozhovoru 18.8. 2016 pro

Zdravotnický deník k nedávnému vývoji v hygienické službě pak uvedla: „Podle dokumentů, které mi byly předány, byl velký důraz na podporu zdraví, vzdělávací aktivity a návrat k dřívějšímu stavu v této oblasti. Nebylo to tolik ve vztahu k tomu, co hygienická služba dělá jako orgán státní správy a v aktivitách daných zákonem, byť po novele zákona 258/2000 získala do vínku i podporu zdraví. Myslím si, že to ještě vyžaduje zvážení, zda je skutečně úkolem krajské hygienické stanice jako orgánu ochrany veřejného zdraví a státní správy do takové míry se věnovat vzdělávacím aktivitám, nebo jestli spíše není na místě vytvářet pouze prostředí ze strany ministerstva zdravotnictví, ve spolupráci s krajskými hygienickými stanicemi a jejich spolupráci na místní úrovni s krajským úřadem“ (Cikrt & Koubová, 2016).

Pokud se podíváme na další vývoj rozhodovacích procesů k přijetí Zdraví 2020 a AP, které byly započaty v předchozím období, zjistíme, že **byla pozastavena činnost řídicí struktury tvorby a realizace strategie a AP – ŘV Z2020** ani Rada vlády nebyly svolány, takže **minimálně prostřednictvím těchto platform také nedošlo k žádným krokům, které by dále směřovaly k zajištění finančních prostředků jak pro řízení, tak pro vlastní realizaci strategie**. Valenta k tomu dodává: „To že byl **kompletně zlikvidován řídicí systém a strategie Zdraví 2020 utlumená, má i lidskou rovinu - tady vidím to, že my jsme získali důvěru stovek lidí při realizaci a po našem odchodu systém přestal fungovat, aniž byl vlastně ukončený, já vlastně ani nevím, jak se s tím vypořádali, ale myslím, že to bylo do ticha a nic. Tak si myslím, že největší škoda byla právě v té ztrátě důvěry, na tom řekněme lidském kapitálu, který do toho byl vložený**“ (rozhovor 24.8. 2022). Dle dostupných informací není jasné, zda byla činnost ŘV Z2020 ukončena standardně příkazem ministra či nikoliv.

Dle sdělení dr. Šteflové byl přibližně v polovině roku 2016 do ČR zaslán dopis, ve kterém EK v návaznosti na vyjednávání prostředků na další programové období (2021-2027) vytýkala ČR nenaplnění strategie *Zdraví 2020*. (rozhovor 12.10. 2022) V souvislosti s tím byla na MZČR vypracována a v září 2016 publikována hodnotící zpráva - *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, kde se dočteme, že finanční zdroje na realizaci plánovaných opatření chybí: „Pro realizaci aktivit akčních plánů zůstává klíčovým úkolem zajištění odpovídajících finančních prostředků, a to jak na národní tak mezinárodní úrovni, včetně nutnosti zajistit udržitelnost pracovních skupin a tím i zapojení celého spektra odborníků a partnerů do realizace opatření na ochranu a podporu zdraví a prevence nemocí obyvatel ČR“ (2016a: 8). A dále: „Společným úkolem všech resortů zůstává nadále

*mobilizace finančních zdrojů a spolupráce při další realizaci konkrétních opatření směřujících k ochraně a podpoře zdraví a prevence nemocí, a tím i zlepšení zdravotního stavu populace v ČR“ (c.d.: 9).*

**Dále, ačkoliv odpovědnost za realizaci strategie *Zdraví 2020* a AP v rámci systému ochrany a podpory veřejného zdraví byla v předchozím období ukotvena v legislativě, a také v *Koncepci hygieny*, kroky k jejich naplňování realizovány nebyly.** Ke koncepci Valenta uvádí: *„Přestože se moje nástupkyně při svém nástupu zavázala, veřejně zavázala na tiskové konferenci, že bude pokračovat v naplňování koncepce hygienické služby, tak k tomu bohužel nedošlo. O koncepci nového ministra Vojtěcha (který nastoupil na tuto pozici v prosinci 2017, pozn. autorky) ani neinformovala, natož aby ji realizovala a podávala zprávy parlamentu, jak plynulo z příslušných usnesení zdravotních výborů. To bylo špatné jak pro hygienickou službu, tak i pro naplňování Zdraví 2020. Bohužel mne v současné době velmi mrzí, že ani nástupce ministra Vojtěcha, pan ministr Válek, neprojevil o schválenou koncepci hygienické služby zájem, přestože je o ní informován, a chystá se bez této strategické vize a konsensu odborných společností i hygienické obce realizovat změny v zákoně a překopávat celou strukturu hygienické služby.“* A dále k naplňování platné legislativy: *„Bohužel nikoho nezajímá, že ani ta legislativa, o které jsem hovořil, tak prostě není naplňovaná – že nejsou psané zprávy o zdraví, že není naplňovaná zdravotní politika a že se orgány ochrany zdraví oblasti podpory zdraví nevěnují, jak by měly. (...) přestože v nějaké podobě zákon trvá. Celá oblast podpory zdraví, snad s výjimkou Státního zdravotního ústavu, není v orgánech ochrany veřejného zdraví řešená, přestože nám to zákon ukládá, nikdo to nevnucuje, nikdo se o to nestará. To je současný stav. Ten je možná pochopitelné v době Covidové pandemie a nutnosti se soustředit na krizové řízení, ale pandemie bude jednou končit“* (rozhovor 24.8. 2022).

**Období od července 2016 do září 2017 se tedy vyznačovalo nečinností ve vztahu k rozhodovacím procesům týkajícím se strategie *Zdraví 2020* a AP.** Byla pozastavena činnost řídicí struktury, nedocházelo k vyjednávání o financování realizace strategie a AP a nebyly činěny ani žádné jiné další kroky, které by posouvaly koncepční dokumenty nebo legislativu směrem k implementaci (tento bod se zřejmě týká i období po září 2017, resp. celého období působení Mgr. Gottwaldové na pozici hlavní hygieničky – do března 2020). Optikou modifikované teorie tří proudů můžeme tuto nečinnost interpretovat jako důsledek změny na pozici významného aktéra –

odchod hlavního hygienika Valenty jako politického promotéra strategie *Zdraví 2020* a AP. Nová hlavní hygienička již politickým promotérem této veřejné politiky nebyla. Další politický promotér, který byl aktivní v předchozím období v souvislosti s tvorbou strategie a AP, tedy ministr zdravotnictví Němeček, již v tomto období také nebyl aktivní, což naznačuje, že jeho dosavadní aktivita mohla být motivována spíše snahou naplnit předběžnou podmínku pro čerpání ESIF v období 2014-2020 pro oblast zdravotnictví nežli snahou naplňovat danou veřejnou politiku.

### **5.3.3 Inventura a revitalizace prací a počátek tvorby strategie Zdraví 2030 (září 2017 – listopad 2019)**

V září roku 2017 uložil ministr zdravotnictví Ludvík provést inventuru stavu jednotlivých akčních plánů s revizí jejich priorit. Obnovení aktivity můžeme chápat mj. jako odpověď na již výše zmíněný dopis EK, který v návaznosti na vyjednávání prostředků z ESIF již na další programové období (2021-2027) mezi EK a ČR vytýkal ČR nenaplňování strategie *Zdraví 2020* a AP. Koncem roku 2017 tedy na MZČR vznikly interní dokumenty, shrnující míru naplňování jednotlivých AP (MZČR, 2017). Ministr Vojtěch, který na MZČR nastoupil v prosinci 2017, v lednu na poradě vedení stanovil úkol podat informaci o stavu příprav revitalizace programu *Zdraví 2020* (zápis z porady vedení MZČR 27.3. 2018). Na další poradě vedení 27.3. 2018 bylo dr. Šteflovou<sup>28</sup> (kterou na pozici své odborné náměstkyně jmenoval Vojtěch hned při svém příchodu) a náměstkem pro zdravotní péči sděleno, že *„První kontrola realizovaná v roce 2017 odhalila značné disproporce v plnění cílů jednotlivých akčních programů. (...) ty pracovní skupiny, které se mohly opřít o institucionální zázemí a financování, mnohé ze stanovených cílů plnily nebo dokonce již splnily, jiné, které se o takové zázemí opřít nemohly, úkoly plnily jen částečně nebo vůbec ne. Původní předpoklad financování programu z Evropských strukturálních fondů se nenaplnil, jelikož nebyly vypsány vhodné výzvy, jakkoli byl program *Zdraví 2020* schválen jako předpoklad pro uvolnění prostředků z těchto fondů“* (Důvodová..., 2018). **Ministr Vojtěch pak na březnové poradě schválil další postup (ve spolupráci s dr. Šteflovou)**, tedy návrh: obnovit činnost ŘV; vytvořit inventář priorit jednotlivých AP k projednání s věcně příslušnými

---

<sup>28</sup> Dr. Šteflová působila mezi léty 2003 a 2017 na pozici ředitelky Kanceláře WHO v ČR, předtím také ještě na MZČR jako poradkyně Hlavního hygienika ČR, vedoucí oddělení ambulantní a primární péče nebo ředitelka odboru pro vědu a výzkum.



útvary MZČR a odbornými guaranty AP a stanovit opatření nezbytná k jejich realizaci; pokračovat v přípravě Národního zdravotnického informačního portálu (dále „NZIP“)<sup>29</sup> včetně jeho financování; iniciovat jednání s VZP a Sdružením zdravotních pojišťoven k zajištění financování aktivit AP; předložit návrh na zřízení rozpočtového oddělení pro program *Zdraví 2020* a postupně publikovat vhodné výstupy AP (tamtéž). **Toto rozhodnutí můžeme považovat za obnovení aktivity v rozhodovacích procesech, které se týkaly řídicí struktury, odpovědnosti za realizaci, struktury implementace i financování strategie Zdraví 2020.**

Řídicí struktura strategie Zdraví 2020 byla obnovena ministrem Vojtěchem v květnu roku 2018 - 30.5. 2018 byl Příkazem ministra č. 16/2018 zřízen Řídicí výbor Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále „ŘV Z2020 II.“), předmětem jeho činnosti byl dohled nad implementací strategie *Zdraví 2020*, především nad implementací vybraných priorit akčních plánů, ale také již nad přípravou nové resortní strategie *Zdraví 2030*. Složení řídicího výboru navazovalo na předchozí ŘV Z2020. Předsedkyní byla dr. Šteflová jako náměstkyně ministra, místopředsdou prof. Prymula jako náměstek pro zdravotní péči. Tento výbor byl pravidelně svoláván (9.7. 2018, 9.10. 2018, 29.10. 2018 a 13.12. 2018). Rada vlády v tomto období svolána nebyla.

V roce 2018 byly pod vedením dr. Šteflové realizovány na MZČR konzultace s guaranty AP, které vyústily v identifikaci opatření, které by mělo být ještě možné realizovat do roku 2020. V zápisu z jednání ŘV Z2020 II. 9.7. 2018 se dočteme: „*Uskutečnily se schůzky se všemi guaranty akčních plánů, které se zaměřily na přehled realizovaných i nerealizovaných aktivit, dále na výčet*

---

<sup>29</sup> Myšlenka zřídit NZIP je obsažena již v *Národním programu elektronického zdravotnictví (2014-2015)*, který byl na MZČR vytvářen v roce 2014. Účelem programu bylo mj. podporovat opatření, připravovaná v rámci AP ke strategii Zdraví 2020. Strategický cíl 1 (Zvýšení zainteresovanosti občana na péči o vlastní zdraví) pak obsahuje cíl 1.3 – Rozvoj informační podpory při péči o vlastní zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti, v němž se počítá se zřízením veřejně dostupné platformy poskytující ověřené informace o zdravotním systému, jednotlivých nemocech/zdravotních stavech a způsobech podpory zdraví, prevence rizikového chování a doporučení v oblasti zdravého životního stylu. Dle programu: „*Nejde o to, přesunout zodpovědnost za zdraví pouze na bedra pacienta, ale poskytnout mu dostatečné, validní a cílené informace o zdravotním systému jako takovém, snížit informační nerovnováhu mezi pacienty a zdravotnickými profesionály a poskytnout cílené informace v případě nemoci, zejména u chronicky nemocných. Systematická, přehledná informační podpora pacientů, soustředěná do jednoduchého přístupového místa zatím v českém zdravotnictví citelně chybí.*“ (MZČR, 2015g: EZ s.5) NZIP byl spuštěn v červenci 2020 (tiskovka: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=92>), je možné jej nalézt na [www.nzip.cz](http://www.nzip.cz). Provozovatelem je ÚZIS, garantem obsahu MZČR a ČLS JEP. Rozvoj systému byl nejprve financován z interních zdrojů MZČR a ÚZIS a posléze dále podpořen v rámci OPZ (č. projektu CZ.03.4.74/0.0/0.0/15\_025/00160901) - od ledna 2020 do června 2023 by na projekt mělo být vynaloženo 39 502 621 Kč.

aktivit, které jsou realizovatelné do roku 2020, identifikovány překážky a formulovány předpoklady jejich implementace, včetně finanční náročnosti pro jejich naplnění.“ Cílem inventury bylo také identifikovat témata, která by bylo vhodné začlenit do NZIP, tedy takové informace v rámci jednotlivých AP, které by měly napomoci zvyšování zdravotní gramotnosti populace. **V rámci těchto konzultací se tedy rozhodovalo o další struktuře implementace.** Na základě konzultací byl vytvořen materiál *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 - září 2018*. V polovině roku 2018 - 20.6. – byl projednán Výborem pro zdravotnictví PS PČR a ten jej vzal na vědomí (usnesení Výboru pro zdravotnictví č.73/2018), 24.10. 2018 pak byl předložen vládě, vláda k němu však nepřijala žádné usnesení.

Dále probíhala také **jednání o možnostech financování stanovených priorit** – dle zápisu z 1. jednání ŘV Z2020 II byla naplánována jednání se zástupci zdravotních pojišťoven (zápis z jednání ŘV Z2020 II 9.7. 2018). Do vyjednávání byla zapojena také Vědecká rada (dále „VR“) MZČR (viz zápis z jednání VR 18.6. 2018). Zdravotními pojišťovkami (resp. VZP) byla podpořena tvorba studie zdravotní gramotnosti v rámci AP č. 12 (Kučera, 2021). Není jasné, zda bylo dále ještě pracováno s variantou financování priorit z rozpočtu MZČR. Další prostředky na realizaci byly poskytnuty prostřednictvím *Dvouleté smlouvy o spolupráci mezi MZČR a Regionální úřadovnou WHO pro Evropu*, kterou ministr Vojtěch podepsal 21.5. 2018. Smlouva zahrnuje také prioritu snižování zátěže nepřenosných onemocnění. Celkový objem prostředků, který měla WHO poskytnout, činil cca 3,5 mil. Kč. Aktivity a řešitelé byli vybíráni ve spolupráci odborných útvarů MZČR a Národní kanceláře WHO v ČR.

**Již na počátku roku 2018, když dr. Šteřlová přišla na MZČR na pozici odborné náměstkyně ministra Vojtěcha, začala ve spolupráci s kolegy z oblasti veřejného zdravotnictví, zejména z ČLS JEP, pracovat na novém koncepčním dokumentu pro období 2020-2030.** Cílem bylo uvažovat o nových výzvách nadcházejícího desetiletí (např. v oblasti kvality poskytované péče, lidských zdrojů a udržitelnosti), a zároveň navázat na proces stanovení priorit v rámci inventury *Zdraví 2020* (rozhovor s dr. Šteřlovou 12.10. 2022; zápis z jednání ŘV Z2020 II 9.7. 2018). Dle dr. Šteřlové šel nový koncepční dokument v již velmi rozpracované verzi i do porady vedení MZČR, ale jelikož šlo o jediný takový dokument, který koncepčně a komplexně uvažoval o rozvoji systému zdravotní péče v budoucích letech, bylo rozhodnuto o tom, že jeho schválením bude ČR naplňovat předběžnou podmínku pro čerpání ESIF v následujícím programovém období 2021-

2027<sup>30</sup>. Priority se tedy měnily tak, aby byly v souladu s politikou EK – šest priorit (viz níže), které jsou nakonec uvedeny ve *Zdraví 2030*, byly vytvořeny na základě rychlé úvahy, tak, aby mohly být urychleně zaslány do procesu vyjednávání s EK a později se ještě dále zužovaly (na ty, na které mohly být čerpány finance) (rozhovor 12.10. 2022). Strategie *Zdraví 2030 - Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice* – byla schválena vládou v listopadu 2019 (u.v. č. 817/2019), v červenci 2020 pak došlo k revizi priorit v souvislosti s pandemií covid-19 (u.v. č. 743/2020) – byly stanoveny tři specifické cíle: 1. ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, 2. optimalizace zdravotnického systému a 3. podpora vědy a výzkumu. V lednu 2021 bylo potom vládou schváleno šest implementačních plánů (u.v. č. 27/2021), zaměřených na: 1. reformu primární péče, 2. prevenci nemocí, podporu a ochranu zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti (v případě tohoto plánu ale došlo k velmi významné redukci plánovaných aktivit v této oblasti, oproti předchozímu rámci *Zdraví 2020*, viz Přílohu 7), 3. implementaci modelů integrované péče, integraci zdravotní a sociální péče, reformu péče o duševní zdraví, 4. personální stabilizaci resortu zdravotnictví, 5. digitalizaci zdravotnictví a 6. optimalizaci systému úhrad ve zdravotnictví. **Po přijetí této strategie byl ukončen úkol předkládat zprávy o naplňování *Zdraví 2020*.** Zpráva o naplňování strategie *Zdraví 2030* má být předložena vládě do 30. června 2023.

**Znovuobnovení prací na strategii *Zdraví 2020*, resp. na posouvání této strategie směrem k implementaci, můžeme optikou teorie interpretovat jako důsledek aktivity promotérky dané veřejné politiky, dr. Šteflové, která využila otevřeného okna příležitosti v proudu politik (kdy docházelo k výměně na postu ministra zdravotnictví, a zároveň byl do ČR zaslán dopis EK výtýkající ČR neplnění strategie *Zdraví 2020*). Na MZČR pak již dr. Šteflová ve**

---

<sup>30</sup> Nařízení Evropského parlamentu a Rady o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu plus, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o finančních pravidlech pro tyto fondy a pro Azylový a migrační fond, Fond pro vnitřní bezpečnost a Nástroj pro správu hranic a víza znovu stanovovalo tzv. předběžnou podmínku pro oblast zdravotnictví (v květnu 2018 definována takto: „Je vypracován vnitrostátní nebo regionální strategický rámec politiky v oblasti zdraví, který obsahuje: 1. Mapování potřeb v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče, a to i pokud jde o zdravotnický personál, s cílem zajistit udržitelná a koordinovaná opatření, 2. Opatření k zajištění efektivnosti, udržitelnosti, přístupnosti a cenové dostupnosti zdravotní péče a služeb dlouhodobé péče, včetně zvláštního zaměření na osoby vyloučené ze systémů zdravotní a dlouhodobé péče, 3. Opatření na podporu komunitních služeb, včetně prevence a primární péče a služeb domácí péče a komunitní péče“ (MZČR, 2018)).

**spolupráci s ministrem Vojtěchem působili jako političtí promotéři, kteří se snažili v daném časovém omezení o posunutí alespoň části plánovaných opatření směrem k implementaci.** Postupně tedy docházelo (v důsledku schválení dalšího postupu na březnové poradě vedení MZČR) k dalšímu přirůstání rozhodnutí v rámci některých rozhodovacích procesů, které byly v předchozím období pozastaveny – procesů rozhodování o řídicí struktuře, odpovědnosti za realizaci, struktuře implementace a financování. Řídicí struktura byla obnovena pouze částečně (obnovil se ŘV, ale již ne činnost Rady vlády, ačkoliv tuto Radu může ministr zdravotnictví svolávat). O struktuře další implementace plánovaných opatření se vyjednávalo v rámci konzultací mezi zástupci MZČR a garanty jednotlivých AP, přičemž rozhodnutí o prioritách, vzešlých z těchto konzultací, můžeme optikou teorie chápat jako výsledek aplikace strategie ústupků ze strany jednotlivých garantů (tak, aby existovala šance na naplnění alespoň některých aktivit). Rozhodovací proces, který se týkal financování, byl znovu oživen jednáním o možném financování (teď již zúženého výběru opatření) ze strany zdravotních pojišťoven, prostředků MZČR, státního rozpočtu a Regionální úřadovny WHO pro Evropu, avšak pouze s částečným úspěchem (pro tvorbu NZIP byly zajištěny finance z interních zdrojů MZČR, dále byla realizace některých opatření *Zdraví 2020* podpořena WHO). Dále, z iniciativy promotérky dané veřejné politiky dr. Šteflové, započala tvorba nového rámce *Zdraví 2030* ve spolupráci s dalšími promotéry, přičemž priority, identifikované v rámci konzultací ke *Zdraví 2020*, se měly dále promítnout do tohoto materiálu. V návaznosti na vývoj v proudu veřejné politiky (novou politiku EK ve vztahu k čerpání ESIF pro období 2021-2027) však byl následně materiál uzpůsoben tak, aby byl v souladu s politikou EK, čímž došlo ke zúžení jeho rozsahu. K dalšímu zúžení, resp. přehodnocení priorit došlo v důsledku pandemie covid-19.

#### **5.4 Dostupné informace o naplnění vybraných akčních plánů a o vývoji ukazatelů zdravotního stavu v jednotlivých oblastech**

Dle usnesení vlády č. 23/2014 k přijetí strategie *Zdraví 2020* byla ministrovi zdravotnictví uložena povinnost informovat vládu jednou ročně o stavu realizace strategie, přičemž první zpráva měla být publikována do 30. září 2015. Tato zpráva - *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* - byla členům vlády předložena pro informaci pod č. j. 1217/15 dne 19. 10. 2015 (vznikla však cca 2 měsíce po schválení AP vládou, obsahuje tedy pouze informaci o dokončení AP). Druhá zpráva s identickým názvem *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence*

nemocí byla zpracována v září 2016 a předložena členům vlády pro informaci pod č. j. 1251/16 dne 5. 10. 2016. Ve zprávě se dočteme, že: „Pro realizaci aktivit akčních plánů zůstává klíčovým úkolem zajištění odpovídajících finančních prostředků, a to jak na národní, tak mezinárodní úrovni, včetně nutnosti zajistit udržitelnost pracovních skupin a tím i zapojení celého spektra odborníků a partnerů do realizace opatření na ochranu a podporu zdraví a nemocí obyvatel ČR“ (MZČR, 2016: 8). Dále v rámci inventury v roce 2017 je v předkládací zprávě pro jednání vlády uvedeno, že „(...) plnění strategie bylo do značné míry opožděno z důvodu nedostatečného finančního krytí plánovaných aktivit“ (MZČR 2018a: 1).

V období od konce roku 2017 do podzimu roku 2018 byla provedena tzv. inventura stavu realizace jednotlivých akčních plánů s revizí priorit (na základě iniciativy ministra zdravotnictví Ludvíka a posléze Vojtěcha – viz výše Kapitola 5.3.3). V říjnu 2018 ministr Vojtěch předložil vládě zprávu o plnění AP. Jak se dočteme v předkládací zprávě k této zprávě: „První kontrola plnění Programu Zdraví 2020, která proběhla v rámci inventury, odhalila značné disproporce v plnění cílů jednotlivých akčních programů. Plnění strategie bylo do značné míry opožděno z důvodu nedostatečného finančního krytí plánovaných aktivit. (MZČR, 2018a: 1)“ V rámci inventury došlo na MZČR k několika kolům pohovorů s garanty a gestory akčních plánů, které se zaměřovaly na možné zdroje financování, prioritizaci a plán do roku 2030 (v souvislosti s připravovaným novým rámcem strategie Zdraví 2030). K celkové realizaci se dále zpráva vyjadřuje následovně: „Silným motivem přípravy akčních plánů byla úvodní představa iniciátora Programu Zdraví 2020, že tyto plány budou základem a východiskem pro racionální financování identifikovaných priorit z prostředků ESIF a státního rozpočtu. Toto se realizovalo jen částečně, především v akčních plánech v přímé gesci Ministerstva zdravotnictví. Po první fázi intenzivní, široké resortní i meziresortní spolupráce došlo k významnému poklesu iniciativy a aktivity Ministerstva zdravotnictví, což se projevilo na útlumu činnosti pracovních skupin jednotlivých akčních plánů. V rozhovorech s garanty bylo zjištěno, že se meziresortní skupiny nesešly od roku 2015. Na více místech byla uvedena dobrá úroveň plnění akčních plánů v gesci MZČR (AP 7, AP 9 (...), AP 11, AP 13 (tzn. AP, které se spíše netýkají primární prevence nepřenosných onemocnění a podpory zdraví – pozn. autorky) a AP, které souvisely s dlouhodobě nadresortně řešenou problematikou rizikového chování (AP 4a, AP 4b). Dále byly plněny některé, jasně definované části AP, spočívající v legislativních změnách, které zapojené odpovědné resorty průběžně odpovědně plnily. Akčním plánům, spočívajícím na činnosti externích pracovníků se nedostávalo

*širší podpory, a tak se v řadě uchylovaly k plnění aktivit, které nebyly finančně náročné“ (MZČR, 2018a: 7).*

V roce 2021 měla být vypracována závěrečná hodnotící zpráva, dle sdělení dr. Šteflové byl ale po schválení navazujícího strategického rámce *Zdraví 2030* vládou (u.v. č. 817/2019 z 18.11. 2019) úkol podávat pravidelné zprávy o realizaci *Zdraví 2020* stažen.

V následující části stručně shrnu dostupné informace o obsahu a plnění jednotlivých vybraných AP a o vývoji zdravotního stavu v daných oblastech v období platnosti strategie. Následující kapitoly však nemají ambici podrobně vyhodnotit stav plnění jednotlivých opatření z důvodu omezeného rozsahu disertační práce.

### **AP č. 1 - Podpora pohybové aktivity, AP č. 2a - Správná výživa a stravovací návyky a AP č. 2b – Prevence obezity**

Jelikož témata, která pokrývají první tři AP, jsou úzce provázána, shrnu nejprve v této kapitole základní informace o jednotlivých akčních plánech, dále výstupy z procesu prioritizace opatření v rámci tzv. inventury a revitalizace prací, dostupné informace o naplňování AP a stanovených priorit a na závěr souhrnně pro všechny tři AP dostupné poznatky o vývoji zdravotních ukazatelů, které se vážou na pohybovou aktivitu, nadváhu a obezitu a stravovací návyky u dětí a dospělých v období platnosti strategie *Zdraví 2020*.

Na přípravě **AP pro pohybovou aktivitu** se podílelo 48 odborníků a obsahuje 115 opatření, rozpočet byl odhadován na 1 000 mil. Kč. Garantem souladu opatření AP s aktuálním stavem poznání byl jmenován Mgr. Zdeněk Hamřík, PhD. z Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Tento AP je velmi komplexní, zaměřuje se na: ovlivňování pohybové aktivity prostřednictvím opatření v systému vzdělávání (na všech úrovních), aktivní mobilitu, podporu sportu pro všechny a aktivní využívání volného času, podporu pohybové aktivity ve zdravotnictví a sociálních službách, vytváření prostředí podporující pohybovou aktivitu a na spolupráci s médií. Posledním strategickým cílem je posílení výzkumu a evaluace v této oblasti (pro detailnější přehled specifických cílů a plánovaných výstupů viz Přílohu 6).

Dle garanta tohoto AP k širší implementaci po schválení AP nedošlo: „(...) *po tom schválení proběhla schůzka s tehdejším ministrem Němečkem (všech garantů AP, pozn. autorky), který ale oznámil, že na tu implementaci není schopen zajistit finance a tím v zásadě z mého pohledu ta implementace skončila, resp. skončila taková ta implementace, která by se dala*

*nějakým způsobem řídit ze strany toho ministerstva jako celek. Jestli tam byli nějaké ad hoc projekty/priority/věci, které mohlo to ministerstvo splnit, to je asi možné, ale rozhodně to neprobíhalo tak, že by ta strategie byla provázaná s rozpočtem a byla naplňována.“ (rozhovor s dr. Hamříkem, 14.11. 2022).*

Dle informace z vyhodnocení v listopadu 2017 (MZČR, 2017) k naplňování úkolů AP, které mělo plnit MZČR, nebylo plněno žádné z 49 opatření. Zpráva z následné inventury plnění AP (MZČR, 2018a) uvádí, že byly realizované projekty podpory PA na základních školách v Olomouckém kraji a vytvořen metodický návod, projekty zaměřené na podporu pohybových aktivit v rámci programu Zdravá města a výzkumy v rámci HBSC, EHES a EHIS, jejichž součástí je také zkoumání PA. Překážkou realizace jsou především chybějící finanční prostředky. V rámci inventury byly garantem stanoveny následující „nízkonákladové“ priority, které by bylo možné splnit do roku 2020, avšak realizovány nebyly: vytvoření metodik zavádění tzv. „aktivních přestávek“, využívání disponibilní hodiny pro zařazení třetí hodiny TV nebo hodin zdravotní tělesné výchovy, zařazení pohybové aktivity do předmětů, které primárně nejsou pohybového charakteru, vytvoření a provoz národního portálu podpory pohybové aktivity jako základní komunikační platformy k šíření evidence-based informací a zajištění fungujícího systému proškolení pracovníků obecních úřadů v oblasti strategického plánování podpory pohybové aktivity v obcích, metodická podpora ze strany ministerstev – MZČR a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále „MŠMT“). Dle dostupných informací ale tyto priority splněny nebyly.

K významu procesu tvorby strategie a AP dr. Hamřík sděluje: *„(...) já jsem se snažil zapojit celou řadu expertů nejen v oblasti pohybu, ale i architektů, lidí, co řeší dopravu atd. A v té strategii jsme vycházeli z dokumentů, které byly světově dostupné. Z hlediska té implementační části, tam toho moc říct nejde. A pokud bych k tomu mohl něco říct, tak bych čekal, že k té implementaci půjde i nějaká evaluace – pokud se zavádělo nějaké opatření, tak teda se vyhodnocoval nějakým způsobem jeho efekt. Implementační ani evaluační fáze neproběhla, takže když nemám tyhle vstupy, tak bych neměl říkat nic“ (rozhovor s dr. Hamříkem 14.11. 2022).*

Na přípravě **AP pro správnou výživu a stravovací návyky (2a) a prevenci obezity (2b)** se podílelo primárně 37 odborníků (AP2a – 27, AP 2b – 10), obsahují 114 opatření (77, resp. 27), s indikativním rozpočtem 5 122 mil. Kč (2 907 mil. Kč, resp. 2 215 mil. Kč). Garantkou tvorby obou

těchto AP byla prof. MUDr. Dana Müllerová, PhD, vedoucí Ústavu hygieny a preventivní medicíny Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy, opatření jsou v těchto dvou AP strukturovány velmi podobně.

AP pro správnou výživu pokrývá pět tematických oblastí, zaměřených na: tvorbu prostředí s vhodnými potravinami; podporu získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva; posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu; podporu dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin a tvorbu komunit a aliancí. AP pro prevenci obezity pak na: podporu systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant; tvorbu antiobezigenního prostředí; podporu zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva; posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle medicíny založené na důkazech a nakonec posílení státní správy v oblasti řízení prevence obezity, zaktivizování občanské společnosti a tvorbu aliancí a komunit (struktura obou AP je uvedena v Příloze 6).

Dle materiálu MZČR (2017), nebylo u těchto AP naplňováno 61 z celkových 77 opatření, která byla v gesci ministerstva. Zpráva z inventury (k oběma AP) pak shrnuje, že byla přijata tzv. „pamlsková vyhláška“ (platná od září 2016)<sup>31</sup>, vytvořena česká verze programu 10 pilířů zdravé výživy pro školy, tematika zdravé výživy byla začleněna do programu Zdravé město, ve spolupráci s MŠMT byl spuštěn projekt Obědy do škol (pro děti ze sociálně slabých rodin)<sup>32</sup>, a projekt Ovoce, zelenina a mléko do škol<sup>33</sup>. V neposlední řadě bylo vytvořeno doporučení k reformulaci a vytvořena databáze reformulovaných potravin. Za priority zvládnutelné do roku 2020 v oblasti podpory zdravé výživy byly označeny redakce výživových doporučení pro cílové skupiny populace a podpora rozvoje sítě certifikovaných nutričních terapeutů, jejich diferenciaci a tvorba guidelines (MZČR, 2018a). Z veřejně dostupných zdrojů není jasné, zda tyto priority byly dále

---

<sup>31</sup> Vyhláška č. 282/2016 Sb. o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních.

<sup>32</sup> Projekt stále běží, je organizován MPSV a mohou se do něj zapojit školy ze všech krajů ČR.

<sup>33</sup> Evropský projekt navazující na předchozí projekt Ovoce a zelenina do škol, s realizací od šk. roku 2017/2018 do 2022/2023.



naplňovány. Pro AP k prevenci obezity bylo za prioritní považováno posílení sběru dat týkajících se výživového chování a tělesné hmotnosti populace – byl formulován záměr realizovat celonárodní antropologický výzkum dětí a mládeže (který se v ČR tradičně realizuje již od 90. let)<sup>34</sup>, reprezentativní šetření BMI a stravovacích návyků obyvatel<sup>35</sup> a pokračovat v surveillanci dětské obezity prostřednictvím šetření *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), kterého se od roku 2007 účastní také ČR<sup>36</sup>.

Pokud bychom měli stručně shrnout dostupné informace o vývoji ukazatelů zdravotního stavu, vztahujících se k této oblasti, musíme konstatovat, že za období platnosti tohoto dokumentu se situace příliš nezměnila, avšak je nutné dodat, že v ČR **neexistuje stabilní systém monitoringu pohybové aktivity a sedavého chování, výživy a stravovacích návyků populace a objektivní tělesné hmotnosti populace** – jak zmiňuje dr. Hamřík: *„Jako jedna z mála zemí nemáme pravidelný systém monitoringu pohybového chování u dětí, což vede také k tomu, že nejsme schopni vyhodnocovat formulované strategie. (...) Denně sledujeme počty nakažených v covidu, tak bychom jednou za čas mohli sledovat počty dětí, která plní pohybová doporučení – abychom potom tu strategii mohli upravit, event. nabídli jiná opatření.“* (rozhovor s dr. Hamříkem 14.11. 2022).

Z mezinárodní výzkumné studie o zdraví a životním stylu školáků *Health Behaviour of School-Aged Children* (dále „HBSC“), která využívá design reprezentativního dotazníkového šetření, vyplynul spíše nárůst **reportované prevalence nadváhy obezity u českých dětí a mládeže** (11,13 a 15 let), s výjimkou nadváhy u chlapců, mezi lety 2014 a 2018 (Sigmund a kol., 2020). Prevalence nadváhy u chlapců zůstala prakticky na stejné úrovni (18,1 % v roce 2014, 17,9 % v roce 2018), u dívek vzrostla z 9,3 % na 11,9 %, prevalence obezity vzrostla ve stejném období u obou pohlaví (u chlapců z 7,1 % na 8,8 %, u dívek z 2,8 % na 3,4 %), což je v souladu s předchozím rostoucím trendem. Taktéž z výše uvedené studie vyplynulo, že nedošlo k výrazné změně ukazatele **pohybové aktivity dětí**. V roce 2014 plnilo mezinárodní doporučení pro

---

<sup>34</sup> Z dostupných zdrojů vyplývá, že poslední vlna tohoto výzkumu byla realizována v roce 2016 (Procházka a kol. 2018).

<sup>35</sup> Z dostupných zdrojů není jasné, zda takové šetření proběhlo.

<sup>36</sup> Z dostupných zdrojů vyplývá, že doposud proběhlo 5 vln tohoto šetření, a to v letech 2008, 2010, 2013, 2016 a 2018-20 (WHO, 2022)

pohybovou aktivitu přibližně 25 % chlapců a 20 % dívek, v roce 2018 to bylo 27 % chlapců a 19 % dívek (Gába a kol., 2018). Další informaci nám mohou poskytnout studie zaměřené na objektivní měření nadváhy a obezity. V rámci studie COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*), kdy jsou data sbírána v ordinacích praktických lékařů, bylo zjištěno, že **prevalence nadváhy a obezity u sedmiletých dětí se mezi lety 2008-2016 významně neměnila** a v roce 2016 pak prevalence nadváhy 7,6 % u chlapců a 6,5 % u dívek, prevalence obezity pak 8,8 %, resp. 6,5. **V mezinárodním srovnání se z hlediska prevalence nadváhy (včetně obezity) ČR nalézá až na 37. místě z celkových 43 zemí**, které se zapojily do 5. kola sběru dat (v letech 2018-2020). Prevalence nadváhy se od roku 2016 do roku 2019, kdy byla sbírána data COSI v ČR zvýšila u chlapců na 10 %, u dívek na 13 %, prevalence obezity se u chlapců zvýšila na 10,4 %, u dívek zůstala na stejné úrovni jako v roce 2016 (6,6 %). (Kunešová a kol., 2019; WHO, 2022). Dále se můžeme opřít o již zmiňovaný **celonárodní antropologický výzkum dětí a mládeže** (tzv. CAV), který je u dětí a mládeže (5, 9, 13 a 17 let) realizován v ČR od devadesátých let, poslední sběr dat proběhl v roce 2016. Dle autorů výzkumu: *„Obezita a nadváha u pětiletých dětí zůstává na stejném procentu jako v minulosti, od devadesátých let se nemění, (...). Jiná situace je u devítiletých dětí, kde byl rostoucí trend vývoje obezity statisticky významný, došlo ke zvýšení procenta dětí s nadváhou nebo obezitou z hodnot kolem 10 % (což je výchozí údaj z CAV roku 1991) na hodnoty kolem 20 % v roce 2016. Především léta 1996–2006 byla obdobím významného, téměř dvojnásobného vzestupu počtu obézních dětí. Následující mírný nárůst již nebyl významný. (...) Významně stoupající byl také trend vývoje nadváhy a obezity u obou pohlaví sedmnáctiletých, zejména mezi roky 2006 a 2011 došlo, celkově pro obě pohlaví, k nárůstu obezity z 8 % na 13 % ( $p < 0,001$ ). (Procházka a kol., 2018: 503-504; zvýrazněno autorkou). Dle zjištění těchto studií můžeme tedy shrnout, že rostoucí trend prevalence nadváhy a obezity u dětí se přibližně mezi lety 2010-2016, dle studií založených na objektivním měření, stabilizoval, u sedmiletých dětí však je možné pozorovat nárůst v dalším období (na základě 5. vlny šetření COSI, které v ČR proběhlo v roce 2019).*

Z opakovaných Evropských výběrových šetření o zdraví (dále „EHIS“) vyplývá, že **došlo k nárůstu prevalence reportované nadváhy a obezity u dospělé populace** - celkově se nadváha a obezita ( $BMI \geq 25$ ) v roce 2008 týkala 54 % dospělé populace, obezita ( $BMI \geq 30$ ) pak 17 %, v roce 2014 to bylo 55, resp. 19 % a v roce 2019 pak 58, resp. 19 %. (ÚZIS, 2011; Eurostat 2022) Nárůst potvrzují také výsledky Evropského průzkumu zdravotního stavu populace (dále „EHES“),

kdy stoupla prevalence nadměrné hmotnosti (včetně obezity) ve věkové kategorii 25-64 let jak u mužů (ze 73 % na 77 %), tak mírně také u žen (z 55 % na 56 %), tak samotné obezity (z 29,1 % na 33 % u mužů a z 24,7 % na 26 % u žen). (Čapková a kol. 2017; SZÚ, 2022a)

Co se týče výživy a stravovacích návyků populace, v současnosti nedisponujeme systémem monitoringu, který by poskytoval data o aktuálním výživovém stavu obyvatelstva či o vývoji spotřeby potravin a jejich nutriční kvalitě.

## **AP č. 2c - Bezpečnost potravin**

Na přípravě AP pro bezpečnost potravin se podílelo primárně 10 odborníků a obsahuje 13 opatření. Indikativní rozpočet 459 mil. Kč. Garantem AP byl jmenován Prof. MVDr. Jiří Ruprich, CSc., vedoucí Centra zdraví, výživy a potravin SZÚ.

Tento AP se zaměřuje na vědecky orientované hodnocení zdravotních rizik z potravin, jejich řízení a komunikaci (pro detailnější informaci viz Přílohu 6), přičemž snížení zdravotních rizik z potravin může vést také ke snížení pravděpodobnosti rozvoje chronických neinfekčních chorob.

Dle informace z vyhodnocení v listopadu 2017 (MZČR, 2017) k naplňování úkolů AP, které mělo plnit MZČR, bylo plněno 7 z celkových 10 opatření. Zpráva z následné inventury plnění AP (MZČR, 2018a) dále uvádí: „Z plánovaných aktivit se v SZÚ realizuje hodnocení dietární expozice člověka chemickým látkám a rovněž chemická bezpečnost potravin, funkční je systém *nutrivigilance* (tedy systému hlášení nežádoucích zdravotních reakcí spjatých s konzumací určité potraviny, pozn. autorky). Je doplňována národní databáze potravin, byť nikoli v postačující míře, funguje DATEX (systém kontroly potravin a hodnocení zdravotního rizika, pozn. autorky) registrující jen některé potraviny. (...) Jako priority jsou vytipovány příprava národní studie individuální spotřeby potravin v ČR<sup>37</sup>, dále provozování systému "*nutrivigilance*"<sup>38</sup>, tj. průběžné informování veřejnosti o relevantních případech z ČR, případně v zahraničí a aktualizace standardu nutriční adekvátnosti školních obědů<sup>39</sup>“ (c.d.: 10).

---

<sup>37</sup> Dle dostupných informací proběhla poslední studie v letech 2003-2004 (MZe, 2021) a zatím další neprobíhá (Havel, 2022).

<sup>38</sup> Je v provozu na webových stránkách <http://nutrivigilance.szu.cz/nutrivigilance.html> (pozn. autorky).

<sup>39</sup> Bylo splněno, viz publikaci Rupricha a kol., 2019.

### AP č. 3 - Duševní zdraví

Na přípravě AP k duševnímu zdraví se podílelo primárně 36 odborníků, obsahuje 31 opatření, náklady na jeho realizaci byly odhadovány na 2 874 mil. Kč. Garantem AP byl jmenován MUDr. Erik Herman, PhD. z výboru sekce ambulantní péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP.

Aktivity tohoto AP byly navázány na reformu péče o duševní zdraví, která v ČR intenzivněji probíhala od roku 2013, kdy byla vydána *Strategie reformy péče o duševní zdraví* (MZČR, 2013b). Cílem reformy byl rozvoj komunitní péče zejména pro osoby se závažným duševním onemocněním. AP pro duševní zdraví se tedy věnuje zejména tvorbě standardů a metodik (zejména pro nové typy péče) a rozvoji sítě psychiatrické péče, dále také metodikám a implementaci programů primární, sekundární a terciární prevence, destigmatizaci a komunikaci, vzdělávání a výzkumu, legislativním změnám, udržitelnému financování a meziresortní spolupráci (podrobněji vizte Přílohu 6).

Dle informace z vyhodnocení v listopadu 2017 (MZČR, 2017) k naplňování úkolů AP, které mělo plnit MZČR, bylo plněno 21 z celkových 31 opatření, avšak nebyla intenzivněji plněna opatření týkající se primární prevence (MZČR, 2018a). Implementace AP, potažmo *Strategie reformy psychiatrické péče*, byla financována převážně z ESIF, a to z OPZ<sup>40</sup>. Financován a realizován byl i projekt destigmatizace, který v sobě nese také prvky primární prevence duševních onemocnění<sup>41</sup>.

V době vzniku AP nebyly dostupné údaje o reálné prevalenci duševních problémů v české populaci, autoři vycházeli z tzv. léčené prevalence v ambulantních zařízeních, která trvale narůstala (MZČR, 2015c) a dále narůstá (ÚZIS, 2022). V roce 2017 byla v ČR provedena reprezentativní průřezová studie, v rámci níž bylo zjištěno, že 10 % populace vykazuje známky poruchy spojené s užíváním alkoholu, 7 % úzkostné poruchy, 5,5 % poruchy nálady, 3 % poruchy spojené s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % psychotické poruchy. Celkem 21,9 % dospělé populace se dle této studie v uplynulém roce potýkalo s nějakou formou duševního onemocnění. (Formánek a kol., 2019)

---

<sup>40</sup> Podrobnější informaci o projektech v rámci reformy psychiatrické péče je možné nalézt na webu reformy: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty>.

<sup>41</sup> Podrobnější informace jsou dostupné na webových stránkách projektu [www.narovinu.net](http://www.narovinu.net).

**AP č. 4a - Vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v ČR, AP č. 4b – Kontrola tabáku a AP č. 4c – Omezení škod působených alkoholem.**

Tyto tři AP byly vytvořeny pod souhrnnou hlavičkou AP č. 4 pro omezení zdravotně rizikového chování. První AP se zaměřuje na vytvoření komplexního rámce primární prevence rizikového chování, další dva pak na problém kouření, resp. konzumace alkoholu. Tak jako u AP č. 1, 2a a 2b, shrnu nejprve v této kapitole základní informace o těchto plánech, výstupy z procesu prioritizace opatření a dostupné informace o naplňování AP a na závěr souhrnně pro všechny tři AP dostupné poznatky o vývoji zdravotních ukazatelů, které se vážou na prevalenci rizikového chování.

Na přípravě **AP k vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v ČR** se podílelo primárně 14 odborníků, obsahuje 50 opatření, náklady na realizaci byly odhadovány na 450 mil. Kč. Garantem pro tvorbu AP se stal Prof. PhDr. Michal Miovský PhDr., přednosta Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze.

Jak vyplývá z názvu tohoto AP, hlavním cílem je vytvoření a ukotvení meziresortního mezioborového a mezisektorového rámce, v rámci něhož by měla být koordinována činnost cílená na zastavení nárůstu prevalence užívání tabáku, alkoholu, drog, těkavých látek, léků (sedativ, analgetik, nesteroidních antiflogistik) u zranitelných skupin populace (dětí a mládeže, u lidí bez zaměstnání, sociálně znevýhodněných apod.). Dále tento AP cílí na prevenci sexuálně přenosných nemocí, těhotenství v adolescenci, úrazů (také ve spojitosti s užitím návykových látek) a sebevražd, dále na prevenci snižování ATB resistenci a podporu proočkovánosti. Fungující rámec by dle autorů měl být postaven na meziresortní a mezioborové spolupráci, koncepční, legislativní, ale také implementační práci, zvyšování odbornosti profesionálů v daných oblastech, zajištění evidence-based programů primární prevence a kvality minimálních preventivních programů na školách, rozvoji výzkumu a mezinárodní spolupráci a popularizaci a medializaci problémů a způsobů efektivní prevence (podrobněji viz Přílohu 6).

Dle analýzy provedené MZČR nebylo ke konci roku 2017 plněno žádné z opatření, která byla v gesci MZČR (MZČR, 2017). Dle informací z inventury, která proběhla v roce 2018 byl vytvořen: „(...) *základní koncepční rámec prevence rizikového chování, profil pracovníka primární prevence včetně systému hodnocení, kontroly a certifikování odbornosti, byla*

*vypracována curricula pro přípravu pracovníků primární prevence a databáze současné odborné literatury, byl připraven návrh na vytvoření sítě modelových veřejně zdravotních center. Realizaci dalších projektů bránil nedostatek finančních prostředků.“ A dále „Akční plán je plněn pouze v omezeném, nouzovém režimu, klíčové aktivity plněny nejsou. Zatím byla provedena pouze evidence preventivních programů, další aktivity jsou plněny spoluprací se SZÚ a dalšími resorty. Vzhledem k neexistujícímu systémovému financování se realizují pouze okrajové aktivity“ (MZČR, 2018a: 10). A dle sdělení garanta: „(...) za můj AP běží projekty úplně mimo plán a ty co mají, neběží, neboť na ně nejsou peníze..“ (MZČR, 2017).*

Na přípravě **AP ke kontrole tabáku** se podílelo primárně 12 odborníků, obsahuje 19 opatření, náklady na realizaci jsou odhadovány na 200 mil. Kč. Garantkou byla jmenována Mgr. Lenka Kostecká z odboru zdravotních služeb MZČR.

Plán cílí zejména na snížení výskytu užívání tabákových výrobků v dospělé populaci a snížení expozice tabákovému kouři prostřednictvím opatření, která WHO doporučuje pro naplňování Rámcové úmluvy o kontrole tabáku, kterou ČR ratifikovala v roce 2012, tedy prostřednictvím zvyšování ceny tabákových výrobků, omezení reklamy, snížení fyzické dostupnosti, regulace složení, včasné reakce na nové produkty, zvýšení informovanosti populace, zvýšení dostupnosti kvalitní léčby, zákazu kouření ve vnitřních veřejných, ale také soukromých prostorách a nakonec rozvoje výzkumu, monitoringu a evaluace, mezioborové spolupráce, financování a postihování nezákonného obchodu (podrobněji jsou opatření uvedena v Příloze 6).

Dle zprávy z inventury (MZČR, 2018a) byla navýšena spotřební daň u tabákových výrobků, zavedena kombinovaná zdravotní varování na obalech (kombinující obrazové a textové sdělení), specifikovány požadavky na prodej elektronických cigaret a bylinných výrobků určených ke kouření, schválen tzv. protikuřácký zákon (Zákon č. 65/2017 Sb.), v rámci něhož byl zaveden zákaz kouření na veškerých veřejnosti přístupných místech. A dále: „*Úřad vlády vytvořil a spravuje webové stránky [www.koureni-zabiji.cz](http://www.koureni-zabiji.cz). Byly podpořeny a realizovány projekty zaměřené na rozšiřování provádění krátkých intervencí, podporu provozu národní linky pro odvykání kouření, podporu nekuřáckých nemocnic apod. Byla zahájena na mezirezortní úrovni diskuse k tématu regulace reklamy na tabákové a související výrobky*“ (c.d.: 11). Dle interního dokumentu MZČR (2017) bylo ministerstvo aktivní a plnilo 31 z celkových 32 jemu uložených úkolů.

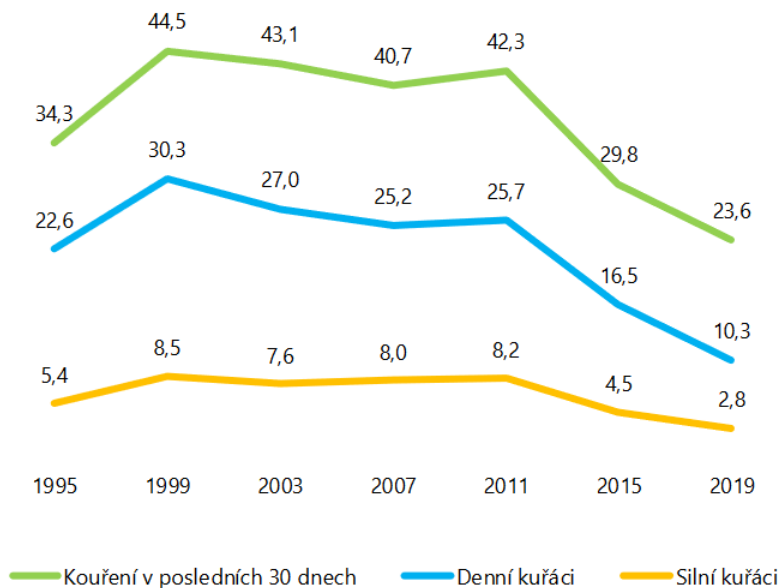
Na přípravě **AP k omezení škod působených alkoholem** se podílelo primárně 8 odborníků, obsahuje 19 opatření, náklady na realizaci jsou odhadovány na 430 mil. Kč. Garankou tohoto AP byla Mgr. Jarmila Vedralová, PhD., která se od konce 90. let na MZČR věnovala protidrogové politice.

AP obsahuje opatření, která cílí na snížení prevalence užívání alkoholu u dětí a posouvání věkové hranice prvního užití, snížení spotřeby alkoholických nápojů u dospělých a snižování rizik z užívání alkoholu (např. v oblasti dopravy, trestných činů pod vlivem alkoholu a nelegálního trhu s alkoholem) prostřednictvím snižování dostupnosti alkoholu a zvyšování dostupnosti odborné léčby. Dále se plán zaměřuje na vytvoření dalších podmínek ke snižování spotřeby – vzdělávání profesionálů, meziresortní a mezioborovou koordinaci, zajištění dostatečného financování, monitoringu a rozvoj výzkumu a opatření v oblasti reklamy a marketingu (pro podrobnější informaci viz Přílohu 6).

Dle interní zprávy MZČR ministerstvo plnilo 17 z 24 jemu přidělených úkolů (MZČR, 2017), dle inventury se realizuje „(...) *podpora adiktologických center a sociálních služeb pro osoby závislé a podpora je poskytována svépomocným skupinám. V oblasti primární prevence se realizují programy dotované z prostředků MŠMT, včetně programů zaměřených na děti ze znevýhodněného prostředí. Kontrola dodržování zákazu podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let probíhá v gesci MPO, provádí se analýza trestné činnosti pod vlivem alkoholu. Plní se úkoly související s kontrolou reklamy na alkohol a průběžně se plní kontrola domácí výroby alkoholu. (...) Implementace plánu naráží na omezené personální kapacity i nedostatek finančních prostředků z ESIF a státního rozpočtu*“ (MZČR, 2018a: 11).

Vývoj situace v oblasti závislostí shrnují výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. *Souhrnná zpráva o závislostech v ČR v roce 2021* (Chomynová a kol., 2022) zachycuje data k **prevalenci kouření cigaret u 16letých studentů** (zjišťovanou v rámci mezinárodní studie ESPAD (*European School Project on Alcohol and other Drugs*), která se realizuje jednou za 4 roky). Jak je vidět na níže (viz Graf 1), z grafu je patrný výrazný pokles v prevalenci mezi lety 2011 a 2019 (např. podíl denních kuřáků klesl z 25,7 % na 10,3 %), přičemž častěji kouří mladiství ze znevýhodněných sociálních skupin. Autoři částečně vysvětlují pokles v prevalenci nárůstem užívání e-cigaret – 60 % dospívajících má zkušenost s e-cigaretami. (tamtéž).

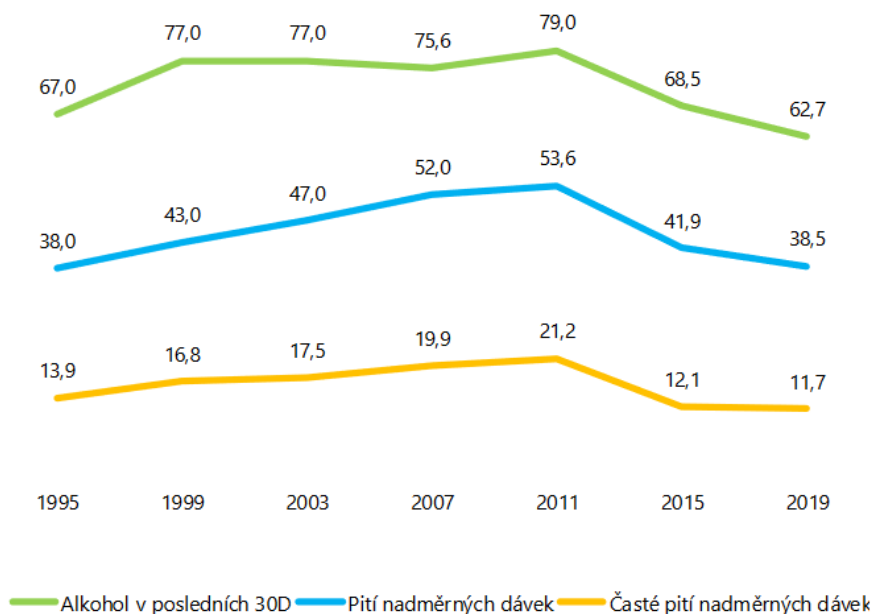
Graf 1 Trendy v prevalenci kouření cigaret mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995-2019, v %



Zdroj: Chomynová a kol., 2022: 46

Míra užívání alkoholu i rizikového užívání mezi dětmi a dospívajícími klesá, ale dle autorů se pohybuje stále na vysoké úrovni (viz Graf 2 níže).

Graf 2 Trendy v pití alkoholu mezi 16letými studenty v posledních 30 dnech v letech 1995-2019 – studie ESPAD, v %

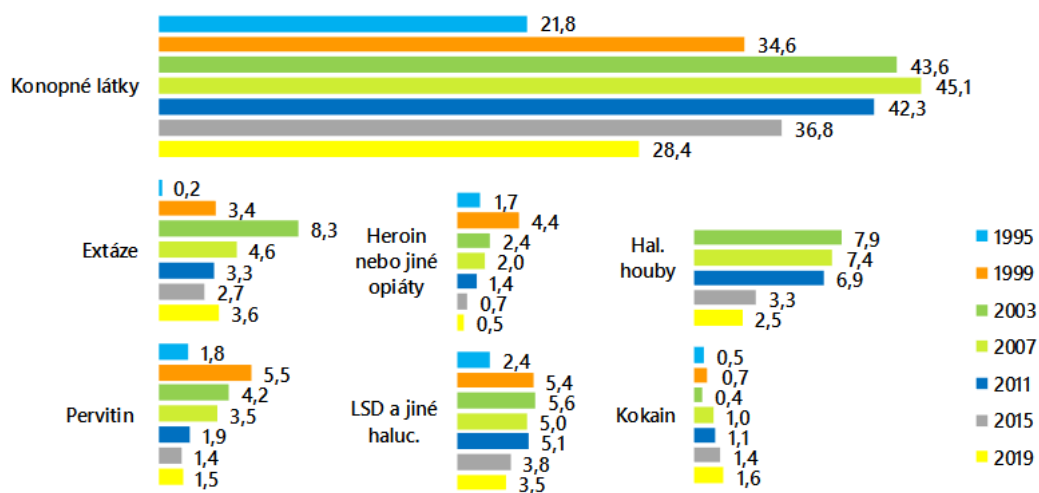


Zdroj: Chomynová a kol., 2022: 46



Zpráva dále shrnuje výsledky z Národního výzkumu užívání návykových látek, EHIS a Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu u dospělých: „**Kouří přibližně třetina dospělé české populace (30–34 %), dvakrát více mužů (přes 40 %) než žen (přibližně 20 %), přibližně 20 % dospělé populace kouří denně. Podíl kuřáků v české populaci mírně klesal do r. 2015, v posledních letech se příliš nemění (...). Průměrný český kuřák vykouří krabičku cigaret denně**“ (c.d.: 47). A dále: „**Kouření je velkou většinou populace (80 %) vnímáno jako společensky přijatelné, jeho přijatelnost se však dlouhodobě snižuje. Spokojenost se zákazem kouření v restauracích je vysoká a dlouhodobě roste**“ (c.d.: 46). Co se týče konzumace alkoholu u dospělých, mezi lety 2012-2020 docházelo k nárůstu prevalence škodlivého užívání alkoholu (s vysokým rizikem zdravotních následků – více než 40 g etanolu na den u žen a 60 g u mužů). Prevalence je dlouhodobě 2-3x vyšší mezi muži. (tamtéž) Jak se dále ve Zprávě dočteme: „(...) nejčastěji užitou nelegální drogou mezi dospívajícími i mezi dospělými v ČR jsou konopné látky, zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté (na řádově nižší úrovni). Druhou nejčastěji uváděnou nelegální drogou je extáze, následovaná halucinogenními houbami a LSD, zkušenosti s pervitinem (nebo amfetaminy), kokainem nebo opioidy uvádí velmi nízké procento populace. Podíl 16letých studentů, kteří mají nějakou zkušenosti s nelegálními drogami klesá (s výjimkou kokainu a extáze) (viz následující graf), avšak v porovnání s evropskými zeměmi mají čeští 16letí s extází, pervitinem, halucinogeny a konopím nadprůměrné zkušenosti“ (c.d.: 65; viz Graf 3).

Graf 3 Vývoj celoživotních zkušeností s nelegálními drogami mezi 16letými studenty v letech 1995-2019 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová a kol., 2022: 66

AP cílí také na snižování prevalence užívání léků se sedativním účinkem. Celoživotní prevalence užití léků se sedativním účinkem se u 16letých studentů mezi roky 2011 a 2019 nezměnila - reportovalo ji 10 % 16letých, zneužití takových léků (užití bez doporučení lékaře, za účelem dostat se do nálady, nebo užívání v kombinaci s alkoholem) pak reportovalo v roce 2011 15,8 % 16letých a v roce 2019 14,4 %. (tamtéž)

## **AP č. 5 - Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí**

Na přípravě AP č. 5 se podílelo primárně 15 odborníků, obsahuje 15 opatření s indikativním rozpočtem 214 mil. Kč. Garantkou AP byla jmenována vedoucí Centra zdraví a životního prostředí SZÚ MUDr. Helena Kazmarová, gestorem v rámci MZČR pak hlavní hygienik.

Dle sdělení garantky byl AP vypracováván se zadáním vybrat jen ty problémy a oblasti, které nejsou jinde řešené a zároveň jsou důležité (rozhovor 14.12. 2022). Tvůrci se zaměřili na dvě hlavní oblasti - životní a pracovní prostředí, konkrétně na problematiku hluku a neionizujícího záření ze životního prostředí, minimalizaci zdravotních rizik vznikajících při nakládání s odpady, a dále na zlepšení prevence v oblasti hodnocení zdravotních rizik a vlivů na zdraví plánovaných záměrů a koncepcí/strategií (tzv. proces HIA), zlepšení identifikace a kvantifikace zdravotních rizik a dopadů ze životního prostředí a získání validní informace o rizicích v pracovním prostředí a zdravotním stavu populace (podrobněji plánované výstupy zachycuje Příloha 6).

Jak komentuje dr. Kazmarová: *Ve chvíli, kdy byly schváleny akční plány, tak nastalo takové nějaké prázdno.*“ Práce byly obnoveny, když dr. Šteflová započala s procesem revitalizace činnosti: *„(...) Tehdy jsme dostali za úkol vybrat z celého akčního plánu jen tři prioritní úkoly. Nebyli jsme z toho moc nadšeni, není lehké porovnat, které téma je důležitější. Vnímali jsme situaci tak, že se připravil veliký akční plán a nikdo nemá sílu ani prostředky ho v tom rozsahu plnit, a že jde spíše o úhybný manévr, aby se mohlo říct, tohle jsou priority a tím zbytkem se už nikdo nemusí zabývat. (...) ale chápu, že se s tím nějak museli vyrovnat.*“ (rozhovor 14.12. 2022)

V protokolu, který vznikl na základě konzultací bilancujících stav naplňování AP se dočteme, že *„Žádná aktivita nebyla realizována plně, pouze některé byly zahájeny nebo částečně plněny (...)*“ z důvodu chybějících personálních a finančních kapacit. (MZČR 2018a) Dále byly definovány 3 úkoly, u nichž se předpokládala možnost plnění do roku 2020: identifikovat a zhodnotit zdravotní rizika při zavádění technologií pro materiálové využití odpadů, posílit národní biologický monitoring a monitoring zdravotního stavu obyvatelstva, a nakonec dovybavit laboratoř fyziologie práce a aktualizovat stávající fyziologické limity. K naplnění těchto priorit

(ale i dalších dílčích opatření v rámci AP) dr. Kazmarová sděluje: „*My jsme se potom, vědomi si toho, že nám nikdo žádné peníze nedá, snažili někde ta témata uplatnit. (...) Lidé, kteří to definovali a mají zájem o věc, tak byť to jako ucelený projekt nedostalo dotaci, tak se to snažili řešit v dílčích aktivitách*“ (rozhovor 14.12. 2022). Dle garantky byla provedena malá studie zaměřená na prověření recyklačních linek v rámci financí na institucionální výzkum, a dále probíhala spolupráce s dr. Šteflovou na změnách legislativy v této oblasti. Dále byla odvedena koncepční práce definující nedostatky a možná řešení v procesu HIA v ČR a v rámci Dvouleté smlouvy o spolupráci s WHO byl podpořen projekt orientovaný na základy pro definování metodických materiálů a shrnutí možností v ČR z hlediska indikátorů. (tamtéž)

Význam práce na AP vidí dr. Kazmarová v tom, „*(...) že se o ně můžete opřít v argumentaci, představují podporu nějakým nápadům, aktivitám, kdy je to jedno malé bezvýznamné plus pro nějakou aktivitu. Obecně formulování strategie nutí odborníky, aby se trochu jinak zamýšleli nad problematikami, které řeší, aby si téma vydiskutovali a řekli, co je potřeba. Nemyslím si, že tím, že se to nedotáhlo, že to vůbec nemá smysl*“ (tamtéž).

Z hlediska vývoje ukazatelů determinantů zdraví, na něž se zaměřuje tento plán, je možné konstatovat, že v oblasti hluku situaci v ČR nelze vyčíslit, neboť zde není zaveden systém plošného hlukového mapování (měření probíhá pouze na vybraných lokalitách; ). Dále se předpokládá zvyšování rizik z pracovního prostředí v důsledku zavádění nových technologií nakládání s odpady

## **AP č. 12 - Rozvoj zdravotní gramotnosti**

Na přípravě AP k rozvoji zdravotní gramotnosti (dále „ZG“) se podílelo primárně 10 odborníků, obsahuje 12 opatření, náklady na realizaci byly odhadovány na 81 mil. Kč. Garantem tohoto AP byl jmenován Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., tehdejší přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

Plán si za cíl stanovuje vytvoření strategie rozvoje ZG (zajištění základů pro tento rozvoj na koncepční a institucionální úrovni a zavedení systému monitoringu zdravotní gramotnosti), spuštění informačního a komunikačního systému podporujícího rozvoj ZG, realizaci pravidelných šetření ZG a dále v rovině intervencí působení ve výchově a vzdělávání (nejen ve školství, ale také v sociální a zdravotní oblasti) a spolupráci s médii. V neposlední řadě tento AP hovoří o záměru

spustit portál „Z2020 Navigátor“, na němž by měly být příklady dobré praxe pro implementaci jednotlivých AP (pro podrobnější přehled viz Přílohu 6).

Ve zprávě z inventury z roku 2018 (MZČR, 2018a) se dočteme, že „(...) byl založen Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. a Aliance pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Realizoval se první národní výzkum úrovně zdravotní gramotnosti v České republice, srovnatelný s dalšími zeměmi EU (...). Byl pořízen překlad publikace „Health Literacy: Solid facts“. Realizovala se 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti a Česko-rakouské kolokvium o zdravotní gramotnosti“ (c.d.:16).

V rámci inventury byly definovány následující priority: monitoring zdravotní gramotnosti v rámci projektu M-POHL<sup>42</sup>, rozvoj NZIP<sup>43</sup> a příprava Národního programu rozvoje zdravotní gramotnosti s výhledem do roku 2030. Nástrojem naplňování tohoto AP je také portál NZIP, jehož hlavním cílem je zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti populace.

Z výše uvedené studie M-POHL, v rámci níž bylo možné srovnat výsledky šetření v roce 2015 a 2020, vyplývá, že došlo ke zvýšení zdravotní gramotnosti v populaci (procento lidí spadajících do kategorií „excelentní“ nebo „dostačující“ zdravotní gramotnost se zvýšilo v období 2015-2020 (ze 41 % na 53 %; průměrné skóre všech 18 zemí zapojených do šetření činil 56 %), což je připisováno pozitivnímu dopadu pandemie covid-19, kdy si lidé častěji hledali informace spojené se zdravím a zdravotnictvím. (Kučera, 2021)

---

<sup>42</sup> Tento monitoring byl realizován Ústavem pro zdravotní gramotnost a jeho výsledky prezentovány na tiskové konferenci 8.12. 2021: <https://www.uzg.cz/jak-se-zvysila-uroven-zdravotni-gramotnosti-v-ceske-republice-behem-poslednich-peti-let/>.

<sup>43</sup> NZIP ([www.nzip.cz](http://www.nzip.cz)), jak již bylo zmíněno výše, byl spuštěn v červenci 2022.

## 6 Diskuse

Hlavním cílem této disertační práce bylo do hloubky porozumět rozhodovacím procesům, které vedly k přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících akčních plánů, a které dále posouvaly formulovaná opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví směrem k implementaci. Prostřednictvím zkoumání těchto procesů jsem chtěla zjistit, jak je u nás tvořena politika podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění (jako celek) na národní úrovni a hlavně, zda a jak je pak dále tato politika převedena do reálných aktivit, které by mohly mít dopad na zdraví lidí. **Tento cíl jsem si stanovila zejména s ohledem na poznatky o vývoji zdravotního stavu české populace a dosavadní vývoj politiky v této oblasti** (od roku 1989 - viz Kapitola 1.1), jenž se vyznačoval postupným přibýváním jednotlivých prvků infrastruktury pro realizaci politiky, opakovanou tvorbou koncepčních dokumentů, které často nebyly dále implementovány (minimálně v oblasti politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění), zřizováním, ale posléze také rušením institucí, v nichž by se v ČR mohl rozvíjet výzkum v oboru veřejného zdravotnictví a v období před vznikem strategie *Zdraví 2020* také omezováním záběru činnosti hygienické služby (soustředěním na inspekční činnost) a jejím personálním a finančním oslabováním.

V návaznosti na výše uvedený předchozí vývoj byla v ČR vytvářena nová strategie, což můžeme s využitím Kingdonovy teorie tří proudů, která se snaží vysvětlit pronikání agend (definice problému a s nimi spojovaných řešení) do rozhodovacích procesů (např. na úroveň vlády či ministerstva), interpretovat jako důsledek aktivity promotérů veřejné politiky (nového hlavního hygienika a jeho týmu, ale také tehdejších ministrů zdravotnictví Hegera a Holcáta, jenž byli nositeli dané veřejné politiky), orientovaných v proudu národní i mezinárodní veřejné politiky v této oblasti, kteří využili otevřeného okna příležitosti v proudu politiky (kdy bylo na MZČR neplánovaně uvolněno místo hlavního hygienika a dané veřejné politice byli nakloněni tehdejší ministři zdravotnictví), a zároveň v proudu problémů (kdy byla situace v hygienické službě problematizována jak komunitou odborníků, tak mezi politiky; promotéři veřejné politiky tento proud pak ještě dále posilovali, když vypracovali dlouho odkládané vyhodnocení předchozího programu *Zdraví 21* a pojmenovali problémy v nové *Koncepci hygienické služby*).

V následujícím vývoji bylo pak možné identifikovat několik, často paralelně běžících, specificky zaměřených rozhodovacích procesů, v nichž docházelo k postupnému přirůstání

**rozhodnutí.** Šlo o rozhodování o struktuře řízení tvorby a realizace nové strategie, rozhodování o odpovědnosti za realizaci (ukotvení této odpovědnosti na úrovni koncepce a legislativy a zajišťování financování) a rozhodování o struktuře implementace (výběru opatření/nástrojů)<sup>44</sup>. **Na základě analýzy bylo pak možné proces rozhodování o přijetí sledované veřejné politiky rozdělit do tří období, která se vyznačovala rozdílnou mírou intenzity přirůstání rozhodnutí** v rámci výše uvedených specifických rozhodovacích procesů: 1. období přijetí strategie *Zdraví 2020* a navazujících AP vládou a přípravy podmínek pro jejich realizaci za hlavního hygienika dr. Valenty (březen 2013 - červenec 2016), 2. období útlumu prací po nástupu Mgr. Gottwaldové na pozici hlavní hygieničky (červenec 2016 – září 2017) a období inventury a revitalizace prací a počátku tvorby strategie *Zdraví 2030* po nástupu ministra Vojtěcha a dr. Šteflové na MZČR (září 2017 – listopad 2019). Podrobně je vývoj rozhodovacích procesů (tedy postupné přirůstání rozhodnutí) v těchto obdobích popsán v empirické části (včetně jeho interpretace za pomoci modifikované teorie tří proudů), kdybychom však měli shrnout, jakým způsobem a proč se dařilo (došlo k pozitivnímu rozhodnutí) či nedařilo (došlo k negativnímu rozhodnutí či nerozhodnutí) politickým promotérům využívat otevřená okna příležitosti k rozhodování, můžeme říct, že k pozitivním rozhodnutím docházelo v případech, kdy političtí promotéři (tedy nositelé dané veřejné politiky) zastávali pozice na klíčových rozhodovacích postech – zejména hlavního hygienika a ministra zdravotnictví. V případě neobsazení postu hlavního hygienika politickým promotérem dané veřejné politiky docházelo k pozitivním rozhodnutím také v případě, kdy politický promotér byl na pozici náměstka ministra zdravotnictví s podporou ministra. V rámci analýzy se tedy ukázalo, že v tomto případě byla částečně platná hypotéza H1 (politickým promotérům se dařilo využít okna příležitosti k rozhodování pokud zastávali volenou veřejnou funkci ve vládních strukturách – nešlo zde ale pouze o volenou veřejnou funkci ve vládních strukturách, tedy ministra zdravotnictví, ale klíčové bylo obsazení pozic náměstků ministra, zejména pak hlavního hygienika); dále se zde uplatnila také hypotéza H2 (politickým promotérům

---

<sup>44</sup> Tyto rozhodovací procesy dále mohly mít vliv na zajištění podmínek pro implementaci, tedy na proveditelnost plánovaných opatření. Když se vrátíme k teoretickým poznatkům o kategoriích podmínek, které je obecně nutné zajistit pro implementaci veřejné politiky (viz Kapitola 2.3), můžeme říct, že rozhodovací procesy se týkaly zajišťování administrativní proveditelnosti (schopnosti implementaci uvádět do života a monitorovat), ekonomické proveditelnosti (zajišťování finančních prostředků), legální proveditelnosti (zajištění souladu s právními normami) a politické proveditelnosti (resp. průchodnosti). Nagel (1998) (In Veselý a Nekola 2007: 318)

se dařilo využít okna příležitosti k rozhodování bylo-li možné pro rozhodování k návrhu připojit další proveditelné návrhy, prosazované ostatními aktéry – zde v případě novely zákona o ochraně veřejného zdraví); uplatnění hypotézy H3 (politickým promotérům se dařilo využít okna příležitosti k rozhodování vnímali-li voliči problém, který by měla daná politika řešit, jako palčivý) jsem v rámci analýzy nezaznamenala.

**V následující části bych ráda shrnula, jak se vyvíjely jednotlivé výše uvedené rozhodovací procesy a co nakonec přinesly, tedy jak pozměnily existující infrastrukturu pro realizaci politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění v ČR.** U všech procesů došlo k pozastavení v období od července 2016 do září 2017, po nástupu nové hlavní hygieničky na MZČR. **Řídící struktura** tvorby a realizace strategie *Zdraví 2020* (na úrovni MZČR a vlády) byla nejprve zřízena (včetně rozšíření kompetencí meziresortní *Rady vlády*) a využívána k tvorbě strategie a AP (včetně hledání finančních prostředků na realizaci), v období útlumu tomu tak již nebylo. Znovu byla obnovena v období inventury a revitalizace prací, zde již za účelem určit priority (a tedy zúžit záběr stávající strategie) a snažit se je dále posouvat směrem k implementaci, ale také připravit navazující strategický materiál *Zdraví 2030*. Není jasné, zda na tuto strukturu (ŘV Z2020 II) dále navazoval nějaký systém, který by dále řídil realizaci strategie *Zdraví 2030*. **Odpovědnost za realizaci strategie na úrovni koncepce a legislativy** byla ukotvena v rámci rozhodovacích procesů, které se odehrávaly v prvním období a za jejichž výstup můžeme považovat novelu Zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví (která posiluje úlohu orgánů ochrany veřejného zdraví i samosprávy (krajů) v prevenci nemocí, ochraně a podpoře zdraví, v tvorbě strategií a politik, jejich realizaci i hodnocení, a také ve sledování a analýze zdravotního stavu a jeho determinant), *Koncepci hygienické služby* (ve které je formulován záměr legislativně silněji ukotvit podporu zdraví (viz novelu výše) a současně je podpora zdraví a primární prevence chápána jako úkol, na němž by se měly podílet všechny složky společnosti) a strategii *Zdraví 2020* (v souladu s novelou a *Koncepcí*). Jak nový legislativní rámec, tak *Koncepce hygienické služby* jsou stále v platnosti, není však jasné, zda jsou naplňovány, v případě *Koncepce* je pravděpodobné, že tomu tak není, neboť z veřejně dostupných zdrojů je možné vyčíst, že na MZČR probíhá příprava nové koncepce, která by měla reorganizovat systém ochrany a podpory zdraví oblast hygienické služby v následujících několika letech (Břeňková, 2022a, 2022b). Strategie *Zdraví 2030* pak značně zúžila rozsah aktivit, které byly původně formulovány ve strategii *Zdraví 2020* a většina původně formulovaných opatření tedy nemůže být dále realizována

v rámci nového strategického rámce. **Rozhodování o financování realizace** strategie se odehrávalo jak v prvním, tak v posledním období (probíhala jednání o financování z různých zdrojů – ESIF, Třetího akčního programu EU v oblasti Zdraví pro období 2014-2020, státního rozpočtu a dotačních programů jednotlivých ministerstev, prostředků Regionální úřadovny WHO pro Evropu a zdravotních pojišťoven - podrobněji viz Kapitulu 5.3), přičemž toto jednání nelze označit za úspěšné ve smyslu, že by bylo rozhodnuto o financování širšího spektra aktivit (a to i přesto, že v usnesení vlády ke strategii Zdraví 2020 (u.v. č.23/2014) bylo uloženo ministrům zohledňovat obsah strategie při návrhu státního rozpočtu). Některé větší projekty však nakonec financovány byly: regionální centra podpory zdraví (z ESIF)<sup>45</sup>, či NZIP (z interních zdrojů MZČR). **Nakonec se rozhodovalo také o struktuře implementace** (tedy o struktuře opatření). V prvním období došlo k vytvoření a schválení AP, z nichž 6 zahrnovalo také opatření primární prevence nepřenosných onemocnění a podpory zdraví. Šlo o velmi komplexní a rozsáhlé dokumenty (viz Kapitulu 5.4). Vzhledem k tomu, že se dále nepodařilo najít prostředky, které by byly použity na financování těchto aktivit, došlo v období inventury k velmi významnému zúžení záběru. Některá opatření byla na základě tohoto procesu skutečně implementována, některá nikoliv, některá můžeme nalézt ve strategii *Zdraví 2030* (resp. v *Implementačním plánu 1.2 k primární prevenci a podpoře zdraví*, viz Přílohu 7), u níž však není jasné, do jaké míry bude naplňována.

**V této práci nebyl prostor na podrobné vyhodnocení všech opatření, která byla realizována, proto pouze stručně shrnuji realizovaná opatření k jednotlivým AP v Kapitole 5.4.**, přičemž nelze hovořit o systematické, „řízené“ implementaci stanovených opatření, ale spíše o hledání prostředků a příležitostí k realizaci jednotlivých aktivit ze strany promotérů daných veřejných politik. Dle výsledků inventury v období 2017-2018 byla realizována opatření spíše v těch oblastech, kde existuje institucionální podpora (např. SZÚ, MZČR, ÚZIS). **Z realizovaných aktivit ale určitě můžeme zmínit:** schválení tzv. pamlskové vyhlášky, tzv. protikuřáckého zákona, realizaci projektu Obědy do škol, pokračování systému nutrivigilance,

---

<sup>45</sup> Jak uvádí koordinátorka projektu dr. Nejedlá: *Co se týká budoucnosti, zachovat činnost 14 regionálních center v roce 2023 se podaří v redukovaném obsazení, plánuje se podpora intervenční činnosti koordinátorů z OPZ plus pro děti 3-15 let a jejich rodiče, a dále podpora 28 mediátorů podpory zdraví pro Romy z fondů UNICEF. Zároveň bude intervenční činnost dalších mediátorů podpory zdraví rozšířena pro ukrajinské uprchlíky, také s podporou UNICEF a je možné i další využití některých mediátorů v rámci dalších projektů“* (SZÚ, 2022b).



aktualizaci standardů nutriční adekvátnosti školních obědů, realizaci studie zaměřené na prověřování rizik z recyklačních linek, realizaci studie zdravotní gramotnosti v rámci projektu M-POHL, spuštění a rozvíjení portálu NZIP a v neposlední řadě realizaci projektu zřízení regionálních center podpory zdraví ve všech krajích ČR.

Vzhledem k tomu, že strategie Zdraví 2020 a AP nebyly realizovány v celém svém rozsahu, ale spíše minimálně, **nelze vyhodnocovat efekt této politiky na zdravotní stav populace** a změny, které bylo možné pozorovat v době platnosti strategie (viz Kapitulu 5.4), můžeme připisovat spíše dalším faktorům a vlivům, které zde mohou působit. Zde je také nutné zmínit, že v ČR zatím nedisponujeme robustním a komplexním systémem monitorování zdravotního stavu, rizikových faktorů životního stylu a determinant zdraví populace, resp. různých populačních skupin (tedy systémem pro monitorování problému).

**Na základě studia rozhodovacích procesů vztahujících se k přijetí strategie Zdraví 2020 a navazujících AP můžeme formulovat obecnější teze, týkající se způsobu tvorby a realizace národní politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění v ČR.** Lze konstatovat, že **pro řízení tvorby a realizace této veřejné politiky na národní úrovni neexistuje, případně není využívána, stabilní řídicí struktura.** Za tímto účelem vznikají ad hoc skupiny závislé na aktuální podpoře vedení MZČR. Co se týče **řízení na meziúrovňové úrovni**, Rada vlády pro zdraví a životní prostředí nebyla svolána od června roku 2016 (ačkoliv na stránkách úřadu vlády je stále uváděna jako jeden z poradních orgánů vlády, poslední veřejně dostupná výroční zpráva z roku 2017 uvádí, že se v tomto roce nesešla (MZČR, 2018b)), což znamená, že není možné efektivně koordinovat aktivity v jednotlivých sektorech a zohledňovat otázku zdraví ve všech politikách (tedy uplatňovat tzv. přístup *Health in all policies*). **Za problematický můžeme označit vztah státní správy ke koncepčním dokumentům v této oblasti** – můžeme pozorovat, že závazky vyplývající z těchto dokumentů nemusí být plněny ani jsou-li schváleny vládou. Ačkoliv nelze předpokládat, že strategické dokumenty budou vždy plněny stoprocentně, poznatky o mnou studovaném případě naznačují, že koncepční materiály (a tedy i práce spojená s jejich přípravou) mohou být využity pouze jako nástroj k dosažení jiných cílů (v případě strategie Zdraví 2020 splnění podmínky pro čerpání prostředků z ESIF pro zdravotnictví v období 2014-2020). Přičemž je známo, že politika podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění vyžaduje strategický a dlouhodobý přístup, neboť nemůže přinášet výsledky, které by byly vidět v horizontu jednoho volebního období. Je patrné, že **MZČR**

samo nerozvíjí koncepční činnost a strategický přístup ke zdravotní politice. V případě strategie *Zdraví 2020* a potažmo také *Zdraví 2030* se tvorba strategických dokumentů odvíjela od aktivity promotérů dané veřejné politiky, kteří tzv. přišli zvenčí, tedy od toho, zda se tito promotéři dostali na významné rozhodovací pozice ve struktuře ministerstva.

**Dle jedné z hypotéz vyplývajících z modifikované teorie tří proudů (H3), by k pozitivním rozhodnutím o přijetí určité veřejné politiky mělo docházet také v případě, kdy je daný problém, který má politika řešit, vnímán voliči jako palčivý.** Vztah občanů ke zdraví a k odpovědnosti za zdraví a dále otázka, do jaké míry by se měl stát snažit o působení na širší determinanty zdraví, by jistě stály za bližší zkoumáním, podíváme-li se na témata, která se dlouhodobě objevují ve zdravotní politice ČR, dominují zde témata spojená se systémem zdravotnictví (např. Vacátko, 2012), spíše nežli se zdravím. Je také patrné, že politika podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění je dlouhodobě přinášena do ČR prostřednictvím promotérů této veřejné politiky od aktérů na mezinárodní úrovni (zejména WHO), přičemž těmito promotéry jsou převážně odborníci v oblasti veřejného zdravotnictví (nikoliv veřejnost) a **neexistuje zde tedy silnější tlak na realizaci takto zaměřené veřejné politiky zdola.**

**Je otázkou, jak se může politika podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění na národní úrovni v ČR dále vyvíjet.** Na základě provedené případové studie můžeme odhadovat, že **další vývoj bude záviset na aktivitě promotérů této veřejné politiky** a na tom, zda dojde k otevření okna příležitosti (v proudu problémů – např. v důsledku zprávy o zhoršujících se indikátorech zdravotního stavu populace<sup>46</sup> či v proudu politiky – např. v důsledku výměny na některé z rozhodovacích pozic (na pozicích hlavního hygienika a ministra zdravotnictví)) a posunutí dané agendy do fáze rozhodování, **případně, zda může být tzv. politickým promotérem využita stávající situace,** tedy existence platné strategie *Zdraví 2030* (v rámci níž však došlo k redukci opatření podpory zdraví a primární prevence oproti *Zdraví 2020*), platné *Koncepce hygienické služby* a *Zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví*, jehož (novelizovaná) ustanovení o roli KHS a krajů v podpoře zdraví pravděpodobně nejsou naplňována. V případě dalšího nenaplňování strategie *Zdraví 2030* se může pouze prohlubovat existující

---

<sup>46</sup> V souvislosti s pandemií covidu-19 docházelo k diskusím o špatném zdravotním stavu, a tedy nízké odolnosti české populace vůči tomuto infekčnímu onemocnění, avšak tato agenda (definice problému a řešení) nebyla dále posunuta do fáze rozhodování o přijetí určité veřejné politiky.

demotivace odborné komunity v této oblasti spolupracovat na další koncepční činnosti. **Pro další rozvoj podpory zdraví a primární prevence nepřenosných onemocnění bude klíčové, jak se v ČR vypořádáme s kapacitami (personálními, finančními, výzkumnými) pro realizaci takto zaměřených opatření, a tedy také, jak se bude vyvíjet personální a finanční situace v hygienické službě (včetně systému vzdělávání), a zda bude dále její role spatřována spíše pouze v inspekční činnosti, nebo také v iniciaci, plánování, realizaci a vyhodnocování aktivit podpory zdraví a primární prevence.**

## 7 Závěr

Předložená případová studie přináší detailní vhled do procesu rozhodování o přijetí strategie *Zdraví 2020*, čímž přispívá k pochopení tvorby politiky podpory zdraví a primární prevence v ČR na národní úrovni a k diskusi o možných dalších směrech vývoje v této oblasti.

Tato práce nepřináší podrobnou analýzu rozhodování o přijetí jednotlivých opatření, která se dále posouvala směrem k realizaci, což je dáno jejím omezeným rozsahem, **dále by ale bylo možné studovat podrobněji okolnosti přijetí a realizace některých opatření**, která se nakonec prosadila, např. tzv. pamlskové vyhlášky, protikuřáckého zákona, regionálních center podpory zdraví, NZIP a dalších (viz Kapitola 5.4), ale také dále sledovat a **kriticky reflektovat proces tvorby a rozhodování o přijetí strategie Zdraví 2030**.

Případová studie se zaměřovala na národní úroveň tvorby politiky, bylo by tedy žádoucí dále zkoumat také **okolnosti regionální implementace strategie Zdraví 2020 v krajích** (např. příklady dobré/špatné praxe) a diskutovat faktory, které vedly k úspěšnému uplatnění tohoto rámce na regionální úrovni, včetně zkoumání efektů implementace. Prostřednictvím studia uplatňování politiky podpory zdraví a primární prevence nepřenosných onemocnění na regionální úrovni by bylo možné také zkoumat, zda a jak se zde v případě prosazení této veřejné politiky uplatňuje tlak veřejnosti.

Dále, z provedené případové studie je patrné, že se v současnosti v ČR odehrává veřejná debata o tom, kdo a v rámci jakého institucionálního nastavení by měl být zodpovědný za iniciaci, koordinaci a realizaci aktivit podpory zdraví a primární prevence nepřenosných onemocnění a taktéž diskuse o hygienické službě jako takové a o roli, kterou by měla plnit (mj. také v souvislosti s pandemií covidu-19). **Mohlo by být přínosné zkoumat optikou oboru veřejné politiky jednak vývoj hygienické služby v nedávné minulosti až do současnosti (např. podrobněji analyzovat vývoj, který se zde odehrával v letech 2006-2012), jednak veřejný diskurs o dalším směřování a roli hygienické služby, a také ještě podrobněji analyzovat situaci v této oblasti** (personální kapacity a strukturu lidských zdrojů, vývoj systému vzdělávání; kapacity pro výzkum a monitoring zdravotního stavu).

## 8 Seznam zkratek

|         |  |
|---------|--|
| AP      | Akční plán(y)  |
| BMI     | <i>Body Mass Index</i>   |
| CAV     | Celonárodní antropologický výzkum  |
| CINDI   | <i>Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme</i>                          |
| COSI    | <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>   |
| ČLS JEP | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně   |
| ČR      | Česká republika  |
| ČSSR    | Československá socialistická republika   |
| EF      | evropské fondy   |
| EHES    | Evropský průzkum zdravotního stavu populace ( <i>European Health Examination Survey</i> )              |
| EHIS    | Evropské výběrové šetření o zdraví ( <i>European Health Interview Survey</i> )                         |
| EK      | Evropská komise  |
| ESIF    | Evropské strukturální a investiční fondy ( <i>European structural and investment funds</i> )           |
| ESS     | Evropský sociální výzkum ( <i>European Social Survey</i> )   |
| EU      | Evropská unie  |
| EU-15   | tzv. staré členské státy Evropské unie (před vstupem dalších zemí 1.5. 2004)                           |
| HALE    | <i>Health Adjusted Life Expectancy</i>   |
| HBSC    | <i>Health Behaviour of School-aged Children Study</i>  |
| HIA     | Hodnocení vlivů na zdraví ( <i>Health Impact Assessment</i> )  |
| IHME    | <i>Institute of health metrics and evaluation</i>  |
| IPVZ    | Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví   |
| IROP    | Integrovaný regionální operační program  |
| ISCED   | <i>International Standart Classification of Education</i>  |
| IZPE    | Institut zdravotní politiky a ekonomiky  |
| KHS     | krajsk(á/é) hygienick(á/é) stanice   |
| MMR     | Ministerstvo pro místní rozvoj   |
| MONICA  | MONItoring of trends and determinants in CARDiovascular Disease  |
| M-POHL  | WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy                          |
| MPSV    | Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR  |
| MŠMT    | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR  |
| MZČR    | Ministerstvo zdravotnictví ČR  |
| MZe     | Ministerstvo zemědělství ČR  |
| NCPZ    | Národní centrum podpory zdraví   |
| NEHAP   | Národní akční plán zdraví a životního prostředí ( <i>National Environment and Health Action Plan</i> ) |

|             |   |
|-------------|---|
| NZIP        | Národní zdravotnický informační portál  |
| OPVZ        | ochrana a podpora veřejného zdraví  |
| OPZ         | Operační program zaměstnanost   |
| PA          | pohybová aktivita   |
| PČR         | Parlament České republiky   |
| PG          | pohybová gramotnost   |
| PS          | Poslanecká sněmovna   |
| Rada vlády  | Rada vlády pro zdraví a životní prostředí   |
| RCPZ        | regionální centrum podpory zdraví   |
| RPS Z2020   | Resortní pracovní skupina pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR |
| ŘV Z2020    | Řídící výbor pro implementaci Zdraví 2020   |
| ŘV Z2020 II | Řídící výbor Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí   |
| SKUPR       | Skupina pro reformu   |
| SZÚ         | Státní zdravotní ústav  |
| ŠPZ         | Škola podporující zdraví  |
| TV          | tělesná výchova   |
| USA         | Spojené státy americké  |
| ÚSLOZ       | Ústav sociálního lékařství a organizace zdravotnictví   |
| ÚZIS        | Ústav zdravotnických informací a statistiky   |
| VOŠ         | vyšší odborná škola/vyšší odborné školy   |
| VR          | Vědecká rada  |
| VŠ          | vysoká škola/vysoké školy   |
| VZP         | Všeobecná zdravotní pojišťovna  |
| WHO         | Světová zdravotnická organizace ( <i>World Health Organization</i> )  |
| YLDs        | Roky ztracené životem s disabilitou ( <i>Years of life lost due to disability</i> )   |
| ZG          | zdravotní gramotnost  |

## 9 Seznam použitých zdrojů

### **Odborné publikace a databáze**

- Aburto, J. M. a kol. (2022). Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. *International journal of epidemiology*, 51(1), 63-74.
- Balcarová, M. (1992). Zdravá škola. *Podpora zdraví*, 1(2), 8-15.
- Birkland, T. A. (2010). *An introduction to the policy process: Theories, concepts, and models of public policy making*. (3<sup>rd</sup> ed.). Routledge.
- Birkland, T. A. (2015). *An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making*, (4<sup>th</sup> ed.). Routledge.
- Brewer, G. D. (1974). The policy sciences emerge: To nurture and structure a discipline. *Policy Sciences*, 5, 239-244.
- Brewer, G. D., & de Leon, P. (1983). *The Foundations of Policy Analysis*. Homewood.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 1, 1-25.
- Colebatch, H. K. (2005). Policy analysis, policy practice and political science. *Australian Journal of Public Administration*, 64(3), 14-23.
- Čapková a kol. (2017). Vybrané ukazatele zdravotního stavu české populace – studie EHES 2014. *Hygiena*, 62(1), 35-37.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for future studies*.
- Detels, R. a kol. (eds.) (2009). *Oxford Textbook of Public Health* (5th ed.). Oxford University Press.
- Eikemo, T. A. a kol. (2016). *Social Inequalities in Health and their Determinants: Topline Findings from Round 7 of the European Social Survey*. European Social Survey ERIC.
- Etzioni, A. (1967). Mixed-scanning: A "third" approach to decision-making. *Public administration review*, 27(5), 385-392.
- Eurostat. (2022). Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level. In: *EC database - ec.europa.eu*. [online]. [cit. dne 5.4. 2022]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_BM1E\\_custom\\_3814401/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_BM1E_custom_3814401/default/table?lang=en).
- Formánek a kol. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European psychiatry*, 60, 1-6.

- Frič, P., & Potůček, M. (2004). Model vývoje české společnosti a její modernizace v globálním kontextu. *Sociologický časopis*, 40(4), 415-431.
- Gába, A. a kol. (2018). *Národní zpráva o pohybové aktivitě českých dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné kultury.
- Hamplová, L. (2011). *Podpora aktivit nevládních organizací v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví Ministerstvem zdravotnictví. Dotační programy MZ ČR*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. dne 1.6. 2012]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2011\\_5207\\_1100\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2011_5207_1100_5.html).
- Herberová, K. (2012). *Proces ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, Vedoucí diplomové práce: Nekola, Martin.
- Herweg, N. a kol. (2015). Straightening the three streams: Theorising extensions of the multiple streams framework. *European Journal of Political Research*, 54(3), 435-449.
- Herweg, N. a kol. (2018). The multiple streams framework: Foundations, refinements, and empirical applications. In *Theories of the policy process* (pp. 17-53). Routledge.
- Hnilicová, H. a kol. (2012). Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař*. 92(10-12): 565-572.
- Hoppe, R. (2002). Cultures of public policy problems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 4(3), 305-326.
- Howlett, M. (2007). Analyzing multi-actor, multi-round public policy decision-making processes in government: Findings from five Canadian cases. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 40(3), 659-684.
- Howlett, M. a kol. (2020). *Studying public policy: Principles and Processes*. (4<sup>th</sup> ed.). Oxford University Press Canada.
- Hrubá, D. a kol. (2002). Koncepce oboru hygiena. *Hygiena*, 47, 3-12.
- Chomynová a kol. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- IHME. (2015). *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington.
- IHME. (2016). *Rethinking Development and Health: Findings from the Global Burden of Disease Study*. IHME.
- IHME. (2019). *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington.
- Institute of Medicine. (2002). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press.



- IZPE. (2002). *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- IZPE. (2004). *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- Jakubíková, M. a kol. (2011). Fruit and vegetable intake in the Czech child population. *Public health nutrition*, 14(6), 1047.
- Kalibová, K. (2004). *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum.
- Kassebaum, N. J. a kol. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1603-1658.
- Kebza, V. (2012). Podpora zdraví – historie a současnost ve světě a v ČR. In: *Prohuman.sk*. [online]. [cit. dne 20.11. 2022]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/psychologia/podpora-zdravi-historie-a-soucasnost-ve-svete-a-v-cr>.
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies*. (2<sup>nd</sup> ed.). Pearson.
- Kotulán, J. (2011). Národní zdraví, program Zdraví 21 a prevence. *Hygiena*, 56(1).
- Kotulán, J. (2015). K účinnosti našich zdravotních programů. *Hygiena*, 60(2).
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(S285), 382-397.
- Kučera, Z. (1992a). Cesty ke zdraví: zdravotní výchova nebo podpora zdraví? *Podpora zdraví*, 1, 9-13.
- Kučera, Z. (1992b). Perspektivy podpory zdraví a veřejné zdravotnictví. *Podpora zdraví*, 1, 7-11.
- Kučera, Z. (2021). *Zdravotní gramotnost v České republice. Hlavní výsledky mezinárodního srovnávacího výzkumu M-PHL19 v ČR*. Tisková konference 8.12. 2021. Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. a ČLS JEP. [online]. Dostupné z: <https://www.uzg.cz/jak-se-zvysila-uroven-zdravotni-gramotnosti-v-ceske-republice-behem-poslednich-peti-let/>.
- Kunešová a kol. (2019). Prevalence nadváhy a obezity u sedmiletých dětí v ČR (COSI ČR), vztah k rozložení tukové tkáně. *Cesko-Slovenska Pediatrie*, 74(2).
- Kříž, J. (2008). Podpora zdraví - vývoj a perspektivy. *Hygiena*, 53, 19-22.
- Kříž, J. (2013). *Hodnocení programu Zdraví 21*, předneseno na semináři Společnosti sociálního lékařství a organizace zdravotnictví a Společnosti hygieny a komunitní medicíny ČLS JEP, 6.2. 2013.

- Lasswell, H. D. (1956). *The decision process: Seven categories of functional analysis*. College Park : Bureau of Governmental Research, College of business and Public Administration, University of Maryland.
- Lindblom, C. E. (1959). The science of "muddling through". *Public administration review*, 19(2), 79-88.
- Mackenbach, J. P. a kol. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation. *World Health Organisation, Geneva*.
- Mařincová, a kol. (2016). Možné cesty implementace hodnocení vlivů na zdraví v České republice. *Hygiena*. 61(3), 114-118.
- McNamara, C. L. a kol. (2017). The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27, 22-26.
- Mendis, S. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World health organization.
- Nagel, S. S. (2018). *Public policy evaluation: making super-optimum decisions*. Routledge.
- Potůček, M. (1997). *Nejen trh: role trhu, státu a občanského sektoru v proměnách české společnosti*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Potůček, M. a kol. (2016). *Veřejná politika*. Praha: C.H. Beck.
- Procházka a kol. (2018). Aktuální výskyt rizikových faktorů ischemické choroby srdeční u dětí v ČR v roce 2016. *Czecho-Slovak Pediatrics/Cesko-Slovenska Pediatrie*, 73(8).
- Puska, P. a kol. (2016). Background, principles, implementation, and general experiences of the North Karelia Project. *Global Heart*, 11(2), 173-178.
- Salomon, J. A. a kol. (2013). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2144-2162.
- Scharpf, F. W. (1997). *Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research*. Westview Press.
- Sigmund, E. a kol. (2015). Temporal trends in overweight and obesity, physical activity and screen time among Czech adolescents from 2002 to 2014: A national health behaviour in school-aged children study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11848-11868.
- Sigmund, E. a kol. (2020). Time-trends and correlates of obesity in Czech adolescents in relation to family socioeconomic status over a 16-year study period (2002–2018). *BMC Public Health*, 20(1), 1-12.

- Sovínová, H., & Csémy, L. (2016). *Užívání tabáku v České republice 2015*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Ruprich a kol. (2019). Studie aktualizace standardu nutriční adekvátnosti školních obědů. *Acta Hyg Epidemiol Microbiol.* (1):1-122.
- SZÚ. (2022a). *Zdravotní stav české populace. Výsledky studie EHES 2019*. Praha: SZÚ.
- Ticháček, B. (1994). Reforma sféry péče o veřejné zdraví. In M. Potůček, Purkrábek, M., Háva, P. (Eds.), *Analýza událostí veřejné politiky v České republice: soubor analýzy událostí veřejné politiky po roce 1989, 1*, 36-53. Vesmír.
- Tsebelis, G. (2000). Veto players and institutional analysis. *Governance*, 13(4), 441-474.
- Tušková, E. (2012). Vývoj vládní politiky podpory zdraví v České republice v letech 1990–2012. *Hygiena*, 57(4), 157-162.
- ÚZIS. (2011). *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha: ÚZIS.
- ÚZIS. (2022). *Psychiatrická ročenka 2021*. Praha: ÚZIS.
- Vacátko, M. (2012). *Komparace jednání vládních politických stran při formulaci cílů zdravotní politiky ČR po roce 1990*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, Vedoucí diplomové práce: Háva, Petr.
- Veselý, A. (2011). Konceptuální rámec pro analýzu vztahu vzdělávací politiky a vzdělávacích výsledků. *Orbis scholae*, 5(1), 23-52.
- Veselý, A., & Nekola, M. (2007). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON.
- Voráčková, J. a kol. (2015). Changes in eating behaviours among Czech children and adolescents from 2002 to 2014 (HBSC study). *International journal of environmental research and public health*, 12(12), 15888-15899.
- Weimer, D. L., & Vinning, A. R. (2005). *Policy Analysis: Concepts and Practice*. (4<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall.
- Weiss, C. H. (1980). Knowledge creep and decision accretion. *Knowledge*, 1(3), 381-404.
- WHO. (2014). *State of "Health 2020"*. European Health Information Gateway. WHO Regional Office for Europe. [cit. dne 10.9. 2022]. Dostupné z: <https://gateway.euro.who.int>.
- WHO. (2016). *"Healthy Life Expectancy (HALE) at birth, males, females"*. European Health Information Gateway. WHO Regional Office for Europe. [cit. dne 10.9. 2022]. Dostupné z: <https://gateway.euro.who.int>.
- WHO. (2017). *Determinants of health*. In: who.int [online]. [cit. 2.10. 2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>.

- WHO. (2022a). "Life expectancy at birth". European Health Information Gateway. WHO Regional Office for Europe. [cit. dne 10.9. 2022]. Dostupné z: <https://gateway.euro.who.int>.
- WHO. (2022b). *Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. (2023). Social determinants of health. In: [www.who.int](http://www.who.int). [online]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).

## **Veřejně politické materiály**

- Břeňková, I. (2022a). Se zástupci MZ o financování a změně zákona. In: [zdravotnickeodborny.cz](http://zdravotnickeodborny.cz). [online]. [cit. 10.11. 2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickeodborny.cz/se-zastupci-mz-o-financovani-a-zmene-zakona/>
- Břeňková, I. (2022b). Sociální dialog o aktuálních problémech hygienické služby. In: [zdravotnickeodborny.cz](http://zdravotnickeodborny.cz). [online]. [cit. 10.11. 2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickeodborny.cz/socialni-dialog-o-aktualnich-problemech-hygienicke-sluzby/>
- Cíkr, T., Koubová, M. (2016). Více diskuse, méně represe, naznačuje nová hlavní hygienička Eva Gottvaldová. In: [zdravotnickyydenik.cz](http://zdravotnickyydenik.cz). [online]. [cit. dne 15.11. 2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/08/vice-diskuse-mene-represe-naznacuje-nova-hlavni-hygienicka-eva-gottvaldova/>.
- Důvodová zpráva k sněmovnímu tisku 270/0 Novela zákona o ochraně veřejného zdraví*. PS PČR (2013-2017) [online]. [cit. dne 24.12. 2022]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=270&ct1=0>
- Důvodová zpráva k informaci o průběhu plnění a o stavu příprav revitalizace Akčních plánů implementujících Zdraví 2020 na základě úkolu č. 6 z PV dne 31.1. 2018*. 2018.
- Evropská komise. (2014). *Guidance on Ex ante Conditionalities for the European Structural and Investment Funds*.
- Evropské Nařízení parlamentu a rady (EU) č. 1303/2013 ze dne 17. prosince 2013 *o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti, Evropském zemědělském fondu pro rozvoj venkova a Evropském námořním a rybářském fondu*. Cílem bylo zajistit, aby byly vytvořeny v členských státech EU nezbytné rámcové podmínky pro účinné využívání podpory z ESIF.

- Havel, P. (2022). ČR nemá data o tom, jak lidé jedí. Nevíme skoro nic, kritizuje vědec. In: *Vitalia.cz*. [online]. [cit dne 5.1. 2023]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/cr-nema-data-o-tom-jak-lide-jedi-nevime-skoro-nic-rika-vedec/>
- Kříž, J. (2010). Jedna stinná kapitola z historie Státního zdravotního ústavu. In: *www.spolecnost-hygieny.cz*. [online]. [cit. dne 2.2. 2015]. Dostupné z: [https://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/SZU\\_2008\\_2009.pdf](https://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/SZU_2008_2009.pdf).
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. [cit. dne 20.9. 2022]. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> .
- MMR. *Dohoda o partnerství pro programové období 2014-2020, Česká republika*.
- Mravčík, V. a kol. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. dne 20.12. 2022]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2015/> .
- MZČR. (1992). *Střednědobá strategie obnovy a podpory zdraví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (1995). *Dlouhodobá strategie – Národní program zdraví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (1998). *NEHAP ČR – Národní akční plán zdraví a životního prostředí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2002). *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2013a). *Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2013b). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- MZČR. (2014). *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- MZČR. (2015a). *Zdraví 2020: Akční plán č. 1 - Podpora pohybové aktivity na období 2015-2020*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2015b). *Zdraví 2020: Akční plán č. 2 - Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2015c). *Zdraví 2020: Akční plán č. 3 - Duševní zdraví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2015d). *Zdraví 2020: Akční plán č. 4 - Omezování zdravotně rizikového chování*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

- MZČR. (2015e). *Zdraví 2020: Akční plán č. 5 - Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2015f). *Zdraví 2020: Akční plán č. 12 - Rozvoj zdravotní gramotnosti*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2015g). *Národní strategie elektronického zdravotnictví – Strategický cíl 1*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- MZČR. (2016a). *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZČR. (2016b). *Hlavního hygienika ČR Vladimíra Valentu střídá ve funkci Eva Gottvaldová, chce se zaměřit na HIV a klíšťata*. Tisková zpráva MZČR z 18.7. 2016.
- MZČR. (2017). *Vyhodnocení naplňování opatření AP ke strategii Zdraví 2020*, interní dokument MZČR.
- MZČR. (2018a). *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- MZČR. (2018b). *Výroční zpráva Rady vlády pro zdraví a životní prostředí za rok 2017*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- MZČR. (2019). *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. dne 4.1. 2023]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030\\_FINAL16122019.pdf.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf.pdf)
- MZe. (2021). *Strategie bezpečnosti potravin a výživy 2030*. Praha: Ministerstvo zemědělství.
- Programové prohlášení vlády ČR*. (2009). [cit. dne 5.6. 2012]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/jednani-vlady/programove-prohlaseni/PVV-cerven-2009.pdf>.
- Programové prohlášení vlády*. (1998). [cit. dne 5.6. 2012]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/milos-zeman/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/milos-zeman/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf).
- Příkaz ministra zdravotnictví č. 23/2010. *Zřízení Resortní pracovní skupiny k zajištění aktualizace dokumentu Zdraví 21*, vydán 12. srpna 2010.
- Příkaz ministra zdravotnictví č. 22/2010. *Zřízení Meziřesortní pracovní skupiny k zajištění aktualizace dokumentu Zdraví 21*, vydán 9. srpna 2010.
- Příkaz ministra zdravotnictví č. 28/2013. *Zřízení Resortní pracovní skupiny pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR*, vydán 1.11. 2013.

Příkaz ministra zdravotnictví č. 16/2018. *Zřízení Řídícího výboru Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.*

SKUPR. (1990). *Návrh nového systému zdravotní péče.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

Stenozáznam – *diskuse v Senátu 26.1. 2012.*

SZÚ. (2014). *Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012.* Praha: Státní zdravotní ústav.

SZÚ. (2022b). 14 nových Regionálních center podpory zdraví a 70 intervenčních programů podpory zdraví. In: *bezpecnostpotravin.cz*. [online]. [cit. dne 2.1. 2023]. Dostupné z: <https://www.bezpecnostpotravin.cz/14-novych-regionalnich-center-podpory-zdravi-a-70-intervencnich-programu-podpory-zdravi.aspx>

*usnesení PS PČR č. 175/2014.*

*usnesení PS PČR č. 865/2014 ze dne 16.9. 2014.*

*usnesení Senátu PČR č. 499/2012 z 16. schůze, konané dne 26. ledna 2012, přijaté v souvislosti s projednáváním návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*

u.v. č. 339/1990 *k návrhu Nového systému zdravotní péče.*

u.v. č. 247/1991 *k návrhu Národního programu obnovy a podpory zdraví.*

u.v. č. 369/1991 *k návrhu systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí.*

u.v. č. 273/1992 *k Národnímu programu obnovy a podpory zdraví a návrhu Projektu střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví.*

u.v. č. 810/1998 *k Akčnímu plánu zdraví a životního prostředí České republiky.*

u.v. č. 296/1999 *o Statutu, složení a programu činnosti Rady pro zdraví a životní prostředí.*

u.v. č. 1046/2002 *k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století.*

u.v. č. 1433/2007 *Návrh Plánu nelegislativních úkolů vlády České republiky na 1. pololetí 2008 a výhled na 2. pololetí 2008.*

u.v. č. 748/2008 *Zpráva o plnění úkolů uložených vládou České republiky za měsíc květen 2008.*

u.v. č. 484/2010 *Zpráva o plnění úkolů uložených vládou České republiky za měsíc květen 2010.*

u.v. č. 575/2011 *Zpráva o plnění úkolů uložených vládou České republiky za měsíc červen 2011.*

u.v. č. 760/2012 *Návrh na odvolání a jmenování hlavního hygienika České republiky.*

u.v. č. 60/2013 *Zpráva o plnění úkolů uložených vládou České republiky za měsíc prosinec 2012.*

u.v. č. 607/2013 *Zpráva o plnění úkolů uložených vládou za měsíc květen a červen 2013.*

- u.v. č. 660/2013 *Návrh na změnu přílohy – Statut Rady pro zdraví a životní prostředí – k usnesení vlády ze dne 9. ledna 2002 č. 36, k Informaci o plnění úkolů a aktivit vyplývajících z Akčního plánu zdraví a životního prostředí České republiky a o činnosti Rady pro zdraví a životní prostředí a k návrhu Statutu Rady pro zdraví a životní prostředí, ve znění usnesení vlády ze dne 30. října 2002 č. 1046, k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století.*
- u.v. č. 23/2014 *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.*
- u.v. č. 502/2014 *Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.*
- u.v. č. 671/2015 *Akční plány pro implementaci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.*
- u.v. č. 547/2016 *Návrh na jmenování hlavního hygienika České republiky.*
- u.v. č. 817/2019 *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030.*
- u.v. č. 743/2020 *Revokace usnesení 817/2019 ke Strategickému rámci rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 v souvislosti s pandemií covid-19.*
- u.v. č. 27/2021 *Implementační plány Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030.*
- usnesení Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu PČR č. 50 z 26.11. 2013.*
- usnesení Výboru pro zdravotnictví PS PČR č. 21 z 23.1. 2014.*
- usnesení Výboru pro zdravotnictví PS PČR č. 24 z roku 2014.*
- usnesení Výboru pro zdravotnictví PS PČR č. 99 z roku 2015.*
- usnesení Výboru pro zdravotnictví PS PČR č.73/2018) z 24.10. 2018.*
- Valenta, V. (2012). *Teze koncepce a strategie hygienické služby*. [cit. dne 3.4. 2022]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7740/17691/P%C5%99%C3%ADlohy\\_Koncepce\\_hygienick%C3%A9\\_slu%C5%BEby\\_2013.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7740/17691/P%C5%99%C3%ADlohy_Koncepce_hygienick%C3%A9_slu%C5%BEby_2013.pdf)
- Valenta, V. (2014). *Dopady restrikce v hygienické službě v letech 2006-2012 na zajištění ochrany a podpory veřejného zdraví a primární prevence nemocí v ČR*. (předneseno na schůzi Výboru pro zdravotnictví PSP ČR dne 4.9. 2014). [cit. dne 4.6. 2020]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9595/21419/Informace\\_HH\\_Dopady\\_restricke\\_v\\_HS.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9595/21419/Informace_HH_Dopady_restricke_v_HS.pdf) .
- Valenta, V. (2016). *Dotační programy jako efektivní nástroj podpory zdraví*. Příspěvek na konferenci Efektivní strategie podpory zdraví IV. SZÚ. 16.6. 2016.



- Vyhláška č. 282/2016 Sb. *o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních.*
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1994). *Environmental Health Action Plan. Evropský akční plán zdraví a životního prostředí.* WHO Regional Office for Europe. EUR/ICP/CEH 212.
- WHO. (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health.* World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. [cit. dne 10.7. 2014]. Dostupné z: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio\\_political\\_declaration.pdf?sfvrsn=6842ca9f\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration.pdf?sfvrsn=6842ca9f_5&download=true)
- WHO. (2003). *WHO framework convention on tobacco control.* World Health Organization.
- WHO. (2012a). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2012b). *Resolution. Health 2020 – The European policy framework for health and well-being.* Resolution EUR/RC62/R4. WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2012c). *Resolution. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services.* Resolution EUR/RC62/R5. WHO Regional Office for Europe.
- Zákon č. 258/2000 Sb., *o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.*
- Zákon č. 100/2001 Sb., *o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí).*
- Zákon č. 320/2002 Sb., *o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů.*
- Zákon č. 115/2012 Sb., *kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*
- Zákon č. 234/2014 Sb. *Zákon o státní službě.*
- Zákon č. 267/2015 Sb., *kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*
- Zákon č. 65/2017 Sb., *o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.*
- Zápis ze 49. jednání Rady vlády.*
- Zápis z 50. jednání Rady vlády.*

*Zápis z jednání RPS 5.2. 2014.*

*Zápis z jednání RPS 2.12. 2014.*

*Zápis z jednání ŘV Z2020 II 9.7. 2018.*

*Zápis z jednání Vědecké rady MZČR 18.6. 2018.*

*Zápis ze školení k metodice tvorby AP 24.4.*

*Zápis z porady vedení MZČR 27.3. 2018.*

## 10 Seznam tabulek

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1 Formalizovaní a neformalizovaní aktéři a instituce ve veřejné politice ..... | 27 |
| Tabulka 2 Přehled oslovených a dotazovaných respondentů .....                          | 45 |

## 11 Seznam obrázků

|   |    |
|---|----|
| Obrázek 1 Model determinant zdraví dle Dahlgrena a Whiteheadové .....                               | 5  |
| Obrázek 2 Zasazení předmětu disertační práce do konceptuálního rámce veřejně politického cyklu..... | 20 |
| Obrázek 3 Analytický rámec pro studium rozhodování o přijetí veřejné politiky .....                 | 28 |
| Obrázek 4 Modifikace Kingdonovy teorie tří proudů.....  | 38 |
| Obrázek 5 Témata pro rozvoj aktivit v rámci NS Zdraví 2020 .....                                    | 50 |

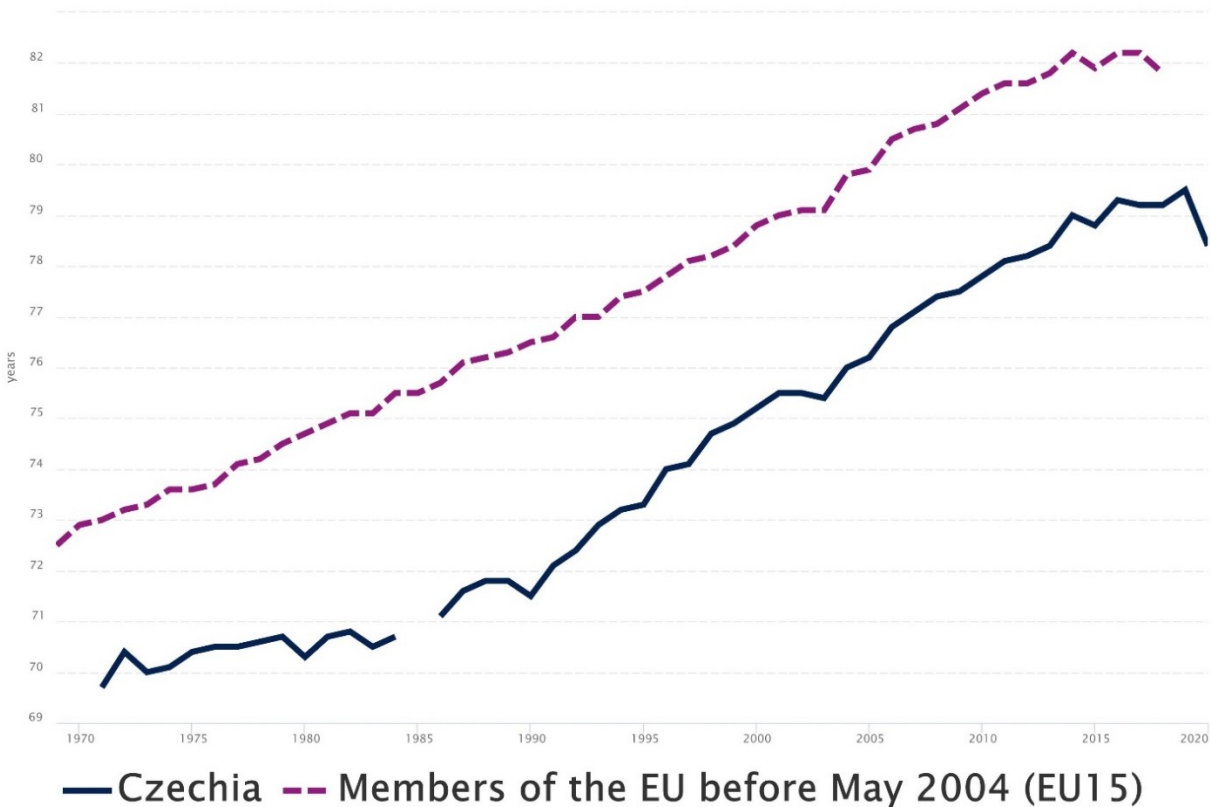
## 12 Seznam grafů

|  |    |
|--|----|
| Graf 1 Trendy v prevalenci kouření cigaret mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995-2019, v % .....                          | 88 |
| Graf 2 Trendy v pití alkoholu mezi 16letými studenty v posledních 30 dnech v letech 1995-2019 – studie ESPAD, v %.....         | 88 |
| Graf 3 Vývoj celoživotních zkušeností s nelegálními drogami mezi 16letými studenty v letech 1995-2019 – studie ESPAD, v %..... | 89 |

## 13 Přílohy

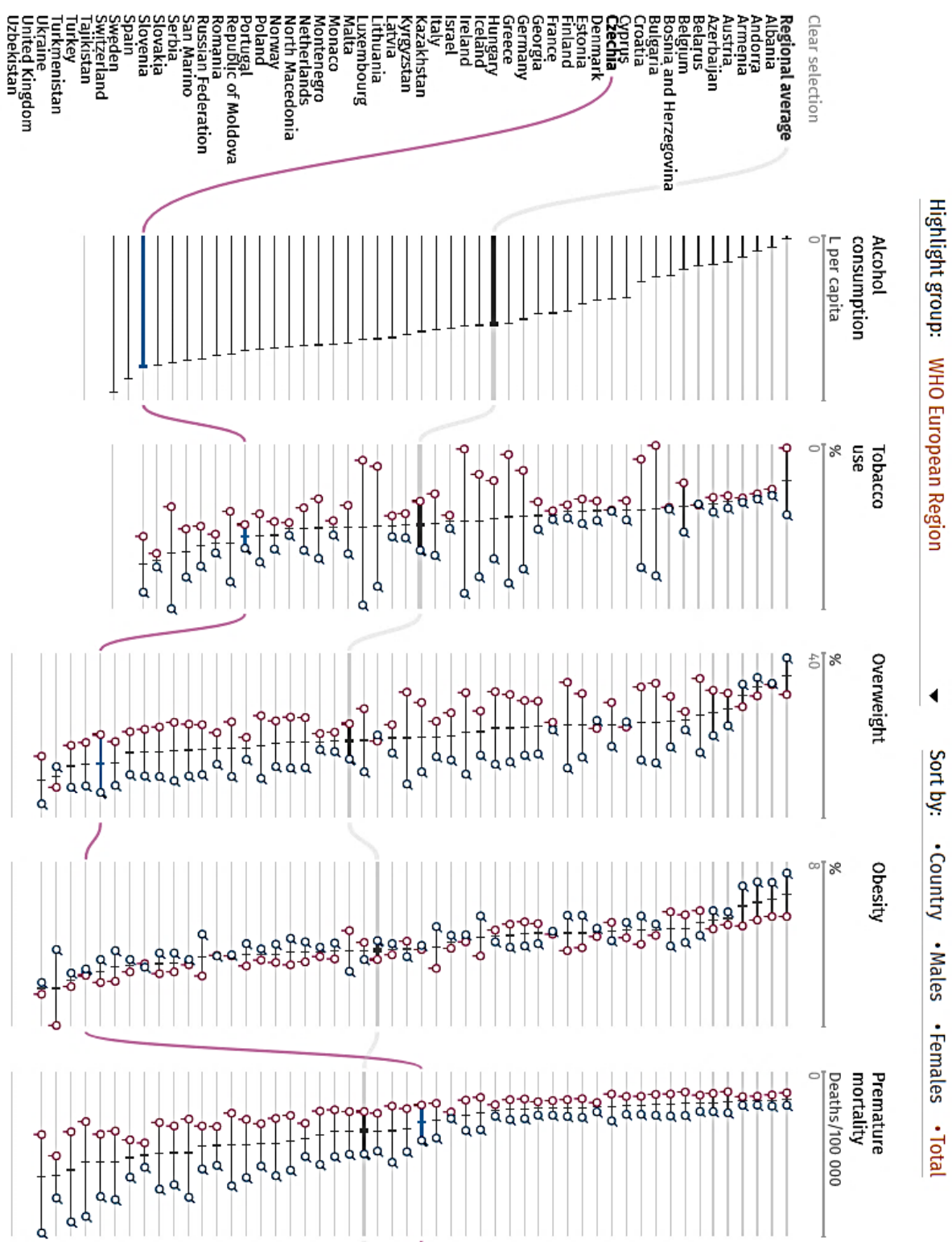
### Příloha 1 - Vybrané ukazatele zdravotního stavu populace ČR

#### Vývoj naděje dožití při narození, srovnání ČR a EU-15



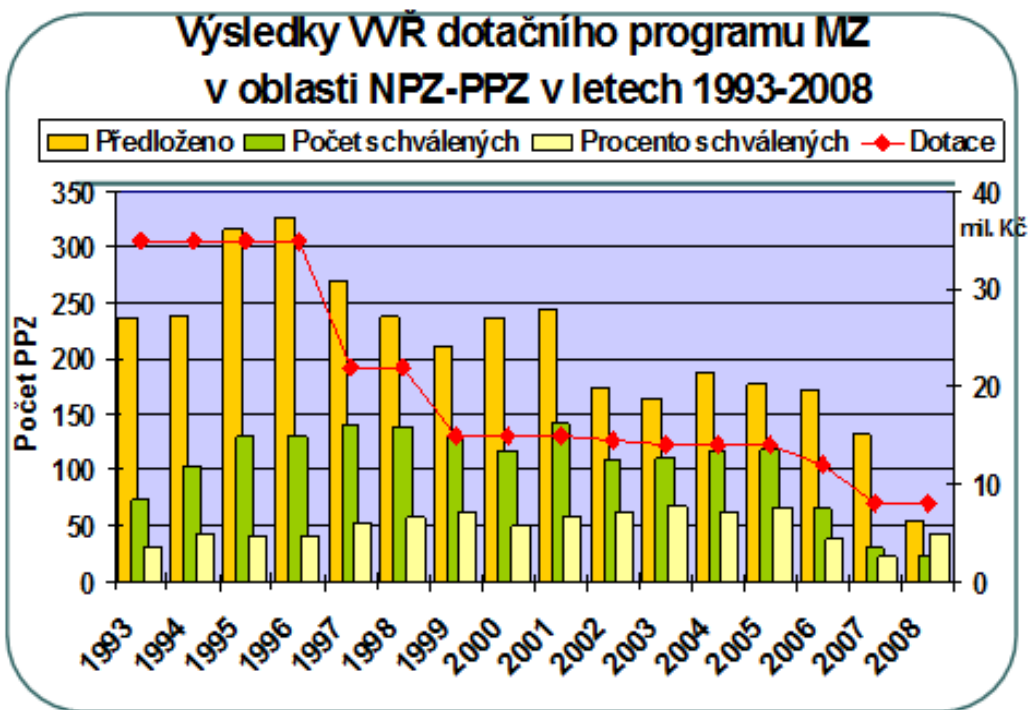
Zdroj: WHO, 2022

# Prevalence nejvýznamnějších rizikových faktorů nepřenositelných onemocnění – srovnání ČR a států evropského regionu WHO

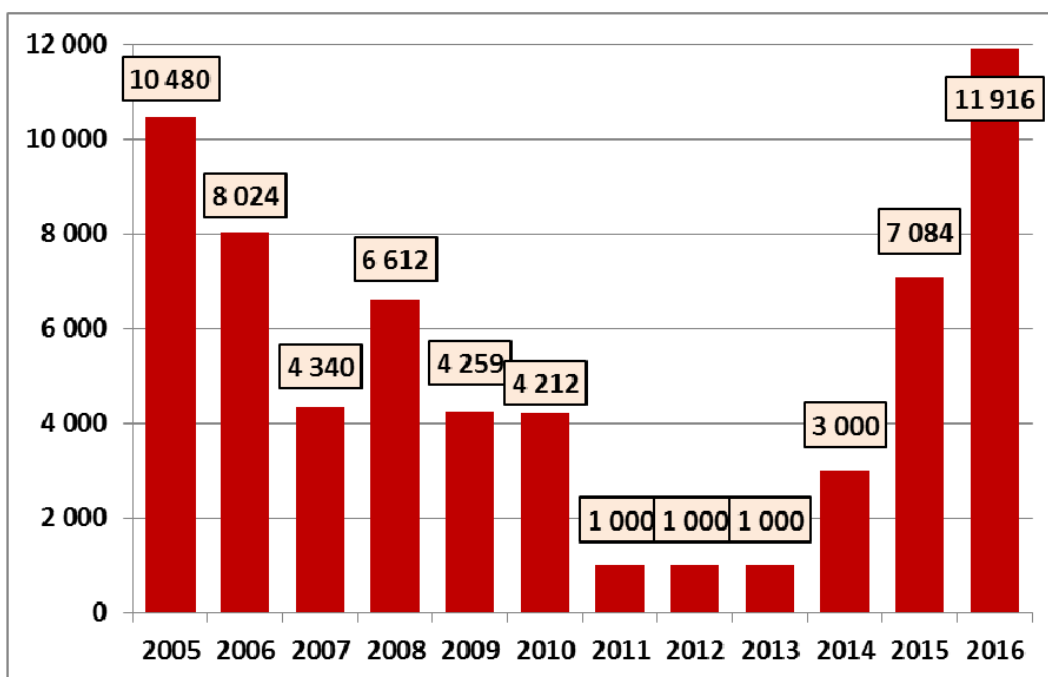


Zdroj: WHO, 2014

**Příloha 2 – Vývoj prostředků na financování dotačního programu  
Národní program zdraví – projekty podpory zdraví**



Zdroj: Kebza, 2012



Zdroj: Valenta, 2016

## **Příloha 3 - Scénář polo-strukturovaného rozhovoru (příklad)**

### SCÉNÁŘ ROZHOVORU ke strategii Zdraví 2020 a navazujícím AP

#### Role v procesu tvorby a realizace strategie Zdraví 2020 a souvisejících akčních plánů

1. Jaká byla Vaše role v procesu tvorby a realizace strategie Zdraví 2020 a souvisejících akčních plánů?

#### Tvorba programu Zdraví 2020 a akčních plánů

2. Co podle Vás vedlo k tvorbě programu Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů?/Proč byla vytvořena strategie Zdraví 2020 a navazující akční plány?
3. Kdo a jak započal a koordinoval tvorbu Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů?
4. V rámci jakých pravidel byl vytvářen program Zdraví 2020 a navazující akční plány? Existovala již tehdy pravidla pro tvorbu strategií pod Ministerstvo pro místní rozvoj (2013 Ernst a Young) a byla využita také při psaní strategie Zdraví 2020? Případně byla použita jiná pravidla?
5. Jakým procesem (rozhodovacími procesy v rámci různých institucí a orgánů) musela projít strategie Zdraví 2020, tak aby byla schválena? Dle jakých pravidel, právních či organizačních norem se tento proces řídí? (zákony/příkazy ministra/...?). Je to někde kodifikováno?
6. Můžete si vzpomenout na klíčové události - rozhodnutí, nebo naopak zamítnutí, která ovlivnila přijetí strategie Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů?
7. Proč bylo zkráceno (deadline posunut z 31.12. 2015 na 31.7. 2015) období pro tvorbu programu Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů (kdo rozhodl a proč)? Ovlivnilo toto zkrácení nějak proces tvorby, obsah a kvalitu výsledných dokumentů (zejména pak ve vztahu k realizovatelnosti stanovených opatření v budoucnu)?
8. Proč došlo k přeskupení akčních plánů? Ve strategii Zdraví 2020 bylo uvedeno 16 témat, dle kterých byly zpracovávány akční plány. Akčních plánů bylo ale nakonec zpracováno pouze 13; témata, která vypadla: 13. snižování nerovností ve zdraví, 15. podpora zdraví během celého života a 16. ekonomika zdraví.

## Rozhodování (rozhodovací procesy) o realizaci/implementaci strategie Zdraví 2020 a akčních plánů

9. Do jaké míry/za jakých podmínek byly podle Vás strategie Zdraví 2020 a navazující akční plány, které se týkaly primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, realizovatelné s ohledem na existující infrastrukturu pro podporu zdraví v ČR?
10. Kdo byl zodpovědný za koordinaci realizace programu Zdraví 2020 a akčních plánů?
11. Do jaké míry se dařilo úspěšně koordinovat/říditi realizaci stanovených opatření?
12. Jak probíhalo rozhodování o realizaci programu Zdraví 2020 a navazujících AP jako celku? Kdo a jak rozhodoval?
13. Kdo a jak rozhodoval o způsobu využití ESIF fondů pro období 2014-2020?
14. Jakou roli v realizaci opatření podpory zdraví a prevence nemocí formulovaných v programu Zdraví 2020 a navazujících akčních plánech sehrála Světová zdravotnická organizace?
15. Co se dělo mezi napsáním akčních plánů (polovina roku 2015) a jejich redukcí v roce 2018 do podoby priorit? Proč byly podle Vás některé aktivity realizovány a jiné nikoliv?
16. Jak jste vnímali úspěšnost tzv. revitalizace prací na programu Zdraví 2020 v roce 2018, iniciované ministrem Vojtěchem, a proč podle Vás do této doby nebyla realizována většina formulovaných opatření?

## Evaluace a monitoring programu

17. Docházelo během platnosti programu Zdraví 2020 a akčních plánů ke kontrole/ám ze strany Evropské komise? – ve smyslu souladu realizovaných opatření financovaných z ESIF se strategií Zdraví 2020 a akčními plány, které byly podmínkou pro čerpání? Pokud ano, s jakými výsledky?
18. Z veřejně dostupných informací se zdá, že doposud (srpen 2022) nedošlo k ukončení programu Zdraví 2020 a navazujících akčních plánů, ani k vyhodnocení jejich výstupů/výsledků. Proč?

## Realizace/Implementace akčních plánů

19. Jak postupuje naplňování priorit, stanovených na základě přehodnocení cílů akčních plánů koncem roku 2018?
20. Jaké faktory podle Vás hráli roli v tom, že některá opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná ve strategii Zdraví 2020 a akčních plánech byla realizována a jiná nikoliv?
21. Můžete uvést příklad opatření, které se podařilo plně realizovat? Proč tomu tak podle Vás bylo?



22. Obecně – vnímáte cestu tvorby a implementace strategických dokumentů jako je program Zdraví 2020 jako vhodný nástroj pro politiku podpory zdraví a primární prevence nepřenositelných onemocnění u nás? Proč ano? Proč ne?

### Zdraví 2030

23. Jaké jsou podle Vás šance na realizaci programu Zdraví 2030 ve srovnání se strategií Zdraví 2020, který byl schválen 13. července 2020? Proč?
24. Máte informaci o tom, že by se na MZ pracovalo na realizaci programu Zdraví 2030? Implementační plány byly schváleny 11. ledna 2021.

## **Příloha 4 - Informovaný souhlas**

### INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU A JEHO NÁSLEDNÝM VYUŽITÍM PRO ÚČELY DISERTAČNÍ PRÁCE

Tento expertní rozhovor je součástí sběru dat pro disertační práci Evy Tuškové s názvem *Primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpora zdraví v ČR: případová studie strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*.

Hlavním cílem disertační práce je do hloubky porozumět rozhodovacím procesům, které posouvaly opatření primární prevence nepřenositelných onemocnění a podpory zdraví, formulovaná v programu Z2020 a navazujících akčních plánech, směrem k implementaci.

#### SOUHLAS S ROZHOVOREM

Já .....  
souhlasím s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely disertační práce.

Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

- ANO
- NE

*Pořízený záznam bude v držení výzkumníka, ihned po zpracování jeho obsahu bude smazán.*

Souhlasím se záznamem ve formě písemných poznámek.

- ANO
- NE

*Úryvky z rozhovoru mohou být použity v disertační práci a při její prezentaci. V případě využití citací se tazatel zavazuje informovat respondenta a požádat jej předem o autorizaci.*

Preferuji:

- uvedením mého jména u citace
- anonymní označení citací
- zaslání citací k autorizaci před jejich publikací v disertační práci

Rozumím, že na kladené otázky v rámci rozhovoru nemusím odpovídat a mohu kdykoliv od rozhovoru odstoupit.

Podpis respondenta:..... Datum:

Podpis výzkumníka:..... Datum:

Mgr. Eva Tušková  
Katedra veřejné a sociální politiky, Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy  
[evique.k@gmail.com](mailto:evique.k@gmail.com), Tel.: +420 731 587 019

**Příloha 5 - Přehled implementačních dokumentů – akčních plánů  
Národní strategie Zdraví 2020**

| č.  | Název akčního plánu  | Dílčí akční plány   |
|-----|--|---|
| 1.  | Podpora pohybové aktivity  | -   |
| 2.  | Správná výživa a stravovací návyky populace  | 2a. AP pro správnou výživu a stravovací návyky  |
|     |  | 2b. AP pro prevenci obezity   |
|     |  | 2c. AP pro bezpečnost potravin  |
| 3.  | Duševní zdraví   | -   |
| 4.  | Omezení zdravotně rizikového chování   | 4a. AP pro vytvoření interdisciplinárního mezesortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice |
|     |  | 4b. AP pro oblast kontroly tabáku v České republice na období 2015 až 2018  |
|     |  | 4c. AP k omezení škod působených alkoholem v České republice na období 2015 až 2018   |
| 5.  | Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí  | -   |
| 6.  | Zvládání infekčních onemocnění, zejména nově a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy | 6a. Provakcinační AP  |
|     |  | 6b. AP pro zvládání infekčních onemocnění   |
| 7.  | Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR  | -   |
| 8.  | Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče   | 8a. Zvýšení kvality dostupnosti a efektivity následné dlouhodobé a domácí péče  |
|     |  | 8b. Zvýšení dostupnosti návazné péče  |
| 9.  | Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb  | -   |
| 10. | Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků   | 10a. AP Vzdělávání lékařů   |
|     |  | 10b. AP Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků   |
| 11. | Elektronizace zdravotnictví  | -   |
| 12. | Rozvoj zdravotní gramotnosti   | -   |
| 13. | Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel  | -   |

Zdroj: MZČR, 2016

## Příloha 6 - Přehled opatření formulovaných ve vybraných akčních plánech

### AP č. 1 Podpora pohybové aktivity na období 2015-2020

| Klíčové priority<br>- strategické cíle     | Specifické cíle  | Podstatné výstupy  |
|--|--|--|
| Podpora pohybové aktivity<br>ve vzdělávání | Podpora PA v rámci předškolního<br>vzdělávání                | Počet podpořených školek v souvislosti s pořízením a nákupem stimulačních pomůcek na podporu PG a PA v MŠ  |
|  |  | Realizace kurzů dalšího vzdělávání ped. pracovníků, které zakládají kompetenci učitelů v oblasti PG a PA   |
|  |  | Zařazení bloku informací o pohybové gramotnosti do ŠVP na MŠ   |
|  | Podpora PA na ZŠ a nižších<br>stupních víceletých gymnáziích | Využívání disponibilní hodiny pro zařazení třetí hodiny TV nebo hodin zdravotní tělesné výchovy  |
|  |  | Vydání opatření upravující možnost uvolňovat žáky z výuky TV   |
|  |  | Zařazení bloku informací o ochranných prvcích při PA v rámci prevence úrazů a wellbeingu. Zlepšení materiálního vybavení na školách ochrannými pomůckami                         |
|  |  | Rozšíření bloku informací o významu PA a rizicích jeho nedostatku do vzdělávacích oblastí člověk a jeho svět a Člověk a zdraví   |
|  |  | Využívání infrastruktury pro PA žáků i po skončení výuky   |
|  |  | Dohody škol s místními organizacemi o spolupráci při zapojování žáků do mimoškolních PA  |
|  |  | Vytvoření Národního portálu pro podporu TV a PA (samostatný, nebo v rámci Metodického portálu RVP)   |
|  |  | Počet podpořených ZŠ v souvislosti s pořízením a nákupem stimulačních pomůcek na podporu PG a PA   |
|  | Podpora PA na školách<br>poskytujících střední vzdělání      | Zařazení bloku informací o významu PA a rizicích jeho nedostatku do vzdělávacích oblastí Vzdělávání pro zdraví, Společenskovední vzdělávání a Biologické a ekologické vzdělávání |
|  |  | Využívání infrastruktury pro PA žáků i po skončení vyučování   |

|                  |  |   |
|------------------|--|---|
|                  |  | <p>Tvorba krátkých šotů pro podporu PA realizované žáky v rámci celorepublikové soutěže</p> <p>Zařazení bloku informací o ochranných prvcích při PA v rámci prevence úrazů a wellbeing. Zlepšení materiálního vybavení na školách ochrannými pomůckami</p> <p>Realizovaná zdravotní TV nebo aplikované TV ve školách, kde jsou žáci s různými oslabeními</p> <p>Zařazení bloku informací o významu PA a rizicích jejího nedostatku do vzdělávacích oblastí Vzdělávání pro zdraví, Společenskovední vzdělávání a Biologické a ekologické vzdělávání s ohledem na žáky se zdravotním postižením a znevýhodněním</p> |
|                  | Podpora PA na VŠ a VOŠ   | <p>Diseminace materiálů a informací o významu PG a PA v životě člověka</p> <p>Vytvoření systému podpory pro zařazení TV i do programů neborových VŠ a VOŠ</p> <p>Inovace infrastruktury pro PA</p> <p>Rozvoj PG studentů VŠ a VOŠ</p>   |
|                  | Podpora PA ve výchovně vzdělávacích institucích v rámci celoživotního vzdělávání | <p>Grantová podpora vzdělávání v PG a zajištění PA rodičů s dětmi předškolního věku (MPSV, kraje, obce)</p> <p>Grantová podpora vzdělávání v PG a zajištění PA v produktivním a postproduktivním věku (MPSV, kraje, obce)</p> <p>Kvalifikační standard Národního ústavu pro vzdělávání, který odlišuje úroveň služeb na rovině komunitní (aplikace a podpora základních preventivních opatření, úroveň nevázané živnosti), odborné (konzultace a individuální plány - úroveň vázané živnosti) a zdravotnické (intervenční postupy - úroveň koncesované živnosti)</p>  |
| Aktivní mobilita | Podpora aktivní mobility na úrovni veřejné správy                                | <p>Realizace Cyklistické akademie, která zahrnuje: a) konference, semináře a workshopy, b) portály <a href="http://www.cyklostrategie.cz">www.cyklostrategie.cz</a>, c) průběžný dotisk metodických materiálů</p> <p>Nově vybudované cyklistické komunikace</p>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | Konkrétní legislativní změny týkající se aktivních forem mobility, nové technické podmínky TP179   |
|   | Podpora aktivní denní mobility u veřejnosti       | Města si zpracují své marketingové plány<br>a) výstava "Města s dobrou adresou", b) plány mobility a kampaně pro školy, c) plány mobility a kampaně pro firmy, d) počet kampaní zasahujících celou společnost, e) kampaně pro seniory f) propagační materiály a předměty<br>Veřejná setkání, slyšení, interaktivní webová stránka, dotazy a návrhy, občanské panelové diskuze, konzultační dokumenty, průzkumy a ankety  |
|   | Podpora zájmu o aktivní trávení volného času      | Tipy na výlety v okolí měst<br>Zastřešující podpora všech akcí prostřednictvím webu <a href="http://www.ceskojede.cz">www.ceskojede.cz</a> , sociálních sítí, informačních brožur, letáků, roll-bannerů, plakátů, cyklomap ad. 2) Podpora individuálních propagačních akcí "Festival Česko jede", spojených s vydáním článků, reklam v novinách, tiskových zpráv a tiskových konferencí<br>Počet nových subjektů zapojených do podpory značky Česko jede s přesně definovanými úkoly jejich zapojení   |
| Podpora sportu pro všechny a aktivního využívání volného času | Podpora neorganizovaných forem pohybových aktivit | Informační portál o aktivním životním stylu, pohybových aktivitách, doporučení, popularizované výsledky studií (inspirované kanadským <a href="http://canadiansportforlife.ca">canadiansportforlife.ca</a> = CS4L). Pohyb, zdraví a úloha městské samosprávy v podpoře aktivního životního stylu.<br>Vytvořit metodický materiál Příprava a tvorba koncepčních dokumentů rozvoje sportu pro města a regionů v tištěné verzi<br>Evidence based guidelines pro zpracování koncepce rozvoje sportu v obcích a městech - webové rozhraní<br>Metodický portál a sociální síť <a href="http://sportujiciskola.cz">sportujiciskola.cz</a><br>Kvalifikační a rekvalifikační kurzy v oblasti zdravotně orientované zdatnosti (exercise specialist). Předpokládaný rozsah školení 200 hodin.<br>Centrální databáze organizací a vyškolených specialistů, které mohou zajišťovat certifikované intervenční pohybové programy<br>Intervenční pohybové programy |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Podpora organizovaného sportu pro všechny  | <p>Propagačně motivační sportovní akce celostátního významu, která prostřednictvím médií aktivizují k pohybu</p> <p>Propagačně motivační akce regionálního či místního významu</p> <p>Činnost školních sportovních klubů, klubů sdružených ve sportovních organizacích sportu pro všechny a klubů základní úrovně (grassroot)</p> <p>Činnost sportovních a vzdělávacích organizací pracujících s osobami se specifickými potřebami</p> |
| Podpora pohybové aktivity ve zdravotnictví a sociálních službách  | Podpora a zavádění vzdělávání zaměřeného na pohybovou aktivitu do plánů lékařských a nelékařských oborů v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání          | Rozšíření povinného bloku tělovýchovné lékařství ve specializačním studiu v pregraduální výuce na LF   |
|   |  | Rozšíření povinného bloku tělovýchovné lékařství v rámci výuky zdravotnických pracovníků - nelékařů  |
|   |  | Rozšíření povinného bloku tělovýchovné lékařství v rámci postgraduálního vzdělávání  |
|   |  | Rozšíření povinného/volitelného předmětu zaměřeného na zlepšení komunikačních kompetencí   |
|   |  | Rozšíření nabídky kurzu tělovýchovné lékařství v rámci systém CŽV  |
|   | Příprava guidelines pro pohybovou aktivitu pro specifické skupiny osob a pacientů  | Vytvoření systému guidelines pro různé cílové skupiny  |
|   |  | Zkvalitnění systému přenosu evidence-based informací o pohybové aktivitě ke koncovému uživateli - cílové skupiny, skupiny pacientů apod.   |
|   | Podpora praxí nelékařských a nezdravotnických profesí ve zdravotnictví a sociálních službách a zavedení pohybové aktivity do systému léčebné a sociální péče | Modifikace guidelines na základě reality a cost-efektivity v rámci studie  |
|   |  | Existence a legislativní ukotvení exercise specialist  |
|   |  | Program Exercise specialist jako součást studijních programů na VŠ   |
|   |  | Seznam a kapacita (průchodnost) pracovišť pro výkon praxí v dosahu VŠ  |
|   |  | Definování nezbytného rozsahu a přijetí nových výkonů v rámci preskripce a realizace PA  |
| Seznam výkonů pro jednotlivé obory s definováním kompetencí   |  |  |
| Definování minimální a doplňkových programů s pohybovou aktivitou (nikoliv jen v rámci léčby), ale především v rámci primární a sekundární prevence |  |  |

|   |   |
|---|---|
| Podpora společných aktivit zdravotníků a nezdravotníků v oblasti pohybových aktivit veřejnosti                        | Zdůvodnění a definování obsahu workshopů pro zlepšení komunikace  |
|   | Konkrétní workshopy a semináře event. konference s tématy v rámci jednotlivých odborností pro seznámení s prací lékařů a NLZP se zpětnou vazbou   |
| Podpora vytváření sítě pracovišť pro vzdělávání, testování s preskripcí pohybové aktivity a edukaci široké veřejnosti | Zajištění cost-benefit analýzy nákladů a příjmů a udržitelnosti v souvislosti s následnými opatřeními   |
|   | Definování minimálních požadavků na vzdělávání pro budoucí pracovníky v oblasti funkční diagnostiky   |
|   | Definování potřeby a náplně práce sítě (dostupnost) a jeho zařazení do systému léčebně-preventivní péče na základě analýzy 4.6.1.   |
|   | Research program se zjištěním zdatnosti české populace a srovnání s posledním měřením v rámci IBP programu  |
| Podpora PA na pracovišti  | Zvýšený počet realizované výstavby vnější i vnitřní infrastruktury pro pohybové aktivity. Zvýšení účasti zaměstnanců na pravidelných i jednorázových pohybových aktivitách. Zlepšení sociálního prostředí v podniku. Zvýšení aktivní dopravy do/ze zaměstnání   |
|   | Zlepšení sociálního prostředí ve firmě. Možnost organizačních změn pracovní doby v podniku umožnění realizace pohybových aktivit. Vypracování manuálu s modely organizačních opatření pro různé typy podnikání umožňující pohybové aktivity   |
|   | Zlepšení vnějších podmínek pro pohybovou aktivitu. Zvýšený počet realizované výstavby vnějších zařízení. Zvýšení účasti zaměstnanců na pravidelných i jednorázových pohybových aktivitách. Zlepšení sociálního prostředí v podniku. Vyšší efektivita ve využívání obecních zařízení pro sport a pohybové aktivity. Zlepšení podmínek pro aktivní dopravu do/ze zaměstnání |
|   | Legislativní opatření pro odpovědné firmy podporující pohybové aktivity zaměstnanců v podobě ekonomických zvýhodnění daňových, odpisů   |
|   | Zlepšení sociálního prostředí v podniku, instituci. Zlepšení podmínek pro prevenci zdraví prostřednictvím pohybových aktivit.   |



|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
|                                      | <p>Podpora edukační činnosti a programů s pohybovými aktivitami</p>             | <p>Zvýšení zájmu o pohybové aktivity. Zvýšení účasti na pravidelných i jednorázových pohybových aktivitách. Větší informovanost a znalosti zaměstnanců o potřebě pohybových aktivit a jejich vlivu na zdraví</p> <p>Zvýšení zájmu o pohybové aktivity. Zvýšení účasti zaměstnanců na pravidelných i jednorázových pohybových aktivitách. Zvýšení pohybové gramotnosti a kompetencí zaměstnanců. Multimediální pomůcka podporující praktické používání vhodných pohybových aktivit ve vztahu k pracovním činnostem</p> <p>Zvýšení informovanosti o potřebě pohybové dostatečnosti. Zvýšení motivace k pravidelnému provádění pohybových aktivit. Zvýšení informovanosti o možnostech pohybových aktivit v rámci zaměstnání a jeho okolí</p> <p>Lepší informovanost o individuální potřebě pohybové dostatečnosti. Zvýšení motivace k pravidelnému provádění pohybových aktivit. Zpětná vazba o změnách v realizované pohybové aktivitě i riziku zdravotních problémů.</p> <p>Legislativní opatření pro firmy podporující pohybové aktivity zaměstnanců ve formě ekonomických zvýhodnění daňových, odpisů</p> |
| <p>Pohybová aktivita a prostředí</p> | <p>Zlepšení prostorových podmínek pro školní i mimoškolní pohybové aktivity</p> | <p>Budování a vybavení pohybových center</p> <p>Analýza stavu a vybavení školních sportovních zařízení</p> <p>Modernizace vybavení školních sportovních areálů</p> <p>Zpřístupnění areálů pro mimoškolní aktivity a veřejnost</p> <p>Podpora spontánních pohybových aktivit ve školním prostředí - aktivní prvky</p> <p>Analýza stavu a vybavení školních sportovních zařízení</p> <p>Modernizace vybavení školních sportovních areálů</p> <p>Zpřístupnění areálů pro mimoškolní aktivity a veřejnost</p> <p>Podpora spontánních pohybových aktivit ve školním prostředí - aktivní prvky</p> <p>Vybudování kapacit tělovýchovných zařízení pro studenty regionálních a pražských univerzit</p> <p>Modernizace vybavení školních sportovních areálů</p> <p>Zpřístupnění areálů pro mimoškolní aktivity a veřejnost</p>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | Obnova a rozvoj sportovní infrastruktury pro pohybovou rekreaci                           | Rozšíření funkce veřejných prostor o možnosti spontánních pohybových aktivit   |
|   |   | Budování moderních volnočasových sportovních areálů  |
|   |   | Budování (odpočívadla, outdoor fitness prvky, apod.) a značení zdravotně turistických příměstských tras  |
|   | Zlepšení prostorových podmínek pro organizovaný sport základní úrovně - sport pro všechny | Snižování energetické náročnosti budov   |
|   |   | Rekonstrukce sportovních zařízení starších 40 let ve vlastnictví sportovních organizací, měst a obcí   |
|   |   | Orientovat novou výstavbu sportovních zařízení zejména na nízkonákladové tréninkové areály a akademie  |
|   | Podpora infrastruktury pro aktivní mobilitu   | Inovace generelů cyklostezek s ohledem na nutné napojení sportovních areálů na stávající síť   |
|   |   | Inovace generelů cyklostezek s ohledem na nutné napojení sportovních areálů na stávající síť   |
|   | Podpora pohybové aktivity v médiích   | Výběr médií a jejich možnosti  |
| Zpracovat data z výzkumů a připravit podklady pro informační materiály                        |   |  |
| V návaznosti na schválené položky Akčního plánu a vybraná media zpracovat PR komunikační plán |   |  |
| podpora pohybové aktivity na internetu  |   | Jeden webový portál pro celý projekt Zdraví 2020   |
|   |   | Série bannerových reklam s proklikem na webový portál Zdraví 2020  |
|   |   | Nepřetržité publikování článků a informací o Zdraví 2020 a o všech tématech s tímto projektem souvisejícím   |
|   |   | Vytvoření Facebookové databáze "přátel" projektu Zdraví 2020. Soutěže o nejlepší videa a jejich publikace na Youtube. Založení kanálu na Streamu a jeho pravidelné plnění. |
| Zajištění podpory médií veřejné služby - České televize a Českého rozhlasu                    |   | Vznik 7 naučných programů pro ČT a jejich alternace pro Čro. Pravidelné nabízení publicistických a zpravodajských informací pro redakce v ČT A Čro                         |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | Vysílání ucelených televizních a rozhlasových kampaní v tzv. "veřejném" zájmu. Rozhovory s osobnostmi spojenými s projektem Zdraví 2020  |
|   | Podpora mediální spolupráce s privátními médii                                | Nabídnutí mediální spolupráce za předpokladu, že nebude v rozporu s prioritní spoluprací s veřejnoprávními médii.<br>Články se zdravotním obsahem dodané vedoucími jednotlivých skupin.<br>Reportáže se zajímavými lidmi spojenými s Zdraví 2020 |
| Výzkum a evaluace podpory pohybové aktivity | Zajištění monitoringu pohybové aktivity dle mezinárodních doporučení WHO a EK | Systém pravidelného monitorování PA české populace s opakováním po 2 a 5 letech  |
|   |   | Znalostní báze základních korelátů a determinant a její prohlubování s opakováním monitoringu  |
|   |   | Programy podpory PA a snížení sedavého chování u různých věkových, profesních a jiných skupin s cílem vzdělávání a chápání významu PA v životě každého člověka   |
|   |   | Ověřování funkčnosti připravených intervenčních programů a současně inovace stávajících na základě zpětného hodnocení výzkumných šetření   |
|   |   | Politiky a strategické dokumenty prosazující PA jako jeden z preventivních faktorů omezení rizika NCD  |
|   | Podpora kvality výzkumných aktivit v oblasti pohybové aktivity                | Zdraví jako politická priorita, ale hlavně jako celospolečenské téma<br>Zkvalitnění systému přenosu evidence-based informací o výzkumu PA ke koncovému uživateli - cílové skupiny, politiky, strategické dokumenty                               |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015a

## AP č. 2a Správná výživa a stravovací návyky

| Klíčové priority<br>- strategický cíl   | Podstatné výstupy   |
|---|---|
| Tvorba prostředí s vhodnými potravinami   | Vytvoření systému společenské odpovědnosti za správnou výživu obyvatelstva  |
|   | Reformulace potravin  |
|   | Podpora výživy ve školách   |
|   | Ochrana dětí před nevhodným marketingem   |
| Podpora získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva | Zvýšení zdravotní gramotnosti ve správné výživě diferencované podle věkových skupin v celé populaci   |
|   | Individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky   |
|   | Navýšení nutriční kvality institucionálního stravování  |
|   | Podpora dostupnosti výživy, získávání a osvojování si správné výživy u nejvíce zranitelných skupin obyvatel   |
| Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu  | Odborné řízení AP a tvorba systému výživových doporučení a jejich přijetí a garance státem  |
|   | Zavedení celoplošného vyhledávání osob v riziku malnutrice v rámci primární i sekundární zdravotnické péče  |
|   | Poskytování komplexní diferencované péče nemocným s nadváhou a obezitou   |
|   | Včasná nutriční intervence u osob v malnutrici (obezita i podvýživa)  |
|   | Identifikace a řešení mikronutrientních deficitů v populaci, či ohrožených skupinách (subpopulací)  |
|   | Navýšení dozorové činnosti nutričního složení ve společném stravování (nejen uzavřeného typu)   |
|   | Systémové navýšování či zavádění výuky správné výživy a klinické výživy do studijních pregraduálních plánů lékařských a s výživou spojených nelékařských profesí ve zdravotnictví         |
|   | Vytvoření sítě odborných pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti |
| Podpora dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin                                       | Monitoring a hodnocení výživy a výživového stavu populace v souvislosti s ukazateli zdraví  |
|   | Monitoring vývojových trendů malnutrice a jejich dopadů na zdraví a průběžná a závěrečná evaluace efektivity jednotlivých i celkových výstupů akčního plánu                               |
|   | Výzkum v oblasti výživy a zdraví  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Tvorba komunit a aliancí | Regiony více aktivní v řízení správné výživy svých obyvatel   |
|                          | Podpora a rozvíjení komunitních programů, které řeší správnou výživu jako jednu z prioritních oblastí   |
|                          | Podpora vytváření aliancí, platforem, sítí zájmových skupin společnosti s cílem aktivizace, podpory a rozvoje společnosti v oblasti správné výživy a prevence obezity a podvýživy |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015b

## AP č. 2b Prevence obezity

| Klíčové priority - strategický cíl   | Podstatné výstupy  |
|--|--|
| Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant   | Monitoring výskytu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant u dětí i dospělých   |
|  | Hodnocení vývojových trendů prevalence obezity a evaluace APPO   |
|  | Výzkum v oblasti obezitologie  |
| Tvorba antiobezigenního prostředí  | Budování prostředí, které umožňuje naučit se upřednostňovat zdravou volbu zvláště v dětském věku (spoluúčast/bonifikace ve VZ pojištění) |
|  | Vytváření podmínek, které napomáhají překonávat bariéry bránící zdravé volbě (spoluúčast/bonifikace v rámci VZ pojištění)                |
|  | Motivace lidí přehodnocovat a měnit své nezdravé preference v životním stylu (spoluúčast/bonifikace v rámci VZ pojištění)                |
| Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva | Zvýšení zdravotní gramotnosti v aktivním životním stylu  |
|  | Individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky ve výživě, fyzioterapii, psychoterapii, hrazené ze zdravotního pojištění     |
| Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle medicíny založené na důkazech   | Vybudování sítě pracovišť diferencované léčebné péče o obezní  |
|  | Poskytování léčebně preventivní péče obezním   |
|  | Navyšování odborného růstu zdravotnických odborníků v obezitologii   |
| Posílení státní správy v oblasti řízení prevence obezity, zaktivizování občanské společnosti a tvorba aliancí a komunit  | Řešeno v AP č. 2a a AP č. 1.   |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015b

## AP č. 2c Bezpečnost potravin

| Klíčové priority<br>- strategický cíl         | Podstatné výstupy  |
|---|--|
| Vědecky podložené hodnocení zdravotních rizik | Databáze individuální spotřeby potravin sloužící pro hodnocení zdravotních rizik nesprávné výživy (malnutrice a bezpečnost potravin). Předchozí hodnocení bylo provedeno v roce 2004 a již nevyhovuje současným podmínkám  |
|   | Aktuální charakterizace zdravotních rizik z dietární expozice vybraným chemickým látkám sloužící k aktivizaci managementu zdravotních rizik; zvážit přijetí opatření na základě principu předběžné opatrnosti  |
|   | Pravidelné hodnocení situace v ČR podle mezinárodních metodik (EFSA)   |
|   | Aktuální charakterizace zdravotních rizik z předmětů pro styk s potravinami sloužící k aktivizaci managementu zdravotních rizik; zvážit přijetí opatření na základě principu předběžné opatrnosti  |
|   | Zvýšení počtu položek v národní databázi a jejich aktualizace tak, aby odborná i laická veřejnost mohla provádět svá nutriční hodnocení. Měl by se podstatně rozšířit počet "výrobků"  |
|   | Vytvoření stálé meziresortní skupiny pro hodnocení nově hrozících rizik z potravin   |
| Řízení zdravotních rizik                      | Zlepšení orientace dozorových orgánů z hlediska rozsahu jejich činnosti, možnost větší koncentrace na dlouhodobé priority dozoru, odstranění nejasností pro odbornou i laickou veřejnost, lepší využití stávajících zdrojů   |
|   | Zvýšení přehledu o všech datech na jednom místě - vytvoření sdílené databáze. Není potřebná jedna jediná, stačí sdílení dílčích databází v reálném čase  |
|   | Vytvoření portálu pro sběr dat o negativním zdravotním efektu potravin (neinfekční, převážně akutní zdravotní problémy), který doplní systém Farmakovigilance a Kosmetovigilance   |
| Komunikace zdravotních rizik a vzdělávání     | Cílem je pozvednout úroveň znalostí veřejnosti laické i odborné týkající se potravin jako zdroje živin i látek, které mohou negativně ovlivnit zdraví spotřebitele (cost-benefit). Aktivita se očekávají nejen ze strany státu, ale i ze strany PPP a nevládních organizací. Potravinová gramotnost by měla být součástí výuky na školách různých stupňů |
|   | Specializační/vzdělávací kurzy, které absolvuje každý profesionál v oblasti týkající se bezpečnosti potravin alespoň 1x za tři roky. Je potřeba nastavit systém jako "výběrový", pracovník musí mít sám zájem na zvyšování úrovně znalostí. Motivací může být grant na účast   |
|   | Udržet kontakt a spolupráci s těmito organizacemi tak, aby CZ mohla sdílet profit z metodických výstupů, ale v určitých případech mohla i pomáhat dalším zemím světa v krizových situacích   |
|   | Udržet aktivity resortu Mze a pokusit se obohatit je o aktivity MZ, zejména ve spojení s aktivitami zaměřenými současně na výživu  |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015b

### AP č. 3 Duševní zdraví

| Oblast   | Aktivity   |
|--|--|
| Tvorba standardů a metodik   | Tvorba standardu Center duševního zdraví   |
|  | Tvorba standardu akutních oddělení lůžkové psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích                                       |
|  | Tvorba standardů prosté a rozšířené psychiatrické ambulance  |
|  | Tvorba standardu následné a dlouhodobé péče (psychiatrické nemocnice)  |
|  | Tvorba metodiky kvality života duševně nemocných   |
|  | Ekonomika duševního zdraví - metodika  |
|  | Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče, transformační plány psychiatrických nemocnic |
|  | Metodika na měření míry stigmatizace, počátek longitudinálního výzkumu (první sběr dat)  |
|  | Tvorba metodiky na vzdělávání odborného personálu v CDZ  |
|  | Vzdělávání odborného personálu CDZ   |
|  | Tvorba metodiky a designu primární, sekundární, popř. terciární prevence   |
|  | Implementace programů primární, sekundární a terciární prevence  |
|  | Tvorba metodiky kontrol péče v psychiatrických nemocnicích   |
|  | Rozvoj sítě psychiatrické péče   |
| Podpora alternativních typů péče o duševně nemocné   |  |
| Rozvoj sítě akutních oddělení psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích                      |  |
| Zřízení a provoz kompetenčního centra pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče      |  |
| Definice holistické sítě péče o duševně nemocné (děti a dorost, adiktologie, gerontopsychiatrie) |  |
| Metodiky primární, sekundární a terciární prevence   | Tvorba metodiky primární, sekundární a terciární prevence  |
|  | Implementace preventivních programů  |
| Destigmatizace a komunikace  | Tvorba destigmatizačních a komunikačních strategií   |
|  | Implementace destigmatizačních a komunikačních strategií   |
| Vzdělávání a výzkum  | Tvorba vzdělávacích programů, metodik a výzkumných záměrů  |
|  | Implementace vzdělávacích programů a metodik, realizace výzkumných projektů  |
| Legislativní změny - Mental Health Act   | Analytická práce související s tvorbou samostatného zákona o duševním zdraví   |



|                         |   |
|-------------------------|---|
| Udržitelné financování  | Definice nového modelu financování psychiatrické péče (CDZ a ostatní pilíře péče)   |
| Meziresortní spolupráce | Definice a průběžná implementace doporučení vyplývajících z překryvu resortní odpovědnosti v systému péče o duševně nemocné |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015c

## AP č. 4a pro vytvoření interdisciplinárního mezíresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v ČR

| Cíle  | Výstupy opatření  |
|---|---|
| U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence užívání tabáku a alkoholu u dětí a dospívajících, posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku a zastavení nárůstu prevalence tohoto rizikového chování u dospělé populace a rizikových skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání) | Komunikační platforma mezíresortní, mezisektorové a mezioborové skupiny na národní úrovni (Národní koordinační rada prevence rizikového chování)  |
|   | Dosažení jednotné a sdílené definice primární prevence rizikového chování a společný slovník základních pojmů a definic   |
|   | Harmonizace terminologie klíčových národních a resortních dokumentů v oblasti prevence rizikového chování   |
| U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání konopných a dalších drog u dětí a dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku   | Koncepce prevence rizikového chování dětí a mládeže v ČR  |
|   | Analýza a zpracování podkladů pro transformaci Koncepce pro děti a mládež do podoby dokumentu zahrnujícího celé věkové spektrum   |
|   | Návrh implementace (implementační plán) bodu 2 a vytvoření jeho technického plánu   |
| U intervenované populace dosáhnout snížení prevalence užívání těkavých látek u dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit, a ohrožených chudobou  | Profil odborného pracovníka v oblasti prevence s využitím systému „výstupů z učení“ (learning outcomes)   |
|   | Alternativy jednotného systému porovnávání a hodnocení odbornosti v prevenci  |
|   | Návrh Národního systému posuzování odbornosti preventivního pracovníka a jeho srovnání s obdobnými zahraničními projekty  |
|   | Pilotní implementace národního systému a návrh dalšího postupu  |
| U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání sedativ, analgetik a nesteroidních antiflogistik u dětí a dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku   | Národní databáze kontaktů relevantních subjektů (státní, soukromý, neziskový sektor) v oblasti prevence   |
|   | Národní informační systém v prevenci rizikového chování (obsahující především certifikované poskytovatele prevence a databanku příkladů a nástrojů dobré praxe, včetně diagnostických nástrojů atd.). Zajištění vazby mezi hodnocením kvality a poskytovateli veřejných finančních prostředků |
|   | Vzájemné propojení Národního informačního systému s Národní koordinační radou a její činností   |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Minimální preventivní program pro ZŠ a SŠ a příprava podmínek pro VŠ a obecnou populaci a rizikové skupiny</p> <p>Návrh systému koordinace a financování základního páteřního programu prevence (Minimálního preventivního programu - MPP)</p> <p>Systém ročního hodnocení výkonnosti a efektivity státem garantovaného systému prevence Národní radou a zveřejnění výsledků v Národním informačním systému</p> <p>Vznik odborné společnosti pro prevenci rizikového chování a její činnosti v oblasti koordinace, zlepšení kvality, přenosu informací atd.</p>  |
| <p>Zvýšit zdravotní gramotnost včetně posilování samostatnosti a odpovědnosti při rozhodování ve prospěch zdraví u dětí a dospívajících a jejich rodičů specificky v oblasti rizikového chování. Dosáhnout zvýšení zdravotní gramotnosti u širší veřejnosti i rizikových skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání). Podporovat trendy vedoucí ke změně životního stylu a postojů ve vztahu k vlastnímu zdraví</p> | <p>Standardy kvality poskytovatelů preventivních programů a podmínek jejich poskytování</p> <p>Standardy kvality dílčích programů prevence rizikového chování, tj. obecných standardů programů na úrovni všeobecné, selektivní a indikované prevence rizikového chování v ČR</p> <p>Standardy kvality a odborných požadavků na preventivní pracovníky</p> <p>Návrh (včetně alternativních řešení) systému ověření a posuzování všech tří oblastí (bod 1-3) v praxi, tj. procedurální a technické řešení realizace hodnocení kvality (včetně nákladů, prováděcí dokumentace atd.)</p> <p>Jednotný systém hodnocení výkonů poskytovatelů a systém evidence programů a poskytované péče hrazené státem</p>   |
| <p>U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence sexuálně přenosných onemocnění ve vybraných rizikových skupinách. Snížení počtu těhotenství v adolescenci. Snížení počtu umělých přerušení v těhotenství</p>   | <p>Databáze současné odborné literatury zaměřené na efektivní intervence v oblasti všeobecné, selektivní a indikované prevence</p> <p>Soubor doporučení, týkajících se podmínek a pravidel poskytování kvalitních a efektivních intervencí pro realizátory preventivních programů a jejich příjemce a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace tohoto dokumentu, včetně vazby na Národní radu</p> <p>Manuál dobré praxe (databáze): příklady dobré praxe a zajištění jeho dostupnosti poskytovatelům, příjemcům i donorům a kontrolním institucím (např. ČŠI atd.) a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace Manuálu</p> <p>Dostupnost min. 120 různých programů pro děti a mládež pro všechny základní typy rizikového chování v rámci základní školy</p> <p>Portál pro sdílení zkušeností mezi poskytovateli programů primární prevence</p> <p>Vývoj programů primární prevence, zaměřených na nově vznikající rizika, reagujících na nové technologie a jejich diseminace</p> |

|   |   |
|---|---|
| U intervenované populace dosáhnout snížení prevalence úrazů v důsledku rizikových sportovních aktivit a dopravního provozu, včetně rizik spojených s užíváním návykových látek a alkoholu. Snížení agresivity a autoagresivity. Snížení počtu sebevražd v dětském a adolescentním věku                          | Kritéria pro hodnocení kvalifikace preventivního pracovníka nezávisle na resortní a oborové příslušnosti  |
|   | Metodika posuzování kvalifikace a celonárodní systém posuzování kvalifikací v prevenci na bázi výstupu z učení (learning outcomes)  |
|   | Implementační manuál systému posuzování kvalifikace v prevenci  |
|   | Důvodová zpráva a předložení návrhu implementace zapojeným resortům   |
| U intervenované populace dosáhnout zastavení narůstající ATB rezistence, udržení stávající kolektivní protiinfekční imunity, zvýšení proočkovánosti populace u sexuálně přenosných onemocnění (hepatitidy B a infekce lidského papilomaviru)  | Popularizační a informační strategie a kampaň zacílená na politiky a úředníky v oblasti propojování vědy a praxe a v uplatnění principu přístupu založeného na důkazech v oblasti financování a podpory   |
|   | Zlepšení propojování vědy a praxe a přenosu výsledků vědy do preventivní praxe  |
|   | Zvýšení kvality a objemu vědecké činnosti a publikování (včetně zvýšení kvality a rozvoje oborově relevantních časopisů) v oblasti prevence rizikového chování, zejména v oblasti podpory testování efektivity a obecně vývoje a testování preventivních intervencí |
|   | Zvýšení objemu vědecko-výzkumné činnosti v oblasti prevence na mezinárodní úrovni a podpora zapojení ČR do mezinárodních studií a projektů  |
|   | Zvýšit zapojení ČR do mezinárodních studií a vědecko- výzkumných projektů a mezinárodních studií v oblasti prevence   |
|   | Samostatný finanční program pro tuto oblast při agentuře pro zdravotnický výzkum  |
|   | Zlepšení kontroly a přehledu uplatnění regulačních nástrojů (včetně právních norem) prostřednictvím výzkumu v této oblasti  |
| Zvýšit povědomí o tzv. přístupu založeném na důkazech (evidence based) a vědecky podloženém přístupu (research based) v oblasti prevence a zvýšit informovanost donorů a politiků o výsledcích vědy v prevenci a motivovat je pozitivně k výraznějšímu zohlednění výsledků vědy v systému financování a podpory | Vyšší počet členů/zástupců za ČR v klíčových mezinárodních strukturách typu EUPHAS, EUSPR atd.  |
|   | Vyšší počet mezinárodních projektů za účasti ČR   |
|   | Vyšší počet zahraničních přednášek a výměn zkušeností a zvýšení počtu smluvních partnerských vztahů se zahraničními institucemi   |
|   | Rozšíření platformy pro spolupráci se zahraničními subjekty v oblasti vzdělávání a vědy   |
|   | Zvýšení objemu aktivit v oblasti příhraniční spolupráce a obecně s okolními zeměmi  |
| Revize stávajících právních předpisů, vztahujících se k prevenci rizikového chování   | Vypracování a předložení návrhu zákona podporujícího zdraví s adekvátním zohledněním prevence rizikového chování  |

|   |   |
|---|---|
| Zvýšit mediální podporu prevenci rizikového chování | Vytvoření stabilní pozice tiskového mluvčího pro prevenci rizikového chování (podporu zdraví) ve spolupráci s Národní radou a vznikající odbornou společností |
|   | Popularizace vědeckých i praktických poznatků souvisejících s prevencí a jejím smyslem, efektivitou a výsledky  |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015d

## AP č. 4b pro oblast kontroly tabáku v ČR na období 2015-2018

| Cíle   | Podstatné výstupy   |
|--|---|
| <p>Snížit výskyt současného užívání tabákových výrobků u osob starších 15 let o 8 % do roku 2018 a do roku 2020 minimálně o 10 % (a do roku 2025 minimálně o 30 %)</p> | Zvýšení ceny tabákových výrobků - omezení cenové dostupnosti těchto výrobků (MPOWER: zvýšit daně na tabák)  |
|  | Další omezení reklamy na tabákové výrobky a související výrobky vedoucí ke komplexnímu zákazu reklamy a propagace těchto výrobků (např. zavedení zákazu reklamy na tabákové výrobky v místě prodeje, řešení problematiky reklamy na internetu atd.) |
|  | Další omezení fyzické dostupnosti tabákových výrobků a souvisejících výrobků pro děti a mládež (např. posílení vymahatelnosti zákazu prodeje osobám mladším 18 let apod.)   |
|  | Zavedení kombinovaných zdravotních varování a omezení některých propagačních/marketingových prvků na obalech tabákových výrobků   |
|  | Posílení regulace složení tabákových výrobků (zavedení zákazu výrobků s jinou charakteristickou příchutí než tabákovou, zavedení zákazu některých složek (jako např. vitaminů atd.)   |
|  | Reakce na nové výrobky na trhu - posílení regulace nových tabákových výrobků a souvisejících výrobků (ENDS, bylinných výrobků určených ke kouření atd.)   |
|  | specifické prevence užívání tabákových a souvisejících výrobků, zvyšování informovanosti v oblasti kontroly tabáku  |
|  | Plošné rozšíření provádění včasné diagnostiky, minimálních a krátkých intervencí zaměřených na užívání tabáku   |
|  | Dostupná a kvalitní léčba závislosti na tabáku a ukončení jeho užívání a podpora dalších služeb pro odvykání kouření  |
| <p>Snížit expozici osob tabákovému kouři v prostředí</p>   | Posílení ochrany před expozicí tabákovému kouři - zajištění komplexního zákazu kouření ve vnitřních prostorech veřejných míst (včetně provozoven stravovacích služeb)   |
|  | Posílení ochrany před expozicí tabákovému kouři v jiných než veřejných místech  |
|  | Posílení vymahatelnosti zákazu kouření  |
|  | Zajištění informovanosti veřejnosti o škodlivosti pasivního kouření a legislativních změnách  |
|  | Podpora výzkumu, monitoringu a evaluace v oblasti kontroly tabáku   |

|   |  |
|---|--|
| Zajistit další nezbytná systémová a jiná opatření k posílení komplexní ochrany před škodami působenými tabákem v ČR | Posílení implementace čl. 5.3 FCTC ohledně ochrany politik v oblasti zdraví před zájmy tabákového průmyslu |
|   | Zajištění mezirezortní a mezioborové koordinace v oblasti kontroly tabáku                                  |
|   | Zajištění odpovídajícího financování v oblasti kontroly tabáku   |
|   | Podpora a zajištění mezinárodní spolupráce   |
|   | Snižování nezákonného obchodu s tabákovými výrobky   |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015d

#### AP č. 4c k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015-2018

| Cíle  | Podstatné výstupy  |
|---|--|
| <p>Snížení prevalence užívání alkoholu u dětí o 3,5 % do roku 2018 a o 5 % do roku 2020 a posunutí věkové hranice první zkušenosti s alkoholem o 3 roky do roku 2020 (snížení počtu dětí a mladistvých pravidelně pijících alkohol)</p> | Posilování primární prevence rizikového chování  |
|   | Zamezení dostupnosti alkoholických nápojů  |
|   | Zajištění odborné péče pro děti rizikově užívající alkohol   |
| <p>Snížení spotřeby alkoholických nápojů v dospělé populaci o 3,5 % spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2018 a o 5% spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2020</p>  | Zvýšení povědomí o rizicích spojených s užíváním alkoholických nápojů, zvýšení včasného zachytu osob s rizikových pitím alkoholických nápojů |
|   | Zvýšení dostupnosti kvalitní léčby závislosti na alkoholu a podpora další péče pro osoby rizikově nebo škodlivě užívající alkohol            |
|   | Snížení cenové dostupnosti alkoholických nápojů  |
|   | Omezení fyzické dostupnosti alkoholických nápojů   |
| <p>Snížování rizik vyplývajících z užívání alkoholu</p>   | Podpora nulové tolerance při řízení motorových vozidel   |
|   | Snížení trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu  |
|   | Snížování nelegálního trhu s alkoholem   |
| <p>Zajištění dalších opatření nezbytných pro realizaci protidrogové politiky v oblasti alkoholu</p>   | Zlepšení a zajištění monitoringu   |
|   | Podpora výzkumu v oblasti užívání alkoholu   |
|   | Podpora vzdělávání zdravotnických pracovníků a dalších profesí   |
|   | Podpora meziresortní a mezioborové koordinace  |
|   | Podpora vertikální koordinace  |
|   | Podpora a zajištění mezinárodní spolupráce   |
|   | Zajištění financování opatření vedoucích ke snížení škod působených alkoholem  |
|   | Omezení reklamy na alkoholické nápoje  |
| Odpovídající marketing alkoholických nápojů   |  |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015d



## AP č. 5 pro snižování zdravotních rizik z životního a pracovního prostředí na období 2015-2020

| Klíčové priority/cíle AP   | Podstatné výstupy   |
|--|---|
| Zlepšit prevenci v oblasti hodnocení zdravotních rizik a vlivů na zdraví plánovaných záměrů a koncepcí/strategií | Implementace hledisek zdraví prostřednictvím metody HIA (Hodnocení vlivů na zdraví) do posuzování všech nových koncepcí/strategií |
|  | Zvýšení kvality hodnocení zdravotních rizik nových záměrů (staveb, technologií apod.) v rámci procesu EIA                         |
| Vytyčit efektivní a koordinovaný přístup k problematice hluku a neionizujícího záření ze životního prostředí     | Efektivní a koordinovaný přístup k ochraně veřejného zdraví před hlukem v životním prostředí                                      |
|  | Získání validních údajů o zátěži obyvatelstva ČR hlukem   |
|  | zlepšení povědomí o rizicích vznikajících při expozici neionizujícímu záření  |
| Minimalizovat zdravotní rizika vznikající při nakládání s odpady   | Identifikace zdravotních rizik vznikajících u nových technologií nakládání s odpady, zejména při zpracování odpadů                |
|  | Efektivní systém nakládání s odpady ze zdravotnických zařízení  |
|  | Sada indikátorů pro kontrolu naplňování strategického cíle národního Plánu odpadového hospodářství ČR                             |
| Zlepšit identifikaci a kvantifikaci zdravotních rizik a dopadů ze životního prostředí                            | Rozšířená datová základna v prioritních oblastech monitoringu   |
|  | Laboratoř pro analýzy nových chemických látek v biologickém materiálu   |
|  | Příručka vybraných expozičních faktorů pro českou populaci  |
|  | Vypracování standardní metodiky pro ekonomické hodnocení dopadů na zdraví ze životního prostředí v ČR                             |
| Získat validní informace o rizicích v pracovním prostředí a zdravotním stavu populace                            | Vybudování a dovybavení laboratoří pro objektivizaci faktorů pracovního prostředí   |
|  | Vybudování registru expozic nanočásticím/nanomateriálům v rámci IS hygienické služby  |
|  | Vypracování standardní metodiky pro hodnocení přímých a nepřímých ekonomických ztrát v důsledku nemocí z povolání                 |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015e

## AP č. 12 Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020

| Oblast (hlavní cíle)   | Výstupy/aktivity  |
|--|---|
| Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti                                      | Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti  |
|  | Institucionální zajištění nezbytných aktivit pro další rozvoj zdravotní gramotnosti   |
|  | Měření a vyhodnocování zdravotní gramotnosti  |
| Informační a komunikační podpora procesu zvyšování zdravotní gramotnosti                 | Zkušební provoz a rozvoj informačního a komunikačního systému   |
|  | Plný provoz funkčního informačního a komunikačního systému, splňujícího předem stanovené parametry  |
| Výchova a vzdělávání   | Zvyšování zdravotního uvědomění a gramotnosti adolescentů s pomocí lékařů primární péče   |
|  | Průběžné vzdělávání pedagogických pracovníků v rámci všech úrovní vzdělání  |
|  | Vytvoření a realizace motivačního programu "Zvýšení sdílené odpovědnosti za zdraví ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu" - ve školství, zdravotnictví a v sociální oblasti, |
| Monitoring zdravotní gramotnosti v populaci ČR   | Série šetření u reprezentativního vzorku populace s periodicitou 2 let. Mimo to šetření zaměřená na vybrané cílové skupiny dle potřeb programu Zdraví 2020                            |
| Zvýšení relevance a správnosti zdravotních informací v médiích a medializace Zdraví 2020 | Audit zpráv v médiích, realizace kurzu pro novináře a vyhodnocení; akademie pro novináře, ceny a anticeny, ...  |
|  | Medializace Zdraví 2020 u laické i odborné veřejnosti - tiskové zprávy atd.   |
| Portál "Z2020-Navigátor" - přehled dobré praxe pro implementaci Zdraví 2020 v ČR         | Ve spolupráci s NSZM zveřejňovat příklady dobré praxe k jednotlivým AP Zdraví 2020  |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2015f

**Příloha 7 Struktura Implementačního plánu 1.2 (Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti) strategie Zdraví 2030**

| Cíl  | Opatření  |
|--|---|
| Prevence vzniku a šíření infekčních onemocnění a nastavení podpůrných informačních opatření pro systém managementu krizových situací | Rozvoj datové a informační základny a informačního systému monitoring infekčních nemocí (IS IN) a dalších nově se objevujících hrozeb pro zdraví obyvatelstva a tvorba výstupů pro užití odbornou i širokou veřejností  |
|  | Rozvoj systému epidemiologické bdělosti za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy a predikce případných nových výskytů nákazy.   |
|  | Tvorba a realizace plánů připravenosti na řešení aktuálních zdravotních hrozeb pro veřejné zdraví   |
|  | Podpora rozvoje infekčních oddělení ve všeobecných nemocnicích  |
|  | Tvorba a realizace strategie pro omezení výskytu a důsledků antimikrobiální rezistence  |
|  | Tvorba a realizace komunikační strategie v oblasti očkování   |
|  | Zajištění administrativního a technického zázemí pro orgány ochrany veřejného zdraví  |
| Ochrana zdraví obyvatel ČR v kontextu environmentálních rizik (chemické látky, nadměrná hluková zátěž, projevy změny klimatu apod.)  | Posílení informační základny v oblasti rizik ze životního a pracovního prostředí  |
|  | Rozvoj hygienických registrů a edukace veřejnosti o možných škodlivých vlivech životního a pracovního prostředí   |
|  | Realizace monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí   |
| Prevence užívání návykových látek, realizace screeningu, časné diagnostiky a krátké intervence v oblasti závislostního chování       | Podpora realizace aktivit a programů v oblasti primární prevence z hlediska působnosti rezortu zdravotnictví vedoucí ke snížení míry užívání tabáku/nikotinu, rizikové konzumace alkoholu a dalších návykových látek v populaci, včetně medializace této problematiky |
|  | Zajištění pravidelného proškolení zdravotnických pracovníků v provádění včasné diagnostiky a krátkých intervencí v oblasti závislostního chování  |
|  | Systémová podpora zvýšení motivace pro realizaci krátké intervence v oblasti závislostního chování zdravotnickým personálem   |
| Tvorba Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, realizace dílčích programů a monitoring zdravotní gramotnosti      | Implementace Národního programu podpory zdravotní gramotnosti realizací schválených intervenčních projektů  |
|  | Vytvoření programu Zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti působením na adolescentní populaci ve spolupráci s lékaři primární péče   |

|  |   |
|--|---|
|  | Nastavení systému školení pedagogických pracovníků se zaměřením na zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti u žáků a realizace školení  |
|  | Nastavení systému vzdělávání všeobecných sester ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel a podpoře zdraví   |
|  | Podpora pohybové aktivity a realizace programů na zastavení nárůstu nadváhy a obezity u dětí a dospělých a medializace tohoto tématu  |
|  | Realizace pravidelného monitoringu zdravotní gramotnosti v rámci mezinárodního srovnávacího šetření   |
| Vybudování a rozvoj center prevence ve zdravotnických zařízeních   | Vytvoření řídicího a metodického zázemí pro založení center prevence ve zdravotnických zařízeních   |
|  | Zřízení a testovací provoz sítě center prevence ve zdravotnických zařízeních v ČR – primární, sekundární a terciální prevence chronických neinfekčních onemocnění   |
|  | Dobudování a rozvoj regionálních center podpory zdraví (RCZP) ve všech krajích ČR   |
|  | Stabilizace regionálních center podpory zdraví ve všech krajích ČR  |
|  | Pravidelný monitoring zdravotního stavu populace  |
| Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu   | Dokončení produkční verze systému Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP)  |
|  | Správa, tvorba a aktualizace obsahu Národního zdravotnického informačního portálu   |
|  | Vývoj nových funkcionalit Národního zdravotnického informačního portálu, včetně e-learningového modulu  |
| Posilování časného záchytu onemocnění a rizikových faktorů ve všech segmentech péče a zavádění nových programů časného záchytu | Vývoj a diseminace doporučených postupů pro časný záchyt onemocnění a rizikových faktorů v různých prostředích, včetně následných patientských trajektorií  |
|  | Vývoj a diseminace edukačních materiálů pro časný záchyt onemocnění (znalost jejich symptomů) a jejich rizikových faktorů pro širokou veřejnost   |
|  | Vývoj instrumentů pro zvyšování participace populace na programech časného záchytu (integrované hodnocení rizikových faktorů a symptomů v různých segmentech péče, lékárnách a komunitním prostředí, samovyšetření s pomocí mHealth aplikací apod.) |
|  | Výběr, realizace a vyhodnocení vhodných programů časného záchytu onemocnění. Příprava metodických pokynů pro realizaci programů časného záchytu onemocnění  |
|  | Institucionální ukotvení činnosti Národního screeningového centra   |

|  |   |
|--|---|
| Rozvoj institucionálního zázemí pro optimalizaci sekundární prevence a zvyšování kvality stávajících populačních screeningových programů | Vývoj a kultivace datové základny realizace screeningových programů               |
|  | Monitoring a evaluace populačních screeningových programů                         |
|  | Zajištění informovanosti a adresného zvaní občanů                                 |
|  | Rozvoj doporučených postupů, hodnocení kvality a akreditace screeningových center |
|  | Inovace existujících populačních screeningových programů                          |

Zdroj: autorka dle MZČR, 2019